Danemark

Changements et continuités du système de santé

Carsten JØRGENSEN *

Le système de santé danois fait partie intégrante de l'Etat providence. Il reste fondé sur deux piliers historiques : d'une part, l'universalité, l'égalité et la gratuité de l'accès, assurées par un financement par l'impôt ; d'autre part, la décentralisation démocratique de la gestion fondée sur l'intégration du financement, de la propriété des hôpitaux et des fonctions de planification au niveau des comtés. Les principes de l'Etat providence – égalité et gratuité – renvoient aux racines historiques du système de soins perçu comme étant ancré dans la communauté et dans lequel la préférence est donnée à des solutions collectives pour régler les problèmes sociaux.

La structure générale du système est restée relativement stable depuis les années 1970. Mais la pression politique s'est accentuée au fil des ans en même temps que la perception par l'opinion publique des questions de santé est devenue plus critique. Cela a conduit à une série de changements progressifs et cumulatifs. Les médias ont joué un rôle nouveau et de plus en plus important en exprimant (et parfois en créant) le mécontentement. Les sondages d'opinion n'en continuent pas moins de révéler des niveaux de satisfaction plutôt élevés et une bonne acceptation des politiques de sécurité sociale au Danemark, ce qui peut paraître paradoxal. Tout se passe comme s'il y avait un clivage entre le débat politique à une tonalité très négative et les expériences concrètes de la population qui, d'une part, recherche des voies individuelles de contournement du système public et, d'autre part, approuve la poursuite de l'orientation égalitaire du système. Un défi majeur consistera à l'avenir à interpréter et à réconcilier de telles tendances culturelles.

L'essor rapide des assurances maladie privées volontaires est un indicateur de l'individualisation du système. Ces assurances permettent le contournement des listes d'attente *via* le recours aux structures privées de soins. Ce marché pourrait s'étendre encore davantage, dans la mesure où un certain nombre de contrats de travail intègrent désormais de telles assurances.

* Chercheur au FAOS (Centre de recherche sur les relations professionnelles), Université de Copenhague.

Vue d'ensemble du système de santé danois

Le système de santé danois comprend deux secteurs, les soins de santé primaires et les soins hospitaliers. Le secteur des soins primaires traite des problèmes généraux de santé et ses services sont ouverts à tous [1]. La plupart du temps les patients commencent par consulter leur généraliste qui constitue un passage obligé pour accéder à l'hôpital ou à des spécialistes (*gate keeper*). Les généralistes occupent une position centrale dans le système de santé danois : ils doivent s'assurer que les patients reçoivent les bons traitements et soient dirigés vers les bons spécialistes. Les généralistes font ainsi figure de coordinateurs et ils assument la responsabilité de l'orientation des patients vers les hôpitaux, les spécialistes et les autres professionnels de la santé [2].

Le secteur hospitalier prend, lui, en charge les interventions médicales nécessitant des traitements et des équipements spécialisés ainsi que les soins intensifs. De la responsabilité des hôpitaux relèvent les examens spécialisés, le traitement et les soins de maladies physiques et mentales qui ne peuvent être plus opportunément soignées dans les secteurs des soins primaires ou de la prise en charge sociale, puisqu'elles exigent des connaissances et équipements spécialisés ou encore des soins et une surveillance intensifs.

Le secteur hospitalier est placé sous la responsabilité des comtés et, pour Copenhague et Frederiksberg, sous celle d'une société publique, la communauté des hôpitaux de Copenhague (*Hovedstadens Sygehusfællesskab*, HS). Les comtés et HS procurent des soins gratuits aux résidents permanents et des soins en urgence gratuits aux résidents temporaires. Dans la grande majorité des cas, les hôpitaux parviennent à satisfaire leur obligation de soins à l'égard de leurs propres citoyens ; un petit contingent de malades n'en est pas moins dirigé vers les hôpitaux des autres comtés. Des hôpitaux privés sous convention avec un ou plusieurs comtés existent également, qui couvrent généralement des spécialisations particulières. Les comtés et la communauté des hôpitaux de Copenhague sont obligés de signer des conventions avec des services hautement spécialisés, afin de garantir à leurs résidents l'égalité d'accès aux soins dont ils ont besoin. Les comtés individuels ne sont pas, à l'évidence, en mesure de proposer toute la gamme des soins hospitaliers dans leurs propres hôpitaux. L'envoi de patients à l'étranger pour des soins hautement spécialisés relève également de leur compétence ; l'autorisation du Conseil national de la santé est nécessaire et les soins sont financés par l'Etat. Les comtés peuvent aussi décider eux-mêmes de la prise en charge de patients par des structures hospitalières étrangères ; ce sont eux qui en couvrent les frais. A côté des hôpitaux publics et des structures associatives privées sous

1. Ce secteur peut lui-même être subdivisé en deux sous-secteurs. Le premier est essentiellement dédié aux traitements de médecine ambulatoire ; en font partie les médecins généralistes, les spécialistes et dentistes exerçant en ville, les kinésithérapeutes, les infirmières à domicile, etc. Le second a une finalité avant tout préventive et prend en charge les programmes de prévention ainsi que les soins dentaires des enfants.
2. L'accès à l'hôpital pour des examens ou traitements nécessite normalement le passage par le généraliste sauf en cas d'accident ou d'urgence médicale. Il en va de même de la consultation de spécialistes ; en général le patient doit y être envoyé par son généraliste.

contrat avec les comtés, un nombre très limité d'hôpitaux privés se trouve entièrement en dehors du système public de santé. Mais ce secteur qui totalise 0,2 % des lits reste très minoritaire.

