

Solène Cordonnier,  
Marie Gros,  
Maud Picart,  
Maxime Verdin

MISSION D'ÉTUDE  
IHEDATE 2018

---

**La dimension  
territoriale de la santé  
en Suède : un modèle  
en évolution**

Tutoré par Bruno Palier  
Master Stratégies  
Territoriales et Urbaines



## Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement Anne Mattioli, Nathalie Leroux et Sandra Moatti de l'IHEDATE pour l'accueil que nous avons reçu au sein de l'équipe, grâce auquel nous nous sommes rapidement senti.e.s à l'aise et en confiance dans la réalisation de notre travail. Nous avons réellement apprécié leur disponibilité, et nous sentons honorés de la confiance qu'elles nous ont accordée pour l'organisation de cette mission d'étude.

Nous souhaitons aussi remercier notre tuteur, Bruno Palier, qui a su nous apporter son expertise précieuse sur le système de santé suédois et nous a beaucoup aidé dans l'élaboration et la réalisation du voyage. Merci pour son accueil au LIEPP, pour sa disponibilité, son écoute et pour la justesse de ses analyses et de ses remarques, qui nous ont permis de progresser aussi bien dans le projet que dans notre posture professionnelle.

Un grand merci également à Christian Gauffin, sans qui nous n'aurions pas pu appréhender la société suédoise d'un point de vue aussi interne. Nous le remercions de nous avoir accompagné en Suède comme en France : son aide ainsi que ses conseils ont été précieux, et sa rencontre source d'enrichissement tant pour nous que pour les auditrices et auditeurs.

Nous remercions tout.e.s nos intervenant.e.s de nous avoir si bien accueilli.e.s en Suède, que ce soit à Stockholm, Malmö ou Landskrona. Leur disponibilité, leur envie de faire découvrir leur modèle ainsi que la richesse de leurs interventions ont grandement participé à la réussite de notre voyage.

Merci aux traductrices, qui nous ont accompagnées durant la mission d'étude et ont su valoriser par leur travail toute l'authenticité des propos de nos intervenant.e.s.

Merci également aux auditrices et auditeurs d'avoir été si enthousiastes et curieux au cours de la mission d'étude et de nos rencontres multiples. Nous retiendrons leur bienveillance et leur ponctualité.

Enfin, nous remercions l'équipe pédagogique de l'École Urbaine, notamment Brigitte Fouilland, Sandrine Boisard et Irène Mboumoua, qui nous ont accompagné.e.s tout au long de ce projet collectif.





## Résumé

Ce rapport de projet collectif 2017–2018 fait état de notre travail de conception de la mission d'études de l'Ihedata en Suède sur le thème de "Territoire, santé et bien-être". Premièrement, nous avons réalisé des revues de presse et de littérature scientifique nous permettant d'élaborer une grille d'analyse des questions de santé en Suède axé autour de la décentralisation, l'inclusion et la prévention. De ce triptyque a découlé un programme de voyage. Finalement, nos rencontres et visites, complétées par de nouvelles lectures, nous ont fait revoir le triptyque originel pour aboutir à ce dossier qui approfondit la territorialisation des enjeux sanitaires. Ainsi, nous sommes passé.e.s par une compréhension de ce qui constitue le modèle suédois et comment est-ce que ces caractéristiques permettent de comprendre comment fonctionne le système de santé et l'aménagement du territoire, deux champs d'actions indissociables quand il s'agit de comprendre l'approche préventive et holistique de la santé. Finalement, nous nous questionnons sur la pérennité du modèle dans le contexte post-crise de 1990 de libéralisation et de privatisation.

# SOMMAIRE

Remerciements .....	p.3
Résumé .....	p.5
Introduction .....	p.9
<b>Fondations et composantes du modèle suédois .....</b>	<b>p.13</b>
Émergence du modèle suédois : des « poor laws » à l'État-providence .....	p.13
Les caractéristiques du modèle suédois .....	p.14
<b>La transposition du modèle au niveau local : aménagement du territoire et politiques de santé .....</b>	<b>p.21</b>
L'organisation territoriale et la planification : reflets du modèle .....	p.21
L'aménagement urbain .....	p.23
Principes appliqués aux politiques de santé .....	p.25



<b>Une approche holistique au service du bien-être et de l'inclusion .....</b>	<b>p.29</b>
Des politiques locales et nationales pour améliorer le style de vie .....	p.30
Favoriser l'intégration sociale .....	p.32
Le rôle de l'environnement proche : des politiques sectorielles .....	p.35
Influencer les conditions socio- économiques, culturelles et environnementales .....	p.37
<b>La transformation du modèle par la libéralisation et la privatisation .....</b>	<b>p.41</b>
Restrictions budgétaires et privatisation du système de santé .....	p.42
Une planification urbaine qui se complexifie par l'entrée de plus en plus d'acteurs privés, publics et un marché de l'immobilier qui se privatise .....	p.48
<b>Glossaire .....</b>	<b>p.53</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>p.54</b>





L'objet de ce rapport est de présenter l'aboutissement de nos travaux réalisés depuis septembre dans le cadre de notre projet collectif, partie intégrante de notre première année de master Stratégies Territoriales et Urbaines (STU) à Sciences Po. Nous avons été chargé.e.s d'organiser la mission d'étude annuelle de l'Institut des Hautes Études de Développement et d'Aménagement des Territoires en Europe (IHEDATE), qui avait cette année lieu en Suède du 9 au 13 avril 2018 autour de la thématique : « Territoires, Santé et Bien-être ». Pour ce projet, nous avons été encadré.e.s par Bruno Palier, co-directeur du Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP), directeur de recherche du CNRS à Sciences Po au Centre d'études européennes (CEE), et spécialisé sur les réformes des systèmes de protection sociale en France et en Europe.

L'intérêt pour les professionnel.le.s français.e.s de saisir les mécanismes territoriaux du modèle suédois en matière de santé et de bien-être est de taille, dans la mesure où la Suède et la France sont actuellement confrontées à des enjeux similaires : vieillissement de la population, augmentation du nombre d'individus souffrant de maladie chronique, inégalités territoriales et d'accès aux soins. Pourtant, alors que les dépenses de la Suède sont similaires à celles de la France, elle fournit des services de santé de meilleure qualité, et sa population possède l'un des niveaux de vie des plus élevés au monde : l'espérance de vie des Suédois.e.s s'élève à 82,6 ans et son taux de mortalité infantile est parmi les plus bas au monde (2,6‰).

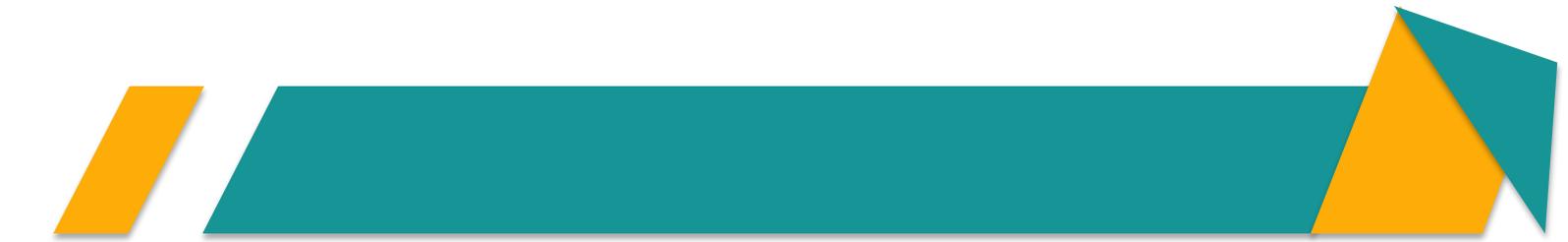
Dans son *World happiness report* publié en 2016, l'ONU classe 157 pays sur des critères allant du PIB aux soutiens sociaux, en passant par l'espérance de vie, la liberté sociale, l'égalité ressentie entre les personnes ou encore le degré de corruption. Dans ce classement, la Suède se hisse à la 10<sup>ème</sup> place quand la France arrive en 32<sup>ème</sup> position. La situation économique du pays est particulièrement florissante. Le taux de chômage et la dette publique atteignent

respectivement 6,7 et 39,5% en 2017 (contre respectivement 9,7% et 98,1% en France) et la croissance économique du pays a été de 2,7% en 2017, soit un point de plus que la France sur la même année. Le système de santé n'est pas en reste : si la Suède et la France consacrent toutes deux 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.

D'un point de vue méthodologique, l'élaboration de cette mission d'étude a eu lieu en trois temps. Dans un premier temps, nous avons réalisé un vaste travail de recherche bibliographique sur la Suède et son rapport à la santé et aux territoires. Cela nous a permis de dégager une grille de lecture constituée de trois thématiques aux travers desquelles il nous a semblé pertinent d'appréhender le modèle suédois : la **décentralisation**, d'une part, qui permet une adéquation précise entre les politiques publiques et les spécificités des territoires ; la **prévention** comme logique dominante des politiques de santé ; et enfin, **l'inclusion** de toutes et tous au modèle suédois comme vecteur de bien-être social.

