

# Territoires, santé et bien-être en Suède





# Edito

« Vous savez en Suède, nous sommes habitué.e.s à recevoir des délégations étrangères en voyage d'étude. Avant, il en venait beaucoup des Pays-Bas, maintenant, je note qu'il y en a de plus en plus en provenance de la France » nous confie Erik Svanfeldt, le coordinateur national de la division Santé et protection sociale de la *Swedish association of local authorities and regions (SALAR)*, l'organisme représentant les différentes collectivités territoriales suédoises.

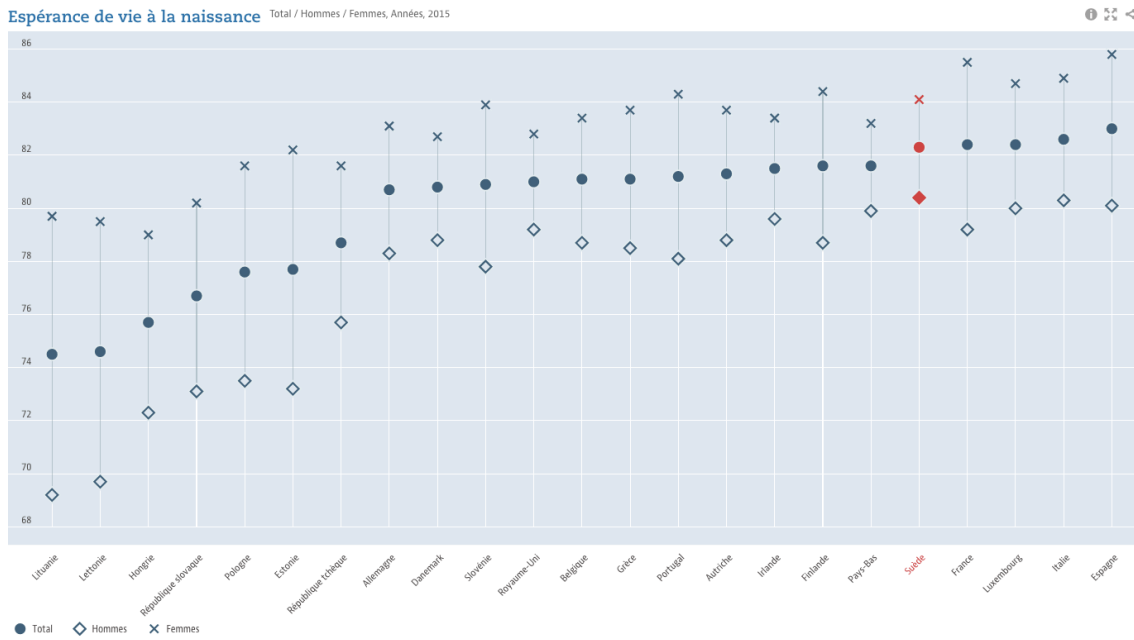
Dans son *World happiness report*, publié en 2016, l'ONU classe 157 pays, sur les 197 que compte le monde, sur des critères allant du PIB aux soutiens sociaux, en passant par l'espérance de vie, la liberté sociale, l'égalité ressentie entre les personnes et l'absence de corruption. La Suède se hisse à la 10ème place quand la France arrive en 32ème position. Au delà de ce classement général, un ensemble de données plus spécifiques assure la réputation du fameux *modèle suédois*.

La situation économique du pays est ainsi particulièrement florissante. Le taux de chômage et la dette publique sont en baisse, atteignant respectivement 6,7 et 39,5% en 2017. Pour la troisième année consécutive, le gouvernement suédois a pu présenter un budget excédentaire (0,3% du PIB). Enfin, la croissance économique du pays a été de 2,7% en 2017, soit un point de plus par rapport au résultat français de la même année.

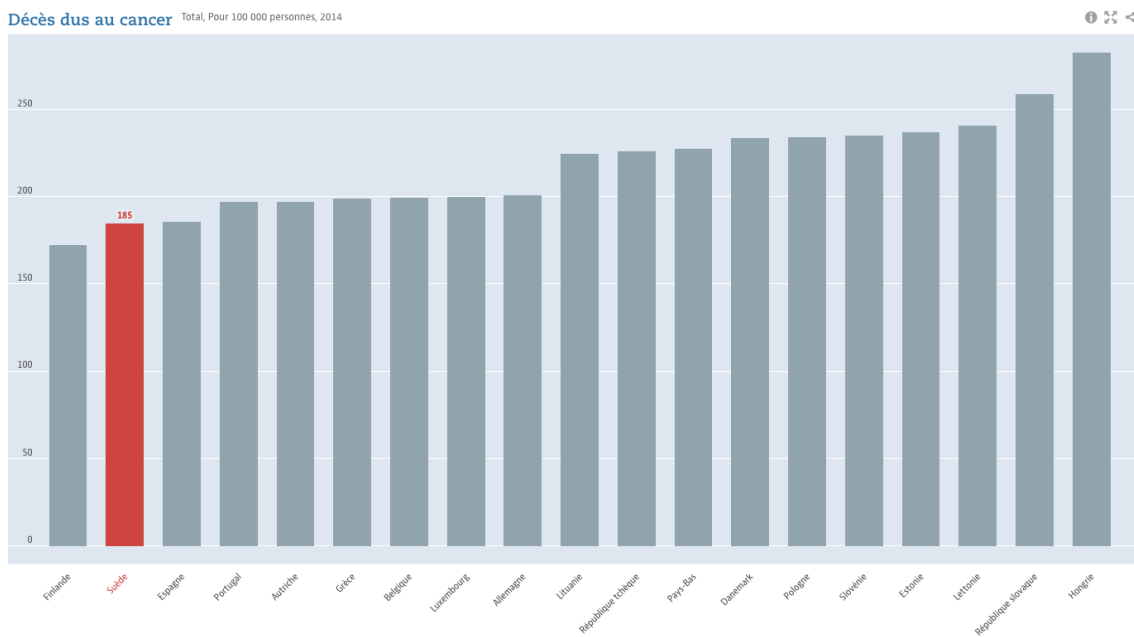
Le système de santé n'est pas en reste. Si la Suède et la France consacrent environ 11% de leur PIB à leur système de santé, le système suédois affiche des résultats supérieurs au système français, notamment en ce qui concerne la prévention et la prise en charge des personnes âgées. L'espérance de vie des Suédois.e.s est parmi les plus élevée du monde (82,6 ans) et son taux de mortalité infantile le plus bas (2,6‰). Ces indicateurs contribuent activement à la réputation du modèle suédois - ce modèle perpétuellement brandi par les forces progressistes de divers pays. L'avance de la Suède s'est ainsi progressivement muée en mythe. Le mythe de la nation des gens heureux, en bonne santé et à l'environnement sain.

|        | Retraites (et pensions de reversion) |      |      | Santé |      | Education |      |      | Politiques familiales (prestations et services) |      |      | Politiques actives du marché du travail |      |      | Indemnisation du chômage |      |      |
|--------|--------------------------------------|------|------|-------|------|-----------|------|------|-------------------------------------------------|------|------|-----------------------------------------|------|------|--------------------------|------|------|
|        | 1980                                 | 2005 | 2015 | 2007  | 2016 | 1980      | 2006 | 2016 | 1980                                            | 2005 | 2015 | 1985                                    | 2005 | 2015 | 1980                     | 2005 | 2015 |
| France | 9,5                                  | 12,7 | 15   | 11,1  | 11   | 5,1       | 5,5  | 6    | 2,4                                             | 3,0  | 2,5  | 0,6                                     | 0,9  | 0,9  | 2,3                      | 1,7  | 2    |
| Suède  | 8,3                                  | 10,2 | 11,2 | 9,1   | 11   | 8,5       | 6,2  | 7,7  | 3,9                                             | 3,2  | 3    | 2,1                                     | 1,3  | 1,2  | 0,4                      | 1,2  | 1,1  |

Source :  
Bruno  
Palier

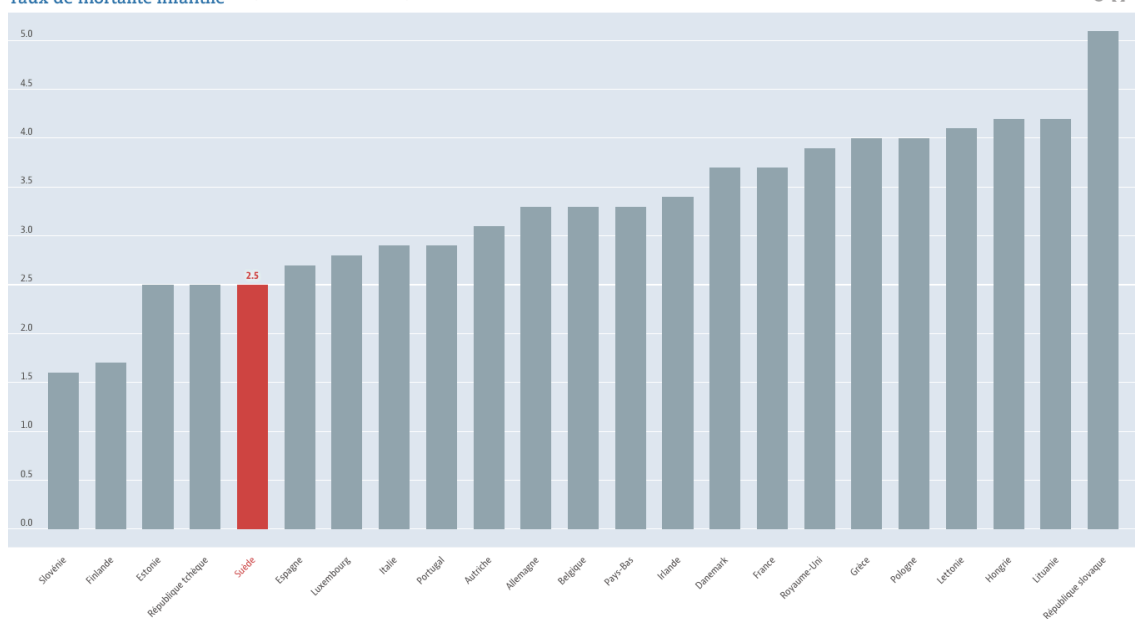


Source :  
OCDE  
2015



Source :  
OCDE  
2015

Taux de mortalité infantile Total, Morts/1 000 naissances vivantes, 2015



Source :  
OCDE  
2015

Qu'en est-il de ce mythe ? Quels sont les fondements du modèle suédois ? Quels en sont les mécanismes, construits au fil des alternances politiques et des fluctuations économiques ?

Nous sommes parvenu.e.s, au fil de nos lectures et de nos rencontres sur le terrain, à un triptyque d'analyse axé autour des questions de décentralisation, de prévention et d'intégration. Ces trois portes d'entrée permettent de montrer l'articulation des enjeux liés à la santé, et le rôle majeur qu'y jouent les territoires suédois. En quoi la très forte décentralisation du système de santé, tant du point de vue du financement que de l'organisation, favorise-t-elle à la fois la responsabilisation des acteurs et l'approche préventive et inclusive de la santé ?

Cependant, un regard rétrospectif nuance cette appréciation du modèle suédois. Si les comparaisons internationales continuent de confirmer la position incontestable de référence mondiale de la Suède en matière sociale notamment, le modèle est-il pérenne ? Les inégalités se sont accrues de façon plus importante que dans n'importe quel autre pays de l'OCDE au cours des vingt dernières années. Depuis la crise du début des années 1990, le modèle suédois a subi des adaptations profondes. Comment les gouvernements cherchent-ils à préserver les principes d'égalité et d'intégration qui sont au cœur de l'identité suédoise dans un contexte international néo-libéral, et y parviennent-ils ?

Cette mission sera ainsi l'occasion d'interroger les stratégies mises en place pour préserver les fondamentaux du modèle suédois, à savoir un État-providence ambitieux, généreux et décentralisé, ayant à cœur les questions d'égalité et

d'intégration, tout en s'ajustant aux évolutions économiques globales. Car s'il ne s'agit ni de placer le modèle suédois sur un piédestal, ni de rejeter en bloc les acquis formidables du pays. Il s'agit de comprendre, et de dépasser les représentations idéalisées, voire mythifiées, de la Suède. Comprendre son histoire, la naissance, le renforcement puis l'adaptation de l'État- providence, son fonctionnement institutionnel et administratif, ainsi que la démarche préventive et transversale adoptée par les pouvoirs publics pour aborder les enjeux de santé, afin d'être en mesure d'adopter une posture comparatiste raisonnée et pertinente au regard de ce qui se passe en France : tel est l'objectif de cette mission d'étude.

Nous allons commencer par poser quelques éléments de cadrage avant de se centrer tour-à-tour sur les trois axes de la décentralisation, de la prévention et de l'inclusion.



Maxime

Solène



Marie

Maud




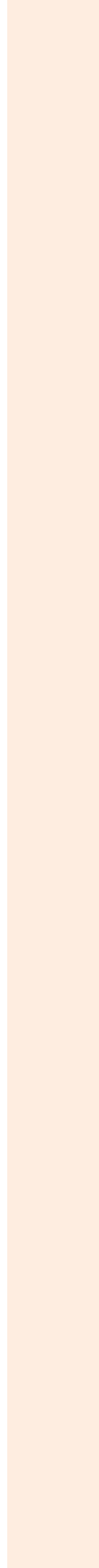


# Sommaire

|                                                                                                             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Édito                                                                                                       | p.3         |
| Carte d'identité des territoires                                                                            | p.10        |
| <b>I. Cadrage</b>                                                                                           | <b>p.15</b> |
| a. L'origine du modèle : les fondations de l'Etat Providence                                                | p.15        |
| b. L'apogée du modèle : les années 1950-1990                                                                | p.17        |
| c. Un modèle en crise ? Les années 1990                                                                     | p.19        |
| <b>II. La Décentralisation</b>                                                                              | <b>p.25</b> |
| a. Un système fortement décentralisé                                                                        | p.25        |
| b. Le processus à l'origine du modèle actuel : un double mouvement de décentralisation et de libéralisation | p.30        |



|                                                                                                          |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>III. Prévention</b>                                                                                   | <b>p.39</b> |
| a. Un modèle sanitaire tourné vers la prévention :<br>l'influence du modèle<br>Dahlgren-Whitehead (1991) | p.41        |
| b. La Suède comme modèle de<br>prévention                                                                | p.44        |
| c. La dimension urbanistique et<br>territoriale de la prévention                                         | p.48        |
| <b>IV. Intégration</b>                                                                                   | <b>p.55</b> |
| a. L'inclusion aujourd'hui en<br>Suède                                                                   | p.56        |
| b. Inégalités territoriales et<br>mécanismes de correction                                               | p.59        |
| c. La garantie d'un accès de<br>toutes et tous aux mêmes<br>droits et services                           | p.61        |
| <b>Conclusion</b>                                                                                        | <b>p.69</b> |
| <b>Bibliographie</b>                                                                                     | <b>p.71</b> |



# Carte d'identité des territoires

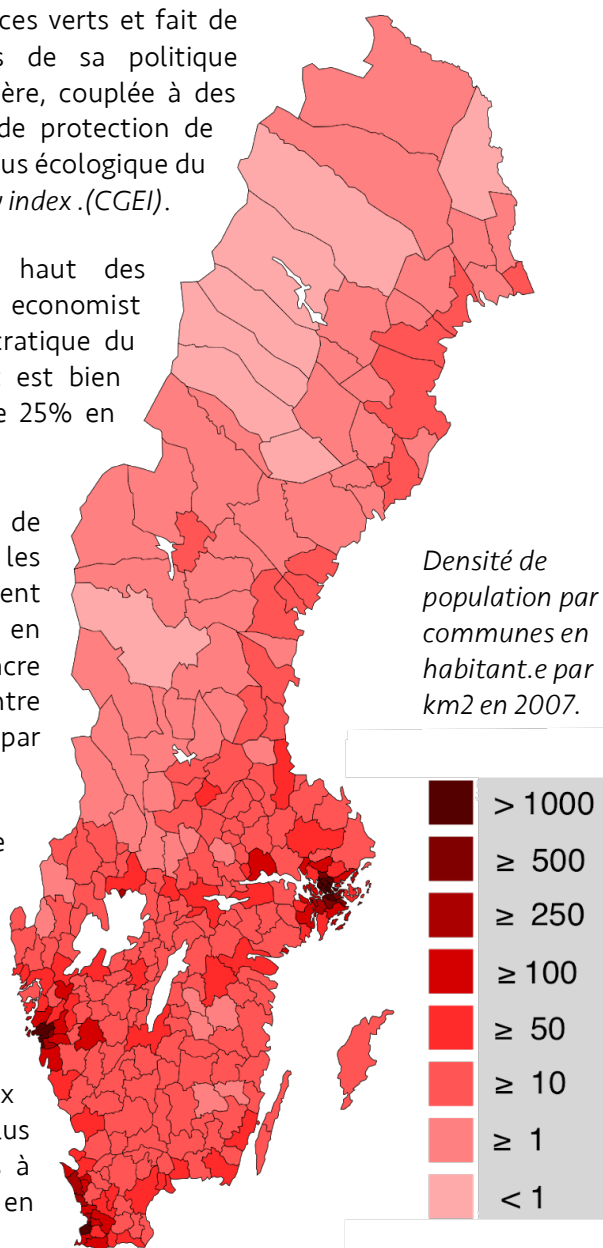
# La Suède

La Suède est composée d'un peu plus de 10 millions d'habitant.e.s réparti.e.s sur plus de 400 000 km<sup>2</sup>, ce qui en fait l'un des pays les moins denses d'Europe. En effet, seulement 1,6% de la surface du territoire est urbanisé. 30% des Suédois.e.s vivent en zone métropolitaine (plus de 500 000 habitant.e.s), 30% en petite zone urbaine et espaces intermédiaires (entre 50 000 et 500 000 habitant.e.s) et le reste de la population, soit 40%, vit dans des plus petites villes ou dans des zones rurales. La Suède est plus densément peuplée au sud qu'au nord. Les espaces naturels sont répartis comme suit : le sud est dédié à l'agriculture, et plus on monte vers le nord, plus les espaces sont occupés par des forêts. La Suède compte de nombreux espaces verts et fait de leur protection l'un des enjeux majeurs de sa politique environnementale. Cette attention particulière, couplée à des politiques urbaines proactives en matière de protection de l'environnement, fait de la Suède le pays le plus écologique du monde en 2014 selon le *Global green economy index* .(CGEI).

Côté institutions, la Suède atteint le haut des classements, et selon celui réalisé par The economist group, la Suède est le pays le plus démocratique du monde. Le taux de femmes au Parlement est bien supérieur à celui de la France : 43% contre 25% en France.

L'éducation est l'un des principaux pôles de dépenses du gouvernement puisque les dépenses publiques dans l'enseignement représentent 7,7% du PIB en 2016 (6% en France). Plus spécifiquement, la Suède consacre 3,7% du PIB à l'enseignement supérieur contre 2,2% en France, soit 24 000\$ de dépenses par étudiant contre 16 000\$ en France.

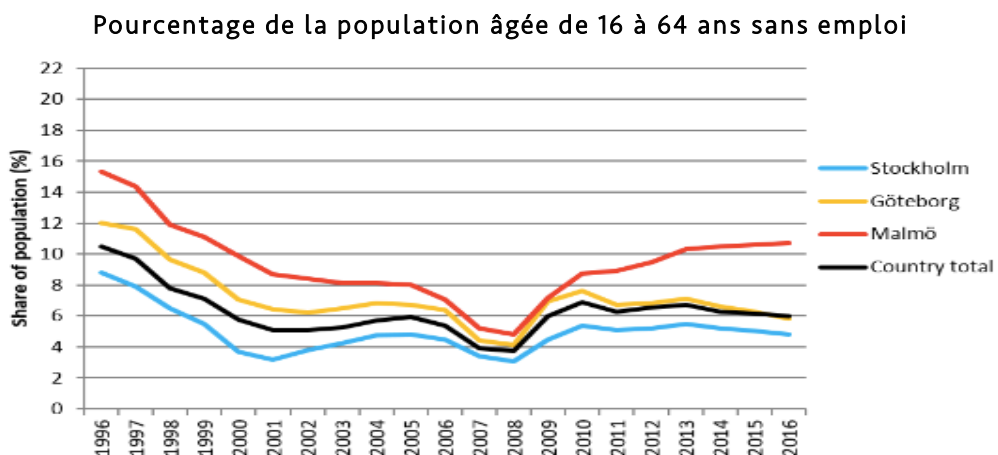
Cela étant, le pays traverse une période de forte augmentation des inégalités. En effet, si le taux de chômage moyen est faible (6,7%), les dépenses pour les chômeur.euse.s ont fortement diminué et les inégalités ainsi que le taux de pauvreté ont augmenté, même s'ils restent inférieurs à ceux de la France. De plus, le taux d'endettement des ménages est l'un des plus élevé d'Europe avec des ménages endettés à plus de 175% de leurs revenus contre 109% en France.