En dehors de leur rôle de fournisseurs de soins, les hôpitaux offrent aux praticiens des services de diagnostic, sous la forme d'analyses de laboratoires, de scanners, de radiographies etc. Un autre atout réside dans leur capacité de réponse rapide, les services hospitaliers fonctionnant en général 24 heures sur 24 pour traiter les urgences et les accidents. Les hôpitaux jouent un rôle important sur le plan de la formation des professionnels de la santé et de la recherche médicale ; c'est une des fonctions de l'hôpital que de permettre l'application des résultats de la recherche dans la pratique clinique.

Un système décentralisé

Le système de santé danois se distingue par son administration décentralisée qui prend appui sur les structures régionales et municipales. Comme l'Etat danois lui-même, le secteur des soins de santé connaît trois niveaux de gestion : l'Etat, les comtés et les municipalités (niveau national, régional et local). Depuis 1970, la plupart des décisions concernant l'organisation et le contenu des soins de santé sont prises au niveau des comtés et des communes. Le ministère de la Santé exerce une fonction de coordination et de contrôle, mais n'a pas lui-même de responsabilité opérationnelle. Travaillant en coopération étroite avec le gouvernement et les municipalités [1], les 14 comtés ont en charge les hôpitaux [2] et les soins primaires. Ils ont un pouvoir étendu. Ils sont en mesure d'organiser les services de soins en fonction des priorités et configurations régionales et ils peuvent ajuster l'offre de soins et le volume d'emploi en fonction de leurs besoins, sans être bridés par l'intervention du gouvernement. Les élections aux conseils des comtés se tiennent tous les quatre ans ; elles sont généralement centrées sur des enjeux locaux. Il existe des moyens de coordination et de négociation importants entre l'Etat, les comtés et les communes ainsi qu'entre les comtés et les municipalités. Au cours des dernières années, le souci de maîtriser les coûts de la santé a poussé au renforcement de la coopération formelle entre les acteurs (Vallgårda, 2001).

Le rôle de l'Etat consiste avant tout à mettre en place des procédures nouvelles, à coordonner et à conseiller. Déterminer les objectifs de la politique nationale de la santé est l'une de ses principales tâches. Le ministère de l'Intérieur et de la Santé, autorité principale dans le domaine de la santé, est responsable de la législation pour toutes les questions concernant la santé : offre de soins, personnels de la santé, hôpitaux et pharmacies, médica-

1. Les 273 municipalités, ainsi que les villes de Copenhague et de Frederiksberg, représentent le niveau administratif le plus décentralisé. Elles ont en charge les services d'infirmières à domicile, la santé publique, la santé scolaire, les soins dentaires pour les enfants. La santé ne constitue qu'une petite part de leurs responsabilités. Les communes ont aussi la responsabilité de la majorité des services sociaux.
2. Le rayon d'intervention des hôpitaux excédant en règle générale celui des municipalités, ce sont les 14 comtés (plus précisément 13 comtés et une région, mais la différence est minime) qui en assurent la gestion. Une structure administrative particulière gère les hôpitaux des villes de Copenhague et de Frederiksberg, la communauté des hôpitaux de Copenhague (*cf. supra*).

ments, alimentation, vaccinations, santé et grossesse, soins prodigués aux enfants, droits des patients ... Le ministère de l'Intérieur et de la Santé détermine aussi les compétences des comtés et des municipalités en matière de santé. Le ministère fixe les grandes lignes de l'organisation des services de santé. Ainsi, les comtés et les communes doivent élaborer un plan quadriennal [1] en vue d'améliorer la coordination et l'efficacité des différents niveaux de gestion des soins.

Le ministère soutient enfin les efforts d'amélioration de la productivité et de l'efficacité en facilitant par exemple la diffusion des expériences et l'échange parmi les professionnels de la santé.

Dans le système danois de la santé, c'est une seule autorité qui assume tout à la fois la responsabilité politique du financement (fixation du niveau des prélèvements) et celle du niveau de l'offre de soins. Ceci donne aux autorités la possibilité de gérer financièrement le système. Toutefois, un plan cadre pour la politique économique nationale est fixé par le gouvernement central. Chaque année, ce plan cadre est négocié pour l'année suivante entre l'Etat d'un côté et les comtés et les municipalités de l'autre. L'accord prend généralement la forme de recommandations portant sur les taux d'imposition locaux et régionaux et sur le financement de champs ou de projets de soins particuliers. Ainsi en 2002, 1,6 million de couronnes danoises, soit environ 215 000 euros, ont été mobilisées pour réduire les listes d'attentes. Cela restreint à l'évidence la marge de manœuvre dont disposent les autorités compétentes pour planifier l'évolution des services de santé.

Un système de santé public, financé par l'impôt

Le système de santé danois est financé par l'impôt, et la plupart des services de soins sont fournis dans le cadre du service public. Le Danemark a donné la priorité au libre accès aux services de santé, indépendamment de la situation économique des individus. Les institutions de soins sont elles aussi publiques. Financement et administration des structures de santé sont de ce fait intégrés. Dans ce modèle public intégré, les professionnels de la santé sont des salariés du secteur public et touchent un salaire. Si la détermination *a priori* des enveloppes budgétaires et des salaires produit de la certitude quant au cadre budgétaire, le modèle intégré ne comporte pas d'incitation directe à une plus grande efficacité des personnels. Celle-ci doit être atteinte par d'autres mécanismes, tels la déontologie professionnelle et une bonne gestion.