Dans un second temps, nous avons fait le choix des destinations pour le voyage sur la base de ce triptyque. Nous avons établi qu'il était pertinent de nous rendre à Stockholm, la capitale intégrée, dynamique et innovante, à Landskrona, ville moyenne post-industrielle, et à Malmö, la métropole multiculturelle mais fortement ségréguée, de manière à appréhender de la façon la plus exhaustive possible les enjeux de la santé en Suède. Ensuite, nous avons confectionné un programme préliminaire s'attachant à rendre compte du triptyque. Troisièmement, nous nous sommes rendu.e.s en Suède en janvier pour rencontrer les intervenant.e.s avec lesquel.le.s nous étions déjà en contact tout en renforçant nos contacts sur place.

Le programme que nous avons élaboré consistait donc en une première journée de cadrage à Stockholm autour du modèle



Suédois, de l'État providence et son fonctionnement et du système de santé. Une seconde journée était consacrée à la prévention dans les différentes sphères de la vie des Suédois.e.s : la sphère privée domestique, la sphère privée professionnelle et la sphère publique. Nous avons ainsi visité l'écoquartier Hammarby et divers milieux professionnels : l'hôpital de Danderyd, la compagnie d'assurance AFA, le syndicat des travailleurs *Kommunal* et le représentant des collectivités *SALAR*. Le mercredi était dédié à l'étude du nouveau quartier Hagastaden, ce qui nous a permis d'aborder la question de l'innovation en matière de santé dans le tissu urbain et de comprendre le processus de fabrique de la ville. Le jeudi, nous avons décidé de nous rendre dans la ville dynamique mais ségréguée de Malmö et dans la ville plus périphérique de Landskrona. Notre objectif était de comprendre plus précisément les mécanismes d'inclusion des personnes dans la société. Le vendredi, nous avons eu l'opportunité de rencontrer les instigateur.trices.s de la *Commission of a Socially Sustainable Malmö* et de prendre pleinement conscience de la transversalité des politiques publiques en matière de santé en Suède et du dialogue entre les différents acteurs en vue de leur réalisation.

Nous avons voulu donner aux auditeurs et aux auditrices les clés de compréhension du modèle Suédois, et leur permettre d'en retirer le maximum pour améliorer leur pratique professionnelle. Lors du processus de conception du voyage, nous avons donc tenté de garder à l'esprit un objectif précis : trouver l'équilibre entre reconnaissance de la performance du système de santé suédois et déconstruction du mythe.

Si le tryptique décentralisation, prévention et inclusion nous a permis de toucher à un nombre important de sujets relatifs aux territoires, la mission d'étude nous a fait prendre conscience de la nécessité d'élargir et de remodeler notre grille de lecture. Le voyage,

ainsi que les retours que nous en avons eu pendant et après, nous ont conduit à repenser l'articulation que nous avons suivie jusque là. Nous avons ainsi dégagé de nouveaux angles autour desquels réorienter notre réflexion. Nous avons notamment renforcé la territorialisation des problématiques de santé tout en cherchant à comprendre comment les caractéristiques du modèle suédois se répercutent aujourd'hui sur l'organisation du système de soins et la conduite de l'aménagement du territoire.

Ici, nous répondrons donc aux questionnements suivants : dans quelle mesure l'organisation décentralisée de la Suède favorise les performances du pays en termes de santé ? Quels sont les impacts territoriaux de l'évolution du modèle suédois ?

Pour répondre, nous exposerons tout d'abord les principes du célèbre modèle suédois, dont nous avons distingués au cours du voyage de nouvelles caractéristiques. Ces principes établis, nous pourrions appréhender la manière dont ils se concrétisent dans les politiques publiques, notamment en matière d'aménagement du territoire et d'organisation du système de santé. Nous verrons ensuite comment s'incarne, dans les politiques publiques, l'approche holistique et transversale qui caractérise la société suédoise. Enfin, nous mesurerons les limites du « modèle » suédois au regard des évolutions récentes liées à la libéralisation et à la privatisation.



Le parcours de notre mission d'étude en Suède : de Stockholm à Malmö en passant par Landskrona



En 1936, le journaliste américain Marquis Childs publie l'essai *Sweden, the Middle Way*. Il est l'un des premiers à identifier le modèle suédois comme une alternative issue d'un compromis entre le socialisme et le capitalisme. Parti s'installer en Suède au début des années 30, le journaliste américain analyse les réformes économiques et sociales qui prennent place à la suite de mobilisations ouvrières sans précédent au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Son ouvrage se vend à plusieurs centaines de milliers d'exemplaires et participe activement à l'établissement de l'excellente réputation du modèle suédois à l'international.

Il s'agit dans un premier temps de retracer l'historique ayant conduit à l'émergence du modèle suédois tel que nous le connaissons aujourd'hui puis de nous concentrer sur ses caractéristiques.

## Émergence du modèle suédois : des "poor laws" à l'Etat-providence

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et au début du XX<sup>ème</sup>, la Suède est traversée par d'importants mouvements sociaux, qui font suite à l'industrialisation et à l'augmentation de la population ouvrière, qui cherche à améliorer ses conditions de travail et son niveau de vie. Dès 1870, les ouvriers se rassemblent en syndicats, mais c'est en 1909 que le paroxysme du mouvement social est atteint par une grève générale qui paralyse l'ensemble du pays.

*"Nous venons d'assister à la première grève générale qui a eu lieu par le monde depuis que le*

*syndicalisme existe. Une tension durait depuis plusieurs mois entre les patrons et les ouvriers.*

*Le 4 août, les employés du tramway de Stockholm arrêtent le travail, bientôt suivis par les travailleurs de nombreux services publics et de la presse. Le 6 août, il y a 300.000 grévistes en Suède [...]. Le 16 août, les moissonneurs cessent de récolter le blé. Le sommet du mouvement est atteint et Bergregine, chef du parti socialiste déclare que "l'épilogue de la grève serait une guerre civile au cours de laquelle tous les bourgeois seront exterminés". (Le Monde Illustré, août 1909)*

Cette grève générale sera suivie par d'autres épisodes semblables, ce qui aboutit à la naissance de plusieurs alliances à l'origine de la culture du compromis. En 1933, le parti agrarien, qui représente les paysan.ne.s, s'allie avec le parti social-démocrate, au pouvoir depuis 1932. Contre un soutien des prix agricoles et une limitation des conflits sociaux, le parti agrarien accepte les réformes sociales chères aux sociaux-démocrates. De cette alliance découle l'accord historique de Saltsjöbaden en 1938.



Accord de Saltsjöbaden, 1938

Cet accord est signé entre le syndicat ouvrier *Landsorganisationen* (LO), qui accepte le mode de propriété capitaliste et la priorité accordée aux employeur.euse.s sur les décisions de recrutement et de licenciement, et la confédération patronale *Svenska arbetsgivarförening* (SAF), qui s'engage en retour à pratiquer la concertation et concède aux syndicats un rôle central dans les négociations (Vincent Simoulin, 2005). Conclu dans une perspective de pacification des relations de travail, l'accord de Saltsjöbaden pose également les bases du modèle des conventions collectives toujours en vigueur. Les horaires de travail et les salaires, par exemple, sont fixés par accord de branche sans aucune intervention du pouvoir réglementaire contrairement à ce qui se passe en France (Bengtsson, 2006).

Au cours des années 30, on assiste également à une volonté municipale d'améliorer les conditions de vie des travailleur.euse.s les plus précaires. Cela se traduit par diverses mesures appelées les "*poor laws*". Or, cette prise en charge locale induit d'importantes variations entre les collectivités, en fonction de leur propre situation économique.

Ce n'est que dans le contexte d'après-guerre que cette logique de "*poor relief*" (Panican, Ulmestig, 2016) est abandonnée au profit d'une logique universelle : chaque citoyens doit pouvoir bénéficier de droits sociaux qu'importe ses conditions socio-économiques et sa localisation géographique.

À la même époque, un groupe d'économistes pré-keynésiens, parfois qualifiés d'« École de Stockholm », établit une relation entre le

chômage et l'insuffisance de la demande, et conseille de corriger les déséquilibres du marché 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 voit dans cette perspective une façon de légitimer son intervention sur le plan économique.

Tout au long des années 1950 et jusqu'aux années 1990, la tendance universaliste se renforce pour devenir la pierre angulaire du modèle suédois. Professeur d'économie à l'université de Stockholm, Assar Lindbeck explique que "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".

## **Les caractéristiques du modèle suédois**

Il est primordial d'avoir à l'esprit les principes suivants pour comprendre comment s'organise et fonctionne la société suédoise contemporaine : la culture du compromis, le pragmatisme, la confiance importante à la fois entre les individus et envers les institutions politiques, l'importante cohésion sociale, une offre vaste de services publics financé par l'impôt et une forte prégnance de l'approche préventive dans les enjeux sanitaires.