# Malmö

Malmö est la troisième ville de Suède avec une population de plus de 300 000 habitant.e.s. Située dans le comté de Scanie, à vingt minutes de Copenhague, la ville est la porte d'entrée de la Suède depuis le continent européen. Depuis les années 2000, la ville connaît le taux d'immigration le plus important de Suède. C'est également l'une des villes qui croît le plus rapidement en Europe. Résultat, entre 1998 et 2008, près d'un demi-million de personnes y ont habité au moins 1 an mais seulement 23% y ont séjourné pendant toute la période. Ces flux migratoires engendrent une ville hautement multiculturelle, mais également fortement ségréguée, ce qui s'illustre par de fortes inégalités entre les quartiers, y compris en termes de santé. D'une part, les écarts d'espérance de vie entre les quartiers de Malmö peuvent varier jusqu'à huit ans et la ville compte la proportion de familles pauvres la plus importante de Suède. D'autre part, la ville de Malmö est une ville post-industrielle et enregistre des taux de chômage record depuis la crise de 2008 et par rapport à l'ensemble du pays.

Depuis, la Ville investit dans des modes de développement écologiques et inclusifs et se veut l'exemple du "mode de vie suédois". Au pied de la Turning Torso se déploie le quartier Bo01, premier quartier neutre en carbone du monde. La Ville a aussi investi dans l'aménagement de plus de 400 km de piste cyclable. Les travaux de développement des transports en commun sont très importants dans la ville et poursuivent des logiques de désenclavement des quartiers les plus relégués tel que le quartier Rosengård.



Source : The Swedish public employment service

# Landskrona

Située à 40 minutes de Malmö, Landskrona est une ville plus périphérique du comté de Scanie, et compte un peu plus de 30 000 habitant.e.s. Ville au passé industriel, Landskrona fait face aujourd'hui à une accumulation de difficultés socio-économiques tels que le vieillissement de sa population, la hausse de l'immigration, un taux de chômage largement supérieur à la moyenne nationale (de plus de 14% contre 7% en 2014) ou encore l'augmentation de la précarité et des maladies liées au travail industriel. Ces enjeux se sont cristallisés en crise politique, et en 2006 le maire libéral a dû faire coalition avec le parti conservateur d'extrême droite pour diriger la ville. Reliée autrefois maritiment à Copenhague, l'ouverture du Øresund Bridge entre Malmö et Copenhague a définitivement mis fin à toute liaison par bateau entre Landskrona et le Danemark, ce qui a et considérablement réduit l'une de ses principales source d'activités. Landskrona reflète à certains égards les dynamiques politiques des territoires qui se disent « relégués » en France, ce statut suffisant pour certain.e.s à déterminer le vote.



La citadelle de Landskrona



# Cadrage

## Le modèle suédois : Le modèle suédois : construction et analyse de l'État-providence

État-providence, sociale-démocratie, protection universelle, performance économique... Les piliers de ce que représente le "modèle" suédois ne sont pas le résultat de prédispositions scandinaves à la solidarité et à l'égalitarisme. De même, l'idéal suédois diffusé à l'international, vanté par les médias et même par les Suédois.e.s, ne doit pas être pris pour argent comptant. Bien sûr, l'imaginaire collectif a de réelles raisons de prendre la Suède comme modèle au vu de ses résultats. Mais à distance des visions essentialistes, qui attribuent aux Suédois.e.s un "*instinct*" de modernisation (Jenny Andersson, 2011), le système social et l'égalité en Suède sont les résultats d'une longue construction historique et institutionnelle, ayant abouti aujourd'hui à ce qui fait le consensus suédois.

### L'origine du modèle : les fondations de l'Etat providence

Dans les années 1920, à la suite de mobilisations ouvrières sans précédent au début du XXe siècle et d'une lutte acharnée entre ouvriers et patrons, la gauche suédoise rompt avec l'anticapitalisme et propose de s'engager dans ce qu'on a coutume d'appeler la "troisième voie", sorte d'alternative aux deux modèles dominants du capitalisme ou du communisme. Les acteurs économiques et sociaux suédois, précurseurs, se veulent plus pragmatiques que idéologiques, et souhaitent intégrer, plutôt que distinguer, les politiques économiques et sociales. Un groupe d'économistes pré-keynésiens, parfois qualifiés d'«École de Stockholm», établit ainsi une relation entre le chômage et l'insuffisance de la demande, et conseille de corriger les déséquilibres en relançant la demande par des politiques économiques contracycliques.

Cette nouvelle perspective économique retient toute l'attention du parti social-démocrate (*Sveriges socialdemokratiska arbetareparti*, SAP) alors au pouvoir, qui y voit une façon de légitimer son intervention sur le plan économique. En 1928, Per Albin Hansson, qui deviendra en 1932 le premier Premier ministre social-démocrate, qualifie l'État suédois de «foyer du peuple» (*Folkhem*) ; cette appellation fait référence à la nation suédoise en tant qu'un seul et même foyer autour duquel doivent se développer des mécanismes de solidarité, et affirme que la fonction première de l'État est de garantir la solidarité et l'égalité entre les citoyens. Ce concept est approfondi dans les années 1930, en corrélation notamment avec une montée en puissance des valeurs de "conservatisme social", recherchant la préservation des qualités de la population pour encourager sa productivité et éviter l'assistanat. On touche ici à une notion essentielle aujourd'hui à la mode en Europe : l'investissement social. La politique sociale n'est plus considérée comme un coût mais comme un investissement permettant de concilier croissance économique et équité entre toutes et tous (Morel, 2011).

**FOLKHEM : littéralement "le foyer du peuple".**

Depuis son utilisation par Albin Hansson en 1928 lors d'un discours tenu avant son élection au poste de Premier ministre, cette notion est aussi employée comme allégorie de la nation suédoise et elle se diffuse dans les milieux littéraires, contribuant à la vision idyllique du modèle suédois, tel que dans le livre de l'auteur suédois Erik Asklund, *Lilla land* (Petit pays). Dans cet ouvrage, un citoyen désabusé du monde retourne vivre en Suède, le pays étant dépeint comme un havre de paix, de nature et de bien-être.

Plus récemment, le *folkhem* est repris sur un registre nostalgique et nationaliste par des tendances politiques d'extrême droite qui tendent à l'isolationnisme. Mais il conserve sa force symbolique au delà de ces cercles. Le terme est notamment repris par une société de construction de maisons en bois, qui joue ainsi sur une image de "cocon" propre à la société suédoise.

Visste du  
det ?\*





La Suède des années 1930 est aussi celle d'un compromis historique, celui de 1933, qui consiste en l'alliance du parti agrarien, représentant les paysan.ne.s, et du parti social-démocrate. Contre un soutien des prix agricoles et une limitation des conflits sociaux, le parti agrarien accepte les réformes sociales chères aux sociaux-démocrates. Cela mène en 1938 à l'accord de *Saltsjöbaden*, pour lequel le syndicat ouvrier *Landsorganisationen* (LO), accepte le mode de propriété capitaliste et la priorité accordée aux employeur.e.s sur les décisions de recrutement et de licenciement, en échange de quoi la confédération patronale *Svenska arbetsgivarförening* (SAF) s'engage à pratiquer la concertation (Vincent Simoulin, 2005).

Les bases du dialogue social, l'un des principaux piliers du *système économique et social* suédois, sont ainsi posées. Le modèle social-démocrate suédois se place dans un entre-deux : il propose d'exploiter les avantages du marché pour les mettre au service de l'intérêt général. Il incarne ainsi une alternative pragmatique au capitalisme et à la planification soviétique (Morel, 2011).

## L'apogée du modèle : les années 1950-1990

Entre les années 1950 et 1990, ce modèle tend à se renforcer. Pour Assar Lindbeck, professeur d'économie à l'université de Stockholm, « deux buts généraux paraissent avoir été pris plus au sérieux dans la Suède de l'après-guerre que dans n'importe quel autre pays développé : la sécurité économique, et notamment le plein emploi, et l'ambition égalitaire, ce qui suppose à la fois une compression générale des inégalités de revenu et une atténuation de la pauvreté » (Lindbeck, 1997).

Le "compromis suédois" se fortifie en 1951 par le modèle Rehn-Meidner. Du nom de deux économistes, dont un du syndicat LO, ce modèle repose sur des politiques de solidarité salariale dont la particularité est de combiner un plaidoyer à la fois en faveur de l'égalité salariale ("*à travail égal, salaire égal*") et des gains de productivité, avec pour double objectif l'équité sociale et la rentabilité économique de l'entreprise. Au coeur de cette vision, un rôle clé est attribué à l'action syndicale dans l'organisation du marché du travail, notamment dans la fixation des salaires, égaux pour le même type de travail quelle que soit la situation financière de l'entreprise. Cela suppose d'accepter qu'une entreprise faiblement productive - et donc moins à même de s'aligner aux salaires fixés - fasse faillite, en tablant sur la reprise de la main d'oeuvre par les entreprises les plus productives. Le gouvernement, de son côté, doit mener, d'une part, des politiques budgétaires et monétaires restrictives visant

à la compétitivité et à la maîtrise de l'inflation et, d'autre part, des politiques actives du marché du travail, encourageant l'employabilité des travailleurs. La flexibilité des travailleurs et des travailleuses, et leur réorientation vers les entreprises et les régions où la demande de travail est plus forte, passe par une politique intense de formation professionnelle, devant permettre aux salarié.e.s de changer aisément de secteur d'activité.

La Suède apparaît alors à l'international comme un modèle unique de relations professionnelles et d'organisation du travail. L'accélération des restructurations et de la croissance contribue à une rapide augmentation, dans ces décennies d'après-guerre, du niveau de vie des Suédois.e.s. C'est donc pendant ces années de prospérité que se développent les spécificités du modèle suédois, allant vers toujours plus d'universalisme en termes de protection sociale et de régime des retraites, ce qui lui vaut d'être classée en 1990 par le sociologue danois Gøsta Esping-Andersen, dans sa célèbre typologie des États-providence européens, comme un pays "social-démocrate", au côté des autres États scandinaves (Esping-Andersen, 1999).

### La typologie d'Esping-Andersen

En 1990, le sociologue danois Gøsta Esping-Andersen distingue trois systèmes de protection sociale, dans le livre *the Three Worlds of Welfare Capitalism*, qu'il reprend et améliore en 1999, dans *Social Foundations of Postindustrial Economies*.

- \* Le régime libéral, qui favorise la régulation par le marché et repose sur la responsabilité individuelle. La prise en charge du risque social par l'État est limitée et se concentre sur les plus faibles (qui sont aidés, mais aussi stigmatisés). C'est le modèle anglo-saxon.
- \* Le régime social-démocrate se base sur le principe de l'universalité du droit à la protection sociale. Ce régime se caractérise non seulement par un niveau élevé de protection contre les risques mais aussi par une offre importante de services sociaux, l'ensemble étant financé par un impôt fortement progressif. Ce régime s'organise en un système unique d'assurance sociale ouvert à toutes et tous. La vision des risques sociaux est très large et l'État s'occupe de la redistribution. C'est le modèle scandinave.
- \* Le régime corporatiste/conservateur, dont l'État-providence trouve ses racines dans la monarchie et le christianisme. Le système de protection sociale est adossé au travail salarié et destiné à maintenir les revenus du travailleur quand les circonstances l'excluent du marché. L'organisation se fait par type de métiers, d'où son caractère corporatiste. L'État adopte une politique familiale privilégiant le rôle du "chef de famille". C'est le modèle d'Europe continentale et méditerranéenne (dont fait partie la France).

Visste du det ?



## Un modèle en crise ? Les années 1990

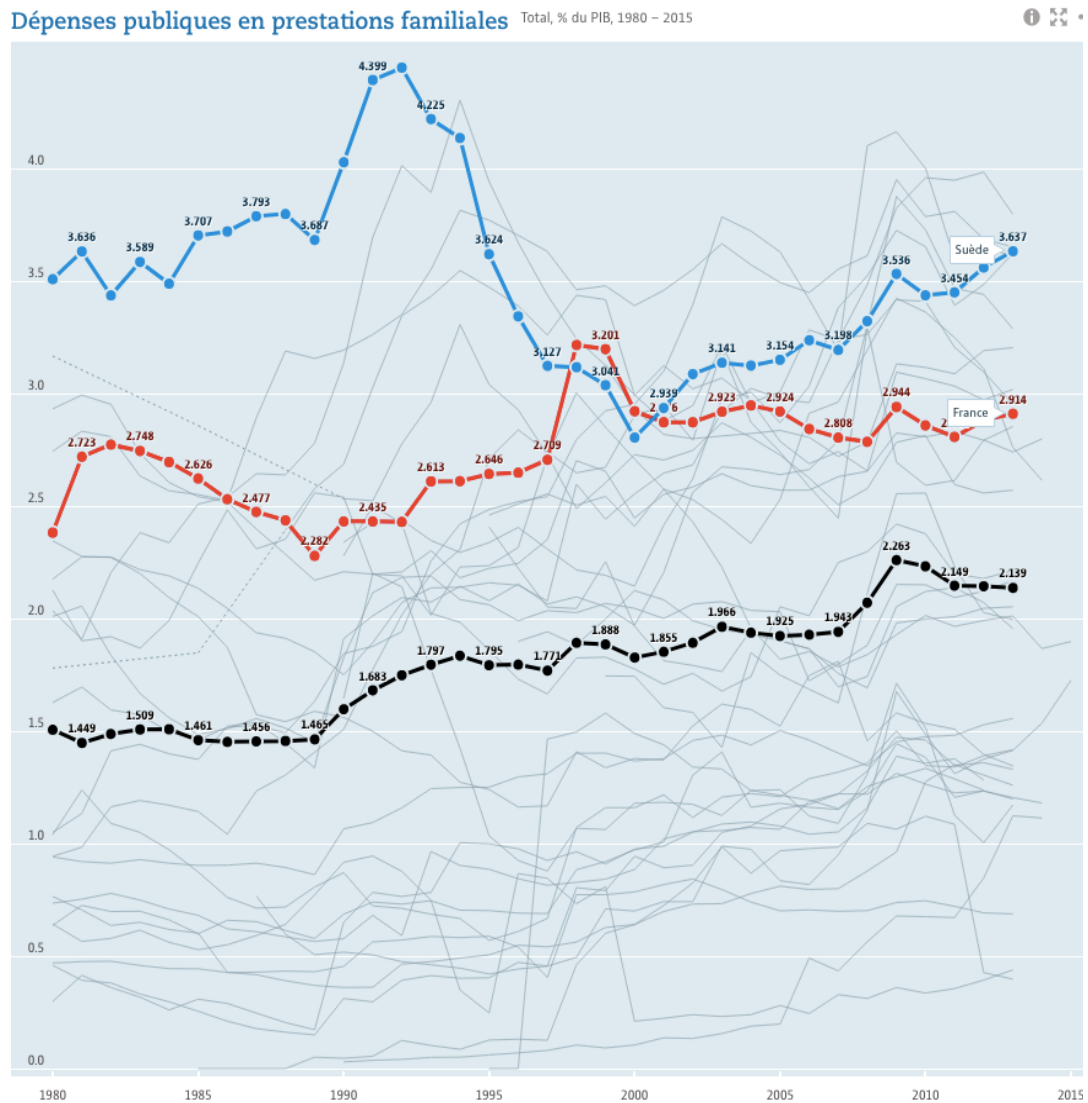
Le modèle suédois connaît depuis une trentaine d'années de multiples perturbations. Dans les années 1990, le pays traverse une crise politique intense causée par une crise bancaire et une crise de la dette, dette que le gouvernement a les plus grandes difficultés à financer sur les marchés financiers. Le gouvernement multiplie alors les réformes libérales dès le début des années 1990, suite à l'arrivée au pouvoir d'une coalition de droite (dite "bourgeoise"). Des entreprises d'État sont privatisées, comme les entreprises d'électricité, de transports en commun, de télécommunications, ou les postes. Les marchés du crédit et des capitaux sont libéralisés. Les systèmes scolaires et de santé sont ouverts au secteur privé et à la concurrence, les dépenses en services sociaux diminuent et de la fin des années 1980 à la fin des années 1990, le nombre de fonctionnaires au service de l'État est passé de 400 000 à 220 000 ; les employé.e.s de l'État passent d'une rémunération à l'ancienneté à une rémunération à la performance.

Entre 1991 et 1993, le PIB décroît fortement et le taux de chômage passe de 1,7% en 1990 à 9% en 1993. En découle une crise politique sans précédent pour les sociaux-démocrates, qui perdent les élections de 1991. Cette même année, l'extrême droite fait son entrée au Parlement. En parallèle de ces évolutions, un nouveau SAP voit le jour, dans le même temps que le *New Labour* de Tony Blair, le *New Democrats* de Bill Clinton, et le *Neue Mitte* de Gerhard Schroeder.

Dès les années 1990, les partis de droite suédois font le choix de la cure d'austérité pour deux raisons principales. D'abord, résorber une dette considérable résultant des politiques menées en réaction à la crise de la fin des années 1970, qui a notamment consisté à créer des emplois publics - financés par la dette - pour limiter la hausse du chômage. Sans adopter l'euro, la Suède des années 1990 s'est quand même attachée à respecter les critères de Maastricht, pour finalement faire passer dès 2001 sa dette sous la barre des 60% du PIB, alors qu'elle atteignait encore 87% en 1998. Ensuite, l'économie suédoise étant fondée sur les exportations, une approche stricte en matière de dépenses publiques et de coût du travail - notamment par la modération salariale - limite l'augmentation des prix des biens à l'export et participe donc au maintien de la compétitivité.

L'austérité est cependant difficilement acceptée au sein de la société suédoise, et ces bouleversements génèrent dans les

années 2000 la diffusion d'opinions très conservatrices, voire nostalgiques, au sein d'une part grandissante de la population. Ces considérations se traduisent par l'augmentation du vote pour le parti d'extrême droite, qui récupère à son compte les éléments de discours du « foyer du peuple » de Per Albin Hansson, notamment avec ce slogan : « rendez-nous notre foyer ». Cette récupération politique vise deux ennemis: d'une part les sociaux-démocrates qui, selon l'extrême droite, en soutenant les politiques de rigueur menées par la droite, auraient trahi le peuple suédois ; d'autre part, le multiculturalisme, qui conduirait à délaisser le peuple suédois en favorisant les *newly arrived*, accusés, en outre, d'alimenter les crimes et la délinquance (Andersson, 2011).



Ce graphique représente l'évolution de la part des dépenses publiques en prestations familiales dans le PIB des pays de l'OCDE. La courbe noire représente la moyenne des pays de l'OCDE.

La cohésion sociale et la capacité de l'État à amortir les effets de la crise sont ainsi fortement remises en question. Depuis la crise de 2008, le modèle suédois semble à certains égards faillir à ses devoirs. La rigueur et les coupes budgétaires qui viennent diminuer les taux d'indemnisation de la couverture sociale, la privatisation croissante des services publics et l'augmentation des inégalités attestent d'une tendance à la libéralisation du système économique. Cette tendance se manifeste également par de nombreuses délocalisations, la multiplication des partenariats public/privés, des recours aux *vouchers* (bons) pour les frais de scolarisation ou d'hôpital. Aujourd'hui, la Suède se positionne à la 15<sup>e</sup> place mondiale des pays du monde les plus déréglementés, selon l'*Index of economic freedom* (fondé sur des indicateurs de régulation économique, d'efficacité réglementaire, de poids du gouvernement, de libre marché) ; la France, loin derrière, est à la 71<sup>e</sup> place.

Néanmoins, si des pans entiers du "modèle" ont été remis en cause, nombre de ses aspects subsistent. Il ne faut pas sous-estimer la prégnance du *Welfare state* en Suède. La protection

### Le syndicalisme en Suède

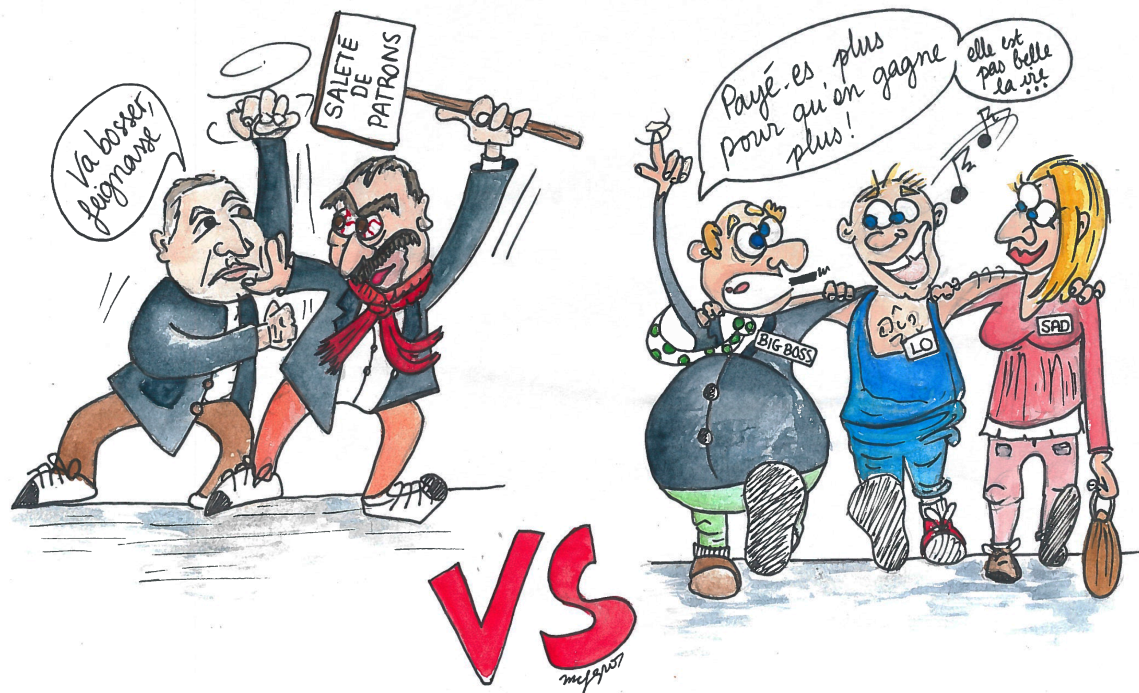
La Suède compte trois organisations syndicales :

- \* La Confédération syndicale de Suède (LO). Fortement liée au Parti social-démocrate, c'est l'organisation syndicale majoritaire, avec 1,5 millions de personnes.
- \* La Confédération nationale des Travailleurs Professionnels (TCO). Surtout composée de travailleurs non manuels, elle compte 1,2 millions de membres.
- \* La Confédération suédoise des associations professionnelles (SACO). Regroupant les travailleurs diplômés, elle compte quant à elle 800 000 membres.

