Suède

Des tensions en dépit de réformes déjà mises en place

Annie JOLIVET

La maîtrise des dépenses de santé est une préoccupation ancienne. Plusieurs réformes structurelles de l'organisation des soins conduites dès le début des années 1980 ont permis une réelle réduction puis une stabilisation des dépenses de santé au cours des années 1990 (autour de 8,3 % du PIB contre 9,1 % en 1980). Ce résultat a été obtenu en conservant de très bons indicateurs sanitaires. La fin des années 1990 voit apparaître d'une part des tensions sur les salaires liées notamment à des pénuries de personnels de santé, d'autre part une forte progression des dépenses liées aux congés maladie. En forte augmentation depuis 2000, les dépenses de santé passent ainsi à 9,2 % en 2002 selon l'OCDE.

Des réformes de l'organisation des soins déjà mises en place

Le système de santé en Suède est historiquement décentralisé. L'Etat joue un rôle important dans la définition du cadre légal, le contrôle du niveau de qualité et d'une répartition équitable des soins, et la définition des priorités et des grands objectifs de santé publique. En revanche, le financement, l'organisation et la fourniture des soins relèvent très largement des conseils généraux et des municipalités [1]. Ils ont été fortement décentralisés dans les années 1980 et 1990 :

– avec la réforme Dagmar (1983-1985), la gestion des services de soins primaires, y compris privés, est transférée entièrement aux conseils généraux ;

– avec la réforme Ädel de 1992, la responsabilité financière des soins de longue durée et des soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées est transférée aux communes. Les communes peuvent recevoir un agrément des conseils généraux pour fournir des soins médicaux à domicile. Actuellement, c'est le cas pour la majorité d'entre elles. De plus, les communes versent aux hôpitaux un forfait journalier si elles ne peuvent fournir une place dans une maison de convalescence pour des soins post-hospitaliers ;

1. La Suède compte 290 communes, 18 conseils généraux, 2 régions et une entité particulière pour le Gotland. En 2003, les communes emploient 23 % de la population active et les conseils généraux 7 %.

– en 1995, le transfert aux communes concerne l'assistance psychiatrique, et les soins primaires pour certaines d'entre elles.

Au total, ces transferts de compétences se sont traduits par le transfert aux communes de 109 000 salariés des conseils généraux. Ces transferts se sont accompagnés d'une réduction des effectifs dans les conseils généraux comme dans les communes (*cf.* tableaux 1 et 2).

L'essentiel des soins de santé primaires et secondaires relève de la responsabilité des conseils généraux. La santé représente 89 % de leurs dépenses et occupe 211 500 de leurs salariés (soit 84 %) en 2003. Les conseils généraux sont notamment chargés de la gestion des hôpitaux publics, qui jouent un rôle prédominant dans la fourniture des soins de santé [1]. Confrontés à des difficultés financières, beaucoup de conseils généraux ont mis en place au cours des années 1990 de nouvelles modalités de financement des prestations, visant à améliorer l'efficience des services de santé et à en maîtriser les coûts : introduction de relations acheteurs/fournisseurs de soins, contractualisation et rémunération des prestataires fondée davantage sur les résultats. La participation des malades a également été relevée. Par ailleurs, le nombre de personnels de santé a été réduit dans les années 90, au-delà de ce qui était lié au seul transfert de responsabilités (*cf.* tableau 1). La limitation des enveloppes globales qui financent les hôpitaux s'est traduite par une forte réduction du nombre de lits (passé de 15 pour 1 000 habitants en 1985 à 5,6 en 2000). Ces restrictions budgétaires ont créé des files d'attente importantes. Pour y remédier, les patients se sont vu accorder au cours des années 1990 une liberté de plus en plus large dans le choix de leur médecin, de leur centre de soins

Tableau 1. Evolution du nombre de salariés rémunérés mensuellement dans les conseils généraux (en milliers)

Année	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001	2002	2003	Total
Effectifs	402	318	281	231	241	246	249	251	251	
Variations totale		-75	-19	-25	6	1,3	3	1	0,4	-152
Venant des communes					6					22
Vers les communes		-59	-7	-14						-109
Autres transferts		-3	-4		-1	-1,3	-1	-1	-0,3	-7
Variations hors transferts		-13	-8	-11	0,5	3	4	2	1	-58

Source : *Landstingsanställd personal 2003*, Landstingsförbundet.