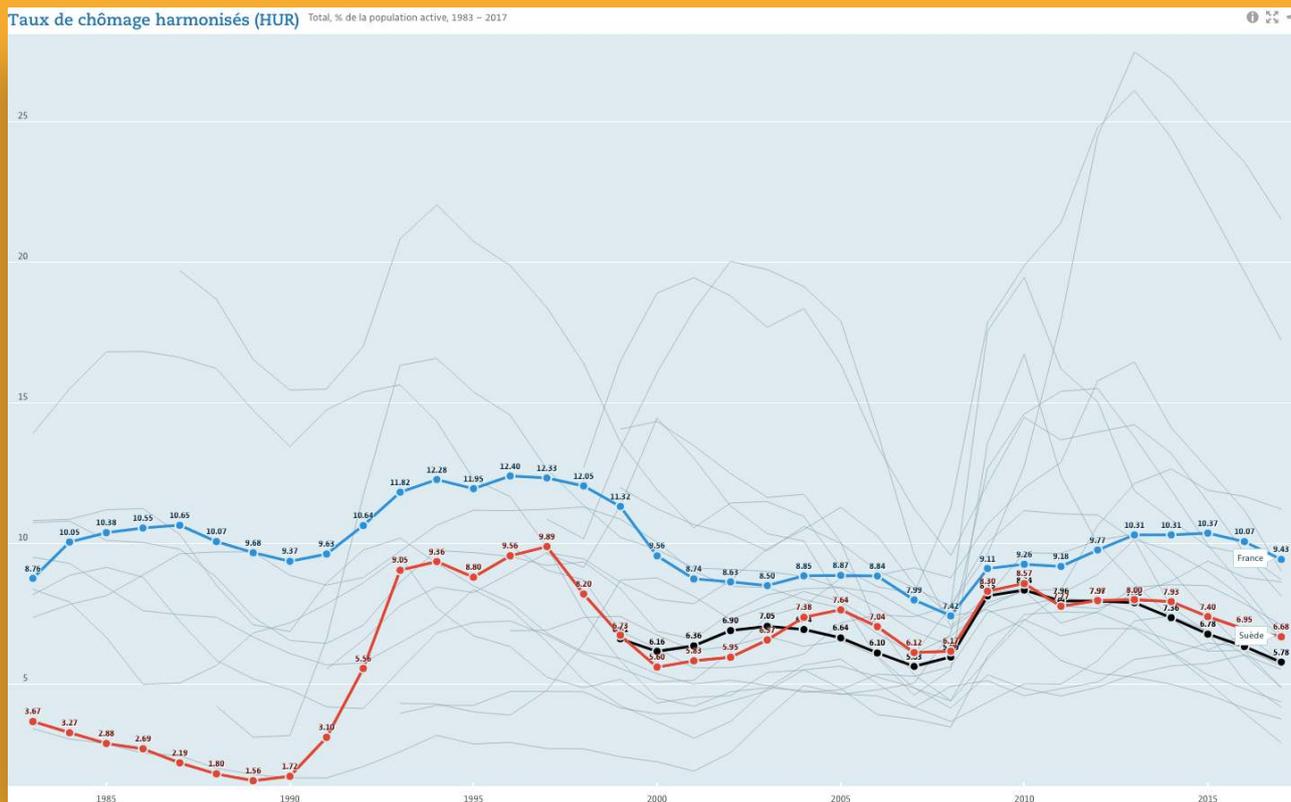
## La culture du compromis

A la suite de l'accord fondateur de 1938, la culture du compromis se décline également au niveau économique via le "modèle Rehn-Meidner". Dans un rapport adopté par le syndicat LO en 1951, deux économistes, Gösta Rehn et Rudolf Meidner, développent une vision d'ensemble de la politique économique en attribuant un rôle clé à l'action syndicale, qui participe à la fixation des salaires par profession à l'échelle nationale, et ce, quelque soit la situation financière de l'entreprise. Cela suppose d'accepter qu'une entreprise faiblement productive fasse faillite en s'alignant sur les salaires fixés tout en tablant sur la reprise de la main d'œuvre par les entreprises les plus productives et les régions où la demande d'emploi est la plus forte. Cette logique implique que l'Etat mette en place d'ambitieuses politiques de formation et de reconversion professionnelle. Il s'agit de

mettre l'accent non pas sur la sauvegarde de l'emploi mais sur l'employabilité des personnes.

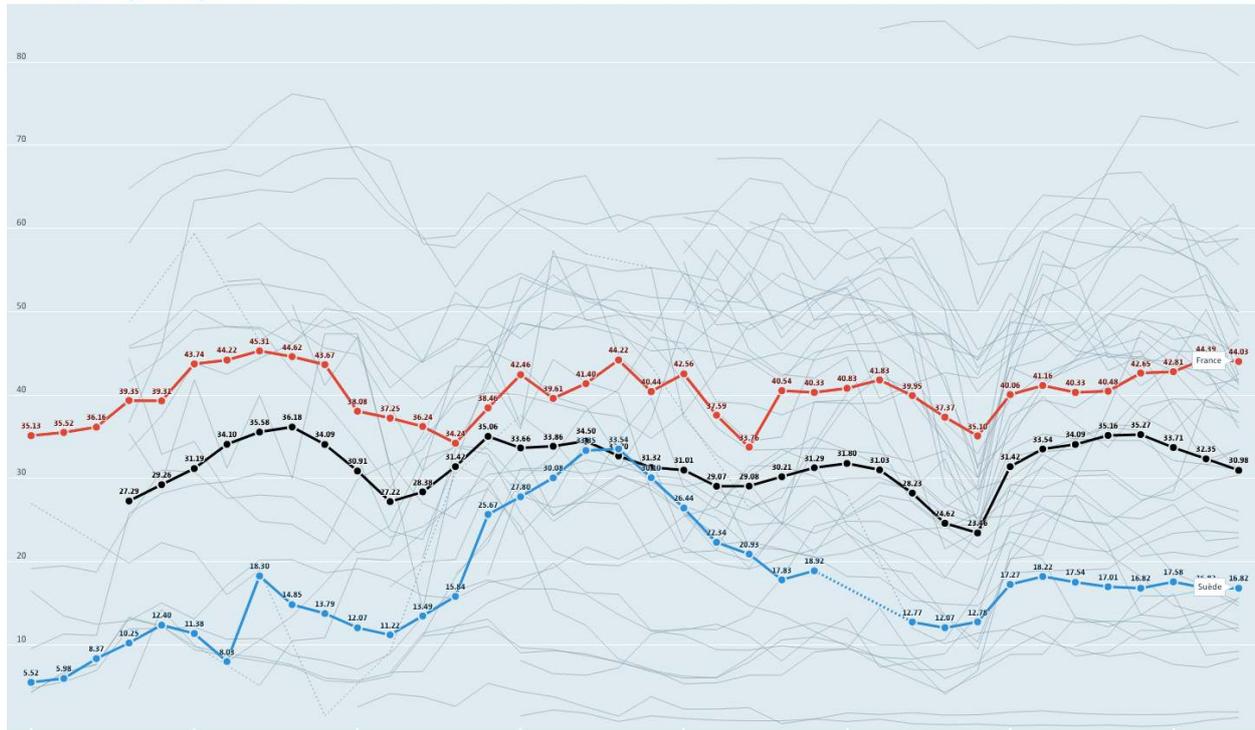
Les deux graphiques ci-contre nous montrent d'une part le chômage puis le taux de chômage de longue durée pour l'ensemble des chômeur.euse.s sur la période 1985-2017. Si la Suède a un taux de chômage à peine supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE, le pays possède le pourcentage de chômeur.euse.s longue durée parmi les plus bas. Ainsi, les chômeur.euse.s retrouvent plus rapidement du travail en Suède qu'ailleurs, ce qui témoigne de l'efficacité des politiques en faveur de l'employabilité.

Il résulte de cette culture du compromis un discours assez uniforme, convenu et lissé. Ces ainsi une caractéristique que nous avons discernée dans les diverses interventions auxquelles nous avons assistées au cours de la



Source : OCDE (2017)

Taux de chômage de longue durée Total, % des chômeurs, 1980 – 2017



Source : OCDE (2017)

mission d'étude. Les auditeur.ice.s ont également relevé la dimension très importante de la communication entre les acteurs, qui expriment leurs opinions à l'unisson. Cette caractéristique a l'avantage

de rendre plus crédibles et persuasifs les propos présentés, mais pose la question de la place laissée aux opinions divergents, minoritaires et aux contradictions.

### Manque de personnel soignant : les arrangements entre employeurs et employés

Lors de la mission d'étude, nous sommes allé.e.s à la rencontre du syndicat *Kommunal* et du *SALAR*, qui représente les collectivités. De concert, les représentant.e.s respectif.ve.s de ces deux organes nous ont exposé les solutions établies pour répondre au manque actuel de personnel soignant, et principalement d'aide-soignant.e.s. La pénurie de main d'œuvre fait partie des raisons qui ont incité l'Etat à adopter une politique volontariste d'immigration, faisant de la Suède le pays de l'Union Européenne ayant accueilli le plus de migrant.e.s en proportion de sa population. En 2015, 163 000 demandes d'asile ont été déposées en Suède – contre un peu plus de 80 000 en France. Lors des négociations autour du manque de personnel soignant, les syndicats se sont mis d'accord sur la création d'un statut légèrement inférieur à celui d'aide-soignant.e dans les grilles de salaire et de responsabilité, accessible aux nouveaux arrivants après une formation légère d'un an. En contre-parti, les syndicats ont acté la création d'un statut professionnel à mi-chemin entre le statut d'aide-soignant.e et d'infirmier.ère permettant de valoriser l'employé.e *insider* suédois et ainsi réduire les tensions possibles entre les métiers. Une fois l'accord signé par les différentes parties syndicales, il a été présenté au gouvernement qui l'a validé et s'est engagé à soutenir les propositions syndicales. Nous sommes ainsi face à un exemple illustrant la culture du compromis qui régit les relations de travail tout en s'inscrivant de fait dans le pragmatisme revendiqué par le modèle suédois.