Au Danemark, la plupart des services de santé sont gratuits pour les utilisateurs. 81 % de toutes les dépenses de santé de l'année 2000 provenaient de ressources publiques, et quelque 19 % de ressources privées. Les dépenses de santé privées à la charge des usagers concernent essentiellement l'achat de médicaments, les soins dentaires et la kinésithérapie. Le to-

1. L'offre de soins hospitaliers des comtés est pour l'essentiel encadrée par un plan définissant leurs activités en matière de santé. Avant l'élaboration du plan, le ministre de l'Intérieur et de la Santé fait une déclaration pour préparer la planification des soins dans les comtés. La contribution du ministère consiste à informer sur les tâches nationales et régionales en matière de services hospitaliers et à préconiser l'organisation de différents types de traitements, y compris *via* la coordination des différents niveaux de traitements.

tal des dépenses publiques et privées s'élève à 6 % du BIP environ.

La majeure partie du financement provient d'impôts locaux (perçus par les comtés et les communes) qui représentent 81 % de toutes les dépenses publiques de soins. Les impôts locaux sont prélevés en fonction des revenus et du patrimoine des personnes.

28 % environ de la population est couverte par une assurance maladie privée qui rembourse une partie des dépenses à la charge des utilisateurs. Ainsi, les assurances privées remboursent la plupart des frais occasionnés par l'achat de médicaments et par les soins dentaires. Près d'un tiers des Danois ont contracté une assurance complémentaire couvrant les frais de lunettes, de soins dentaires et une partie des frais de médicaments. Environ 150 000 personnes – moins de 5 % de la population – ont une assurance complémentaire facultative pour « sauter » les files d'attente. Ce type d'assurance s'est rapidement développé au cours des quatre dernières années, en raison des faiblesses relevées dans le système de santé générale et des avantages fiscaux dont bénéficient les assurances contractées par l'employeur.

Les listes d'attentes constituent un problème particulier au Danemark. Elles ont toujours fait l'objet de polémiques. Pour l'opinion publique, les listes d'attente permettent de mesurer si « les gens » reçoivent vraiment des services à hauteur des impôts versés ; et l'opposition parlementaire y trouve un argument de choix contre le gouvernement en exercice. Le gouvernement libéral-conservateur actuel a tenté de diminuer les temps d'attente sans augmenter les impôts, en instaurant un fonds spécial. Actuellement, les patients ont la possibilité de choisir librement leur hôpital si la durée d'attente excède deux mois (voir plus loin).

L'autre facette du cadre budgétaire fixé *a priori* est en effet de réduire la capacité d'ajustement aux demandes des patients et de favoriser le développement de listes d'attentes. Toutefois, l'ampleur réelle du problème des listes d'attente peut être sujette à débats. 7 % des patients admis ont attendu plus de trois mois, selon le ministère de l'Intérieur et de la Santé, et 76 % sont admis à l'hôpital sans attente – ils bénéficient de traitements externes. Le ministère de la Santé indique d'ailleurs sur son site web les temps d'attente dans les différents hôpitaux, publics et privés, pour 127 traitements différents. Il ne faut pas oublier pour autant que les files d'attente peuvent être une source de souffrance, tant physique que psychologique, pour un certain nombre de patients.

Dans la plupart des systèmes de santé, un « tiers payant » intervient dans le financement des services de santé. Cela répond à la fois au désir de faire face à des dépenses de santé imprévues, et à la préoccupation d'aménager l'accès à des traitements d'urgence à des personnes sans ressources suffisantes. Le tiers payant peut être une compagnie d'assurance, une administration publique ou une source financière similaire. Dans le cas des services de santé à financement public (81 %), le rôle du « tiers payant » est assuré par les comtés ou par les municipalités. Comtés et communes financent les services de santé d'une part *via* l'impôt qu'ils prélèvent directement, et d'autre part au moyen de subventions qu'ils reçoivent du gouvernement. Ces subventions sont allouées en fonction de critères objectifs qui tiennent aussi compte de facteurs démographiques.

La négociation budgétaire annuelle est le mécanisme d'allocation des ressources le plus important. Elle implique le ministère de l'Intérieur et de la Santé, le ministère des Finances, l'Association des conseils des comtés (*Amtsrådsforeningen*) et l'Association nationale des municipalités (*Kommunernes Landsforening*). Les comtés et les communes doivent dispenser une offre de soins en phase avec les objectifs de dépenses fixés lors de cette négociation annuelle. Le gouvernement central l'utilise de plus en plus pour agir sur l'orientation générale du système de santé. Il définit des champs d'action prioritaires, comme par exemple la chirurgie cardiaque, les traitements contre le cancer ou encore les listes d'attente, et il verse des subventions ciblées pour permettre aux comtés et aux municipalités d'atteindre ces objectifs. Le système des subventions ciblées réduit la possibilité pour les autorités locales de fixer des priorités. Si c'est là une source de frustration pour les comtés, ces derniers n'en préservent pas moins une relative liberté de décision quant à l'allocation de leurs ressources, pourvu que les écarts de dépenses entre les comtés restent dans le cadre du « raisonnable » (Johansen *et al.*, 2001).