Avec 3,5 millions de personnes syndiquées, soit 70% de la population totale, la Suède est deuxième au classement européen des taux de syndicalisation, derrière la Finlande (74%). Le système de syndicalisation est un système de service, dit "de Gand", dans lequel la syndicalisation conditionne l'accès à certains droits, notamment l'assurance chômage et l'assurance maladie, ce qui simplifie le recrutement et la fidélisation. Cela participe au maintien d'un taux de syndicalisation si élevé.

Visste du  
det ?





des personnes face aux dérives de l'économie marchande reste l'un des objectifs majeurs des gouvernements successifs. Les piliers du modèle ont toujours leur place dans la société (Wojtek Kalinowski, 2017). Si la privatisation et les techniques de *New public management* sont entrés en débat en Suède, le dialogue social est toujours prégnant, ce qui est rendu possible par un taux de syndicalisation atteignant 72% des salarié.e.s, contre 11% en France. Seulement 10% des salarié.e.s suédois.e.s exercent finalement dans des structures qui ne sont pas couvertes par le système de négociations de conventions collectives. La culture du consensus reste très importante dans la mesure où les syndicats d'employé.e.s et le patronat négocient les conditions de travail, les évolutions salariales, et que les salarié.e.s doivent être syndiqué.e.s pour en bénéficier. Il n'y a dans la plupart des cas qu'un seul syndicat par branche, et il n'y a pas besoin d'extension par la loi des accords entre le syndicat et le patronat pour que ceux-ci soient respectés. L'État reste également fortement impliqué dans la production de services sociaux. Aujourd'hui, tous les enfants de plus d'un an ont accès à une place en crèche, des investissements massifs sont destinés à l'éducation, des revenus sont garantis pour chaque étudiant.e et les personnes dépendantes sont prises en charge par les services publics. Les migrant.e.s bénéficient de services nombreux destinés à les intégrer au sein de la société.

Si ce cadrage historique permet de mieux visualiser les contours du modèle suédois, il est essentiel de comprendre son fonctionnement, ses composantes précises, ses concrétisations. Ceci sera appréhendé au travers de trois prismes : la décentralisation, la prévention et l'inclusion. Notons dès à présent que ces trois grilles de lecture ne sont pas indépendantes les unes des autres. Au contraire, c'est leur articulation qui permet au modèle de réellement prendre forme.





# Décentralisation

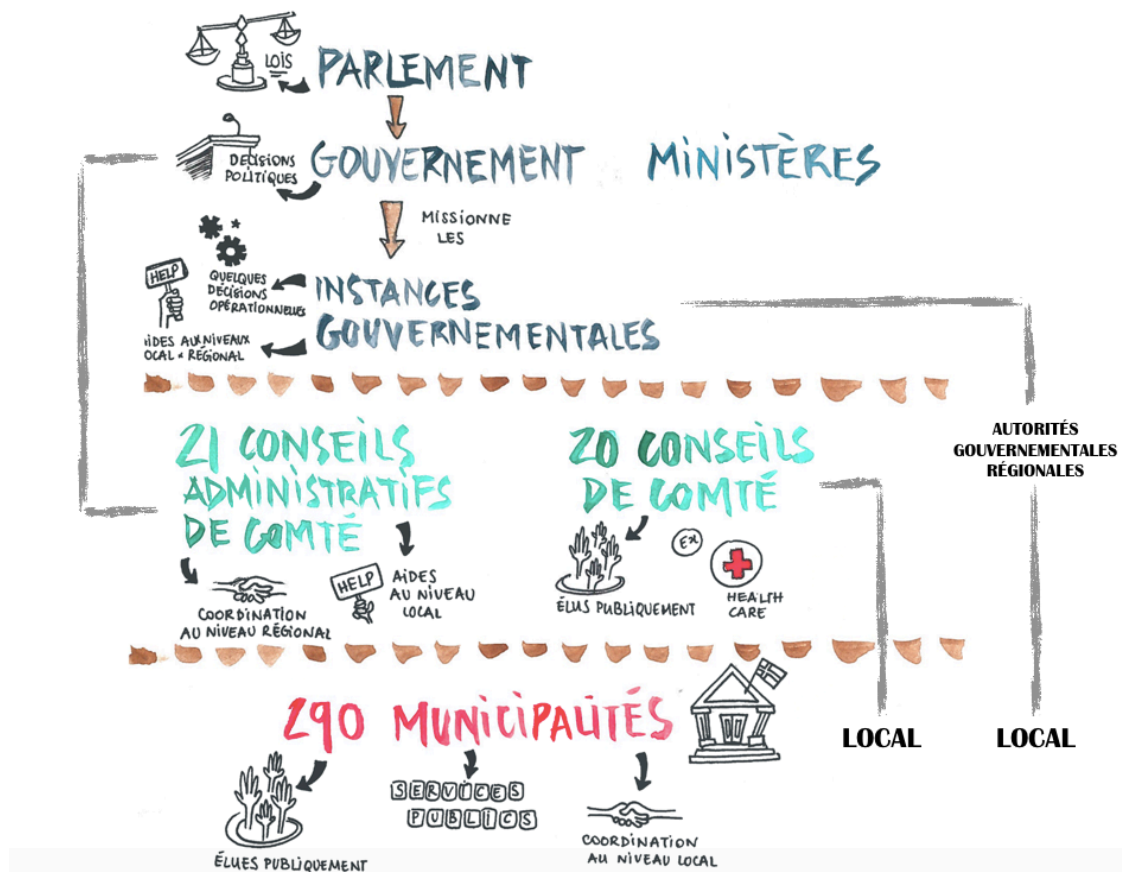
## La décentralisation au défi du libéralisme

Pour comprendre le fonctionnement du système de soins, il est nécessaire de se pencher sur les institutions qui le façonnent et leurs évolutions. La spécificité de ce système, c'est d'abord d'être un service public et non pas un système d'assurance maladie, et aussi sa très forte décentralisation, d'où l'importance de comprendre les relations entre les différents niveaux de la gouvernance.

### Un système fortement décentralisé

C'est en 1917 que la monarchie suédoise devient définitivement parlementaire, entraînant un lent transfert des pouvoirs du Roi vers le *Riksdag* (Parlement). Actuellement, le Parlement se compose de 310 sièges répartis à la proportionnelle lors des élections générales qui ont normalement lieu tous les quatre ans. 2018 est ainsi une année d'élection en Suède. Le *Riksdag* vote les lois et désigne le Premier ministre. Ce dernier exerce la prérogative royale depuis 1917 et désigne un gouvernement. En ce moment, c'est Stefan Löfven qui est à la tête d'une coalition entre le parti social-démocrate et le parti de l'environnement *Les Verts*. Il désigne les différents ministres, appuyés chacun par des agences gouvernementales qui bénéficient d'une autonomie assez large d'application de la loi et de décision des politiques publiques.

De plus, ce système est décentralisé, d'où une déclinaison du pouvoir au sein d'échelles plus locales. En l'occurrence, la Suède possède uniquement deux niveaux de collectivités locales : les comtés (*Landsting*) au nombre de 21 et les municipalités (*Kommuner*) au nombre de 289, qui bénéficient d'une grande autonomie également en termes de prélèvement des impôts et d'application de la loi. La taille moyenne des communes est de 30 700 habitant.e.s et plus de la moitié ne possèdent pas même 5000 habitant.e.s. Il existe également une trentaine de syndicats intercommunaux et des actions de coopération entre les communes peuvent être mises en place.



Les comtés et les communes ne sont pas subordonnés l'un à l'autre et disposent de compétences différentes, certaines obligatoires, d'autres facultatives (cf tableau, CCRE). Depuis son adhésion à l'Union européenne, un débat se pose en Suède sur l'organisation des pouvoirs à l'échelle territoriale, certains souhaitant diminuer le nombre de comtés et renforcer leur compétence économique. A titre expérimental, deux « régions », Skåne (région de Malmö) et Västra Götaland (région de Göteborg) ont été créées en 1997-1998 en regroupant plusieurs comtés avec, à leur tête, un Conseil régional disposant jusqu'en 2010 d'une délégation de compétence de l'État accrue par rapport aux Conseils de comté, notamment dans le domaine du développement économique. En 2007, un rapport parlementaire plaidait en faveur d'un regroupement des comtés en 7 régions dans le but de créer des niveaux de gouvernance plus puissants en matière d'investissement et des régions plus équilibrées afin de favoriser la croissance, l'emploi et de peser dans la balance nationale et européenne. Une réforme territoriale a été engagée en 2011 suivant ces principes mais elle n'a pas abouti.

Les dépenses du secteur local représentent 61,7 milliards d'euros répartis à 70% pour les communes et 30% pour les comtés. Les dépenses des collectivités locales équivalent à près de 25% du PIB, ce qui, avec le Danemark, représente la plus grosse

proportion des dépenses locales pour les pays d'Europe. Les principales dépenses des communes vont à l'éducation puis aux soins aux personnes âgées et dépendantes, alors que 86% des dépenses des comtés vont aux soins médicaux. Les deux niveaux de gouvernement perçoivent des impôts, qui représentent 22,6% du PIB, ce qui est la part la plus élevée des pays de l'Union européenne. Ces recettes fiscales représentent 54% des ressources totales des communes et 63% de celles des comtés. En plus de cela, il existe quatre types de dotations financées par les communes elles-mêmes ou par l'État - dotation globale et affectée - qui permettent de compenser les déséquilibres entre les communes (Bodiguel et Kolam, 2013).

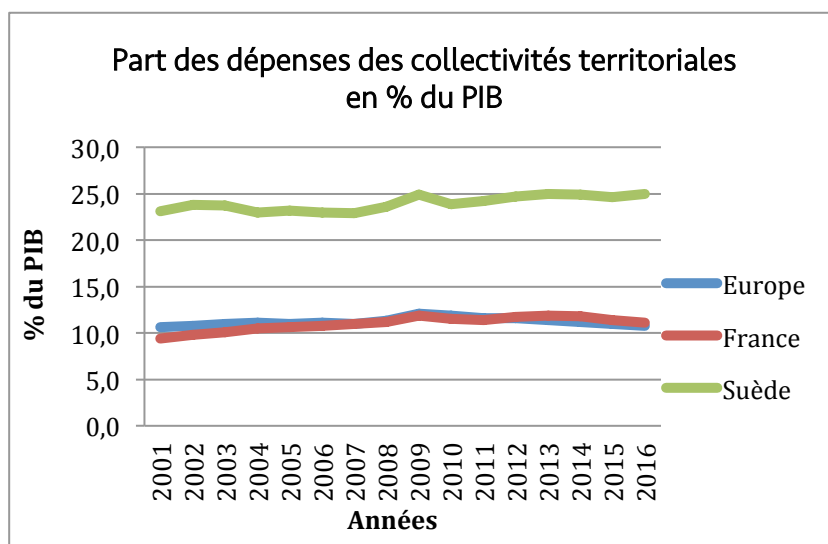
Il faut savoir également que les collectivités locales emploient 83% des agents publics nationaux. Par ailleurs, les collectivités locales (comtés et communes) sont représentées à l'échelle nationale par la *Swedish association of local authorities and regions* (SALAR), qui défend auprès du gouvernement leurs intérêts politiques et économiques, notamment concernant l'emploi. Par exemple, toute décision concernant l'emploi et les salaires passe par des négociations salariales entre les syndicats et le SALAR, qui déterminent les conventions collectives locales. Les salaires sont ainsi négociés à l'échelle nationale.

| Comtés                                                                                                                                                                        | Communes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Compétences obligatoires</i>                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de santé</li> <li>• Soins dentaires</li> <li>• Transports (via une autorité publique pour les transports régionaux)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services sociaux</li> <li>• Soins aux enfants et enseignement préscolaire</li> <li>• Enseignement primaire et secondaire</li> <li>• Soins aux personnes âgées</li> <li>• Aide aux personnes handicapées (handicap physique ou mental)</li> <li>• Protection de l'environnement</li> <li>• Aménagement du territoire</li> <li>• Ramassage et élimination des déchets</li> <li>• Protection civile et services d'urgence</li> <li>• Distribution d'eau et eaux usées</li> <li>• Entretien de la voirie</li> </ul> |
| <i>Compétences facultatives</i>                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement régional</li> <li>• Culture</li> <li>• Tourisme</li> </ul>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culture</li> <li>• Logement</li> <li>• Énergie</li> <li>• Emploi</li> <li>• Services industriels et commerciaux</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Le système de santé

Le système de soin repose essentiellement sur les comtés et les communes.

Les comtés ont à leur charge la gestion des centres de soins primaires, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux nationaux. Au nombre de 1000, les centres de soins primaires, regroupent les médecins généralistes et plusieurs professions liées au paramédical - des infirmier.ère.s, des psychologues, des kinésithérapeutes, etc. Aucun.e médecin n'est indépendant.e, tou.te.s sont donc salarié.e.s d'un de ces centres ou d'un hôpital. Lors d'une visite dans un centre de soins primaires, la consultation est assurée par un.e infirmier.ère qui juge de la nécessité ou non de consulter un.e médecin généraliste ou un.e spécialiste. Si le patient nécessite une intervention plus poussée, il sera envoyé vers un hôpital de comté, au nombre de 65 en Suède. Ces hôpitaux sont responsables des soins spécialisés et du secteur psychiatrique. Enfin, les comtés s'occupent également des huit hôpitaux nationaux de soins intensifs et de recherche, équipés de services de pointe et de laboratoires spécialisés. Ces trois niveaux se suivent et forment un parcours de soin pour les patient.e.s. Il est impossible de se rendre directement à l'hôpital, sauf en cas d'urgence. Seuls les médecins généralistes sont consultables dans les centres de soins primaires et tou.te.s les médecins spécialistes travaillent à l'hôpital et ne peuvent être consultés en ville. La Suède compte en moyenne 4,2 médecins pour 1000 habitant.e.s (contre 3,3 en France) et 11,1 infirmier.e.s pour mille (contre 9,6 en France). Mais les consultations médicales par personne sont deux fois moins fréquentes en Suède qu'en France du fait que les médecins consacrent plus de temps aux tâches collectives et à chaque visite ou suivi des patient.e.s.



Source : OCDE 2015

Les comtés sont donc responsables de l'organisation et du financement de la fourniture des soins ; ils lèvent les impôts affectés à la santé et gèrent les dépenses de santé, qui représentent 85% de leur budget.

La loi sur les services sociaux (Socialtjänstelagen) de 1982 donne aux communes la compétence en matière d'aide sociale et de gestion des services pour leurs résidents, puis la réforme Ädel de 1993 transfère aux municipalités toute la charge de l'hébergement des personnes âgées et handicapées, ainsi que les soins de longue durée. Pour faire face à ces responsabilités, les municipalités disposent d'un droit d'imposition qui leur permet de gérer de façon pleinement autonome ces services. Confrontées au vieillissement des personnes et cherchant à limiter leurs dépenses en la matière, les communes ont également beaucoup développé les services de soins à domicile. Les communes choisissent elles-mêmes si elles souhaitent déléguer ces services à des organismes privés ou publics; il existe donc des maisons de retraites privées et publiques. Par ailleurs, comme les communes ont la prérogative de l'enseignement primaire, elles jouent un rôle prépondérant en matière de prévention chez les jeunes enfants.

Les collectivités n'ont cependant pas d'autonomie législative. Le gouvernement central définit les priorités de santé publique appliquées librement et à leur rythme par les comtés ou les communes. Le gouvernement central réglemente le système et possède un pouvoir de contrôle et de sanction en cas de défaillance de la part de l'échelon décentralisé. Le *National board of health and welfare*, agence gouvernementale du ministère de la Santé et des Affaires Sociales, établit les normes, évalue la législation et contrôle les activités des autorités locales.

Le pouvoir dont bénéficient les collectivités permet ainsi aux communes et aux comtés de prendre des décisions adaptées aux contextes locaux. Notamment depuis qu'elles ont en charge les soins à domicile, les communes se sont efforcées de favoriser cette pratique pour les soins légers afin de libérer des lits d'hôpitaux, ce qui a permis de désengorger les files d'attente. De plus, puisque la Suède est aujourd'hui confrontée au défi d'une population vieillissante inégalement répartie sur le territoire, la décentralisation renforce la capacité d'adaptation des municipalités, ce qui leur permet de répondre de façon plus ciblée aux besoins de la population.

Il semble ainsi légitime de se demander si le succès du modèle de santé suédois peut s'expliquer, en partie, par la décentralisation qui favoriserait plus de proximité, d'adaptabilité et permettrait de répondre de façon plus ciblée aux enjeux des territoires. Comment s'effectue le transfert des compétences ? Dans quelles mesures la décentralisation permet-elle de limiter les dépenses publiques en matière de santé ? Enfin, la re-concentration et la libéralisation remettent-elles en cause les acquis de la décentralisation ?

## Le processus historique à l'origine du modèle actuel : un double mouvement de décentralisation et de libéralisation.

Pour arriver au système de soins actuel, l'État s'est progressivement décentralisé. Cette décentralisation, qui s'observe dans différents champs de l'action publique, s'incarne parfaitement au travers du système de soin actuel.

Dès la fin du 17<sup>e</sup> siècle, les municipalités mettent en place des structures de soin au niveau local. La stratégie, qui consiste à

utiliser la décentralisation pour réduire les dépenses publiques, a guidé encore plus fortement les politiques suédoises depuis 1945. De 1945 à 1980, la prise en charge de différents soins est progressivement transférée de l'État central aux comtés et des comtés aux communes. Après 1980, la Suède a suivi un double mouvement d'intensification de la décentralisation et d'augmentation de la libéralisation. Le résultat de ce processus lent et continu de décentralisation du soin répond à des enjeux nationaux et territoriaux et a permis de mettre en place des politiques adaptées aux besoins locaux tout en réalisant des économies.

### Transfert progressif de la responsabilité de soins aux comtés

- 1945 : des soins maladies chroniques.
- 1954 : soins des personnes handicapées mentales
- 1959 : soins de maternité
- 1961 : soins des médecins de district (anciennement ce sont les médecins généralistes en milieu rural et dans le nord de la Suède)
- 1965 : soins ambulatoires (acte médical qui peut être réalisé au domicile des personnes)
- 1967 : soins psychiatriques

Visste du det ?



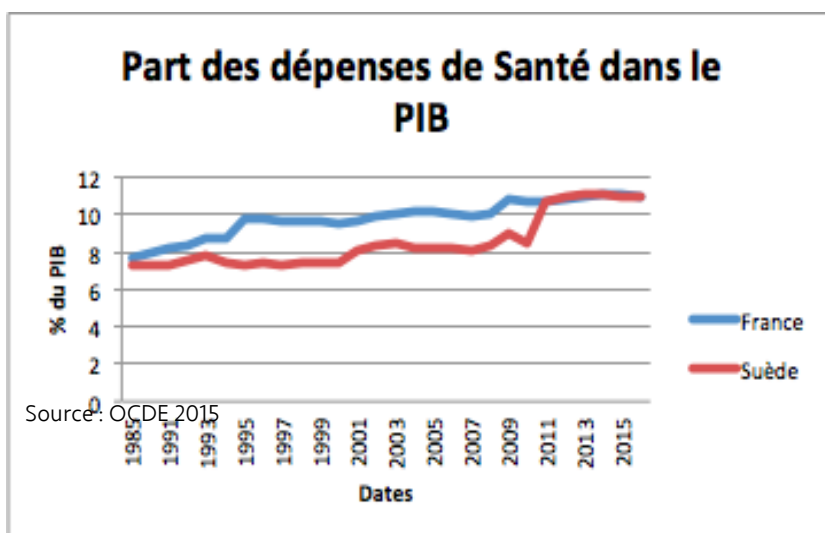
### Décentralisation

En 1982, le Health and medical service act accroît la décentralisation en déléguant la plupart des missions de planification, de fournitures et de financement des soins aux comtés et aux communes. Cette loi s'incarne dans la réforme Dagmar en 1983 qui donne autonomie et responsabilité totale aux comtés en matière des politiques de santé tout en revenant à un paiement par capitation (c'est à dire en fonction du nombre de personnes à charge) plutôt qu'à l'acte tel que c'était établi auparavant pour le mode de rémunération des centres de soin par le comté. Mais ces réformes sont accompagnées d'une baisse des budgets alloués aux comtés concernant la santé, entraînant un rationnement des soins et une augmentation des listes d'attente, particulièrement dans les centres de soins

primaires qui manquent de moyens, créant une forte insatisfaction du côté des malades. Ces files d'attente ont pour conséquence une congestion des services spécialisés et d'urgence en hôpital.