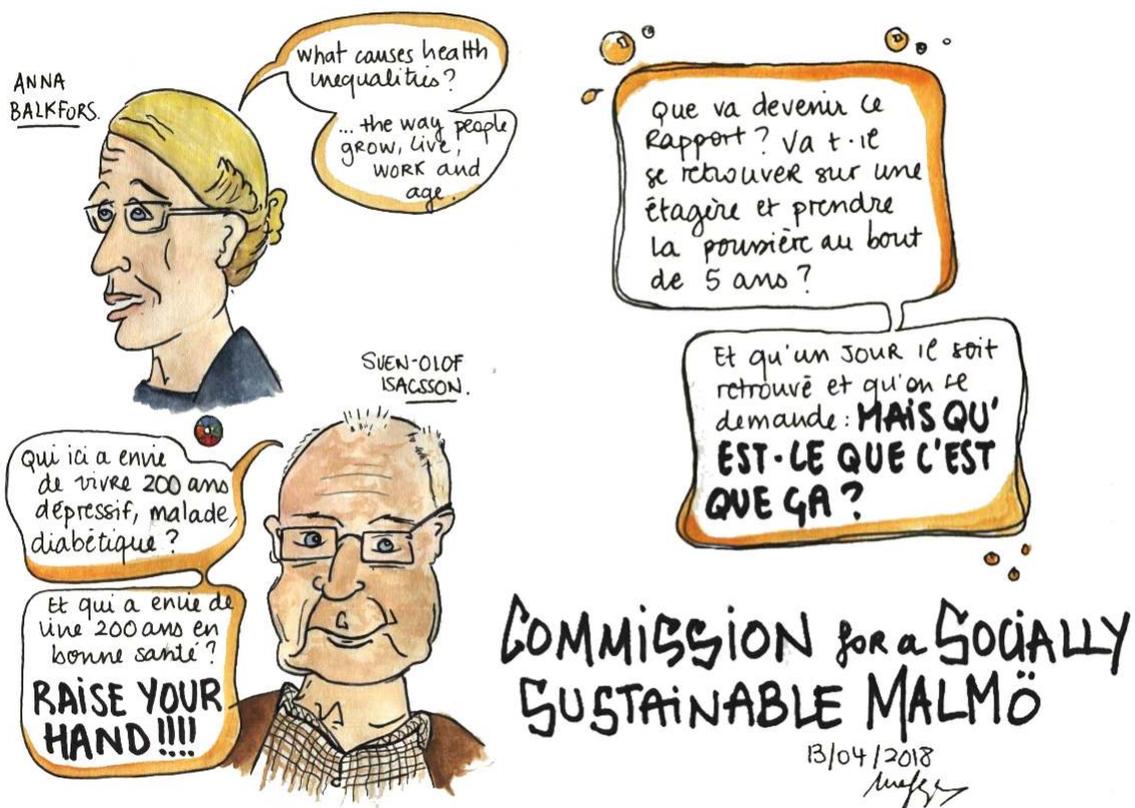
## Le pragmatisme

En rompant avec l'anticapitalisme, la gauche suédoise ne renonce pourtant pas à faire de l'Etat à la fois la barrière la plus efficace face aux excès du marché et l'acteur central dans la lutte contre les inégalités. Ainsi, le modèle suédois ne cherche pas à détruire le capitalisme mais à s'en servir pour qu'il soit producteur de biens sociaux.

Cette approche, qui se veut pragmatique plutôt qu'idéologique, a permis à la Suède d'épouser une modernisation rapide de son économie tout au long des Trente Glorieuses, éradiquant en quelques décennies la pauvreté et la misère à l'origine des grèves du début du XXème siècle (Kalinowski, 2017).

Ce pragmatisme rejoint l'idée développée par Nathalie Morel selon laquelle le financement des politiques sociales s'inscrit dans une perspective de long-terme d'investissement social. Les politiques sociales sont conçues pour renforcer l'efficacité économique des

travailleur.euse.s. En retour, les fruits de la croissance sont réinvestis dans le financement des dépenses sociales. Au cours de la mission d'études, Anna Balkfors, directrice du service développement durable à la mairie de Malmö et Sven-Olof Isacson, professeur émérite de médecine sociale et préventive à l'université de Lund, nous ont présenté le rapport de la *Commission for a Socially Sustainable Malmö*. Les préconisations établies par cette commission visaient à réduire les inégalités sociales en jouant sur le levier sanitaire tout en traduisant dans l'espace la définition holistique de la santé proposée par l'OMS. Si le volet social de cette commission était essentiel, Anna Balkfors nous a confirmé l'idée selon laquelle pour convaincre le pouvoir politique de conduire à terme les travaux de la commission, la mise en avant des bénéfices économiques dans la communication autour du projet a été un élément déterminant.



## Universalité

Le modèle suédois a été qualifié d'État providence "social-démocrate" par le sociologue danois Esping-Andersen en 1990, dans sa célèbre typologie des États-providence européens. Le régime social-démocrate qu'il décrit 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 à l'ensemble des citoyen.ne.s.

L'État providence suédois affirme son caractère universel dès les années 50 en passant d'une logique du "poor relief" à une logique abolissant les différences statutaires (Kalinowski, 2017). En 1959, l'introduction du premier système de retraite sur une base générale concrétise ce principe et pose les jalons de la générosité du modèle actuel. Tout au long des décennies suivantes le modèle se développe par la hausse continue des niveaux de prestation. Entre 1950 et 1970, le taux de remplacement effectif du salaire moyen passe de 20% à 90%, quand la moyenne de l'OCDE à cette époque était de 70% (Kalinowski, 2017).

## La confiance inter-individus et envers les institutions

L'un des éléments également essentiel pour comprendre comment fonctionnent aujourd'hui le système de santé et l'aménagement du territoire est l'importante confiance, à la fois entre les personnes et envers les institutions, à l'origine d'une forte cohésion sociale. Cet état généralisé de confiance contraste fortement avec la défiance des

Français.e.s vis-à-vis de leurs institutions politiques et de leurs concitoyen.ne.s (Algan, Cahuc, 2008).

Les chercheurs André Grjebine et Eloi Laurent ont démontré l'importance de la confiance et de la cohésion sociale dans la réussite du modèle suédois. Ils ont également montré que le degré de confiance au sein d'une société est corrélé au degré d'égalité entre les individus et donc à l'efficacité des mécanismes redistributifs. La confiance est donc renforcée par l'approche universelle qui réduit les sentiments d'injustices en favorisant l'égal accès aux services comme l'éducation et la santé (Grjebine, Eloi, 2008).

La confiance est l'élément central permettant le fort interventionnisme étatique. Néanmoins, l'État se place plus comme un coordinateur entre les acteurs, chargé de faciliter les échanges et les synergies. L'exemple du dossier médical individuel met en exergue cette propension suédoise à faciliter l'accès des autorités publiques à leurs données personnelles. Chaque Suédois.e dispose d'un dossier médical sur lequel figure l'ensemble de ses données médicales accessible aux professionnel.le.s de santé consulté.e.s. Cette culture de la confiance et de la coopération marque également les relations entre les entreprises. Si la cohésion marque les relations interpersonnelles, elle est également centrale pour l'ensemble des interactions entre acteurs.

## Prévention

Le dernier point essentiel concerne la prédominance de la dimension préventive, sur le plan sanitaire mais aussi dans la prise en charge de la petite enfance, des personnes âgées, de l'alimentation etc. Au contraire de la France, dont la perspective s'inscrit majoritairement dans une perspective curative,



la Suède articule ses politiques de santé à la fois sur le pathogène - la cause des maladies - et sur le salutogène, c'est-à-dire les causes en amont de l'état de santé des personnes.

En 1991, 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 évoluent les personnes. 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, 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 à l'international. 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).



Source : Marie Gros

# La transposition du modèle au niveau local : aménagement du territoire et politiques de santé

Lors de la mission d'étude, nous avons réalisé que les dynamiques à l'œuvre dans l'organisation institutionnelle ainsi que dans l'organisation du système de santé étaient rendues possibles par la prégnance des principes explicités plus tôt.

Ici, l'objectif est donc de se rendre compte de la façon dont les principes moteurs de la société suédoise se concrétisent dans la conduite et dans la pratique des politiques publiques, en matière d'aménagement du territoire (1) et dans l'organisation du système de santé (2).

## L'organisation territoriale et la planification : reflets du modèle

Pour appréhender les processus de planification en Suède, il faut d'abord comprendre le caractère décentralisé de l'aménagement du territoire. Dès lors, et en se penchant sur le caractère faiblement contraignant des plans d'aménagement établis à l'échelle municipale, il est possible de saisir pleinement le caractère pragmatique de la planification urbaine à travers la logique du projet.