Tous les résidents danois sont couverts par le régime public de remboursement des soins (*Den Offentlige Sygesikring*, DOS). Les citoyens n'y versent pas de cotisations spécifiques puisque le régime est financé par l'impôt des comtés. Les comtés gèrent à la fois l'administration hospitalière et le régime de remboursement dont la gestion locale a été transférée aux municipalités. Le régime de remboursement prend en charge les soins dispensés par des généralistes et des spécialistes sous contrat collectif avec le DOS [1].

Mis à part le cofinancement par les patients des médicaments, soins dentaires, lunettes, prothèses auditives et les assurances supplémentaires pour maladie et pour soins urgents, les services de santé sont pour une très large part – 82 % – entièrement financés par l'Etat. Le régime public de remboursement des soins DOS prend en charge, entièrement ou en partie, les soins dispensés par des spécialistes.

Les relations professionnelles dans le secteur de la santé

La plupart des professionnels des soins de santé sont des salariés du secteur public. Les services de santé offerts dans le cadre du régime public de remboursement DOS sont dispensés par des indépendants qui coopèrent avec les services publics sur une base contractuelle.

Les comtés fixent les budgets hospitaliers et les hôpitaux sont censés organiser et mener à bien leurs activités dans le cadre de ces limites budgétaires. Tous les personnels du secteur des soins, médecins compris, sont couverts par des conventions collectives négociées par l'organisation patronale Amtsrådsforeningen, (ARF, Association des conseils des comtés) et les syndicats concernés, l'Association danoise des médecins hospitaliers juniors, l'Association des médecins spé-

1. DOS, le régime public de remboursement des soins, signe des accords collectifs avec les organisations représentatives des différentes professions. Pour être valides, ces accords doivent toutefois être agréés par le ministère de l'Intérieur et de la Santé. La commission de négociation de la santé publique est composée de représentants politiques des comtés ainsi que des villes de Copenhague et de Frederiksberg.

cialistes et l'Organisation de généralistes du Danemark. Ces trois organisations représentent toute la population des médecins et agissent sous le toit d'une fédération centrale, la Fédération danoise des médecins (voir plus loin). Les syndicats de médecins sont eux-mêmes affiliés à Akademikernes Centralorganisation (AC), une confédération qui syndique également d'autres professionnels diplômés de l'enseignement supérieur, avocats, économistes, ingénieurs, enseignants d'université, etc. AC fait partie de l'union des syndicats de salariés des comtés et municipalités appelée KTO (*Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte*, association des organisations de salariés des pouvoirs publics locaux) qui conduit les négociations collectives. Selon un système relativement compliqué, KTO négocie un accord avec ARF pour l'ensemble des syndicats (une cinquantaine), dont chacun négocie ensuite des conventions d'application particulières. Les infirmières ont leur propre organisation (*cf. infra*).

Le régime public de remboursement des soins DOS fait appel aux services de professionnels indépendants : généralistes, spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes etc. La prestation de ces services est encadrée par des conventions collectives signées par la commission de négociation de la santé public (voir note de bas de page 7 ci-dessus) et les syndicats de généralistes et de médecins spécialistes. Les accords collectifs déterminent les prix des services couverts par le DOS ainsi que le volume de remboursement, total ou partiel. Dans le cas de remboursements partiels, le patient doit lui-même acquitter le solde. Les prestataires de service n'ont pas le droit de demander un prix excédant celui fixé dans l'accord collectif.

Les services de santé municipaux se voient fixer des budgets cadre tout comme les hôpitaux. Les personnels ont là aussi un statut de salariés, et ils sont couverts par les conventions collectives signées par l'association nationale des municipalités et les syndicats concernés.

A l'instar des autres professions, les professionnels de la santé sont fortement organisés au Danemark. Ce taux de syndicalisation très élevé est aussi, dans le secteur de la santé, le résultat d'une longue tradition historique.

L'organisation des médecins

La quasi-totalité des médecins danois (21 363, soit environ 94 % des médecins agréés dont 3 000 sont à la retraite) est membre de la Fédération danoise des médecins, Lægeforeningen, créée le 1er septembre 1857. Ses objectifs sont inscrits dans ses statuts : unifier les médecins en vue de protéger les intérêts de la profession ; être une structure à travers laquelle s'exerce l'influence des médecins. Cette recherche d'influence s'étend aux questions sociales générales touchant à la santé publique et au système de santé. La Fédération danoise des médecins comprend trois branches professionnelles, l'Association danoise des médecins hospitaliers « juniors » (Foreningen af Yngre Læger, FAYL, avec 8 687 membres), l'Association danoise de médecins spécialistes (Foreningen af Speciallæger, FAS, avec 7 850 membres) et l'Organisation des généralistes du Danemark (Praktiserende Lægers Organisation, PLO, avec 4 714 adhérents).