Pour pallier la crise économique des années 90 et les effets négatifs des restrictions budgétaires, la réforme Ädel de 1992 renforce l'autonomie locale et la décentralisation, autorise le choix de leur centre de soins par les patient.e.s tout en les contraignant à passer par ceux-ci avant de se rendre en soin spécialisé en hôpital, et oblige les hôpitaux à effectuer les soins spécialisés aux personnes dans un délai maximum de 3 mois.

Tout d'abord, cette réforme transfère des comtés aux municipalités l'organisation et la responsabilité financière des soins non-médicaux aux personnes "dépendantes". Depuis la réforme, si une personne âgée dépendante ne nécessitant pas de soins médicaux se retrouve à l'hôpital, le coût doit être pris en charge par les communes. La charge représentant une somme élevée pour les communes, cette responsabilisation a encouragé les communes à développer elle-mêmes des services aux personnes dépendantes et les soins non-médicaux à domicile, moins coûteux et plus adaptés. Ce transfert a réduit grandement les dépenses hospitalières puisque 45% des lits d'hôpitaux ont été fermés (contre 19% en France en l'espace de 20 ans, OECD Data, n.d.), les durées d'hospitalisation font parties des plus basses du monde (2,3 jours en moyenne pour les accouchements contre 4 jours en France) et le personnel hospitalier a diminué de 20%, tout cela sans porter atteinte au nombre d'opérations réalisées et tout en stabilisant les dépenses publiques de santé à 8,4% du PIB jusqu'en 2010.



Cependant, l'augmentation de la productivité n'a pas permis de compenser complètement les réductions budgétaires. Enfin, la décentralisation et l'autonomisation des gouvernements locaux

entraînent des différences dans les trajectoires locales et accroissent les inégalités entre territoires. Nous y reviendrons dans la partie de ce dossier consacrée à l'intégration.

### ***Re-concentration et libéralisation***

En 1990, la crise de la dette remet en cause les principes fondateurs du service public, amenant l'État à une re-concentration et une libéralisation relative de son système de soins. La Suède met également en place des mesures incitatives et restrictives afin de mettre en adéquation son système de santé avec la cure d'austérité exigée par la crise (Palier, 2006).

Pour répondre aux impératifs budgétaires et réduire les dépenses de santé, un effort collectif est réalisé. Tout d'abord, la participation des malades à la prise en charge de leurs soins a été augmentée. Les tickets modérateurs font leur apparition. Mais la participation des personnes au financement est plafonnée par période de douze mois, à raison de 90€ pour les consultations de professionnels de santé - ce montant varie néanmoins en fonction des comtés - et de 180€ pour les médicaments prescrits sur ordonnance. Au-delà de ces plafonds, l'intégralité des soins est financée par les collectivités. Par ailleurs, afin d'harmoniser les pratiques entre les territoires et les établissements, une loi votée en 2003 définit 11 objectifs principaux concernant l'exercice du soin.

Par ailleurs, la Suède a également opté pour l'introduction de mécanismes de marché sur le modèle de la *managed competition* et du libre choix du prestataire, suivant le principe "*the money follow the patient*" (*l'argent suit le patient*).

La réforme Ädel (1992), si on a vu qu'elle étendait l'autonomie locale, édicte également de nouvelles normes nationales qui obligent les hôpitaux à publier le temps d'attente de chaque secteur de leur activité, et qui donne la possibilité aux patient.e.s de choisir leurs médecins, leurs centres de soins, leur hôpital, y compris en dehors de leur comté de rattachement. Dans le cas où le patient décide de se rendre dans un établissement en dehors de son comté, c'est ce même comté qui doit payer les frais d'hospitalisation, ainsi que le transport. Cette mise en concurrence des établissements publics et des collectivités contribue ainsi à les inciter à plus de performance, sous contrainte budgétaire.

Des normes de délai sont également imposées aux établissements afin de diminuer les files d'attente. Par exemple, la règle du « 0-7-90-90 » est mise en place en 2005. Cette étrange succession de chiffres impose en fait un rythme de traitement des patient.e.s très rigoureux : une journée doit



suffire pour obtenir une réponse à un appel téléphonique et un rendez-vous au centre de soins primaires (0) ; le patient doit ensuite pouvoir consulter un généraliste dans les sept jours (7) ; il doit pouvoir consulter un spécialiste dans les trois mois (90 jours), et ne pas avoir à attendre plus de trois mois supplémentaires (90) son hospitalisation (traitement ou opération) après avoir été diagnostiqué. Si ces délais ne sont pas respectés, le patient doit recevoir une indemnisation.

De plus en plus l'État suédois se dirige vers une tarification des centres de soins à l'activité, en s'appuyant sur le modèle américain du DRG (*diagnosis related group*) : les hôpitaux ont des fonds en fonction du nombre d'actes qu'ils réalisent et du nombre de patient.e.s qu'ils soignent, avec un nombre de points spécifiques attribué à certains groupes homogènes de maladies. Ainsi, la gestion des services de soins s'inscrit de plus en plus dans une recherche de la performance et une démarche de rentabilité qui peuvent menacer la qualité de la prise en charge des patient.e.s. : comment ce fonctionnement peut-il s'accorder avec des objectifs telle que la prise en considération de toutes les facettes de la santé et du bien-être dans le soin du malade ?

Visste du  
det ?

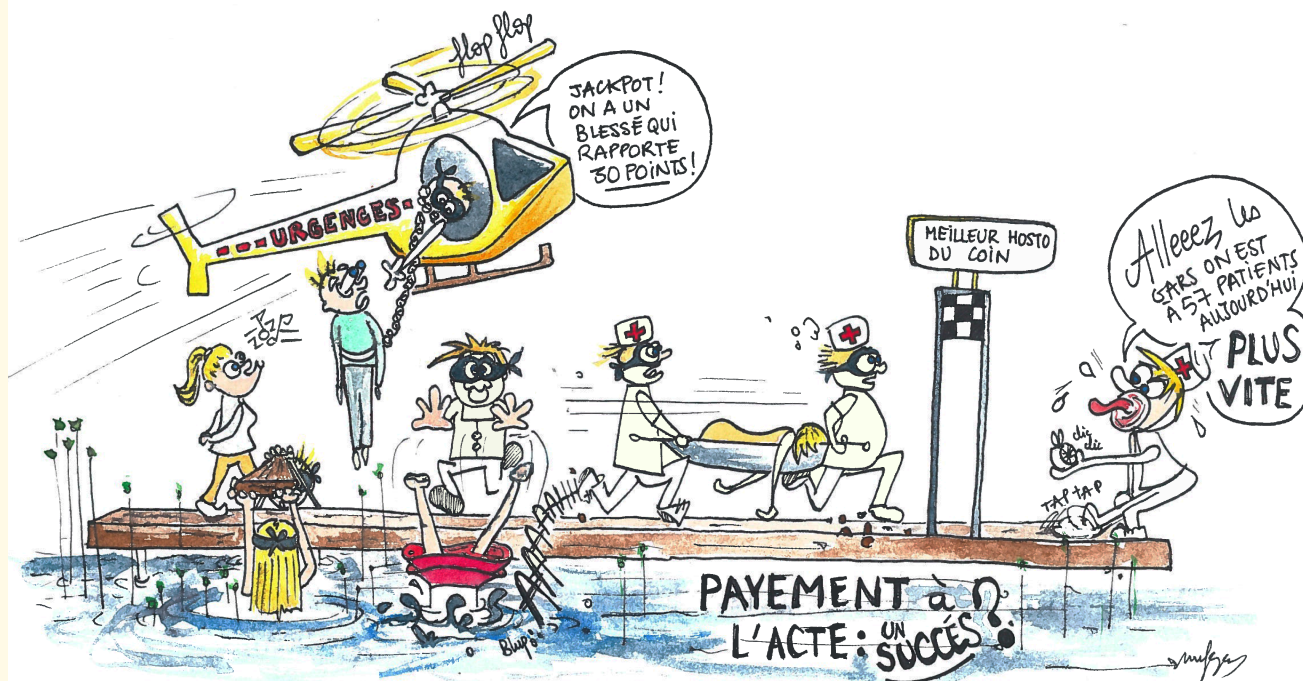


#### **Le Karolinska University Hospital**

est un centre hospitalo-universitaire. C'est l'un des centres de soins et de recherche médicale les plus réputés au monde. Créé en 1810, il produit aujourd'hui plus de 40% de la recherche académique suédoise, rassemble plus de 6000 chercheurs, 400 professeurs et 6000 étudiants.

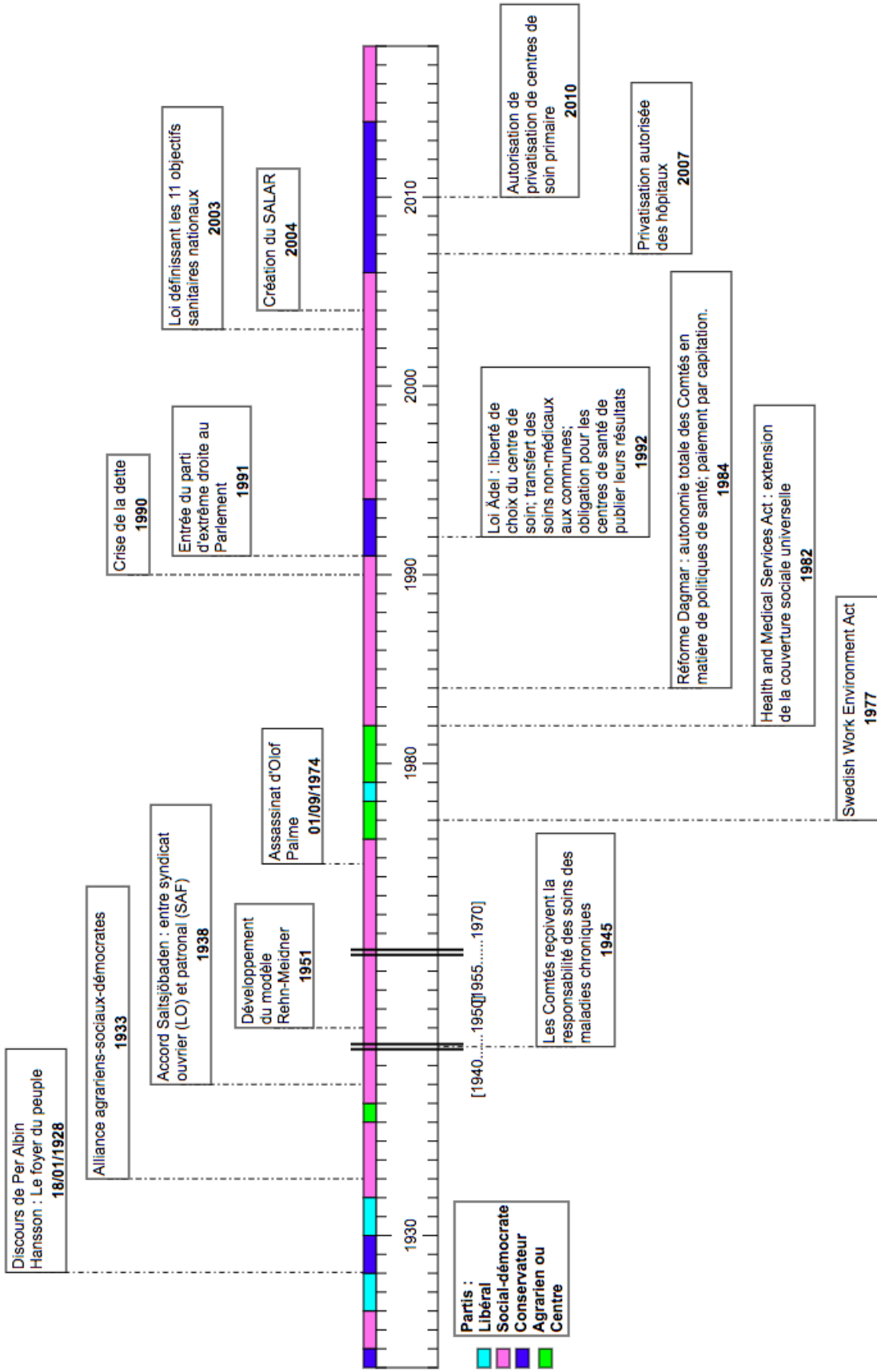
L'hôpital résulte lui-même d'une fusion en 2010 de deux hôpitaux publics. Cette fusion, combinée à des techniques managériales top-down, a été vivement critiquée. Un récent scandale au sujet d'opérations frauduleuses réalisées par un médecin ayant potentiellement menées à la mort de six patient.e.s a d'ailleurs fortement entaché la réputation de l'établissement. Une étude montre notamment l'incapacité des équipes de direction à gérer les conflits internes, résultant en une pression accrue sur le personnel et du stress au travail.

Actuellement, l'hôpital s'inscrit dans le grand projet de développement urbain de Hagastaden, avec pour but de lier le quartier de Solna, où se situe l'hôpital, avec le reste de la ville de Stockholm, dont il était séparé par le périphérique. Ce projet a pour but de créer une technopôle



### Privatisation

La Suède entretient un rapport particulier à la privatisation. Parfois encouragée, parfois interdite, la privatisation évolue en fonction des alternances politiques entre sociaux-démocrates et libéraux. En 2000, le premier hôpital national est privatisé à Stockholm, mais un an plus tard, le Parlement votera l'interdiction des privatisations. En 2007, la coalition de droite au gouvernement réussit à faire voter une loi autorisant la privatisation de la gestion de certains hôpitaux. Cette autorisation a été complétée depuis 2010 par une modification du *Health and medical services act*, réaffirmant la liberté de choix du centre de soins primaires par la population (réforme Ädel de 1992) et autorisant l'installation de cabinets de soins privés accrédités par les conseils locaux. Cette loi correspond au choix récent de libéralisation suivi par les gouvernements de coalition de droite, intensifiant la compétition entre établissements. Cependant, la place de la privatisation reste marginale et concerne majoritairement les centres de soins primaires (un seul hôpital est privé aujourd'hui). Elle se développe principalement dans les grandes villes dominées par des partis de droite, mais se répand aussi aux communes alentours (Stolt & Winblad, 2009). La privatisation des services de santé repose sur les décisions des échelles de gouvernance correspondant. Concernant le soin aux personnes âgées, une étude a montré que sur 276 communes interrogées, 190 répondaient ne pas avoir basculé dans un soin à domicile privé et ne souhaitaient pas y recourir. Cette spécificité du choix communal sur la gestion de ces services accroît les différences entre les communes et, de ce fait, deux communes voisines peuvent disposer pour l'une d'une gestion 100% privée et pour l'autre 100% publique.



Il faut souligner que la privatisation en Suède s'apparente à une délégation de service public : les centres de soins sont toujours financés par le public mais ils fonctionnent comme une entreprise privée. Cependant, même en cas de délégation à un acteur privé, les prix pratiqués doivent être les mêmes que ceux du secteur public et la collectivité garde un fort contrôle sur la gestion du service. Du côté des patient.e.s, la participation privée aux dépenses de santé n'est que de 16,1% (contre 21,2% en France). Cependant, ces dépenses privées ne se répartissent pas de la même façon. En effet, seul 4% de la population a recours à une assurance de santé complémentaire (contre 90% en France) et le reste à payer des ménages est de 15% des dépenses de santé en 2015. En France, ce sont les complémentaires santé privées qui prennent en charge la majorité des dépenses privées.

## Visste du det ?



### **Tensions autour de la privatisation des maisons de retraite : le scandale Carema :**

Les effets de la privatisation sur la qualité des soins fait débat en Suède. D'une part, certaines études sur les maisons de retraite suédoises montrent que les performances en termes de diminution du taux de mortalité augmentent avec la privatisation et la mise en concurrence (Bergman, Johansson, Lundberg, & Spagnolo, 2016; Stolt, Blomqvist, & Winblad, 2011).

D'autre part, en 2011, l'affaire du Carema Care, une maison de retraite privée de la commune de Järfälla, en banlieue de Stockholm, a fait grand bruit lorsque des employé.e.s se sont plaint.e.s de leurs mauvaises conditions de travail, ayant un impact sur la qualité du soin apporté aux patient.e.s. ("Stockholm elderly care scandal widens" 2011). Les employé.e.s ont dénoncé la charge trop importante de travail. En plus des soins aux personnes âgées, l'entreprise leur demandait d'assurer le nettoyage et la réparation des équipements en cas de dysfonctionnement; sans avoir le temps ni les compétences pour le faire. Ce scandale a porté au grand jour les risques auxquels peut conduire la recherche de la rentabilité pour la condition des employé.e.s et des patient.e.s., reportant également sur les autres centres de soins privés une vigilance accrue des élu.e.s ("Carema Care scandal infecting other companies" 2011).

## Conclusion

Si la Suède a récemment réussi à contrôler ses dépenses en matière de santé tout en rendant son système plus productif et performant, l'équilibre est toujours instable entre décentralisation et re-concentration; offre généreuse de services publics et libéralisation. Ces dernières années, la Suède fait face à de nouveaux enjeux qui mettent d'autant plus à l'épreuve son modèle : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques coûteuses, augmentation des inégalités d'accès aux soins. La libéralisation permettra-t-elle un traitement durable de ces nouveaux enjeux ? Nous pourrions nous-même aller vérifier la pertinence et l'efficacité de ces pratiques, tout en nous intéressant aux forces politiques et sociales qui permettent ce compromis équilibré entre libéralisation et offre généreuse de services publics. Nous verrons notamment comment ces politiques fonctionnent grâce à des mesures transversales qui incluent le bien-être dans des politiques publiques intégrées et préventives.



# Prévention

## Une vision holistique de la santé à l'origine de l'importance des politiques publiques préventives

En Suède, l'approche des politiques de santé est fondamentalement tournée vers la prévention, quand l'approche française s'axe principalement autour de l'aspect curatif. Un passage par la langue suédoise permet une plongée au cœur même de ce qui motive aujourd'hui la conduite des politiques sanitaires. Certains mots et expressions, qui découlent de concepts anciens illustrent la vision suédoise traditionnelle en matière de bien-être. L'approche préventive qui sous-tend l'ensemble du système de santé émane d'une vision de la sécurité bien différente de celle développée dans les pays latins par exemple.

Si le sens premier du terme "*trygghet*" est effectivement "sécurité", l'acception est bien plus large et nuancée que celle du terme français. Le terme implique des dimensions "d'absence de peur liée au crime", de confiance et de "paix et tranquillité intérieure". Ce terme de "*trygghet*" est ainsi un état physique et psychique de sûreté. Le terme "*miljö*" qui peut se traduire par "environnement", fait référence au cadre de travail, de vie, de logement, de déplacement, comme étant des espaces faisant partie d'un tout, et dont l'équilibre doit être préservé pour le bien-être des personnes. Ainsi, ce mot illustre la vision intégrée du bien-être.

L'ensemble du système de santé suédois se fonde sur une approche préventive. Cet aspect s'incarne dans plusieurs mesures anciennes, comme la planification des naissances depuis les années 1930 ou encore l'importance de la sécurité routière, qui s'est traduit par une politique de tolérance zéro (en témoigne le montant de l'amende moyenne pour conduite en état d'ivresse, qui s'élève à 2000 €), ou encore le dépistage universel gratuit pour de nombreuses maladies, comme le cancer du sein (ce qui n'est pas le cas en France où celui-ci ne l'est que pour les femmes entre 50 et 74 ans).

Dans les années 1970, un scientifique suédois, Svante Oden, est alerté par le taux de mortalité particulièrement élevé des poissons dans les cours d'eau. Ses analyses révèlent que les eaux de pluie sont devenues acides en raison de l'intensité de l'activité industrielle sur certains sites. Cette prise de conscience collective, aussi bien au sein de la société civile que parmi la classe politique, conduit à l'émergence de débats sur la pollution et les nuisances environnementales. Cette prise de conscience généralisée entraîne un changement de paradigme dans l'approche sanitaire : on complète désormais la recherche sur le *pathogène* (c'est-à-dire la cause des maladies) avec des recherches portant sur le *salutogène*. L'approche salutogénique passe par l'identification des facteurs tant individuels, qu'ils soient innés ou acquis, que sociétaux et environnementaux, conditionnant le maintien en bonne santé. Cette approche, qui est au centre des politiques publiques suédoises, vise ainsi à déterminer l'ensemble des facteurs pouvant affaiblir ou renforcer la santé des personnes.