Tableau 2. Evolution de l'emploi total dans les communes (en milliers)

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
-6,8	-8	3,9	10,1	0,8	9,4	10,4	6,3

Source : Svenska Kommunförbundet.

1. Les dépenses d'hospitalisation représentent ¾ des dépenses de santé. Les hôpitaux privés sont marginaux. Rappelons qu'en Suède, un patient peut s'adresser directement à l'hôpital sans passer par des soins primaires.

ou de leur hôpital, y compris hors de leur comté [1]. Le plan national pour le développement des services de santé, adopté par le Parlement pour 2001-2004, maintient l'orientation vers une organisation du système des soins plus performante en termes de coût et de résultats pour le patient. Il fixe également des priorités telles que l'amélioration des soins médicaux aux personnes âgées, et la réduction des troubles mentaux, notamment pour les enfants et les personnes âgées.

Enfin, la montée des dépenses en médicaments est aujourd'hui un sujet de préoccupation : leur part dans les dépenses de santé totales a doublé, passant de 8 % en 1990 à 15 % en 2000. Les médicaments sont pris en charge par les conseils généraux, y compris depuis 1997 ceux prescrits hors des hôpitaux, moyennant une franchise de 900 à 1 800 couronnes suédoises [2] par an à la charge du patient. En 2002 a été mise en place une commission du médicament (Läkemedelsförmånsnämnden), chargée de décider quels produits pharmaceutiques sont pris en charge et de conduire des négociations sur les prix avec les producteurs.

Démographie médicale et tensions salariales

Les personnels de santé sont essentiellement employés par les conseils généraux et les municipalités. Ainsi, environ 90 % des médecins sont employés par les conseils généraux. A la différence de beaucoup d'autres pays européens, les médecins ne sont en effet pas des professionnels libéraux mais des salariés. Les salaires et les conditions d'emploi générales sont négociés du côté des employeurs par la Fédération des conseils généraux (Landstingsförbundet, LF) et la Fédération suédoise des communes (Svenska Kommunförbundet, Svekom) [3], du côté des personnels de santé par l'Association médicale suédoise (Sveriges Läkarförbund) pour les médecins et l'Association suédoise des professionnels de santé (Vårdförbundet) pour les infirmières, les sages-femmes et les techniciens de laboratoire. Pour les personnels de santé employés par les communes [4], Svekom négocie avec le Syndicat suédois des travailleurs municipaux (Svenska Kommunalarbetareförbindet, Kommunal). Quoique centralisées, une des particularités de ces négociations est qu'elles laissent une large marge aux négociations locales.

Le nombre de médecins a connu une évolution contrastée au cours des dernières décennies. Il y a d'abord eu une longue phase de croissance des années 1970 jusqu'en 1998. Durant cette période, le nombre de médecins a presque triplé pour atteindre 28 000, soit environ un médecin pour 330 habitants. Au milieu des années 1990, cette phase de croissance aboutit à une tendance à un excédent de médecins, d'autant que les conseils généraux ralentissent leurs embauches en raison des contraintes budgé-

1. Un site web permet, pour un certain nombre d'interventions chirurgicales, de connaître la durée d'attente par hôpital.
2. Soit 100 à 200 euros (la couronne suédoise vaut 0,11 euro).
3. En mai 2003, les deux fédérations d'employeurs LF et Svekom ont décidé de fusionner. Elles formeront une fédération unique à partir de janvier 2007.
4. Environ 235 000 personnes sont employées dans le secteur de la santé et des soins, soit 36 % des salariés rémunérés mensuellement par les communes.