L'adhésion à l'association des médecins hospitaliers juniors n'est pas fonction de l'âge mais plutôt d'un niveau d'emploi dans l'hôpital inférieur à celui des « seniors » ayant atteint le point culminant de leur carrière. L'Association des

médecins spécialistes regroupe les médecins hospitaliers seniors (consultants ou chefs de département), des spécialistes ayant leur propre structure de consultation dans ou en dehors de l'hôpital ainsi que les autres médecins qui ne sont ni médecins juniors ni généralistes, comme par exemple les médecins en santé publique. Ce syndicat fédère 26 organisations spécialisées, une pour chacune des spécialisations reconnues au Danemark. A l'Association des généralistes du Danemark sont affiliés les médecins généralistes travaillant pour la sécurité sociale ou pour lesquels la médecine générale est l'occupation principale. Les médecins hospitaliers seniors et les médecins employés dans la fonction publique peuvent en outre être affiliés à l'Association danoise des spécialistes hospitaliers seniors (Overlægeforeningen) créée en 1992 après une fusion syndicale.

Chaque branche « de métier » a pour tâche de défendre, à l'intérieur de son champ de compétence, les intérêts professionnels et matériels de ses membres. Dans la plupart des cas, les membres de la Fédération danoise des médecins doivent aussi adhérer à la structure locale dans la zone géographique où ils exercent principalement [1]. Ces structures locales ne sont pas pour autant parties prenantes des négociations collectives qui sont du ressort des trois branches de métier. Tous les deux ans, ces dernières renégocient les conditions de travail et de salaires de leurs contrats avec les autorités publiques. Tout accord ou contrat d'une nature générale peut faire l'objet d'un examen par une commission spéciale dans laquelle sont représentées les trois branches professionnelles ainsi que la Fédération danoise des médecins elle-même. Pour entrer en vigueur, le texte en question doit être approuvé par le conseil exécutif de la Fédération danoise des médecins, l'organisation centrale.

L'organisation des infirmières

DSR, le syndicat des infirmières (Dansk Sygeplerråd) a été créé en 1899. Il défend les intérêts des quelque 73 000 infirmières en matière de salaires et d'emploi ainsi que leurs intérêts organisationnels. Parmi les principales préoccupations figurent la politique de la santé, le développement des soins infirmiers et de la recherche, la coopération avec d'autres organisations au niveau national, nordique et international. L'adhésion est volontaire et 95 % environ de toutes les infirmières danoises, y compris les élèves infirmières et les retraitées sont membres du syndicat. Des structures locales existent dans chaque comté.

DSR [2] est la représentation nationale de toutes les infirmières au Danemark ; il organise indistinctement les infirmières

1. On compte au total 17 associations locales implantées dans chacun des 14 comtés, à Copenhague, sur les îles Faroe ainsi qu'au Groenland. Ces structures locales ont pour tâche de défendre les intérêts de la profession médicale face aux municipalités, aux conseils municipaux et aux comtés et de coordonner plus généralement les intérêts de la profession au niveau local.
2. DSR est membre de FTF, fédération des travailleurs de la fonction publique et des employés salariés, la deuxième confédération syndicale danoise après LO. FTF regroupe 41 organisations avec 441 000 membres au total, qui représentent les salariés du secteur privé et du secteur public au niveau de l´Etat et des comtés. FTF joue un rôle de coordination dans les négociations collectives, mais agit aussi comme porte-parole politique de ses membres qu'elle représente auprès du gouvernement et du Parlement au sujet des politiques économiques et sociales nationales.

en exercice, les infirmières chef et les enseignant(e)s. Traditionnellement, les infirmières travaillent à l'hôpital (environ 60 %) et dans le secteur des soins primaires (environ 28 %). 12 % des membres de DS travaillent ailleurs, par exemple dans des entreprises privées. On observe depuis quelque temps un intérêt croissant des infirmières pour des emplois dans des domaines non traditionnels, tels les entreprises pharmaceutiques ou les agences de consultation indépendantes.

DSR et les autorités des comtés et des municipalités ont signé une convention collective qui prévoit l'élection d'un(e) délégué(e) syndical(e) dans tous les établissements employant plus de cinq infirmières. Ce(tte) délégué(e) représente les adhérents et le syndicat dans le « comité de coopération » sur le lieu de travail, structure paritaire composée de représentants de la direction et du personnel. Les délégué(e)s ont pour tâches de défendre les intérêts individuels et collectifs des adhérents, d'obtenir et de pérenniser des conditions d'emploi et de travail très stables et de veiller au respect des conventions collectives sur le plan des salaires, de l'emploi et des conditions de travail. Au niveau local, les délégué(e)s peuvent débattre dans les comités de coopération de toutes les questions importantes qui se posent dans l'établissement. Leur champ de responsabilité – en coopération avec les acteurs compétents – touche à une multiplicité de domaines : emploi, participation du personnel, environnement de travail, nouvelles technologies, organisation du travail, négociations salariales, conditions d'emploi, problèmes individuels, évolutions de la profession, stratégies d'organisation des services et de management. La prise en charge pratique de ces questions dépend cependant largement des configurations et du dynamisme spécifiques de chaque comité de coopération. Les négociations salariales n'en constituent pas moins une tâche importante des délégués qui ont à négocier l'adaptation, au niveau local, des accords cadre négociés au niveau central entre l'union de négociation KTO et les organisations patronales des comtés (ARF) et des municipalités (KL). La protection contre le licenciement des délégués syndicaux est inscrite dans la convention collective. Le DSR compte dans ses rangs quelque 1 500 délégué(e)s.