### Une organisation territoriale fortement décentralisée

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, notamment en terme de prélèvement des impôts et d'application de la loi. Il existe

ÉTAT CENTRAL	COMTÉS	COMMUNES
- Politique étrangère, défense	- Santé publique	- Aides sociales
- Justice	- Établissements culturels	- Développement économique
- Politique économique	- Transports (via une autorité publique pour les transports régionaux)	- Education
- Culture, Enseignement supérieur et Recherche		- Transports
- Politique de l'emploi		- Planification et construction
- Politique du logement		- Services d'urgence et de secours
- Assurances sociales et assimilées		- Protection sanitaire
		- Environnement (protection de l'environnement, gestion des déchets, gestion de l'eau et des eaux usées)

Compétences des différents échelons territoriaux

également une trentaine de syndicats intercommunaux, et des actions de coopération entre les communes peuvent être mises en place. La Constitution, en plus de reconnaître le principe d'autonomie fiscale, reconnaît le droit des comtés et des communes à prélever l'impôt. Aujourd'hui, les collectivités tirent leurs revenus à 70% environ de leur fiscalité autonome. Au-delà de l'autonomie fiscale, il faut noter que les compétences des collectivités locales sont nombreuses.

Les collectivités sont autonomes financièrement et dans la mise en place des politiques dans les domaines mentionnés dans le tableau précédent, telles que la santé pour les comtés ou l'aide aux personnes dépendantes. Par ailleurs, aux compétences obligatoires des communes s'ajoutent des compétences facultatives liées au logement, à l'énergie et aux services industriels et commerciaux. C'est ainsi que les dépenses de communes et des comtés représentent près de la moitié du total des dépenses publiques, alors qu'en France, les dépenses des collectivités locales représentent à peine 20% des dépenses totales. En 2016, les dépenses publiques des administrations locales suédoises représentaient 25% du PIB, ce qui place le pays en deuxième position sur le classement des dépenses publiques locales en Europe – le premier étant le Danemark, dont les dépenses publiques locales représentaient 34,8% la même année ; en France, ce chiffre était de 11,2% (Eurostat, 2018).

Les collectivités n'ont cependant pas d'autonomie législative. Le gouvernement central définit les priorités de santé publique appliquées librement par les comtés ou les communes et à leur rythme. 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.

### **Les mécanismes centraux de péréquation**

La Suède s'est dotée d'un système de solidarité financière entre les collectivités locales, notamment avec la loi de 2004 sur la péréquation économique communale, réformée en 2014. Respectueux du principe constitutionnel d'autonomie locale, qui implique la réelle capacité financière des collectivités, l'objectif de ce système est aussi de les doter de conditions économiques similaires, pour que *in fine* tous les citoyens aient la possibilité d'accéder aux mêmes services (Lonason, 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, tandis que 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.

## **L'aménagement urbain**

En terme de planification, les mécanismes sont largement moins contraignants et rigides qu'en France. A de nombreuses reprises pendant la mission d'étude, les auditeurs et auditrices ont manifesté leur surprise à ce sujet. Le contexte législatif suédois de la planification interpelle, dans la mesure où il accorde un pouvoir d'initiative et

de coordination aux municipalités dans les processus de construction urbaine et d'aménagement. Pour autant, l'Etat central joue un rôle dans la planification.

### **Les règlements centraux de la planification**

Les règles de planification urbaine sont établies par le Riksdag, le parlement suédois. L'une d'elles est le code de l'environnement. Cette loi du 1er janvier 1999 a regroupé quinze lois environnementales préexistantes, et vise à promouvoir le développement durable pour assurer un environnement sain et une bonne santé aux générations présentes et futures, à préserver la biodiversité, et à imposer une gestion durable des ressources naturelles. La loi de planification et de construction (2010) vient compléter ce dispositif. Ainsi sont fixés, pour les projets urbains, d'exigeants standards en matière de qualité de l'air, de la terre et de l'eau. Les projets urbains doivent se conformer à ce cadre légal, sans quoi les autorités compétentes risquent d'être sanctionnées. Globalement, l'État central conserve donc des prérogatives importantes en matière de planification, mais qui s'apparentent plus à rôle de contrôle et d'encadrement, laissant aux entités décentralisées l'élaboration, la réalisation et le financement des projets de planification.

La loi de planification et de construction confère en effet aux municipalités la réalisation du plan d'urbanisme. 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. Au-delà de la réalisation de ces plans par les communes, celles-ci ont généralement une grande emprise sur les sols : 12% des municipalités sont propriétaires de tous leurs terrains, et 72% sont propriétaires partiellement, avec de très grandes variations d'une commune à l'autre - de 5% à 80% (Koglin & Pettersson, 2017). Finalement, l'État et les collectivités territoriales ont des moyens de contrôler la planification urbaine.

Néanmoins, le caractère de ces documents locaux est très faiblement contraignant. Yves Chantreau, architecte à Stockholm que nous avons rencontré pendant la mission d'étude, ironisait ainsi sur le plan directeur de la ville de Stockholm, qui tiendrait selon ses dires sur une feuille A3. Les indications de ces plans n'ont en effet rien à voir avec le Plan Local d'Urbanisme français : le zonage et les catégories d'occupation des sols sont moins détaillées, et l'échelle adoptée est plus large. Dès lors, de nombreux projets urbains peuvent voir le jour : le contrôle public de la construction et de l'aménagement coexistent avec une importante liberté expérimentale.

### **Liberté expérimentale et planification par le projet**

Nous abordons maintenant un point surprenant au premier abord mais crucial pour comprendre la planification urbaine suédoise ainsi que les raisons qui ont poussé Yves Chantreau, pendant le voyage, à parler de la Suède comme du « Royaume de la grue ». En réalité, si les Suédois.e.s construisent autant, c'est en partie en raison d'une forte croissance démographique : en moins de 20 ans, la population a augmenté de 13%, en passant de 8,8 millions d'habitant.e.s en 2000 à 9,9 aujourd'hui en 2018. Mais la facilité et la rapidité avec laquelle les autorités construisent est aussi liée à d'autres caractéristiques, relatives notamment à l'importante liberté expérimentale laissée aux municipalités.

En raison du caractère faiblement contraignant des documents d'urbanisme, la fabrique de la ville se fait en effet par projet. Les projets, établis sur des zones géographiques délimitées, voient le jour grâce à la coordination d'une multitude d'acteurs - publics et privés - présents sur le terrain. En Suède - contrairement aux mécanismes français de planification, où l'accent est mis



sur la précision de la norme en amont – la planification se veut pragmatique, et s’adapte aux projets plutôt qu’elle ne les oriente. Cette précise adaptation de la planification aux impératifs des projets résulte notamment de l’importance accordée par les autorités à l’évaluation. Selon les dires d’Yves Chantereau, les acteurs institutionnels préfèrent en effet passer du temps sur l’évaluation d’une décision et son ajustement progressif, plutôt que d’en perdre sur la précision de ladite décision, de toute façon destinée à changer en fonction du terrain.

Par ailleurs, les services techniques et les services politiques collaborent étroitement. Nous avons eu l’occasion de nous en rendre compte lors de notre visite à la mairie de Landskrona, durant laquelle nous avons assisté à une conférence menée de concert par le Maire et le Directeur Général des Services (DGS) : tous deux tenaient le même discours, parlaient d’une même voix, malgré leurs divergences professionnelles et leurs désaccords politiques. Cette proximité entre services techniques et politiques participe de la simplification du dialogue entre les différents acteurs et accélère *in fine* le déclenchement ainsi que la réalisation des projets.

Les mécanismes d’aménagement du territoire sont donc réellement imprégnés des principes exposés en première partie. Plus précisément, le pragmatisme, ainsi que la recherche du compromis et la coordination des acteurs, permettent une planification urbaine par projets, au plus proche des spécificités des zones concernées, dans une logique de décentralisation jusqu’au sein même des communes.