En 2003, le Parlement suédois adopte onze domaines d'objectifs en termes de santé publique. Ces onze domaines illustrent la vision holistique, l'objectif sous-jacent étant de créer les conditions sociétales préalables d'une bonne santé : la participation et l'influence en société, les conditions socio-économiques, l'attention particulière accordée aux enfants et aux adolescent.e.s, la santé au travail, l'environnement, l'amélioration des services de santé, la protection contre les maladies contagieuses, la sexualité, l'activité physique, les habitudes alimentaires et les addictions : alcool, drogues illicites, tabac et jeux d'argent.

Visste du  
det ?





## Un modèle sanitaire tourné vers la prévention : l'influence du modèle Dahlgren-Whitehead (1991)

Dans les années 1990, cette approche globale et intégrée s'est traduite dans le modèle du Rainbow développé par le chercheur suédois Göran Dahlgren et la chercheuse anglaise Margaret Whitehead.

Ce modèle est l'un des premiers outils théoriques à faire explicitement le lien entre inégalités socio-économiques, environnement et inégalités de santé. Il montre que de nombreux problèmes de santé peuvent être imputés au contexte social, économique, professionnel ou privé d'une personne. L'état de santé est ainsi indissociable du contexte global dans lequel évolue l'individu. Réduire les inégalités sociales entre personnes devient ainsi l'un des piliers des politiques publiques de santé.

La vision de Dahlgren et Whitehead entérine une transformation du paradigme curatif vers une approche holistique dont découlent des politiques sanitaires tournées vers la prévention.



Comme l'illustre le modèle, l'individu est placé au centre et quatre sphères successives représentent les différents champs influant sur sa santé. Premièrement, le contexte économique, culturel et environnemental global. Par exemple, un mauvais contexte économique diminue le niveau de revenu, renforçant les difficultés d'accès aux infrastructures de santé et aggravant les déterminants délétères comme le stress. Deuxièmement, les politiques multisectorielles, que sont l'éducation, l'environnement au travail, l'emploi, le logement et le service de soins etc., sont à considérer de manière intégrée pour la mise en place d'un contexte sanitaire favorable. Troisièmement, le modèle souligne l'importance des relations sociales sur la bonne santé des personnes : un capital social important est en effet corrélé à une meilleure santé. Les politiques relatives à l'intégration sociale sont donc primordiales dans la prise en charge de problèmes de santé. Enfin, le modèle souligne l'importance des politiques incitatives en matière de consommation alimentaire, de pratiques sportives, de prévention face à l'alcool et aux drogues.

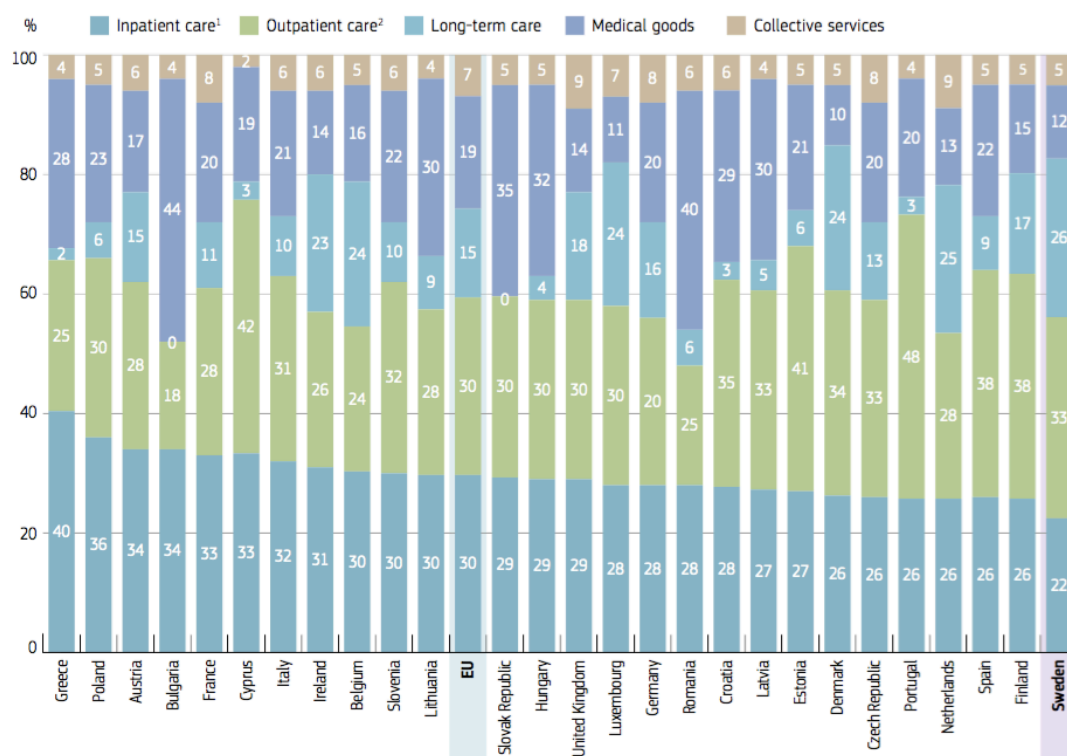
Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chargé de l'investissement pour la santé et le développement reprend ce modèle et participe à sa diffusion. Dans le préambule de sa Constitution de 1946, l'OMS avait défini la santé comme étant "un complet état de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cette définition a été reprise par la Suède lors du changement de paradigme qui s'est opéré au cours des années 1970. Le bien-être est quant à lui défini comme "le produit de l'interaction entre divers ordres de facteurs – sociaux, de santé, économiques et environnementaux [...] – qui agissent ensemble pour permettre aux individus et aux collectivités auxquelles ils appartiennent d'être satisfaits de leurs conditions d'existence et d'en tirer un certain bonheur" (Gilbert & Langlois, 2004).

Le choix d'une approche par la prévention se justifie en partie par la volonté de renforcer une stratégie économique basée sur le bien-être de ses habitant.e.s, en tant que force de travail. Ce pragmatisme suédois s'appuie sur la conviction qu'une telle stratégie coûte moins cher et est plus efficace. Il s'illustre dans la charte du réseau européen des Healthy Cities : "Each 10% improvement in life expectancy at birth is associated with a rise in economic growth of at least 0.3 to 0.4 percentage points per year holding other growth factors constant" (OMS, 2001).

Par ailleurs, une des motivations principales des politiques préventives suédoises dans les années 1990 a été la réduction des dépenses de santé. Sur le long terme, il est en effet plus économe de prévenir que de guérir.

Tout au long des années 1990, l'objectif a ainsi été de limiter la demande en soins hospitaliers pour stabiliser à la fois les temps d'attente et les dépenses de santé. La réduction de la demande très coûteuse en soins hospitaliers s'est accompagnée du développement des soins en maison de retraite et à domicile, sous l'autorité des municipalités.

En 2015, la Suède dépense relativement moins pour les services aux patient.e.s hospitalisé.e.s ("inpatient care") que les autres pays de l'OCDE



Source : Statistiques de santé de l'OCDE, données Eurostats (2015)

*Inpatient care* : Soins hospitaliers  
*Outpatient care* : Soins ambulatoires  
*Long-term care* : Soins à long terme  
*Medical goods* : Matériels de santé  
*Collective services* : services collectifs

## La Suède comme modèle de prévention

En Suède, la prévention est donc la pierre angulaire des politiques de santé. Les autorités publiques ont à cœur d'introduire dans l'ensemble des champs des politiques publiques une dimension préventive : l'éducation, le milieu professionnel, l'aménagement urbain, la sphère privée, les habitudes de consommation (pour ne citer que ces champs-là). Pour rendre compte de cette approche *a priori* des enjeux sanitaires, nous avons fait le choix de nous concentrer sur les sphères de l'école, du milieu professionnel, de l'espace public et de son aménagement et la sphère privée. Néanmoins, il faudra garder à l'esprit que cette approche préventive s'applique à un ensemble bien plus vaste de champs de l'action publique.

### *L'école*

L'école est un des lieux privilégiés des politiques publiques en matière de prévention. En 2010, la loi sur l'école crée le service *ekevhälsan* ("santé des élèves"), et instaure trois consultations obligatoires avec chaque élève dans tous les niveaux de l'enseignement, de la maternelle au supérieur, et quelque soit la nature de l'enseignement, qu'il soit général ou spécialisé. De par la décentralisation du système de soin, ce service possède une large marge de manœuvre tout en s'intéressant à une pluralité de soins : médicaux, psychologiques, psychosociaux. La première des consultations, qui réunit à la fois l'enfant et l'un de ses représentants légaux, a pour but de dessiner le cadre de vie global de l'élève. C'est pourquoi l'entretien porte sur le bien-être, les relations avec les camarades, les problèmes éventuels de santé ainsi que la nourriture et l'activité physique. Les deux dernières consultations obligatoires, qui se déroulent entre la 4<sup>ème</sup> année de collège et la 1<sup>ère</sup> année de lycée, ajoutent à ces impératifs une mise au point sur "les modes de vie à risque", c'est-à-dire sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi que sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Trois objectifs peuvent être distingués ici : la prévention de la santé individuelle, pour la santé des élèves et l'optimisation de leur apprentissage ; l'amélioration des conditions de vie à l'école, qui prend la forme de la lutte contre le harcèlement, d'actions en faveur de l'égalité des sexes, de la diffusion d'informations sur les dangers des drogues, de la prévention des maladies liées au mode de vie et de consommation ; les prestations médicales simples à la demande des élèves. Ce service entièrement décentralisé est mis en place par la municipalité qui décide des modalités de mise en œuvre des directives nationales élaborées par la direction nationale de la Santé et des Affaires Sociales.

### *Le monde du travail*

La part de la population de 20 à 64 ayant un travail rémunéré est particulièrement élevée en Suède. Dans l'Union européenne, le taux d'emploi des personnes âgées de 20 à 64 ans est en moyenne de 65,3% pour les femmes et de 76,9% pour les hommes. En Suède, c'est 79,2% des femmes et 83% des hommes qui ont un emploi. La France se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne avec 66,3% pour les femmes et 73,8% pour les hommes (Eurostats, 2016).

Si la question du bien-être au travail est une préoccupation ancienne, c'est en 1977, avec le *Swedish work environment act*, qu'est adoptée la mesure phare de la législation sur l'environnement au travail. Cette loi oblige notamment l'employeur.e à assurer la santé et la sécurité de ses travailleurs.euses. Cela recouvre des champs d'action très larges, en allant de la prévention des risques physiques et chimiques en passant par la question de la prévention des troubles mentaux. En 2000, une réglementation institue l'*Arbetsmiljöverket* (agence nationale de l'environnement au travail), fusion de l'agence nationale de la sécurité du travail et de l'inspection de la santé et du travail. Cette agence nationale a pour rôle de vérifier la bonne application du droit relatif à l'environnement professionnel, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Le modèle d'un "bon environnement au travail", détaillé par la *Work environment authority*, promeut un lieu censé prévenir les risques d'accident et de maladie liée au travail, tout en garantissant un environnement satisfaisant. Ce guide fait mention explicite des critères physiques, psychologiques et sociaux à prendre en compte dans l'évaluation de l'environnement au travail. Ces objectifs ont conduit à une véritable croisade contre le stress au travail.

La qualité de vie au bureau passe par une multitude d'aspects. D'une part, le télétravail est très développé en Suède. Seul 54% des personnes actives se rendent tous les jours sur leur lieu de travail. La plupart des Suédois.e.s ont ainsi opté pour une alternance entre travail à la maison et travail au bureau. Cette flexibilité s'inscrit dans l'attention particulière accordée au respect de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Fer de lance des politiques d'égalité homme-femme, les journées de travail des Suédois.e.s ne se terminent jamais après 17h (hors exception). En contrepartie, les journées commencent plus tôt, souvent entre 7 et 8h, et les pauses déjeuner sont plus courtes que les pauses françaises.

D'autre part, le fonctionnement de la vie en entreprise est tel qu'un cinquième des employé.e.s n'a pas de bureau attribué, travaillant ainsi dans de larges "espaces de convivialité" pensés pour optimiser les interactions sociales. Cette convivialité spatiale est renforcée par une convivialité temporelle, qu'incarne le traditionnel *fika* ("pause café"), véritable moment de détente dans la journée de travail pour manger, boire et discuter entre collègues. La plupart des espaces de travail en Suède ont ainsi une salle de repos dédiée à ces deux pauses quotidiennes. Cette lutte contre le stress au travail a parfois pris la forme extrême d'heures de sport obligatoires, aux frais de l'entreprise. La marque de vêtement *Björn Borg* a ainsi instauré une heure de sport obligatoire hebdomadaire dans le but de réduire le stress, d'augmenter la productivité et de renforcer l'esprit d'entreprise. De manière générale, la plupart des entreprises suédoises subventionnent les activités sportives de leurs salarié.e.s jusqu'à 500 euros annuels, et ce, depuis la fin des années 1980.

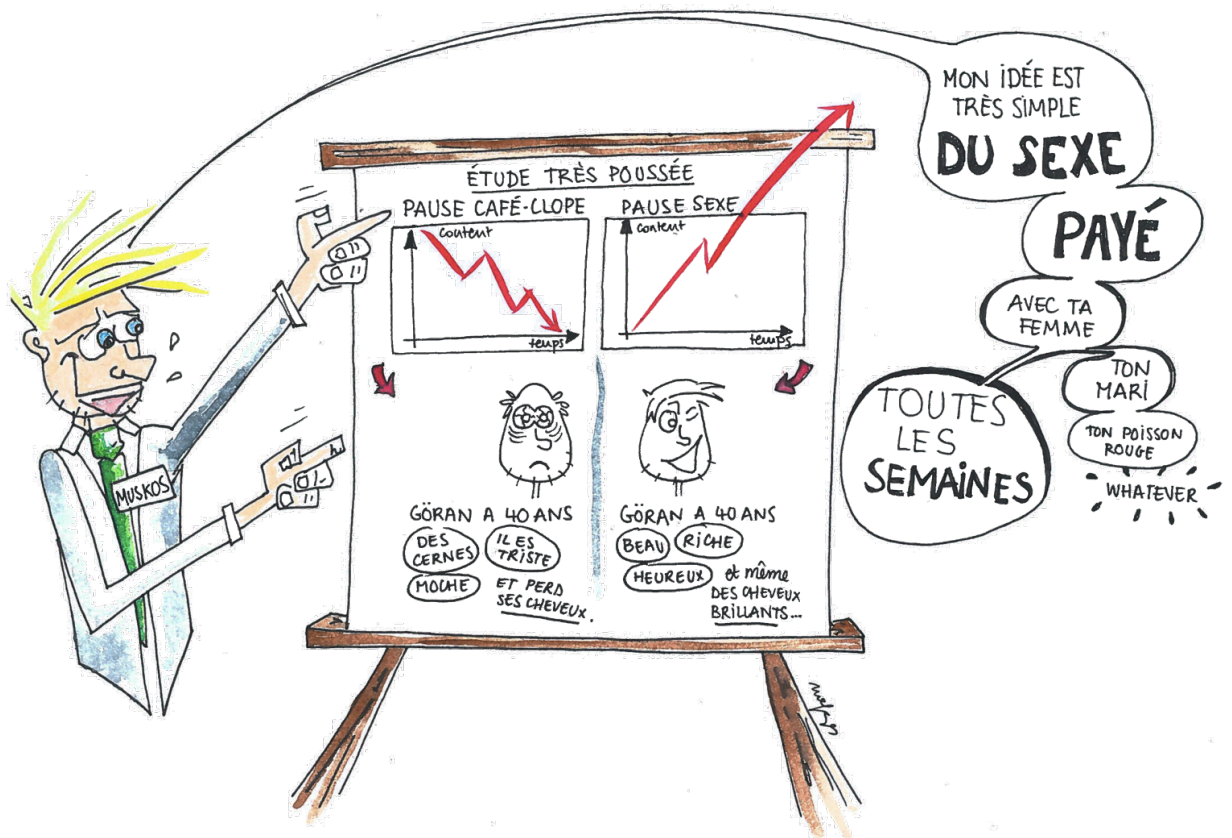
Cet objectif généralisé de réduction du mal-être au travail contraste avec le rejet, cette année, d'une proposition de loi en France pour la reconnaissance du *burnout* comme maladie professionnelle. Pourtant, près d'un quart des personnes actives en France sont considérées en situation d'hyper stress, une situation jugée dangereuse pour la santé (Enquête Stimulus, 2017).

Réduire le stress : un objectif pris un peu trop à cœur par certains ?

En 2017, Per-Erik Muskos, conseiller municipal à la ville d'Övertorneå (4 500 habitant.e.s), propose l'instauration d'une "pause sexe" hebdomadaire payée pour les travailleurs.euses leur permettant d'avoir des relations sexuelles avec leur partenaire. La raison de cette proposition ? Améliorer le bien-être des employé.e.s et faire baisser le taux d'absentéisme. Il a en effet été prouvé qu'avoir des relations sexuelles permet de réduire le stress, faciliter le sommeil et booster les endorphines et le système immunitaire.

Cette proposition était également motivée par l'objectif de réduire le déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée et permettre au couple de passer plus de temps ensemble sans les enfants. Si cette proposition a été rejetée par l'aile conservatrice du conseil municipal, elle témoigne tout de même de la logique à l'œuvre : améliorer le bien-être des employé.e.s et augmenter leur productivité au travail.

Visite du det ?



## La sphère privée

La prévention ne s'arrête pas aux sphères scolaire et professionnelle. Elle va jusqu'à agir sur les comportements individuels, et ce dès le plus jeune âge. Nous l'avons vu précédemment, la prévention des comportements dits "à risques" (tabagisme, consommation d'alcool et de stupéfiants, relation sexuelle non-protégée) commence dès l'école avec les consultations médicales obligatoires. Cette sensibilisation a des effets positifs réels sur les pratiques des Suédois.e.s. Ainsi, la Suède est le pays d'Europe avec la part de fumeurs la plus basse puisque seulement 11,2% de sa population de plus de 15 ans fume, contre 32% en France. En ce qui concerne la consommation pure d'alcool annuelle, les Suédois.e.s en consomment en moyenne 7,2 litres par an quand les Français en consomment 12 litres. Enfin, près de 70% des Suédois.e.s font du sport au moins une fois par semaine et 51% deux à trois fois par semaine.

L'un des autres leviers essentiels à l'amélioration des comportements concerne les habitudes alimentaires, qui ont un impact notable sur la santé des personnes (Jansson, 1993). La France et la Suède sont toutes deux confrontées à l'enjeu d'une population en surpoids. Pour les deux pays, près d'un ressortissant.e sur deux est en surpoids : 48,3% pour la Suède contre 49% pour la France. L'obésité concerne elle 12,3% des Suédois.e.s et 15,3% des Français.e.s (OCDE, 2017).

Dès 1971, un plan d'action pour la lutte contre le surpoids et l'obésité initie une campagne pour promouvoir des régimes alimentaires sains et la pratique du sport. Après la conférence internationale sur la nutrition tenue en 1992, le ministère suédois de l'Agriculture commissionne la *national food administration* (NFA) pour réaliser un plan d'action national sur la nutrition, en collaboration avec le *national public health institute* et le *national board of health and welfare*. C'est ce qui aboutit en 1995 au *national nutrition action plan*, qui reprend ces objectifs en faisant de la réduction des inégalités liées aux comportements individuels différenciés une priorité. C'est cette même NFA qui a lancé en 1989 un symbole national de label nutrition (facultatif), censé aider le consommateur à identifier les produits sains, tout en encourageant le producteur à s'y conformer. Un label similaire n'a été approuvé qu'en 2016 en France. La prévention des comportements individuels à risque passe ainsi par d'importantes campagnes de sensibilisation et d'information des consommateurs.trices.

### Un cas de prévention trop poussée : l'eugénisme d'État

Une enquête a signalé que de 1935 à 1976, 62 000 personnes, majoritairement des femmes, ont été stérilisées sur décision officielle, sous le régime social-démocrate. La plupart des personnes désignées étaient des handicapé.e.s, des malades, mais également des personnes en parfaite santé mais dont le mode de vie ne correspondait pas à l'idéal suédois. Le journaliste à l'origine de cette enquête, Maciej Zaremba, explique que les motifs étaient également économiques. Par exemple, de nombreux jeunes hommes étaient stérilisés juste avant l'été pour qu'au moment des moissons, ils n'aient pas de nouveau-nés à charge. La logique à l'oeuvre n'était cependant pas celle du racisme, mais celle d'une "hygiène sociale", liée à la volonté politique d'encourager le développement économique. En 1934, une loi va jusqu'à permettre la stérilisation sans consentement des malades mentaux.

Visste du  
det ?



## La dimension urbanistique et territoriale de la prévention

La volonté de garantir un cadre de vie sain s'est traduite par la signature de chartes d'engagement signées par plusieurs villes (Stockholm, Helsingborg) lors de leur intégration au programme européen des Villes-Santé créé par le bureau européen de l'OMS en 1986. Ce réseau incite les municipalités à s'engager politiquement pour améliorer la santé de leurs habitant.e.s, en concevant l'environnement comme la ressource phare en termes d'amélioration sanitaire. Ces villes-santé cherchent l'amélioration constante de la qualité environnementale, le développement d'une communauté solidaire et socialement impliquée dans la vie de la cité, la réduction des inégalités d'accès aux soins, l'accès à la culture et d'autres moyens permettant de réaliser le potentiel de tou.te.s. Les principes et valeurs de référence des Villes-Santé donnent un aperçu assez complet des tendances urbanistiques des villes suédoises en faveur de la santé.