Le syndicat des infirmières est le plus grand syndicat dans ce que l'on appelle le « cartel de la santé », structure de coopération de onze syndicats de la santé. La présidente du syndicat des infirmières préside aussi le cartel de la santé. Celui-ci a fait partie de l'union syndicale de négociation KTO (voir *supra*), avant de s'en retirer en 2003. Les infirmières ont joué un rôle moteur dans cette rupture. Elles avaient le sentiment que leurs intérêts face aux employeurs des comtés devenaient inaudibles dans le système complexe de représentation des salariés dans la négociation. Dans le cadre de KTO, la plupart des questions et notamment les augmentations salariales sont négociées centralement pour tous les 64 syndicats. De surcroît, chaque syndicat doit respecter les règles du vote majoritaire : lors d'un référendum pour l'acceptation ou le rejet d'un compromis réalisé par KTO, les adhérents de tel ou tel syndicat peuvent très bien voter « non » et n'en avoir pas moins à appliquer l'accord collectif. Lors de la dernière négociation collective, en 2002, le compromis accepté par KTO a été entériné avec une majorité très faible. Le cartel de la santé avait rejeté l'accord et en a tiré les conséquences en quittant ensuite KTO. Ce ne fut pas une décision facile, mais le cartel sera

sans doute dans une position plus forte en 2005 quand il négociera directement avec les employeurs des comtés. Les revendications principales des infirmières concernent, d'une part, l'abolition d'un nouveau système de salaire qui n'a pas, selon elles, fait ses preuves, et, d'autre part, une augmentation salariale substantielle. Les infirmières se plaignent aussi des conditions de travail stressantes à l'hôpital, dues à une pénurie de personnels qu'elles attribuent au cadre budgétaire trop restrictif fixé par l'Etat et les comtés.

Une réforme progressive et en douceur du système de santé

Le Danemark a connu plusieurs vagues de décentralisation durant les années 1970 et 1980, avec le transfert de nombre de services publics aux comtés et aux municipalités. La planification régionale, les soins de santé primaires, la condition des handicapés, l'enseignement secondaire, la protection de l'environnement, les transports en commun sont passés de la responsabilité de l'Etat à celui des comtés et la sécurité sociale relève désormais de la compétence des municipalités. Cette tendance à la décentralisation s'observe plus généralement dans les pays de l'OCED ; elle est sous-tendue par l'idée selon laquelle des décisions plus proches des lieux où sont dispensés les services favorisent la participation démocratique et la capacité de réponse aux préoccupations des citoyens en même temps qu'elles renforcent le lien entre gestionnaires et décideurs.

L'économie danoise a connu de grandes difficultés après le choc pétrolier de 1973. La réduction du taux de croissance du secteur public en a été la conséquence ainsi qu'une attention toute particulière portée, durant les années 1980, à la maîtrise des dépenses dans le secteur public de la santé. Les comtés ont été un levier important pour mettre en œuvre un plan budgétaire global et pour satisfaire les demandes politiques et économiques de la période. Le taux de croissance a été effectivement tenu sous contrôle, les coûts de gestion restent faibles en comparaison avec d'autres systèmes de santé européens, et les comtés danois se sont avérés très performants pour respecter le budget fixé. Il n'y avait donc pas vraiment d'arguments pour mettre en cause le pouvoir des comtés ni le contrôle politique décentralisé de la politique de la santé au Danemark. Le prix à payer était peut-être une moindre réactivité et souplesse du système pour répondre aux besoins des patients, que dans les systèmes centrés sur la demande (Vrangbaek, Christiansen, 2002).

Plus récemment, en 2004, le gouvernement a adopté, après un vote serré au Parlement, une réforme qui vise à redéfinir les limites des compétences des comtés, ce qui présuppose un encadrement plus centralisé des services de santé. La réforme prévoit la fusion des 14 comtés actuels en 5 régions d'ici janvier 2007. Bien que décentralisé, le nouveau système serait plus centralisé qu'auparavant. Il faut attendre pour savoir quelles seront les conséquences de la réforme sur l'organisation et la gestion du système de santé. Traditionnellement, des projets de réformes structurelles ne sont présentés que s'ils se fondent sur un large consensus au Parlement. Ce n'était pas le cas du compromis actuel. Si les prochaines élections (qui se tiendront au plus tard en 2005) provoquent un changement de gouvernement, certains éléments du compromis sur la réforme, ou le compromis tout en-

tier, pourraient faire l'objet de nouvelles négociations.

Le ministère des Finances est de plus en plus impliqué dans les politiques de santé, dans un contexte de renforcement général de la coordination macroéconomique et du fait du rôle central qui lui revient dans les arbitrages sur le budget de l'Etat et les conventions annuelles avec les comtés. Le ministère des Finances est favorable à l'idée d'une « nouvelle gouvernance du secteur public » et à des incitations économiques dans le secteur public.

Avec l'évolution de la médecine et la spécialisation qui l'accompagne, le secteur hospitalier s'oriente de plus en plus vers des examens, des traitements et des soins approfondis. En même temps, les patients tendent à être hospitalisés pour des périodes courtes ou traités dans des polycliniques ambulatoires. On constate en outre une tendance à décharger les hôpitaux des activités de soins (*care*) qui sont d'une nature plus sociale. Il en résulte une diminution continue de la durée moyenne des séjours et du nombre de jours par lit, parallèlement à l'augmentation du nombre de patients traités dans des cliniques de jour.

Cette évolution se reflète dans la structure du système de santé. Entre 1980

Vers une réduction des dépenses pour les médicaments

Comme dans d'autres pays, les dépenses pour les médicaments ont significativement augmenté au Danemark au cours des dernières années. Plusieurs mesures ont été adoptées pour limiter cette augmentation des dépenses.