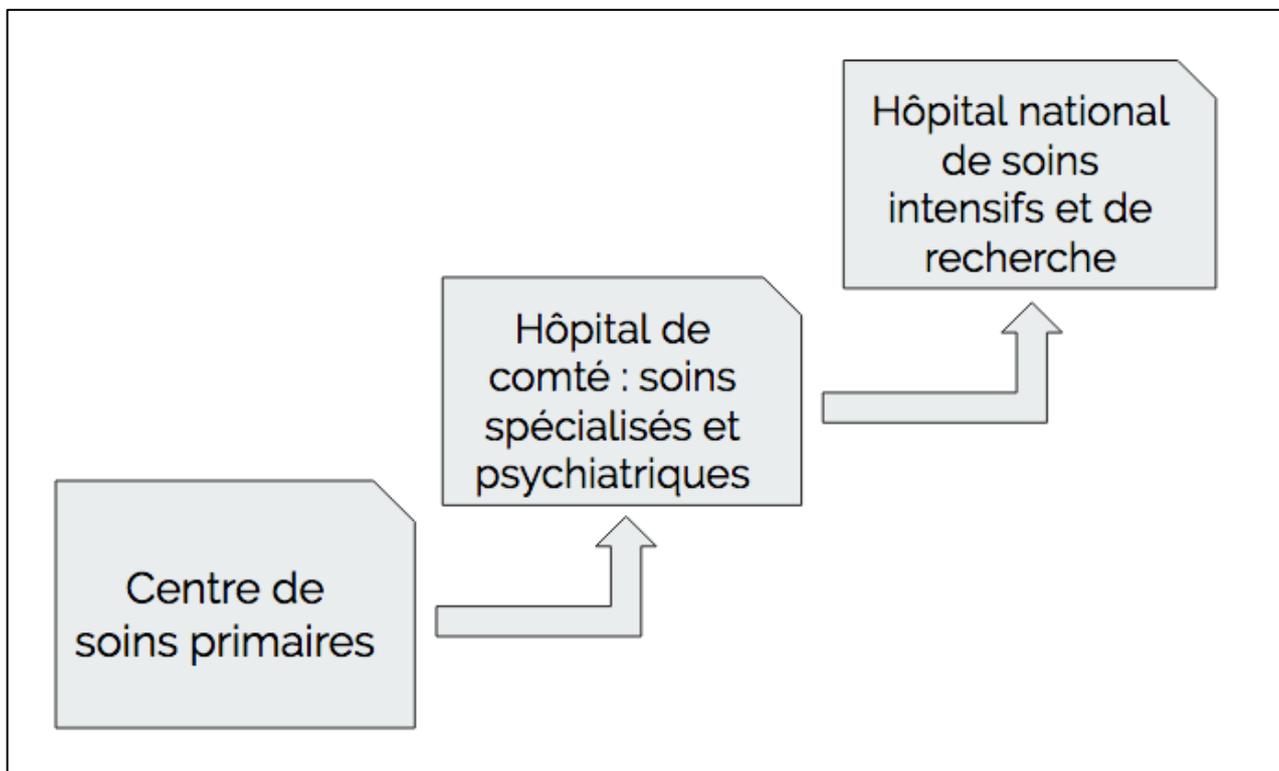
## Principes appliqués aux politiques de santé

L’organisation du système de santé intègre pleinement les principes du modèle suédois. Décentralisé dans son organisation institutionnelle et individualisé dans sa pratique, le soin en Suède nécessite néanmoins l’intervention de l’Etat central, en terme notamment de péréquation et de centralisation des données.

### Au plus proche du patient

En ce qui concerne l’organisation institutionnelle, le système de soins est fortement décentralisé. Au centre de ce système se trouve le parcours de soins, établi dans l’optique d’une gestion adaptée et maîtrisée des soins. Ce parcours est constitué de trois niveaux de soins : les centres de soins primaires, les hôpitaux de comtés et les hôpitaux nationaux ; tous trois gérés par les comtés. Notons que toutes les personnes qui travaillent dans ces centres et hôpitaux sont salariées : aucun.e médecin libéral.e ne peut y exercer.

La personne malade se rend d’abord dans un des 1100 centres de soins primaires. Là, elle est accueillie par un.e professionnel.le qui n’est pas forcément un médecin - ce peut être un.e infirmier.ère, un.e médecin généraliste, un.e psychologue, un.e kinésithérapeute - qui juge de la nécessité ou non de consulter un.e spécialiste. Le cas échéant, la personne peut se rendre dans un hôpital de comté. Les 65 hôpitaux de comtés sont responsables des soins spécialisés et du secteur psychiatrique. Si dans cet hôpital, l’un.e des professionnel.le.s juge que la personne nécessite des soins plus poussés, elle la dirige vers un hôpital national de soins intensifs et de recherches. Ces



2017) ainsi qu'au développement des soins ambulatoires, notamment concernant les soins aux personnes âgées.

S'il est fortement décentralisé dans son organisation, ce système se caractérise également par des pratiques de soins très individualisées. Tout est en effet pensé pour appréhender les pathologies au cas par cas. Lors de la mission d'étude, nous avons rencontré à Landskrona l'équipe municipale en charge du soin aux personnes âgées ainsi que la directrice d'une maison de retraite *Suellsgatan*, qui nous ont beaucoup éclairé.e.s sur l'importance de l'individualisation des soins en Suède. L'équipe autour de la personne âgée est très resserrée, et tout est fait pour encourager les soins à domicile. Cette volonté de développer les soins ambulatoires, présentée comme une fin en soi, participe également au pragmatisme suédois. En effet, le transfert de cette charge aux communes signifiait que la commune devait payer pour

retraites, la recherche du bien-être des personnes âgées et la prévention des risques sont cruciales : sérénité (couleur des murs, choix architecturaux), tranquillité préservée (portes closes et caméras plutôt qu'intrusion dans la chambre pendant la nuit), lien social (espaces collectifs), mais aussi sécurité (surfaces planes et peu de meubles). Enfin, l'individualisation des soins s'incarne également dans la lutte contre l'exclusion sociale et la solitude des personnes âgées. Ainsi, le droit de vivre ensemble est inscrit dans la loi depuis le Social Services Act de 2001 : 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. Enfin, les services proposés incluent des activités afin de préserver le bien-être mental également.

### Rôle de l'État central dans le système de santé



Ensuite, les inégalités entre les comtés et les communes nécessitent une intervention centrale. La Suède connaît de nombreuses difficultés relatives à l'allocation entre la force de travail et la demande de soins. Par exemple, une personne sur trois qui obtient le concours d'infirmier.ère part exercer en Norvège, en raison du salaire et des conditions de travail plus favorables - horaires, stress. De plus, le nombre d'infirmier.ère.s spécialisé.e.s diplômé.e.s décroît depuis 2015 ; les hôpitaux manquent donc d'infirmier.ère.s spécialisé.e.s, surtout dans les zones rurales, où le problème d'accès aux soins primaires est un enjeu crucial. Des systèmes de compensation ont été instaurés dans certaines de ces zones pour inciter les praticien.ne.s à y s'installer, mais ils n'ont pas été efficaces.

L'État central joue un autre rôle, tout aussi important, dans la centralisation des données de santé. Christian Gauffin nous en a fait la démonstration lors de la session de débriefing du vendredi 18 mai, en nous partageant son espace personnel de la plateforme centralisée sur laquelle toutes les données personnelles des Suédois.e.s sont regroupées : certificat médical, ordonnance, consultations et examens ([www.1177.se](http://www.1177.se)). Toutes les données sont en fait centralisées dans une immense banque de données que les Suédois.e.s peuvent suivre en ligne en tout lieu et en tout temps. Les personnels soignants y ont accès si le patient donne son accord. Cette centralisation des données de santé a plusieurs effets positifs.

D'abord, le traitement des patient.e.s est mieux coordonné et son suivi est simplifié, dans la mesure où les différents

praticien.ne.s de santé qui s'occupent de la même personne ont accès aux examens et aux traitements prescrits par les un.e.s et les autres. Les procédures, par conséquent, sont plus transparentes : il est impossible pour un.e praticien.ne de dissimuler sciemment à un.e autre des informations sur les prescriptions. En France, cette transparence pourrait peut-être poser problèmes aux praticien.ne.s, potentiellement discrédité.e.s par leurs collègues devant leurs propres patient.e.s. Mais en Suède, la volonté de coordonner un maximum les soins permet l'existence de cette base de données : toutes les données sur les patient.e.s sont disponibles en ligne, des ordonnances aux consultations en passant par les bilans médicaux. Un autre avantage réside dans le fait que ces données sont utilisées au niveau national pour élaborer des statistiques qui servent, à terme, à l'élaboration des politiques publiques.

La Suède, comme la France, est soumise au Régime général sur la protection des données (RGPD). Les débats relatifs à ce sujet y sont néanmoins beaucoup moins intenses, et c'est en grande partie lié aux principes évoqués plus tôt. D'abord, le pragmatisme fait accepter aux Suédois.e.s l'accès à leurs données par les praticien.ne.s de santé, puisque cet accès leur permet d'être plus rapidement et mieux soigné.e.s, et puisque ce partage les fait participer à l'amélioration du système de soins dans sa globalité. La poursuite du bien commun est également un argument en faveur d'une forte irruption des autorités publiques dans la vie privée des Suédois.e.s. Aussi et surtout, cet accès en ligne aux données personnelles est accepté en Suède parce que les Suédois.e.s ont confiance dans les institutions et dans le traitement qu'elles feront de ces données.



Que ce soit donc en terme d'organisation du territoire et du système de santé, l'organisation des institutions ainsi que les pratiques professionnelles et personnelles sont donc permises par la prégnance, dans l'esprit de toutes et tous, des principes exposés en première partie. C'est d'ailleurs en ce sens que les auditeurs et auditrices nous ont confié vouloir orienter leur pratique professionnelle : vers plus de confiance et de coordination entre les différents acteurs, plus de compromis dans la prise de décision et plus de pragmatisme et de réflexions au cas par cas.