Les principaux syndicats des professions de santé

L'Association médicale suédoise (Sveriges Läkarförbund) compte 37 300 membres parmi les médecins début 2004, dont 27 900 médecins employés en Suède (soit un taux de syndicalisation de 90 %). Elle est affiliée à SACO, la confédération syndicale des travailleurs intellectuels (Sveriges Akademikers Centralorganisation).

L'Association suédoise des professionnels de santé (Vårdförbundet) pour les infirmières, les sages-femmes et les techniciens de laboratoire compte 111 500 membres fin 2003, dont 96 700 membres en activité, à 92 % des femmes. Les infirmières y représentent près de neuf syndiqués sur dix. Vårdförbundet est affilié à la confédération des fonctionnaires et des employés (Tjänstemännens Centralorganisation, TCO).

Le Syndicat suédois des travailleurs municipaux (Svenska Kommunalarbetareförbindet, Kommunal) compte 595 000 membres, dont 80 % sont des femmes. La moitié travaille dans le secteur de la santé (soit un taux de syndicalisation de l'ordre de 80 %). C'est la plus importante fédération de LO (Landsorganisation Sverige).

taires. Enfin, à partir de 1998, la tendance s'inverse et des pénuries apparaissent dans plusieurs spécialités (par exemple médecine générale, anesthésie, psychiatrie et gériatrie). Ces pénuries sont liées à la fois à la demande plus forte de spécialistes de la part des conseils généraux, qui reprennent leurs embauches, mais aussi au retour dans leur pays de médecins danois et norvégiens, ainsi qu'à l'attractivité du secteur médical norvégien en forte croissance. Comme dans d'autres pays, ces pénuries pourraient s'aggraver dans la période 2005-2015 en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des cohortes nombreuses de médecins nés dans les années 1940. Les départs en retraite atteindraient alors 1 100 médecins par an.

Le même constat peut être fait pour les infirmières. Cette pénurie est à l'origine de tensions sur les salaires, mais aussi sur les conditions de travail lorsque les effectifs sont insuffisants. Durant la fin de l'année 1998 et la première moitié de 1999, plusieurs centaines d'infirmières ont menacé de démissionner ou sont effectivement parties. Elles réclamaient notamment des augmentations de salaire de l'ordre de 2 000 à 5 000 couronnes suédoises [1] (Berg, 1999). En mars 2000, deux accords collectifs ont été conclus pour cinq ans entre l'Association suédoise des professionnels de santé et chacune des deux fédérations d'employeurs LF et Svekom (Berg, 2000). Ces accords couvrent environ 90 000 salariés. Les négociations avaient été ouvertes à l'automne 1999, après sept semaines de

1. Soit entre 221 et 553 euros.

grève. Ces accords fixent une garantie d'augmentation de salaire d'au minimum 2 % par an en moyenne, avec une augmentation supplémentaire de 0,5 % en 2000. Cependant les augmentations effectives seront négociées localement, et il n'y a pas de minimum garanti individuellement. Un élargissement de la dispersion des salaires au sein des personnels de santé est donc probable. Le syndicat Vårdförbundet estime néanmoins qu'il pourrait y avoir une augmentation de 25 % sur les cinq ans de l'accord, compte tenu de la situation très tendue sur le marché du travail des professionnels de santé.