En 1994, le ministre de la Santé et l'industrie pharmaceutique ont décidé de fixer un plafond annuel pour le prix des médicaments. Cet accord a été remplacé au printemps 1995 par un accord biennal prévoyant que tous les médicaments pris en charge verraient leur prix réduit de 5 %. Les prix des autres médicaments devaient diminuer de 2 % selon les termes de l'accord qui excluait aussi toute augmentation des prix pendant la durée de validité de l'accord. A partir du 1er janvier 1996, la prise en charge publique des antibiotiques a été réduite de 75 % à 50 %. On s'attend à ce que la demande d'antibiotiques relativement coûteux à large spectre diminue au profit de produits relativement moins chers à spectre réduit.

Des modifications de la politique de prise en charge contribueront à infléchir la courbe de croissance des dépenses publiques pour les médicaments. Des médicaments génériques ont été introduits pour inciter à l'achat de produits moins chers. Des programmes de prise en charge ont été convertis dans un système appelé « prix de remboursements ». Dans ce système, tous les produits donnant lieu à remboursement se voient fixer un « prix de remboursement ». Ce prix sert à calculer le taux de remboursement et de cofinancement. Tous les médicaments remboursables ont le même statut du point de vue du remboursement. Le système de remboursement est fondé sur les besoins individuels, et le taux de remboursement pour les médicaments remboursables dépend de la consommation médicamenteuse du patient sur une période de remboursement individuelle d'un an.

et 2000, le nombre d'hôpitaux généraux est passé de 117 à 71, alors que les hôpitaux psychiatriques ont vu diminuer leur nombre de 16 à 12 entre 1980 et 1999 [1]. Dans la mesure où la réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital a diminué au profit des traitements ambulatoires, les généralistes jouent un rôle plus important en tant que coordinateurs des soins proposés par les différents groupes professionnels actifs dans le cadre du régime public de remboursement des soins : médecins spécialistes de ville, kinésithérapeutes, infirmières à domicile. Les généralistes tendent aussi à coordonner de plus en plus les traitements dans les secteurs primaires et secondaires puisqu'il est devenu possible de faire soigner un nombre croissant de patients en médecine de ville soit par les généralistes, soit par des spécialistes de ville. Le nombre de généralistes et de spécialistes exerçant dans leur propre cabinet a augmenté de 19 % entre 1980 et 2000 et celui de dentistes de 18 % dans la même période. Les dentistes, à la différence des généralistes et des spécialistes, ont le droit d'ouvrir des cliniques au Danemark. Les comtés ne contrôlent donc pas l'offre de soins dentaires. Pour autant, les soins dentaires ne sont pas gratuits ; environ 70 % des dépenses dentaires des adultes sont payées par les patients eux-mêmes qui bénéficient éventuellement d'un remboursement partiel par des assurances maladie privées.

Un autre ajustement concerne les droits et libertés de choix des citoyens et des patients. Depuis 1993, les citoyens dont la santé nécessite un traitement hospitalier ont la possibilité de choisir librement, dans certaines limites, l'hôpital dans lequel ils souhaitent être soignés. Ils peuvent choisir un hôpital public généraliste ou l'une des petites structures hospitalières spécialisées appartenant à des associations sous contrat avec les autorités publiques. Si l'examen du patient montre qu'il doit être traité dans une structure spécialisée, il a le choix entre des services hospitaliers très spécialisés. Depuis 2002 les citoyens ont aussi la possibilités de se diriger vers des hôpitaux ou cliniques privés au Danemark ou à l'étranger si les temps d'attente sont supérieurs à deux mois et si l'hôpital retenu est, pour le traitement offert, conventionné par l'association des comtés.

Si les politiques des soins restent tributaires de l'expertise médicale, l'influence des patients augmente, qui se font entendre tant au sujet des services dispensés que dans l'arène politique. Plusieurs lois définissent désormais les droits des patients ainsi que la possibilité de déposer plainte et de recevoir des dommages et intérêts. L'objectif de ces lois est de fixer les règles susceptibles de garantir aux patients en toute situation l'accès aux meilleurs traitements et soins. Le bureau des plaintes des patients est une autorité publique indépendante ; il peut formuler des critiques à l'égard du corps médical et soumettre des cas particulièrement graves au procureur public en vue d'une procédure judiciaire. Les patients peuvent aussi réclamer des dommages après un traitement dans un hôpital public à travers le programme d'assurance des patients créé en 1992. Les « groupes de patients » sont particulièrement actifs ; ils se sont constitués autour de maladies ou de problèmes

1. La diminution de la durée moyenne des séjours à l'hôpital a conduit à une forte réduction du nombre de lits dans les hôpitaux généraux, de 30 967 en 1980 à 18 683 en 2000.

de santé particuliers (par exemple des problèmes cardiaques). S'ils ont limité au début leur rayon d'action à l'éducation et à la sensibilisation, nombre de ces groupes de patients exercent maintenant un rôle explicite de lobbying, et les plus grands d'entre eux (par exemple Hjerteforeningen, « l'association du cœur ») sont régulièrement conviés aux auditions de commissions parlementaires ou invités à prendre position sur les projets de loi du ministère de la Santé (Blume, 2001).