# Une approche holistique au service du bien-être et de l'inclusion

L'approche holistique découlant du modèle Dahlgren-Whitehead se retrouve dans toutes les politiques sanitaires et de prévention, que ce soit dans la sphère privée, dans l'espace public ou le monde professionnel. Ainsi, des mesures sont prises pour influencer le style de vie du citoyen suédois, son intégration sociale, son environnement proche (logement, conditions de travail, accès aux biens et services) et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales dans lesquelles il évolue.

Deux éléments sont à noter : le premier est que l'amélioration d'un aspect de la santé nécessite une action coordonnée dans une large gamme de domaines, comme le montre le tableau ci-dessous. Le second est qu'un urbanisme favorable à la santé n'est pas centré uniquement sur l'environnement bâti de l'individu, mais comprend également une sphère plus large dans laquelle doivent être pensées l'égalité, la coopération intersectorielle et la participation de façon transversale.

Tableau 1.1. Diagramme représentant les domaines des politiques d'urbanisme et déterminants sociaux et environnementaux de la santé correspondants

Niveaux (voir figure 1.2) Facteurs déterminants de la santé		POLITIQUE D'URBANISME / DOMAINES CONCERNÉS									
		Réglementation en matière de construction	Politique du logement	Développement économique	Services sociaux et prestations	Espaces verts	Transport	Énergie, eau et drainage	Schéma urbain	Réhabilitation urbaine	
1	Modes de vie personnels		*	*	*	**	**		*	*	
2	Cohésion sociale		*	*	*	*	*		**	*	
3	Logement	**	**					**	*	*	
3	Travail	*		**			*		*	*	
3	Accès		**	*	**	*	**		**	*	
3	Alimentation		*			*			*		
3	Sécurité	*	*				**		*	*	
3	Justice sociale	*	**	*	**	*	**	*	**	*	
4	Qualité de l'air et esthétique	*	*	**		*	**	*	*	*	
4	Eau et salubrité/ hygiène	**		*		*		**			
4	Sol et déchets solides	*		*		*				**	
4	Climat général	**	*	**	*	*	**	**	**	*	

D'après Barton et al. (17)

L'urbanisme se définit en termes d'aménagement des sols, des constructions et des villes. Ce tableau ne met donc pas en lumière la réglementation qui en découle concernant les niveaux de pollution et aux autres facteurs. Il ne met pas non plus l'accent sur les services sociaux, d'éducation et de santé en soi mais bien plus sur leur accessibilité.

\* influences majeures sur la santé

\*\* influences critiques ou fondamentales sur la santé

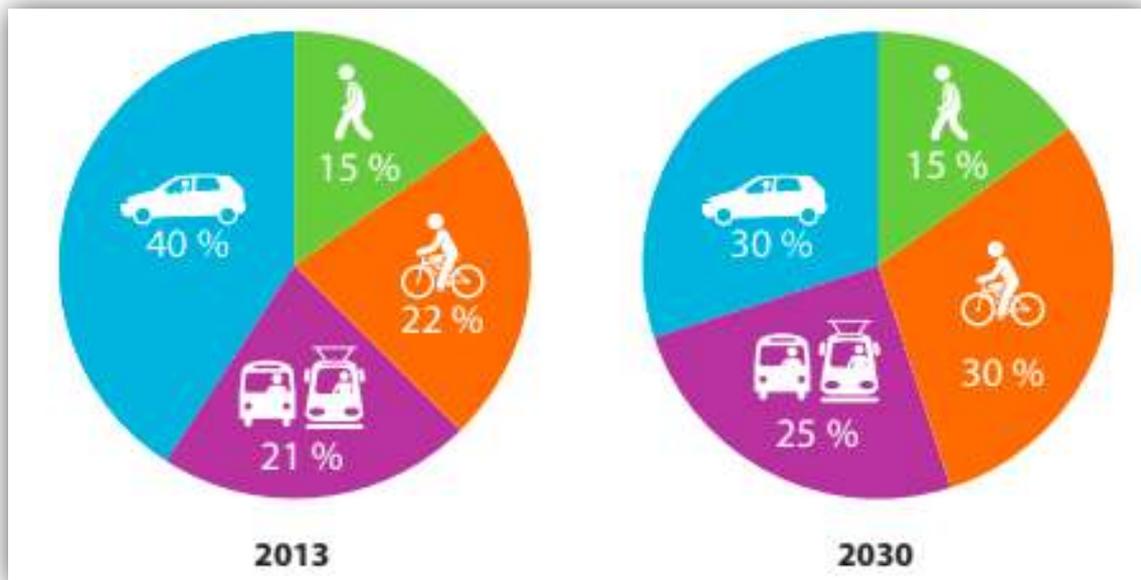
## Des politiques locales et nationales pour améliorer le style de vie

Par ailleurs, si les comportements personnels et le style de vie des individus ont un impact sur leur santé, de façon favorable ou défavorable, les pratiques et modes de vie sains dépendent beaucoup de l'environnement physique : c'est pourquoi les collectivités locales et les décisions d'urbanisme ont un rôle à jouer dans l'accès à un mode de vie sain.

Le manque d'activité physique peut entraîner surpoids et obésité, et par conséquent augmente le risque d'autres maladies telles que le diabète, une pression artérielle élevée ou des maladies cardiovasculaires. La Suède, comme la France, est confrontée à la problématique de l'obésité, avec en 2015 un taux d'obésité de 12,3% de la population de plus de 15 ans, contre 15,3 % pour les français de plus de 15 ans (OCDE, Juin 2017). Le gouvernement suédois a pris très tôt en charge cette problématique, que ce soit par le biais de l'alimentation ou de l'aménagement urbain pour développer la pratique de la marche, de la bicyclette ou des loisirs en plein air. 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. En 1995, le *national nutrition action plan* reprend ces deux objectifs en faisant de la réduction des inégalités liées aux comportements individuels différenciés une priorité. En 1989, la National Food Administration (NFA) lance un label de nutrition (facultatif) pour aider le consommateur à identifier les produits sains tout en encourageant le producteur à s'y conformer, label mis en place pas la France

seulement en 2016. Mais la lutte contre l'obésité ne passe pas que par la réglementation et l'incitation mais également par la sensibilisation, avec des campagnes portées par la NFA auprès des consommateurs.trices.

Au niveau local, les villes se sont également saisies de cet enjeu en favorisant la qualité et la sécurité des pistes cyclables, des allées piétonnes, la disponibilité des espaces publics de proximité, la pratique de sport en plein air... La ville de Malmö, par exemple, encourage 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 une part modale de cyclistes de 30%, alors qu'elle est déjà de 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 de façon quotidienne contre 3% seulement à Paris (Insee, 2015).



Source : Sustainable Urban Mobility Plan, Malmö Stadt, March 2016

Certains aménagements urbains sont même uniquement construits pour les cyclistes. Lors de notre visite en bus à Malmö, Lotta Hansson, responsable de la communication à la municipalité de Malmö, nous a montré le Cykelhuset Ohboy (“maison du vélo”), immeuble accueillant 55 logements de location et 33 chambres d’hôtel. Dans cet immeuble, pas de garages ni de places de parking, mais uniquement des garages à vélo. Il y a également possibilité d’accéder à un certain nombre de services : abonnement pour faire du covoiturage, location de vélo sur place, “station” de réparation de vélos équipée d’outils... tout est prévu pour favoriser les mobilités douces et le bien-être.



Le Cykelhotellet Ohboy à Malmö

## Favoriser l'intégration sociale

Tout comme les autres pays scandinaves ou nordiques, la cohésion sociale est une composante essentielle du modèle social suédois. Le modèle Dahlgren et Whitehead montre l'importance des relations sociales dans la santé. En effet, les groupes vulnérables sont plus susceptibles de *"ressentir un moindre bien-être, d'être davantage sujets à la dépression, et exposés à des risques plus importants de complication lors de grossesses et aussi d'être davantage touchés et de manière plus invalidante par des maladies chroniques"* (Barton & Tsourou, 2004). Pour lutter contre l'exclusion des personnes en situation défavorisée et leur garantir une certaine intégration sociale, le gouvernement suédois mise sur trois programmes : une protection sociale universelle pour protéger les individus et les groupes les plus vulnérables, un engagement fort pour garantir la cohésion sociale, et l'intégration des populations dans le processus de décision politique.

### Universalité de la protection sociale

Le principe d'universalité implique l'accès par tout.e.s au système de protection sociale. L'assurance maladie est fondée sur le lieu de résidence de l'individu : ainsi, toute personne domiciliée en Suède est couverte par le système de santé (Deletang, 2003). Avec la vague migratoire de 2015, la Suède est confrontée à l'enjeu de garantir la santé des nouveaux.elles arrivant.e.s, et notamment des demandeur.euse.s d'asile qui ne sont pas domicilié.e.s. Ces dernier.e.s ont accès à des soins de santé d'urgence, ainsi que médicaux et dentaires dans le cas de traitement des infections aiguës. Seuls les enfants et adolescent.e.s demandeur.euse.s d'asile

âgé.e.s de moins de 18 ans peuvent prétendre aux mêmes droits pour les soins médicaux et dentaires que les autres enfants résidant en Suède. (Swedish Migration Agency, 2017)

Si la Suède a mené une politique volontariste à destination des migrant.e.s depuis les années 1960 - rappelons que le droit de vote aux étranger.e.s domicilié.es. en Suède depuis 3 ans est octroyé en 1975 pour les élections municipales et régionales -, sa politique migratoire s'est durcie depuis janvier 2016, avec des reconduites à la frontières en augmentation (8 800 en 2017 contre 5 000 en 2015) et une réduction des chances d'obtenir l'asile (5 Afghan.e.s sur 10 obtenaient une réponse positive des autorités suédoises au printemps 2017 contre seulement 3 sur 10 au printemps 2018) (Pradet, 2018).