L'accord conclu en mai 2003 entre Kommunal et les fédérations des collectivités locales LF et Svekom est révélateur des conséquences pour le syndicalisme de négociations tenant compte du contexte spécifique du secteur de la santé. Au printemps 2001, un accord avait été conclu accordant une progression des salaires de 11 % sur trois ans, soit un peu plus de 3,6 % par an, aux 420 000 membres de Kommunal, travaillant essentiellement dans des centres de santé, des hôpitaux et des écoles. Constatant un décalage entre ce chiffre et les résultats des négociations locales obtenus par les membres d'autres syndicats du secteur de la santé (infirmières et médecins notamment), Kommunal a dénoncé l'accord un an avant son terme. Les négociations ouvertes en janvier 2003 ont fait apparaître de grandes différences entre les revendications du syndicat et les propositions des employeurs : alors que Kommunal demandait une hausse de 5,5 % en 2003 et un salaire minimum garanti de 14 000 couronnes suédoises pour tous ses membres, les fédérations des collectivités locales proposaient une augmentation différenciée de 4,2 % dans le secteur de la santé et de 2,4 % pour les autres personnels. En dépit de l'intervention de médiateurs, aucun accord n'a pu être trouvé. Kommunal a alors déclenché une grève qui a duré cinq semaines et a mobilisé 110 000 salariés.

S'il se traduit effectivement par un relèvement du niveau de salaire minimum, l'accord final conclu en mai 2003 pour une durée de deux ans concrétise néanmoins une distribution inégale des augmentations de salaires entre le secteur de la santé et les autres. Les personnels de santé bénéficieront d'une progression des salaires de 5 %, réduisant l'écart avec les médecins et les infirmières. En revanche, les autres membres de Kommunal n'auront obtenu que 2,6 % en 2003 et 2 % en 2004, moins que les augmentations prévues par le précédent accord. Cet accord a suscité des divergences au sein de la confédération LO, dont fait partie Kommunal, et la crainte d'une scission du syndicat.

Les accords qui concernent les personnels de santé sont particulièrement révélateurs des tensions existant sur ce marché du travail spécifique. L'individualisation et la dispersion des salaires sont perçus par les employeurs comme le moyen de lutter contre la rotation du personnel et d'attirer de nouveaux professionnels en offrant des salaires d'entrée plus élevés et des progressions plus rapides. Cette évolution pose néanmoins problème dans le cas de syndicats plus généraux, tels Kommunal.

Réduire les congés maladie de longue durée

Le coût des congés maladie a très fortement augmenté de 1998 à 2002 (Jolivet, 2004), participant à la hausse récente des dépenses de santé. En juillet 2003, le gouvernement avait étendu à trois semaines la période dite « patronale » pendant la-

quelle les indemnités journalières de maladie sont à la charge de l'employeur. Cette décision avait suscité de vives réactions, tant de la part des organisations patronales que de la part des trois confédérations syndicales.

En décembre 2003, le gouvernement a publié une déclaration d'intention sur « une vie active en meilleure santé » annonçant une série de mesures pour lutter contre les problèmes de santé et atteindre l'objectif, défini en 2002, de réduire de moitié le nombre de jours d'absence pour maladie d'ici 2008 (Berg, 2004). A partir de janvier 2005, les indemnités journalières seront financées conjointement par l'Etat et les employeurs. La « période patronale », pendant laquelle l'employeur verse les indemnités, reviendra à deux semaines. En revanche, au-delà des deux premières semaines de congé maladie, l'employeur devra prendre en charge 15 % des indemnités versées à son ou ses salariés, sans limitation de durée. Cette prise en charge partielle par l'employeur prend fin si le salarié bénéficie du dispositif de réhabilitation [1] ou s'il reprend son travail à mi-temps. L'objectif est à la fois de favoriser la réhabilitation et d'en accélérer le processus. Outre la mise en place de ce co-financement, le gouvernement appelle au développement de négociations collectives sur la santé au travail, l'environnement de travail et la réhabilitation. Des négociations sur ces thèmes sont possibles depuis longtemps, mais elles ont été relativement peu fréquentes, en particulier sur le plan local.

Si le cofinancement et les négociations collectives ne permettaient pas de réduire le niveau des congés maladie, le gouvernement n'exclut pas une augmentation du cofinancement par les employeurs. En revanche, l'ensemble de ces mesures devrait permettre de relever le taux de remplacement des indemnités journalières versées après les deux premières semaines de congé maladie de 78 % du salaire de référence (plafonné) à 80 %, tel qu'il existait avant la dernière réforme.