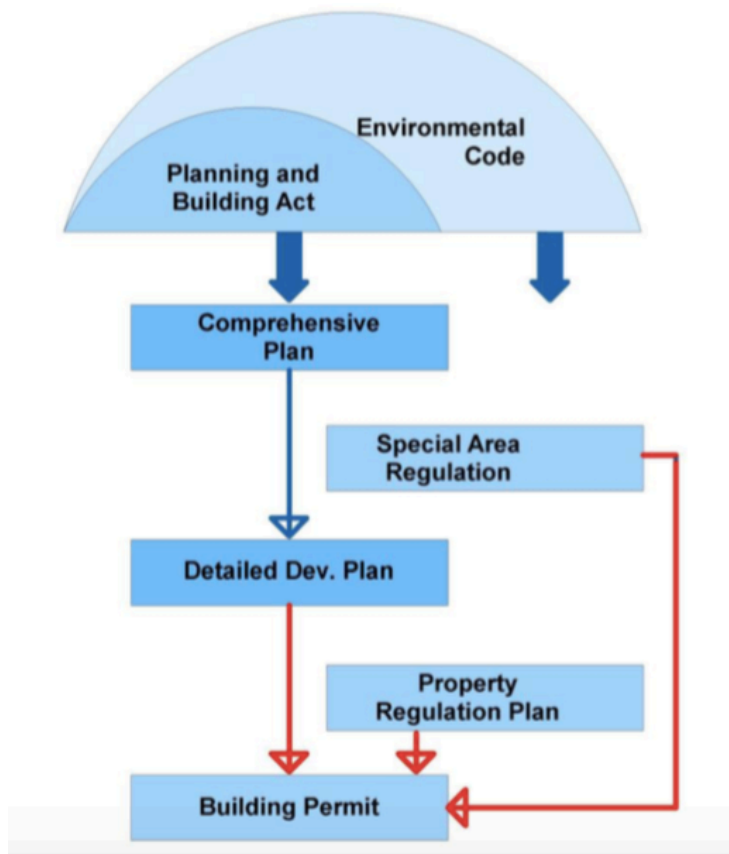


### Les principes de la planification urbaine en Suède

En Suède, la compétence d'aménagement urbain est dévolue aux municipalités, au point que certains vont jusqu'à parler de "monopole municipal de la planification". Les municipalités établissent dans un premier temps le plan global (*översiktsplan*) qui donne les orientations générales en matière de planification. Ce plan global est ensuite décliné à travers le plan détaillé de développement (*detaljplan*) qui prend effet pour au minimum 5 ans et au maximum 15 ans. Les permis de construire sont délivrés en conformité avec le plan détaillé de développement.

Le cadre légal de l'aménagement territorial repose sur deux ensembles juridiques complémentaires : le code de l'environnement (1999) et la loi de planification et de construction (2010). Notons que cette loi de 2010 ne fait que transposer les principes et dispositifs du code de l'environnement à la planification urbaine. Ces deux textes établissent ainsi comme principes fondateurs de la planification l'attention particulière portée aux enjeux environnementaux et climatiques, ce qui se traduit par la fixation de standards exigeants en matière de qualité de l'air, de la terre, de l'eau. La législation en termes de protection des rivages conditionne drastiquement la planification.

### Cadre légal du système de Planning suédois



Source : *Current trends in planning system in Sweden*, G. Ptichnikova, 2012

## Urbanisme soutenable et santé

Dans son rapport sur le lien entre urbanisme et santé, l'OMS introduit le sujet de cette manière : *"un urbanisme pour la santé, c'est un urbanisme pour les habitant.e.s. Il met en valeur l'idée que la ville c'est autre chose que des constructions, des rues et des espaces publics, c'est un organisme qui vit, qui respire ; son état de santé est étroitement lié à celui de ses habitant.e.s"*.

Le lien très étroit entre empreinte écologique et santé des riverain.e.s s'incarne dans un objectif de gestion efficace des ressources pour les villes, de façon à limiter sur l'ensemble de la chaîne les externalités négatives en termes d'environnement et de santé. Cet objectif suppose de réduire les distances entre les endroits stratégiques pour limiter les émissions de gaz à effet de serre. Il implique également de placer la question des modes de transport au centre des réflexions urbaines. A Malmö, les pouvoirs publics encouragent les mobilités dites "actives" (vélo, marche), dans un double objectif d'amélioration des conditions physiques et des conditions environnementales. La Ville s'est ainsi fixée comme objectif d'atteindre 30% pour la part modale du vélo, contre 22% aujourd'hui. En France, la capitale du vélo est Strasbourg, où 16% des habitant.e.s l'utilisent comme moyen de déplacement pour se rendre au travail (Insee, 2015).



## L'écoquartier Hammarby à Stockholm

Véritable référence en Europe de "l'urbanisme vert", cet écoquartier est un lieu articulant urbanisme et santé. Cet écoquartier vise à créer des cycles écologiques au niveau le plus local possible, par la réduction de la consommation des ressources naturelles, l'utilisation d'énergies renouvelables, la coopération sociale et la responsabilité écologique, la participation des habitant.e.s à la configuration du quartier, la production locale de denrées alimentaires et enfin le recyclage des déchets. Il est néanmoins important de souligner que ce type d'écoquartier relève bien plus de l'exception que de la norme en ce qui concerne l'aménagement urbain en Suède, pouvant même s'apparenter à une "caution écologique", comme nous le confie Lotta Hansson, la responsable de la communication et des visites techniques au département "planification urbaine" de la Mairie de Malmö. Ces espaces sont ainsi à appréhender du point de vue de leur influence sur le reste de la ville : est-ce que les expérimentations menées au sein de ces espaces conduisent à l'évolution des pratiques générales d'aménagement ?

Ou au contraire, est-ce que s'observe un renforcement des logiques d'entre-soi où les externalités négatives sont rejetées loin des habitant.e.s qui en sont à l'origine ?

Visste du det ?

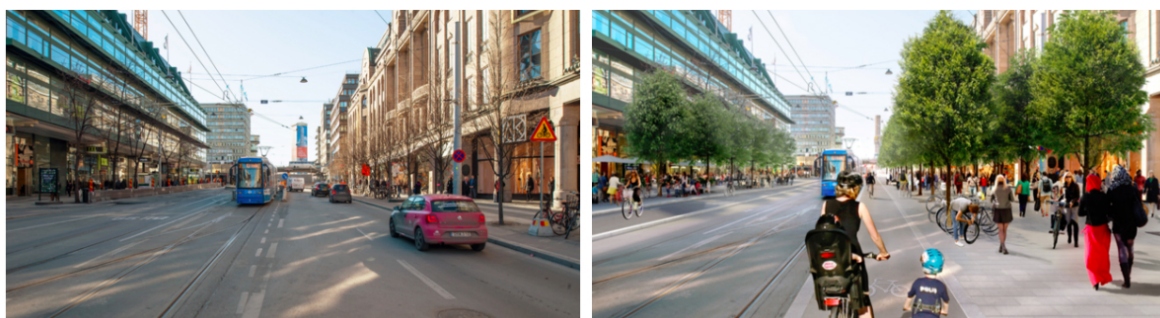


Les engagements internationaux des autorités en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre et d'amélioration de la qualité de l'air, s'accompagnent d'ambitieux objectifs.

Par une loi de juin 2017, la Suède s'engage à diminuer de 63% les émissions de GES d'ici 2030 par rapport au niveau de 1990, d'atteindre la neutralité carbone d'ici 2045 et d'éliminer totalement les voitures roulant aux énergies fossiles d'ici 2040.

Une taxe carbone existe en outre depuis 1991, à laquelle s'ajoutent d'importantes taxes sur les véhicules polluants, majorée pour les véhicules diesel. Au contraire, l'achat de véhicules électriques et hybrides est encouragé. Cette politique a abouti à une forte augmentation des ventes de véhicules peu polluants au cours des dernières années.

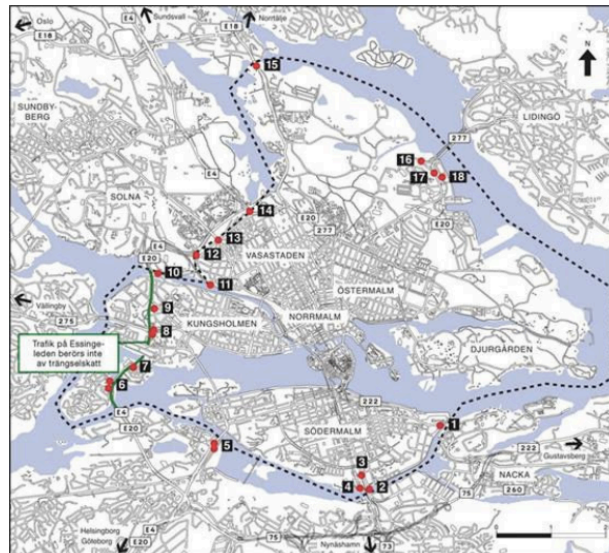
En plus de cette politique de taxation, la ville de Stockholm affiche sa volonté de réduire la part modale des voitures au bénéfice de la marche et du vélo. Ainsi, afin d'atteindre l'objectif d'une part modale de cyclistes de 15% d'ici 2030, les pratiques d'aménagement changent. Les immenses boulevards aménagés au cours des années 70 pour satisfaire la mode du tout voiture sont repensés pour évoluer vers des modes de transports moins polluants : les pistes cyclables et trottoirs vont être élargis d'un mètre et certaines voies rapides actuellement réservées aux voitures vont être bloquées afin de décourager l'utilisation des quatre-roues. Dans son plan détaillé de développement (*detaljplan*), la ville de Stockholm envisage également une piétonisation des berges afin de revaloriser le front de mer. L'espace gagné sur les routes servirait aussi à revégétaliser les trottoirs, créant ainsi un environnement plus sain.



Source : Plan détaillé de la ville Stockholm

Le conseil municipal de Stockholm a également mis en place un péage urbain (*congestion tax*), adopté par référendum en 2006 (51,3% de "oui"), dont les objectifs étaient de "réduire le volume

de trafic routier de 15%”, de réduire les émissions polluantes et d’augmenter le bien-être et le cadre de vie des Stockholmsois.e.s”. Il s’agit d’un péage de type cordon encerclant le centre-ville (soit une zone d’environ 35 km<sup>2</sup>). Les montants à payer varient en fonction de l’heure de passage; ainsi, un passage en heure de pointe coûte 2 euros (entre 8h et 17h30) quand un passage en heure “creuse” (entre 18h30 et 6h30) est gratuit.



Source :Hugosson, 2007.

La mise en place de ce péage urbain a permis une baisse de 22% du trafic la première année (et une stabilisation depuis), et l’augmentation de 4,5% du nombre de voyages réalisés en transports en commun, bus, métro et tram confondus au cours de l’été suivant la mise en place du péage (Transek, 2006). Ce report modal a été rendu possible par l’ouverture de 16 nouvelles lignes de bus l’année de lancement du péage urbain (Pons, Raux, et Souche, 2009). La Ville espère que d’ici 2030, 80% des déplacements motorisés en heure de pointe s’effectueraient en transports en commun.

A Malmö, le réseau de transports publics est l’un des plus performants à l’échelle européenne, en témoigne le prix SUMP (*Sustainable urban mobility planning*) qui a été remis à la Ville en 2016, pour son intégration des questions de transport aux enjeux plus larges d’inclusion sociale. Par exemple, à Rosengård, l’un des quartiers de la ville concentrant le plus de difficultés socio-économiques, une rue piétonne et cyclable a été conçue en 2014 pour favoriser les rencontres et les interactions. La station de transport public, dont la fonction première est de relier le quartier à différents districts de la ville de Malmö a aussi été dessinée et pensée comme un espace public à part entière. Cet aménagement a contribué à améliorer la sécurité et a favorisé l’installation d’entreprises et de nouveaux.elles résident.e.s. Toutes les personnes concernées se sont impliquées dans le développement d’idées et dans la planification.



Conçue par l'architecte Santiago Calatrava Valls, la Turning Torso (Malmö) est la tour la plus haute tour de toute la Scandinavie et la première à épouser cette architecture torsadée. Notre dernière conférence se déroulera au dernier étage de cet imposant bâtiment.

### ***Le cas de la ville de Malmö : urbanisme et réduction des inégalités socio-sanitaires***

La ville de Malmö a initié en 2011 la *Commission for a socially sustainable Malmö*. Composée d'expert.e.s issu.e.s de diverses disciplines, la commission avait pour but de produire des recommandations pour la réduction des inégalités par une approche urbanistique transversale jouant directement sur les déterminants sociaux.

La Commission a publié son rapport en 2013, et plusieurs objectifs se sont dégagés : promouvoir la confiance, la sécurité et les opportunités sociales au travers d'une ville à taille humaine, encourager l'occupation des différents espaces, adapter les services publics à la demande en les renforçant dans les zones habitées par des populations plus vulnérables (personnes âgées, immigrées), et encourager les interactions sociales, *via* par exemple, des espaces d'agriculture urbaine, et favoriser un environnement soutenable et mixte, grâce à la densité du bâti, à la diversité de l'architecture, et à la participation citoyenne à la planification.

**Visste du det ?**





# Intégration

## Des politiques de santé transversales au secours de l'équité et de l'intégration.

Depuis le "foyer du peuple", le modèle socio-économique suédois poursuit son objectif égalitaire, que ce soit dans le système de santé ou dans des politiques d'aménagement inclusives. L'inclusion est alors comprise comme la recherche de l'égalité et de l'universalité de l'accès à la santé et au bien-être pour toutes et tous.

Les politiques inclusives disposent de plusieurs leviers : la promotion de l'accès de toutes et tous aux infrastructures et aux services sociaux, la redistribution des richesses, la réduction du chômage de longue durée, le traitement égal de toutes les populations ou communautés, ou encore l'alphabétisation par l'éducation (Luhmann, 1984).

L'inclusion renvoie aussi à l'action d'intégrer les individus marginalisés, ce qui se traduit en Suède par un accès aux mêmes services de qualité. Inclure dans la société passe par le renforcement des liens existant entre ces personnes et les citoyens déjà largement intégrés, mais aussi par la promotion de la mixité sociale et que la participation de toutes et tous au processus de décision politique. Le système d'inclusion en Suède reste un modèle.

Dans cette partie, nous nous intéresserons aux fondements du modèle suédois d'inclusion ainsi qu'aux nouveaux enjeux auxquels il doit faire face. Nous brosserons également un portrait des inégalités territoriales pour en présenter ensuite les mécanismes de correction mis en oeuvre. Enfin, nous détaillerons les différentes politiques à destination des personnes discriminées ou marginalisées, et qui sont au coeur du modèle suédois d'inclusion.

## L'inclusion aujourd'hui en Suède

La méthode suédoise se fonde sur des valeurs sociales très largement partagées par la population, d'égalité, de confiance et de cohésion. Ces mêmes valeurs sont à la base de la recherche du bien-être complet de la population promue par l'OMS. Selon Gjerbine et Laurent (2008), cette méthode se définit par "la capacité collective des Suédois.e.s à s'adapter aux défis successifs auxquels ils sont confrontés". Leur étude, inspirée des théories du design institutionnel de Bo Rothstein (1998), montre que la qualité des institutions politiques et sociales - leur impartialité, leur stabilité, leur efficacité, leur transparence - est l'un des ressorts essentiels de la capacité d'adaptation du pays. Or, cette stabilité institutionnelle est elle-même indissociable de la stabilité sociale, et c'est pourquoi la confiance d'individu à individu et d'individu à institution est essentielle. La recherche de cet équilibre est ainsi au cœur même de la méthode suédoise. C'est dans cette même optique que s'inscrivent les nombreuses politiques publiques universelles visant à renforcer l'inclusion sociale et l'équité au sein de la société dans une perspective de paix sociale, et donc, in fine, de stabilité du régime en place.

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, les pouvoirs publics suédois mettent en place une intense stratégie d'égalité, avec en filigrane la conviction qu'une société égalitaire renforce la cohésion sociale réelle, elle-même permettant le développement économique. Cette stratégie est à la base du modèle que l'on connaît aujourd'hui internationalement. Mais la mondialisation et les crises successives ont eu des répercussions non négligeables sur ladite cohésion.

### *Augmentation des inégalités : un défi pour l'inclusion*

La question est d'autant plus cruciale que les inégalités ont connu une importante augmentation à partir du milieu des années 90 : le coefficient de Gini (qui varie de 0 à 1, 0 signifiant l'égalité parfaite et 1 signifiant une inégalité parfaite) passe de 0,20 à 0,24 entre 1995 et 2000. C'est à cette même époque que certains signes de

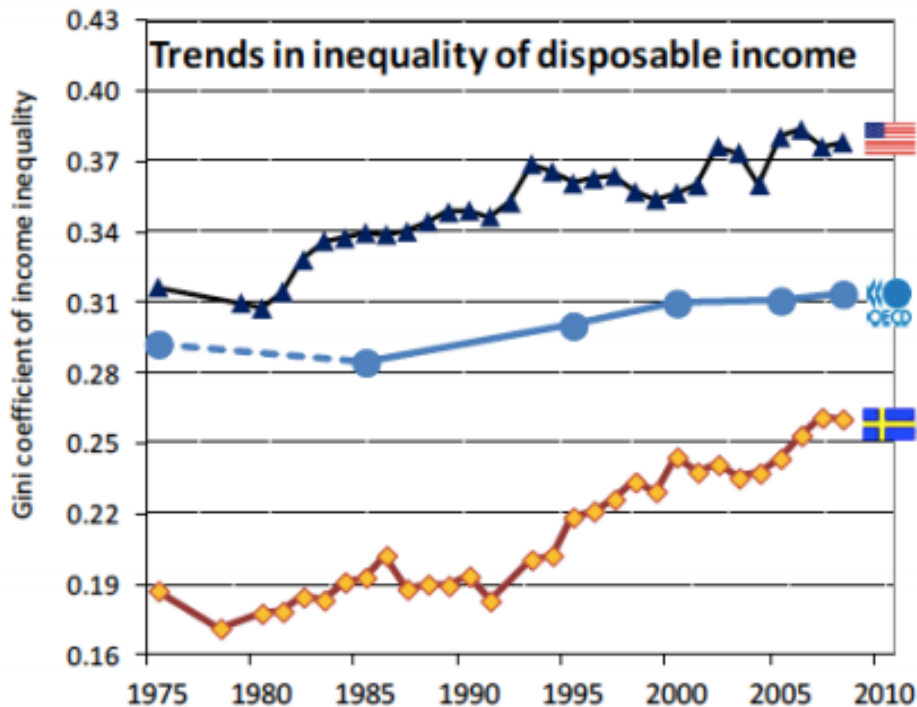
Evolution des inégalités de revenus dans les pays riches  
Unité : Coefficient de Gini

|                     | 1995 | 2000 | Evolution du coefficient sur la période |
|---------------------|------|------|-----------------------------------------|
| <b>Suède</b>        | 0,21 | 0,24 | +14,3%                                  |
| <b>France</b>       | 0,28 | 0,29 | +3,6%                                   |
| <b>Allemagne</b>    | 0,27 | 0,26 | -3,4%                                   |
| <b>Moyenne OCDE</b> | 0,3  | 0,31 | +3,3%                                   |
| <b>Royaume-Uni</b>  | 0,35 | 0,36 | +2,9%                                   |
| <b>Etats-Unis</b>   | 0,36 | 0,36 | Constant                                |

Source : OCDE



Les inégalités de revenus : coefficient de Gini (1975-2010)



fragmentations sociétale et territoriale sont à noter. Les années 2000 voient ainsi l'apparition de banlieues concentrant la majorité des flux d'immigré.e.s et confrontées à des problématiques de chômage similaires à celles de la France.

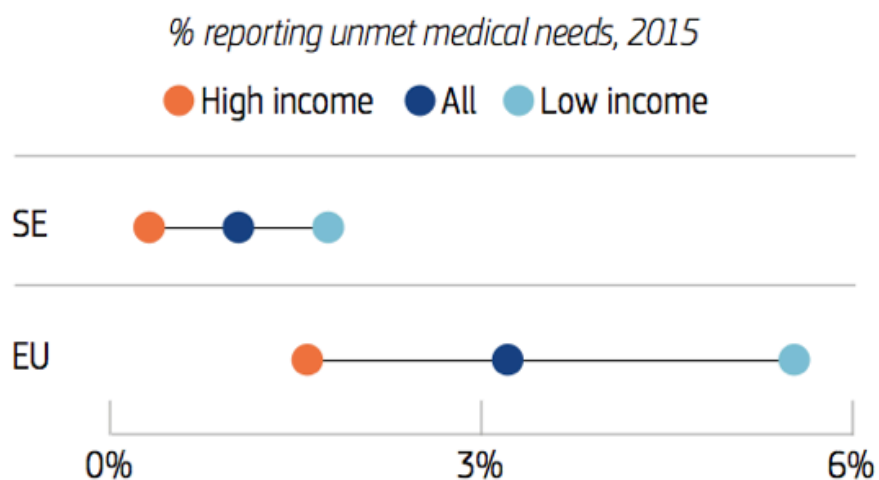
En 1995, 20% des revenus du pays étaient détenus par le décile le plus riche de la population; ce pourcentage atteignait 24,6% en 2010. La réforme fiscale de 1991 y est pour quelque chose, puisqu'elle a instauré un système dual d'impôt sur le revenu, les revenus du capital n'étaient alors plus imposés que de manière forfaitaire. Au cours de la même période, les prestations d'assurance chômage pour les revenus moyens ont diminué de plus d'un tiers, creusant le fossé entre travailleur.euse.s et demandeur.euse.s d'emploi. En termes d'espérance de vie, on note des inégalités croissantes en fonction du statut social. C'est particulièrement visible chez les femmes, pour lesquelles l'espérance de vie résiduelle entre des femmes de 30 ans ayant fait des études supérieures et celles ayant arrêté au secondaire est passée de 2 ans en 1986 à près de 5 ans en 2010 (Fritzell, 2012).