Selon certains auteurs (Irvine, 2003), l'absence de changements radicaux dans le système danois peut être attribuée au manque de forces motrices derrière une telle réforme, le système étant très largement considéré comme efficace et donnant de bons résultats. Décrit comme un système de régulation basé sur le principe de « l'ordre négocié » (Vrangbaek, 2002), il s'entoure d'un consensus politique quant à l'offre future de soins de santé, laissant peu d'espace aux revendications d'une réforme majeure, que celles-ci proviennent du monde politique, des médias ou encore de l'opinion publique.

Le secteur de la santé au Danemark est en effet ancré dans un consensus solide autour d'un certain nombre de valeurs fondamentales, comme notamment l'idée selon laquelle tous les citoyens doivent avoir accès aux services de santé publique et disposer du libre choix de leur médecin dans le cadre des soins primaires ainsi que de l'hôpital. On a affaire à un compromis sociétal durable qui n'a pas fondamentalement changé au gré de la succession des majorités gouvernementales. Les réformes et les débats sur les réformes tendent à s'intéresser à des questions à la marge de ces valeurs sociétales ; par exemple sur le rôle que pourraient jouer dans le système les assurances et hôpitaux privés, sur l'attribution de telle ou telle responsabilité à tel ou tel acteur ou encore sur l'allocation prioritaire des ressources (Blume, 2001).

Les médias tendent à pointer de façon plus insistante les problèmes du secteur de la santé. Les groupes de patients ont identifié des zones où les temps d'attente et les taux de mortalité liés à certaines maladies sont supérieurs à ce que l'on observe dans d'autres pays européens. Bien que l'espérance de vie moyenne augmente, elle se trouve depuis quelques années derrière la plupart des pays de l'OCDE. Parallèlement au développement de nouvelles technologies et de nouveaux traitements, on voit émerger de nouvelles demandes d'augmentation des dépenses. Ainsi, le débat danois sur les soins de santé se déroule dans un environnement apparemment contradictoire, où des taux élevés de satisfaction générale [1]

1. En 1998, l'enquête Euro-baromètre réalisée par la Commission européenne en collaboration avec la London School of Economics and Political Science, a montré que 90 % des Danois étaient satisfaits de leurs services de santé, taux de satisfaction largement supérieur à celui exprimé par les résidents de tout autre pays membre de l'UE. Au niveau national, il est intéressant d'étudier l'évolution de la satisfaction exprimée durant la dernière décennie. Le ministère danois des Finances publie régulièrement des analyses sur l'attitude des citoyens à l'égard des services publics, dont les soins de santé. Sur une échelle de 1 à 5, la satisfaction exprimée par les utilisateurs des hôpitaux a été de 4,3 en 1993, pour diminuer significativement en 2000 (3,4). Dans la même période, la satisfaction des non-utilisateurs des hôpitaux est passée de 4,1 à 3,3. L'attitude à l'égard des généralistes, avec un taux de satisfaction de 4,2 en 2000, est restée très stable au cours de la dernière décennie (S. Thomson, *Report commissioned by Civitas on Danish Health Care*, 2002).

cohabitent avec un regard très critique sur les améliorations qu'il conviendrait d'y apporter. Toutefois, nombre d'observateurs des débats politiques au Danemark estiment que ces derniers restent plutôt critiques et centrés sur des problèmes tels que la non-généralisation de certains nouveaux traitements ou médicaments, le problème irrésolu des listes d'attente, ou encore le retard, démontré par les statistiques, de certains secteurs de soins par rapport aux pays « comparables » comme la Suède ou la Norvège. Les débats sur la réduction des listes d'attente ou l'amélioration des soins se réduisent souvent à la question de l'allocation des ressources.

La déclaration d'intention du nouveau gouvernement plaidant en faveur de l'extension du secteur de santé privé est largement considéré comme rhétorique. Le gouvernement libéral-conservateur actuel n'en adopte pas moins une approche plus idéologique, et est plus favorable au contrôle « du haut vers le bas » et à la centralisation que tous ses prédécesseurs. Le débats sur les listes d'attente gagne aussi en importance. Les comtés et nombre d'experts au Danemark et sur la scène internationale font valoir que, à travers la centralisation, le Danemark risque de ruiner un système qui fonctionne « plutôt bien » (Irvine 2003).

Traduit de l'anglais par Adelheid Hege.

Sources :

Blume D. (2001), *Engaging Citizens in the Danish Health Care Sector*, OECD.

Danish Ministry of Health (2002), *Health Care in Denmark*.

Irvine B. (2003), *Background Briefing – Health Care Lessons From Denmark*, Civitas.

Johansen A.S., Christensen J.K. *et al.* (2001), *Lessons from A Decentralised Healthcare System: the Case of Denmark*, Paper presented to Nordic Health Economists' Study Group.

Mossialos E., Dixon A. (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, OUP.

Thomson S. (2002a), *Presentation to Health Policy Reform Group*, London.

Thomson S. (2002b), *Report Commissioned by Civitas on Danish Health Care.*

Vallgårda S., Krasnik A. *et al.* (2001), *Health Care Systems in Transition: Denmark*, European Observatory on Health Care Systems.

Vallgårda S., Thomson S. *et al*. (2002) *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges, Report Commissioned by The Health Trends Review*, HM Treasury.

Vrangbaek K. (2002), *Presentation to Health Policy Reform Group*, London.

Vrangbaek K., Christiansen T. (2002), *Transformation and Stability in Danish Health Care*, Paper for EHSDG LSE.