En janvier 2004, la confédération LO a décidé que les syndicats qui lui sont affiliés soumettraient le même ensemble de demandes aux employeurs concernant l'environnement de travail pour les négociations collectives de 2004. La nature des demandes et le niveau de négociation pertinent sont précisés. Au niveau sectoriel, les accords doivent prévoir l'organisation conjointe par les partenaires sociaux d'une formation sur des thèmes liés à l'environnement de travail. Ils doivent également fixer des règles favorisant un rôle accru du syndicat dans les planning des équipes. Des accords locaux doivent préciser de quelle façon aborder systématiquement l'environnement de travail et le retour au travail des salariés malades. D'autres accords locaux doivent porter sur la mise en place dans les entreprises d'un service de médecine du travail performant. Enfin, un groupe de travail doit, pour chaque champ de négociation, examiner d'éventuelles clauses dérogatoires en matière de réhabilitation et d'environnement, alors que la

1. Différentes allocations et services visent à favoriser le retour à l'emploi de personnes malades ou victimes d'accidents du travail.

législation dans ce domaine était jusqu'à présent impérative.

Un appel aux partenaires sociaux

La Suède a réussi à réduire la part des dépenses de santé dans le PIB au début des années 1980, puis à les stabiliser jusqu'en 2000, au prix d'ajustements importants en terme d'organisation des soins et de financement, avec une forte réduction du nombre de professionnels de santé, mais sans basculement majeur vers la privatisation des soins. Les années 2000 marquent un changement notable avec une remontée de la part des dépenses de santé. S'y ajoutent des tensions sur les salaires liées à la fois à une longue période de modération salariale dans le secteur public, aux pénuries de personnel déjà présentes, et au renouvellement à court terme d'un nombre non négligeable de professionnels de santé. Fortement contraintes par des considérations budgétaires, les négociations aboutissent à une individualisation et une dispersion des salaires accrues, mais aussi à des différences entre des catégories de salariés relevant de champs de négociation distincts. Quant à la montée des congés maladie de longue durée, elle met en débat à la fois le niveau et le mode de financement des allocations correspondantes. L'orientation récente prise par le gouvernement d'appeler les partenaires sociaux à une prise en charge plus large du problème *via* l'environnement de travail et les négociations collectives traduit cependant un mode de régulation sociale typique. Reste à voir quel en est l'impact sur les accords négociés en 2004.

Sources :

Berg A. (2004), « Government Sets Out New Measures to Cut Sickness Absence », European Industrial Relations Observatory (EIRO), *EIROnline*, January.

Berg A. (2003), « Two-Year Pay Agreement Reached for Municipal Workers After Strike », EIRO, *EIROnline*, June.

Berg A. (2003), « Major Pay Conflict Breaks Out in Municipal Sector », EIRO, *EIROnline*, May.

Berg A. (1999), « Nurses Resign to Seek Better Pay and Conditions », EIRO, *EIROnline*, May.

Chambaretaud S., Lequet Slama D. (2003), « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix », *Revue française des affaires sociales*, *in* dossier « L'Etat Providence nordique : ajustements, transformations au cours des années quatre-vingt-dix », n° 57-4, octobre, pp. 401-421.

European Industrial Relations Observatory (2004), « All LO Unions to Make Work Environment Demands », *EIROnline,* February.

European Industrial Relations Observatory (2000), « Five-Year Pay Agreements Concluded for Nurses, Midwives and Biomedical Analysts », *EIROnline,* May.

Jolivet A. (2004), « Réduction des congés maladie : une réforme gouvernementale contestée », *Chronique internationale de l'IRES, 86, janvier, pp. 35-42.*

http://www.lf.svekom.se

http://www.sl.se

http://www.vardforbundet.se

http://www.kommunal.se.