Les inégalités participent du sentiment d'abandon d'une partie de la population. Comme dans de nombreux pays européens, le parti d'extrême droite Sverigedemokraterna (Les Démocrates de Suède)

a capitalisé sur cette crise de confiance pour booster ses soutiens et ainsi réaliser un score important aux élections de 2014, bien supérieur à celui d'élections précédentes. Le parti a en effet réalisé un score de 12,9% aux élections législatives de 2014 quand il avait seulement passé la barre des 5% en 2010. Si la percée de l'extrême droite en Suède est inférieure à celle enregistrée en France, elle interroge la capacité de l'État suédois à réfréner ces manifestations du repli sur soi et de peur de l'autre tout en préservant, voire en renforçant, son modèle inclusif au regard de la demande nouvelle.

### *Inégalités de santé*

Les inégalités entre ménages modestes et aisés concernent en particulier la différence de taux de besoins médicaux non satisfaits entre les catégories de revenu. Autrement dit, les personnes les plus pauvres se font en moyenne moins soigner que les personnes les plus riches, ce qui est d'autant plus problématique qu'on sait que ce sont les personnes les plus pauvres qui sont les plus exposées aux comportements à risque. Par exemple, la consommation de tabac est en Suède trois fois plus importante dans la population à faibles revenus que dans la population à hauts revenus. Néanmoins, ces inégalités d'accès à la santé sont relativement mineures par rapport à la moyenne des pays de l'Union européenne. En 1982, le Health and medical services act énonce les principes d'équité et d'universalité du système de santé. En effet, cette loi spécifie que « les services de santé ont la fonction d'assurer à toute la population de façon égale une bonne santé [...]. La priorité doit être donnée à celles et ceux le plus dans le besoin de soins médicaux ».



Source : OCDE

*“Pourcentage de besoins médicaux non satisfaits reportés, 2015  
Haut revenus / Ensemble / Bas revenus”*

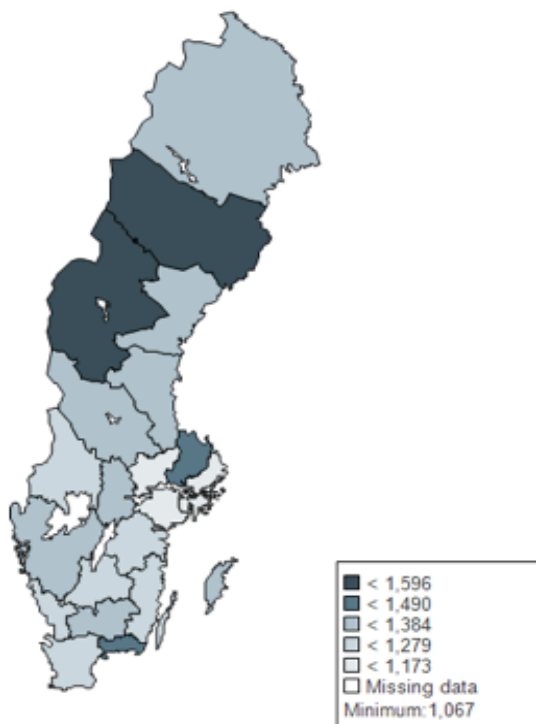
## Inégalités territoriales et mécanismes de correction

Cependant, la mise en concurrence de ces centres, voulues par la réforme Ädel (1992), vient à certains égards remettre en cause la substance de ce texte important. Le gouvernement conservateur au pouvoir en 2007 a de plus posé les bases d'une législation rendant possible pour les comtés de vendre ou de transférer des établissements de santé publics à des prestataires privés, tout en maintenant les financements publics.

Ces mesures ont des conséquences d'accès aux soins pour les patient.e.s et posent la question de l'information dont sont dotées les personnes afin d'effectuer leur choix de centres de soins. Des populations défavorisées peuvent avoir plus de difficultés à se procurer les informations nécessaires au choix (Glenngard et al, 2011).

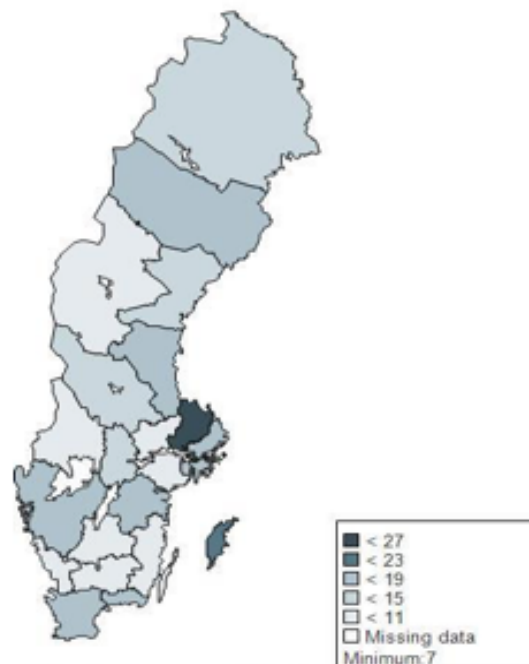
En terme d'inégalités territoriales, les principaux clivages ne recouvrent pas une simple polarisation nationale nord-sud, avec d'une part les comtés du sud dynamiques et regroupant l'immense majorité des médecins, et de l'autre, les comtés du nord désertés par ces derniers. Les cartes ci-dessous montrent le taux de médecins généralistes et d'infirmier.e.s pour 100 000 habitant.e.s selon les comtés. On s'aperçoit que les comtés du nord ne sont pas moins

*Praticiens de santé pour 100 000 habitant.e.s.  
Infirmier.ère.s. Public et Privé. 2015*



The Health and Welfare Statistical Database 17/03/2018

*Praticiens de santé pour 100 000 habitant.e.s.  
Spécialistes en médecine générale. Public et privé. 2015*



The Health and Welfare Statistical Database 17/03/2018

bien dotés que ceux du sud du pays - même si un problème d'éloignement de l'offre médicale se pose à tous les territoires très peu denses.

Le libre choix des patient.e.s et la libre installation des médecins contribuent à aggraver les inégalités géographiques d'accès aux soins, qui se sont creusées depuis les années 1990. On observe aujourd'hui dans la région de Stockholm une forte proportion de personnes à bas revenus et de personnes touchées par de sérieux problèmes sociaux dans le sud. Cela se traduit par une morbidité plus importante dans cette partie de la région, et donc par un besoin plus important en services de santé. Ceci peut s'observer au sein-même de la ville de Stockholm, où les personnes les moins privilégiées se concentrent au sud. Cependant, la distribution géographique des médecins ne s'accorde pas avec cette répartition des besoins (Dahlgren, 2008). Si les défenseurs du free choice model prétendent que la répartition des établissements s'adapte parfaitement à la demande de soins - selon l'adage "the money follows the patient" - la réalité est différente, puisque la consommation de soins dépend de l'offre, et non l'inverse. Une enquête commandée par le comté de Stockholm signale par exemple que les personnes vivant à proximité des cliniques spécialisées sont deux fois plus susceptibles d'user de tels soins que les personnes éloignées (Chen & al, 2005).

## La correction des inégalités territoriales

Les inégalités géographiques d'accès au soin s'inscrivent dans une dynamique plus large d'inégalités entre les territoires, reflet d'une répartition inégale des 9,5 millions d'habitant.e.s sur un territoire presque aussi grand que la France. Cette distribution génère des disparités en matière d'assiette fiscale pour les collectivités, et aussi en termes de coûts structurels. En 2014, une étude montrait ainsi que, comparés à la moyenne nationale, les écarts de base fiscale entre les communes allaient de 74% de la moyenne nationale (pour la commune la plus pauvre) à 172% (pour la plus riche). Quant aux coûts structurels, les écarts concernant par exemple les services aux personnes âgées allaient du simple au quintuple.

La Suède s'est donc dotée d'un système de solidarité financière entre les collectivités locales, notamment avec la loi de 2004 sur la péréquation économique communale, réformée légèrement en 2014. Respectueux du principe constitutionnel d'autonomie locale visant la réelle capacité financière à agir des collectivités, l'objectif de ce système est aussi de les doter de conditions économiques similaires, de manière in fine à donner à tou.te.s les citoyen.ne.s la possibilité d'accéder aux mêmes services (Jonason, 2015).

Ce système de péréquation comprend cinq volets, chacun étant divisé entre un système attribué aux comtés et un autre pour les communes.

Le premier volet est la péréquation des revenus. Une base de péréquation est calculée, égale à la moyenne de l'assiette fiscale par habitant.e ("capacité nationale moyenne d'imposition") majorée d'une subvention de la part de l'État à hauteur de 15 % de cette capacité. Les collectivités qui ont une assiette fiscale inférieure à la base de la péréquation bénéficient d'une aide. Celles qui ont une assiette fiscale supérieure à cette base sont taxées. L'État prend en charge la redistribution. Le deuxième volet est la péréquation des coûts, qui a pour objet le nivellement des écarts de coûts structurels des collectivités, autrement dit les coûts sur lesquels elles n'ont pas de prise. Les besoins de prestation ne sont pas les mêmes d'une collectivité à l'autre, par exemple en matière de prise en charge des personnes âgées. Des coûts standards par habitant.e sont déterminés en fonction de « modèles de référence » (on en compte 10 pour les communes et 4 pour les comtés), et pour chacun d'entre eux, un coût standard par habitant.e est calculé. Si la structure de coût est défavorable à la collectivité, elle reçoit une aide ; dans le cas contraire elle est taxée. La péréquation des revenus et la péréquation des coûts sont les deux volets les plus importants.

Viennent ensuite trois autres volets. Premièrement, la dotation de structure est une aide financée par l'État pour les collectivités spécifiquement en difficulté sur le plan de l'emploi. Deuxièmement, la dotation pour coût d'entrée est destinée aux collectivités ayant subi le contrecoup de la péréquation, celle-ci ayant provoqué pour certaines de fortes baisses de revenu ; elle est financée par un compte de régularisation, qui est le dernier volet. Ce compte équivaut à la différence entre les aides allouées par l'État et la somme des aides et des taxes perçues par les collectivités.

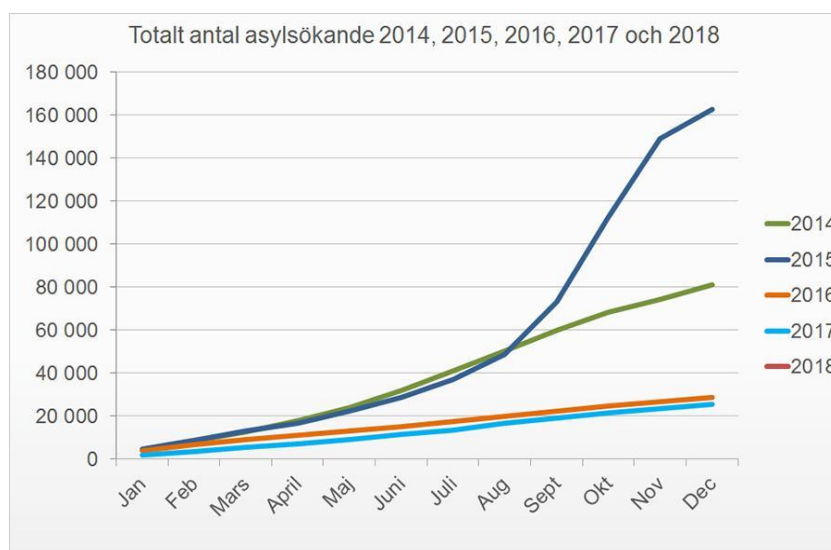
La réforme de 2014 de la péréquation économique indique une certaine volonté d'éviter que ce système ne vienne freiner le développement des territoires les plus dynamiques, remettant partiellement en cause ce « système de taxes à la Robin des Bois ».

## **La garantie d'un accès de toutes et tous aux mêmes droits et services**

L'universalité, ou l'accès à tou.te.s les résident.e.s du pays à des services de santé publique de manière automatique : voilà le mot d'ordre du Sweden's health and medical services act de 1982. Conformément aux réglementations européennes, la Suède et la France prévoient une couverture de soins en situation d'urgence pour les individus en situation précaire, y compris les demandeurs d'asiles ; à la différence près qu'en Suède cet accès n'est pas conditionné par la production d'un justificatif de domicile ou d'emploi.

Pour autant, cette politique d'inclusion universelle est confrontée à de nouveaux enjeux liés à un élargissement de la diversité, qui intègre des données culturelles, ethniques, de genres et de générations. L'arrivée massive de migrant.e.s questionne par exemple la capacité du pays à respecter son principe fondateur d'universalité en termes d'accès aux services publics. Entre 2014 et 2016, la Suède et ses 9,9 millions d'habitant.e.s ont en effet reçu 273 000 demandes d'asile, contre 225 000 pour 67 millions de Français. (cf. graphique ci-dessous), et c'est aujourd'hui 1/6 de la population qui est née dans un pays étranger.

Comment la Suède garantit-elle l'accès à toutes et à tous (enfants, personnes âgées, en situation de handicap, ne parlant pas suédois, femmes...) à une couverture adaptée aux besoins de chacun ? Quelles évolutions ce système d'inclusion a-t-il subi ? Comment le modèle suédois a-t-il absorbé cette arrivée massive de "newly arrived" tout en favorisant à la fois leur inclusion et en continuant à tenir compte de celle des Suédois.e.s à la marge du système ?



Nombre total de demandeurs d'asile en 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018

Dans un contexte de désengagement financier de l'État, les municipalités se sont vues investies d'un rôle clé en matière d'aide sociale et d'éducation : les garderies, maternelles et écoles représentent plus de 40% de leur budget, et elles sont également responsables de la prise en charge de l'éducation des enfants intellectuellement déficients et de garantir des cours de suédois pour les migrant.e.s.

### *Garantir un accès universel à l'école : le cas des enfants en situation de handicap*

Pour comprendre l'approche suédoise du handicap, il faut s'intéresser au concept fondamental de « normalisation » qui a longtemps guidé l'action publique : en effet, la législation a cherché à éviter de marginaliser les personnes en situation de handicap en n'en faisant pas une catégorie distincte relevant de statuts spécifiques et dérogoires, mais a favorisé leur intégration dans la vie communautaire comme des personnes ordinaires. Ainsi, l'Agence nationale pour l'éducation a décidé de ne pas catégoriser pour ses besoins d'analyse les élèves en situation de handicap, en choisissant la dénomination « enfants nécessitant une aide spéciale. » On retrouve donc en Suède une conception sociale du handicap : s'appuyant sur la Classification internationale des handicaps de 1980 de l'OMS, il est considéré qu'une déficience fonctionnelle ne devient un handicap que lorsque la personne se heurte à des carences dans l'aménagement de son cadre de vie ou de son activité. Si un cadre de vie adéquat est garanti, le handicap disparaît.

Une politique de désinstitutionalisation, entamée dès les années 1960, vise à façonner une société plus inclusive : il s'agit de développer des prestations de proximité pour remplacer des établissements spécialisés ayant généralement une attitude protectrice et ségrégative. (INSOS, 2015) En 1993, la loi sur les services et le soutien à certaines personnes atteintes d'incapacité fonctionnelles (LSS) entre dans le cadre de cette désinstitutionalisation, en garantissant aux personnes de moins de 65 ans le droit à dix services différents, dont le plus important est celui du droit à l'assistance personnelle. Pour les enfants, il peut par exemple s'agir d'avoir accès à des services spéciaux avant et après l'école et pendant les vacances scolaires.

Cette logique d'éducation inclusive se traduit par une "option unique", "une école pour tous" où chaque élève avec des besoins spécifiques est scolarisé.e dans un établissement d'enseignement ordinaire et où on ne fait appel aux écoles spécialisées que de manière exceptionnelle (dans le cas de moins de 0,5% des élèves suédois.e.s). Cette organisation n'est possible que grâce à l'assistance personnelle et l'investissement de l'ensemble des professionnels des secteurs d'éducation ordinaire et spécialisée. La Suède a toutefois maintenu des écoles spécialisées, principalement pour les enfants ayant des déficiences physiques, sensorielles ou mentales sévères ; tou.te.s les enfants sourds et malentendants sont dans des structures spécialisées.

### *Garantir un accès universel à l'école : la problématique de la scolarisation des migrant.e.s*

Un deuxième aspect de la question de l'inclusion dans le modèle éducatif suédois concerne l'intégration des jeunes migrant.e.s. La politique suédoise est novatrice en la matière. Depuis le phénomène migratoire de 2015, les écoles doivent s'assurer de la bonne intégration de milliers d'enfants ne parlant pas suédois : ils étaient en 2015 plus de 70 000 enfants demandeurs d'asile (sur 163 000 migrant.e.s au total), dont la moitié sont arrivés sans parents ou responsable légal en Suède.

Depuis le début des années 1970, la question de l'intégration des enfants dont le suédois n'est pas la langue maternelle est traitée : le gouvernement suédois prévoit, par exemple, des cours dans d'autres langues maternelles que le suédois pour les enfants d'origine immigrée. A l'occasion de la récente crise des réfugié.e.s, la Suède a fait des efforts pour intégrer les nouveaux venus : à leur arrivée, la législation prévoit que tou.te.s les enfants réfugié.e.s doivent avoir une place à l'école au cours du mois de leur arrivée. Elle a su également leur donner accès à une documentation très importante, à la fois au niveau de la langue et des apprentissages. Par exemple, elle a développé des outils numériques et didactiques performants disponibles dans toutes les langues minoritaires, pour permettre aux enfants de suivre et aux parents d'accompagner l'apprentissage. On pourrait citer le site internet [studie.se](http://studie.se), créé en 2016, qui propose aux élèves de suivre chaque leçon du plan d'enseignement suédois dans six langues pour l'instant : le suédois, l'arabe, l'anglais, le tigrinya, le dari et le somali. Ce portail prévoit à l'avenir de proposer une gamme de langues encore plus vaste. Ces mesures témoignent d'une politique d'intégration éducative volontariste et créative.

L'école Mosaikskolan, située à Malmö, accueille plus d'une cinquantaine de nationalités différentes, et est en mesure de fournir à chacun un enseignement dans sa langue maternelle, grâce notamment à une équipe pédagogique composée d'à peu près la même diversité linguistique.

Visste du  
det ?





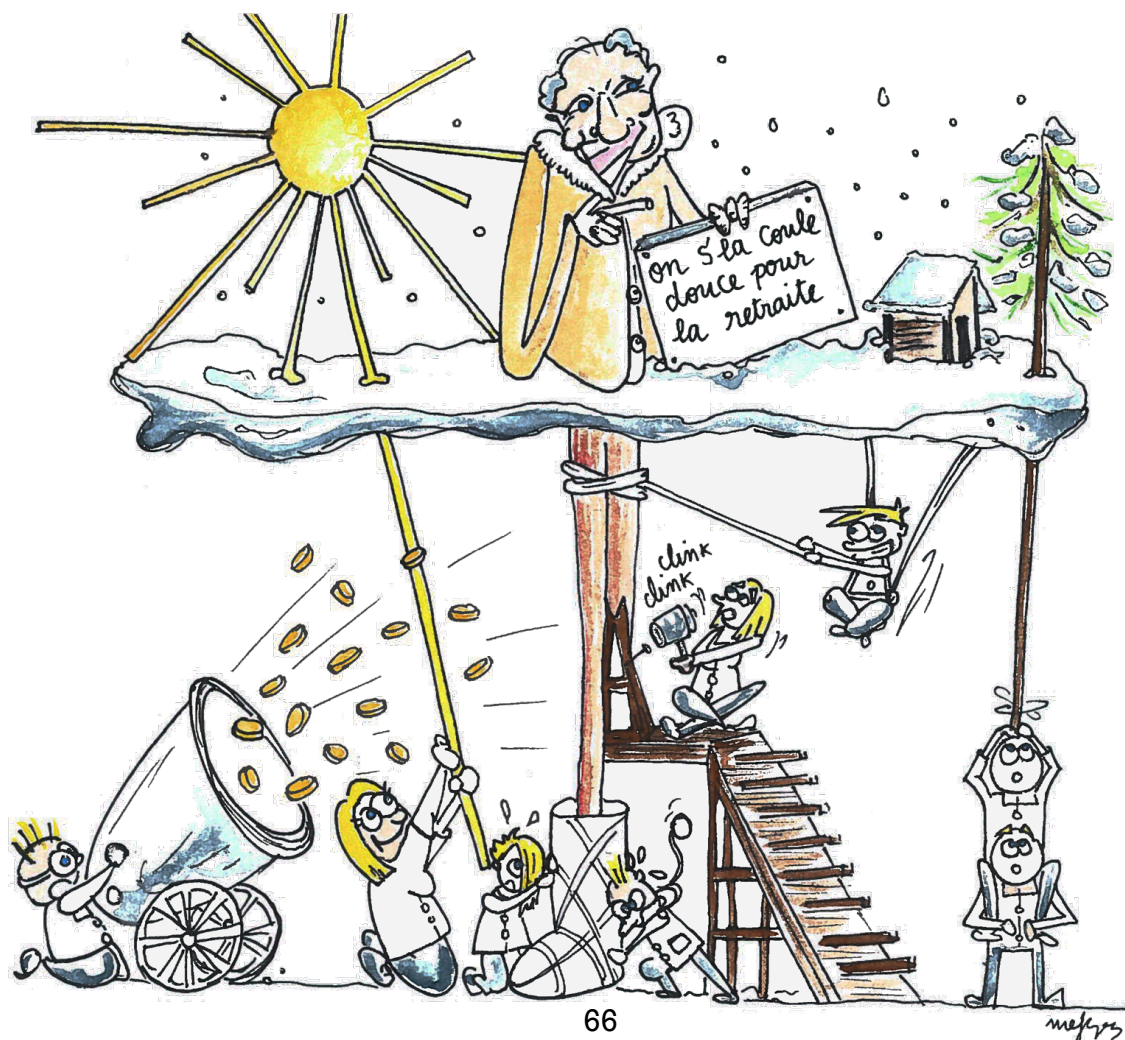
### *Accompagner une population vieillissante*

Depuis les années 1980, le nombre de personnes âgées dépendantes s'est accru en Suède : le pays compte aujourd'hui 2 millions d'habitant.e.s de plus de 65 ans - soit 20% de la population - et 5,2% d'entre eux ont plus de 80 ans, soit un taux légèrement plus élevé que la moyenne européenne. En France, ce taux de personnes de plus de 80 ans est légèrement plus élevé : 5,8 %. Pour autant, si ce ratio de personnes de plus de 65 ans, relativement à la population active, est l'un des plus hauts parmi les pays européens, il est prévu d'augmenter moins brusquement que dans les autres pays d'Europe d'ici les années 2060, grâce à des taux de naissance et d'immigration plus élevés (European Commission and European Policy Committee, 2015).

Les Suédois.e.s vivent longtemps, plus longtemps que la moyenne européenne et mondiale : à la naissance, l'espérance de vie est de 79,9 ans pour les hommes, et de 83,7 ans pour les femmes. La France a des chiffres à peu près équivalents, avec une espérance de vie à la naissance de 79,5 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes (chiffres de 2017). Vivre longtemps, d'accord, si c'est pour vivre bien. On retrouve ici un défi commun à de nombreux pays pour l'avenir : le fardeau des maladies chroniques et une population vieillissante conduisent à une demande de soins de plus en plus élevée dans le long terme. Le gouvernement suédois consacre aujourd'hui 3,6% de son PIB aux dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie (soit les dépenses de santé, la prise en charge médico-sociale et l'hébergement), contre 1,7% en moyenne dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2017) et 1,4% en France.

De manière générale, la qualité des soins fournis aux personnes âgées est bonne, notamment en ce qui concerne leur accompagnement dans la vie quotidienne. La réforme Ädel de 1992 a permis un soin plus proche des personnes dépendantes en transférant des comtés aux municipalités la responsabilité financière de leurs soins non médicaux (traitements de base, rééducation, prévention). Aujourd'hui, le nombre de personnel par habitant.e en Suède est élevé, y compris dans le soin à domicile : sept personnes âgées dépendantes sur dix sont soignées chez elles ! Le gouvernement suédois investit massivement dans des formations complémentaires pour les personnes travaillant dans les soins aux personnes âgées. Les mairies doivent obligatoirement fournir un service d'aide à domicile, 24h/24h, qui permet aux personnes handicapées ou gravement malades de rester vivre chez elles jusqu'à la fin de leur vie. D'autres services sont également mis à disposition, comme des transports, des taxis et des véhicules spéciaux.

La petite ville de Landskrona, au nord de Malmö, est largement concernée par la question de l'intégration des personnes âgées. De 2002 à 2005, la municipalité a reçu le soutien du programme européen AGILE (aged people integration, mobility, safety and quality of life enhancement through driving) dans l'objectif de développer des politiques de mobilité adaptées aux besoins des personnes âgées pour qu'elles puissent toujours se déplacer et conduire en sécurité. Depuis 2012, Landskrona a considérablement amélioré ses services d'aide à la personne âgée en développant en partenariat avec la région une nouvelle façon de travailler : le mottagningsteam (MT). Cela consiste à se concentrer sur les personnes âgées ayant l'habitude de faire des séjours en soins intensifs à l'hôpital ou ayant besoin d'un accompagnement social important. La qualité des services d'accompagnement est centrale dans la politique de la Ville : renforcement de l'évaluation des besoins des personnes âgées en termes de soins, mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) pour déterminer le niveau d'incapacité du patient et donc les nécessaires prises en charge et investissement matériel pour que la personne puisse continuer à vaquer à ses activités de la vie quotidienne. L'objectif de toutes ces mesures est d'améliorer le niveau d'indépendance des personnes et de réduire les besoins de services sociaux et de santé. Les premières réactions face au développement du MT et aux autres mesures évoquées ont été positives. L'accompagnement par la MIF a permis de donner confiance aux patient.e.s et aux familles dans le corps



médical, mais aussi de diminuer le nombre de lits d'hôpitaux : le nombre de personnes âgées restant plus de 3 mois à l'hôpital est passé de 24 à 3%. (Nordic Healthcare Group (Fi), 2016)

La Suède lutte également contre l'exclusion sociale et la solitude des personnes âgées. Le droit de vivre ensemble est inscrit dans le Sweden's social services act, révisé en 2012 : les personnes âgées ayant partagé une longue partie de leur vie peuvent continuer à vivre ensemble si l'un.e d'entre eux doit changer ou entrer en maison de retraite. Les mairies essaient également de maintenir les personnes âgées dans la vie de la communauté, en leur offrant des activités dans la journée : musique, projections de films, ateliers peintures et autres activités culturelles.

### *L'égalité homme-femme, une priorité absolue*

En 1919-1921, les femmes obtiennent le droit de vote après vingt ans de lutte et vingt-trois ans avant la France. Dès 1923, une loi d'éligibilité (la Behörighetslagen) garantit aux femmes l'égalité d'accès à toutes les professions de la société, avec comme seules exceptions les postes militaires et ecclésiastiques. En 1958, les femmes peuvent devenir prêtres, et militaires suite à une série de réformes entre 1980 et 1989. Tradition nordique ou simple pragmatisme du gouvernement suédois, il semblerait que la société suédoise ait un temps d'avance en termes d'égalité homme-femme, que ce soit dans la sphère privée, publique ou au travail : la Suède est aujourd'hui classée 4e pays le plus paritaire du monde après l'Islande, la Finlande et la Norvège.

En ce qui concerne l'égalité au travail, le manque de main-d'oeuvre que connaît l'économie suédoise dans les années 1960 pousse le gouvernement à se tourner vers sa population féminine. L'intégration sur le marché du travail est cependant segmentée entre le secteur privé où l'emploi est plutôt masculin et le secteur public plutôt féminin (aides soignantes, childcare). La notion de parité est un leitmotiv du gouvernement suédois, qui ne cesse de légiférer pour lutter contre les discriminations genrées : en 1998 est votée la loi contre les violences faites aux femmes et en 2011, le gouvernement suédois crée un poste de ministre dédié spécialement aux enfants, aux personnes âgées et à l'égalité des genres.

En ce qui concerne la vie privée, la Suède est le premier pays au monde à remplacer le congé maternel par le congé parental. Ce congé est favorisé à la fois pour la mère et le père, pour permettre à la femme de mener une carrière, et que les deux parents puissent profiter de la vie familiale. Au total, si les deux parents prennent un congé parental, les Suédois.e.s ont le droit à un total cumulé de 16 mois de congés payés par enfant (12 mois seulement si un seul parent le prend), avec les 13 premiers rémunérés à 80% - les trois restants sont plafonnés à 21 euros par jour. La souplesse du système permet des transferts de congés entre les parents, et si, de manière générale, les femmes restent plus à la maison, leurs compagnons prennent plus de congés que leurs voisins européens.

### Quelques chiffres sur la parité au travail

- Depuis 2014, le gouvernement suédois compte 12 ministres féminins pour 23 ministres, respectant parfaitement le principe d'équité. En termes d'élu.e.s parlementaires, la Suède compte 44% de femmes contre 26% en France.
- Avec un salaire moyen inférieur de 14% à celui des Suédois, les Suédoises se situent tout de même en dessous de la moyenne européenne et de la France. En effet, les Européennes gagneraient en moyenne 16,3% de moins que les Européens et les Françaises 15,8% de moins que les Français. (Eurostat, données 2015)
- Le pourcentage de femmes accédant à un poste de PDG reste faible en Suède, même s'il est largement supérieur au pourcentage français : 12% en 2015 contre seulement 2% en France en 2017 (Heidrick & Struggles, 2017)

### Visste du det ?



Depuis quelques années, la Suède s'est saisie de la problématique du harcèlement des femmes dans l'espace public. Le gouvernement suédois cherche à renouveler les espaces urbains des quartiers jugés "sensibles" (cf le quartier Husby, à Stockholm) au travers de plusieurs propositions de réaménagement. Dès 2009 sont organisées des concertations publiques pour signaler aux autorités les zones de gêne : à partir de ces concertations, des idées ont émergé : amélioration des éclairages de rue, sécurisation des entrées de métro... Ainsi, son engagement pour un urbanisme féministe place la Suède comme cheffe de file dans la lutte contre les inégalités d'accès à l'espace public - lutte qui pour autant, n'est pas terminée.

# Conclusion

Le modèle suédois, bien qu'il ait été profondément transformé au fil des dernières décennies, est toujours une source d'inspiration. L'histoire politique et celle de la construction sociétale suédoise ont en effet abouti à un système décentralisé relativement efficace et fondamentalement intégré, dans la méthode comme dans les objectifs.

Dans les objectifs, puisque l'inclusion de tou.te.s est prioritaire dans les politiques de soins et d'aménagement de l'espace, en particulier des populations les plus vulnérables, que ce soit en termes de classe, d'origine ethnique, et/ou d'âge.

Dans la méthode, puisque la stratégie de mise en place des politiques publiques englobe des domaines d'intervention qu'en France nous avons coutume de diviser et d'appréhender par secteurs. En Suède, l'approche intégrée a supplanté l'approche sectorielle, et, sans doute grâce au caractère décentralisé des institutions, celles-ci sont capables de répondre de façon adaptée et globale aux besoins spécifiques des territoires. Au lieu d'être étudiés comme des éléments déconnectés les uns des autres, les enjeux auxquels font face les territoires sont appréhendés de façon interdépendante et holistique. En témoigne la composition de la *Commission for a socially sustainable Malmö*, qui compte des membres issus d'une multitude de parcours, de domaines et de fonctions différentes et dont le rapport prône avec brio l'intérêt du modèle intégré. L'un des secrets du modèle suédois est ainsi le décloisonnement de l'action publique.

# Välkommen till Sverige !



# Bibliographie

(Une \* signale les lectures recommandées)

Academic Ranking Consultancy of World Universities. (2015) Academic Ranking of World Universities in Clinical Medicine and Pharmacy 2016. ShanghaiRanking Consultancy. Consulté à l'adresse <http://www.shanghairanking.com/FieldMED2015.html>

ADEME, *Etat de l'art sur les péages urbains : objectifs recherchés, dispositifs mis en oeuvre et impact sur la qualité de l'air* (juin 2014) Service Evaluation de la Qualité de l'Air

Alwall, J., Aguirre Sanchez-Beato, S., Garcia Troncoso, M., Pérez Campillos, A., & Saponaro, T. (2012). A remedy for segregation? Conviviality and the question of sustainable city development: the case of Malmö. Consulté à l'adresse <http://muep.mau.se/handle/2043/14753>

Andersson, J. (2011). « Qu'est-ce que c'est ce modèle suédois ? » Débats constitutifs pour comprendre l'histoire de la social-démocratie suédoise, son modèle et son évolution jusqu'aux élections de septembre 2010, Abstract. *Histoire@Politique*, (13), 161-175. <https://doi.org/10.3917/hp.013.0013>

**\* André, G., Eloi, L. (2008). La méthode suédoise : la cohésion sociale au défi de l'adaptation, Etudes du CERI, 147, consulté à l'adresse <http://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/9860/resources/etude147.pdf>**

Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(5):1-159.

Barton, H., Grant, M., Mitcham, C., & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health promotion international*, 24 Suppl. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap059>

Bergman, M. A., Johansson, P., Lundberg, S., & Spagnolo, G. (2016). Privatization and quality: evidence from elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*, 49, 109-119. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.06.010>

Bodiguel, J.L., Kolam, K. (2013) Etude CNFPT - EUROPA, Les fonctions publiques locales en Europe, Suède, retrieved from <http://www.europaong.org/wp-content/uploads/2013/06/Suede.pdf>

Carema Care scandal infecting other companies. (2011, December 28). Sveriges Radio. Retrieved from <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2054&artikel=4880456>

CCRE (2016) « Gouvernements locaux et régionaux en Europe : structures et compétences ». CCRE, 93 pages.

Chen, P., and Burström, B. Betydelsen, Importance of travel distance and socioeconomic factors for visits to private specialist physicians in Stockholm County Council, Stockholm County Council, Social Medicine Unit, Stockholm, 2005

**\* Dahlgren, G. (2008). Neoliberal reforms in Swedish primary health care: for whom and for what purpose? *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 38(4), 697-715. <https://doi.org/10.2190/HS.38.4.g>**

Esping-Andersen, G., Les trois économies politiques de l'État-providence. (2007) (p. 29). Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/les-trois-mondes-de-l-etat-providence--9782130559160-p-21.htm>

Farrants, K., & Bamba, C. (2018). Neoliberalism and the recommodification of health inequalities: A case study of the Swedish welfare state 1980 to 2011. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 18-26. <https://doi.org/10.1177/1403494817709191>

Gilbert, A., & Langlois, A. (2004). La mesure des variations territoriales du bien-être de la population vieillissante de l'Outaouais, entre caractères objectifs et évaluations subjectives. *The Canadian Geographer*, 48(3), 326.

Hinnfors, J. (2009). Le consentement à l'économie de marché: une constante social-démocrate en Suède et au Royaume-Uni, Market-Friendly Social Democracy. *Critique internationale*, (43), 17-35. <https://doi.org/10.3917/cii.043.0017>

Hours, Lefebvre, & Levebvre. (2008, janvier 23). Conditions de travail et protection des travailleurs en Suède. Consulté 27 février 2018, à l'adresse <https://societesnordiques.wordpress.com/2008/01/23/conditions-de-travail-et-protection-des-travailleurs-en-suede-2/>

Jansson, S. (1993). Food and health: experience from Sweden. *Health Education Journal*, 52(4), 253-255. <https://doi.org/10.1177/001789699305200413>

**\* Isacsson S.O., Balkfors A., *Commission for a Socially Sustainable Malmö*, 2014**

INSOS, Avril 2015, section internationale. *L'Europe veut désinstitutionnaliser*. <https://www.insos.ch/assets/Downloads/LEurope-veut-desinstitutionnaliser-Exemples-Norvege-Suede-Angleterre.pdf>

Johansson, L. (1997). Decentralisation from acute to home care settings in Sweden. *Health Policy*, 41, S131-S143. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(97\)00045-6](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00045-6)

Jonvallen, P., Berg, E., & Barry, J. (2011). The Development of Contract Research Organisations in Sweden: Health Care, Privatisation and Neo-Liberalism. *New Technology Work and Employment*, 26. <https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2011.00269.x>



- Jonason, P. (2015). Le système de la péréquation entre les collectivités locales en Suède, Abstract. *Revue française d'administration publique*, (156), 1021-1026. <https://doi.org/10.3917/rfap.156.1021>
- Kalinowski, W., & Institut Veblen pour les réformes économiques (France). (2017). *Le modèle suédois: et si la social-démocratie n'était pas morte?* Paris: Éditions Charles Léopold Mayer.
- Lindbeck, A. (1997). The Swedish Experiment. *Journal of Economic Literature*, 35(3), 1273-1319.
- Lou Marilier. (2017, September 14). En Suède, le chantier tortueux d'un «urbanisme féministe». Retrieved March 17, 2018, from [http://www.liberation.fr/planete/2017/09/14/en-suede-le-chantier-tortueux-d-un-urbanisme-feministe\\_1594700](http://www.liberation.fr/planete/2017/09/14/en-suede-le-chantier-tortueux-d-un-urbanisme-feministe_1594700)
- Lot Florence et Sylvie Quelet, La santé et l'accès aux soins migrants : un enjeu de santé publique // *Migrants health and access to care : A public health challenge*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé publique France, N°19-20, 5 septembre 2017
- Luhmann, N., & Sosoe, L. (2011). *Systèmes sociaux: esquisse d'une théorie générale*. Presses Université Laval.
- Michel Louise. (n.d.). Les émeutes à Stockholm: la faute aux inégalités sociales. Retrieved March 17, 2018, from [/suede-emeutes-stockholm-inegalites-sociales-banlieue-article-819775.html](#)
- Morel, N. (2011). Le modèle universaliste suédois au prisme du libre choix. <https://doi.org/10.7202/1008876ar>
- Morel, N. (2013). L'État-providence suédois comme modèle social productif. *Revue des politiques sociales et familiales*, 112(1), 39-49. <https://doi.org/10.3406/caf.2013.2818>
- Morillas, R. M., Rubio-Romero, J. C., & Fuertes, A. (2013). A comparative analysis of occupational health and safety risk prevention practices in Sweden and Spain. *Journal of Safety Research*, 47, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.08.005>
- Nordic Healthcare Group (fi), 2016, EIPonAHA - 1.2.1 - Case examples of value based service and procurements models Nordic Case Examples. [https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/innovative\\_procurement\\_files/](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/innovative_procurement_files/)
- Nordregio Report, 2016, Anna Karlsdottir and Gustaf Norlen, Chapter 6. Unemployment : young people pay the price for an incomplete recovery. <http://www.nordregio.se/Global/Publications/Publications%202016/State%20of%20the%20Nordic%20Region%202016/Chapter6.pdf>
- OECD (2017), *Caring for quality in Health, Lessons learnt from 15 reviews of Health Care Quality*
- OECD. (2018), *Durée de séjour à l'hôpital (indicateur)*. doi: 10.1787/21a7ca2b-fr (Consulté le 27 février 2018)

OECD. (2009). Privatisation. In *Études économiques de l'OCDE : Suède* (Vol. 2008, p. 143-159). Organisation for Economic Co-operation and Development. Consulté à l'adresse [http://www.oecd-ilibrary.org/content/chapter/eco\\_surveys-swe-2008-5-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/content/chapter/eco_surveys-swe-2008-5-fr)

OECD. (2013). *Mental Health and Work: Sweden*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Consulté à l'adresse <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264188730>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD Data (2015), Health equipment - Hospital beds - Retrieved March 16, 2018. Consulté à l'adresse <http://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

OECD (2018), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en.

Palier, B. (2015). *La réforme des systèmes de santé* (7e édition). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.

**\* Palier, B. (2006). Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois. Les Tribunes de la santé, no 12(3), 29-36. <https://doi.org/10.3917/seve.012.0029>**

Perrin, F. (2014). Des inégalités croissantes en Suède, *Regards*, (45), 109-116.

Pons D., Raux C. et Souche S. *Trois expériences de peage urbain en Europe : évaluation et bilan socio-économique*. Predit, Laboratoire d'Économie des transports, Université Lumière Lyon 2, 2009

Ptichnikova G. (2012) Current trends in planning system in Sweden, for the Research Institute of Theory and History of Architecture and Town Planning of the Russian Academy of Architecture and Construction Sciences (NIITIAG RAASN), Russia.

Roos, G., Lean, M., & Anderson, A. (2002). Dietary interventions in Finland, Norway and Sweden: nutrition policies and strategies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15(2), 99-110. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277X.2002.00340.x>

Rothstein, B. (1998). *Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge, United Kingdom : New York: Cambridge University Press.

Simoulin, V. (2005). Le « modèle suédois » : succès persistant, recompositions actuelles et reconfigurations intellectuelles, *SUMMARY. Cahiers internationaux de sociologie*, (119), 289-309. <https://doi.org/10.3917/cis.119.0289>

Skoglund, P. (2014). Les défis et aspects fondamentaux de l'inclusion en Suède et en Europe. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, (65), 223-238. <https://doi.org/10.3917/nras.065.0223>

Stockholm elderly care scandal widens. (2011, November 2). Retrieved March 16, 2018, from <https://www.thelocal.se/20111102/37116>