### Au niveau des collectivités locales

Les collectivités locales prennent également en charge les personnes en situation défavorable, et assurent la création de réseaux locaux de solidarité et d'amitié, en favorisant l'apparition d'activités collectives et de lieux de rencontres. Ces lieux sont les écoles, les bureaux de postes, les cafés, les rues... Nous pouvons ici citer deux exemples, auxquels nous avons été introduit.e.s lors de la mission d'étude. Tout d'abord, nous avons pu voir à Malmö l'engagement de la municipalité dans l'accès à l'éducation des jeunes réfugié.e.s. En 2012, la ville de Malmö ouvre la *Mottagningsskolan*, un centre de langue par lequel passent tous les enfants arrivants en Suède : ils peuvent alors apprendre le suédois tout en continuant l'apprentissage des disciplines générales dans leur langue maternelle. Leur apprentissage se calque sur le

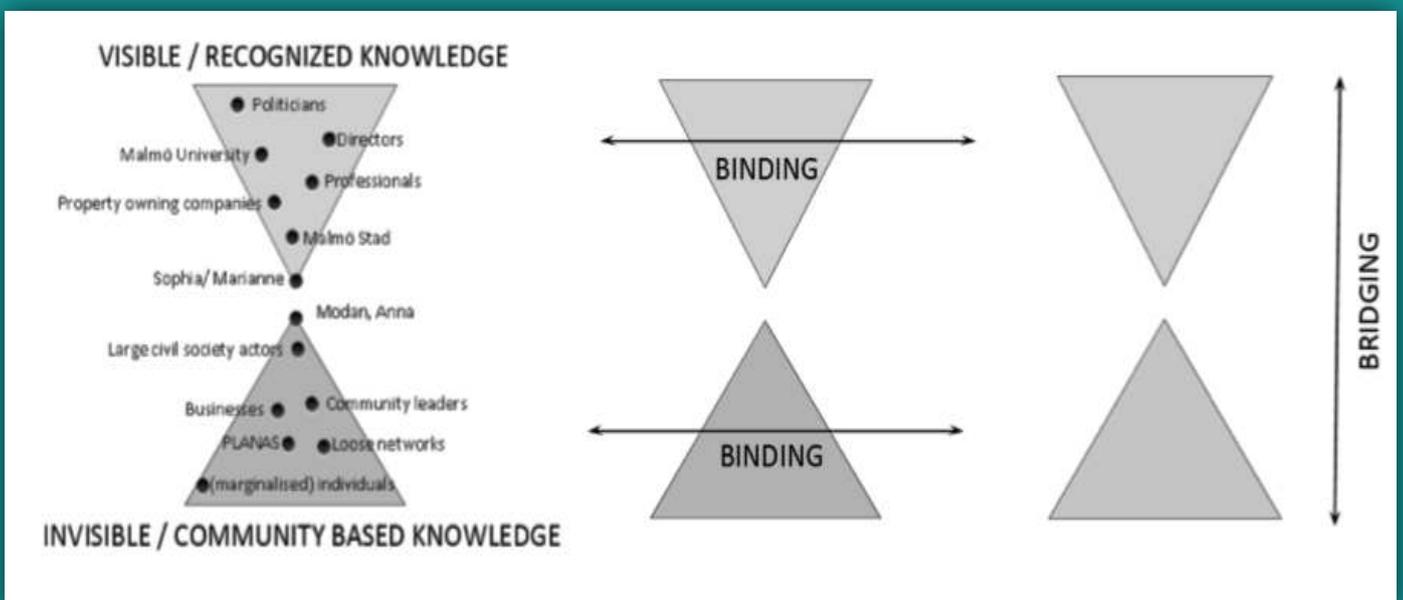
curus suédois national. L'intégration passe également par l'organisation d'activités périscolaires : pour s'assurer que toutes les jeunes filles, puissent apprendre à nager, indépendamment de leur pratique religieuse, le centre de langue a acheté des burkinis - et c'est là une grande différence dans l'approche de la laïcité avec la France. Pour autant, même si le gouvernement suédois met en place en 2015 un système de quota pour que chaque commune suédoise participe à l'accueil des réfugiés, la grande liberté dont disposent les municipalités dans la mise en place de systèmes d'accueil a entraîné des disparités territoriales. La montée de l'extrême droite (les démocrates) dans un certain nombre de communes depuis 2014 participe à ces inégalités, avec des municipalités, telles que celle de Landskrona, qui mènent une politique de la ville peu favorable à l'accueil de réfugié.e.s.

Un deuxième exemple de mesure d'intégration consiste à créer un espace public, et notamment la rue, où les femmes se sentent

en sécurité. La Suède s'est saisie de la question des inégalités de genre dans l'espace public : en 2009, la ville de Stockholm a organisé des cycles de concertations publiques permettant de signaler aux autorités les zones de gêne dans la ville. Les éclairages de rue ont été augmentés pour créer un environnement plus visible, notamment sous les ponts. On parle d'urbanisme féministe, qui consiste à développer des espaces publics, accessibles aux deux genres et également adaptés aux enfants.

### Participation citoyenne

Finalement, il s'agit d'intégrer les populations dans le processus de décision et la fabrique de la ville. A Malmö, nous avons pu rencontrer les protagonistes du projet Amiralstaden qui vise à développer un bassin de vie autour de la prochaine station de Rosengård à Malmö, et de la *Commission for a Socially Sustainable Malmö*, qui nous ont montré l'importance de



En s'appuyant sur l'approche des sabliers, Anna Balkfors de la Commission for a Socially Sustainable Malmö nous a montré la nécessité de faire remonter les revendications du triangle du bas vers le triangle du haut. À la base du triangle inférieur se trouvent ceux qui agissent ou souhaitent agir mais qui ne disposent pas de visibilité. C'est donc le rôle des organisations civiles (type croix rouge), de communiquer sur ces actions et revendications auprès du triangle supérieur, où se trouve le pouvoir de décision.

Impliquer la société civile dans la planification permet aux individus de se sentir acteurs du développement de la société, et de l'autre d'augmenter les chances de succès puisque les citoyen.ne.s sont impliqué.e.s dans le

projet dès le stade de l'élaboration. Cependant, on pourrait se demander si la participation n'est pas utilisée comme simple instrument de marketing. Les outils utilisés pour intégrer la société civile au processus de planification, comme notamment les images du projet, peuvent servir à infléchir les jugements plutôt qu'à susciter un véritable dialogue, comme c'est le cas pour les projets participatifs engagés dans la région de l'öresund (Richard Ek, 2009).

## Le Projet Amiralstaden

le 12/04/18  
mef



Il y a deux triangles: le triangle du haut et le triangle du bas, les invisibles. En bas, les gens échangent ; mais nous, nous voulons mettre des connexions entre les deux triangles.

## Le rôle de l'environnement proche : des politiques sectorielles

Troisième niveau d'intervention, l'environnement proche et les conditions structurelles locales : la politique d'aménagement affecte directement et de façon diversifiée la santé de l'individu, et le gouvernement suédois a essayé de prendre en compte ces critères pour favoriser le bien-être de ses citoyens, menant des politiques d'inclusion et de bien-être directement sur le logement, l'emploi, l'accès aux différents services et l'éducation.

### Logement

Tout d'abord, ne pas avoir accès à un logement de qualité convenable peut aboutir au "stress du logement". Nous avons rencontré lors de notre voyage Pernilla Hagbert, une jeune chercheuse ayant travaillé les relations entre les pratiques, les normes et représentations du "durable" dans la conception moderne de l'habitat, qui nous a fait part de l'importance de "bien habiter" en Suède. C'est ici le fondement du concept d'IKEA : créer et vendre des meubles déjà assemblés, abordables, fonctionnels et design, pour que toute famille suédoise puisse avoir un logement qui lui ressemble.

En ce qui concerne l'accession au logement, le gouvernement suédois ne mène pas une politique de mixité sociale ciblée comme on pourrait l'entendre au sens français du terme. En Suède, on nous a répété à multiples reprises que les logements sociaux n'existent pas : on parle de "logements publics". Ce sont des logements qui doivent répondre à la notion d'intérêt général en étant ouverts à l'ensemble de la demande. Les logements locatifs publics sont fournis sans plafond de par des compagnies communales, détenues par les collectivités locales à 100%. Une autre particularité est que ce sont les négociations dans le parc public, entre les compagnies

communales de logement et les associations de locataires qui permettent de déterminer l'indexation des loyers dans le parc locatif public mais aussi privé ; c'est ce qu'on appelle la 'use-value'. Cela permet de réguler le marché privé et de limiter la ségrégation sociale, puisque les loyers du marché privé ne peuvent excéder "substantiellement" ceux d'un logement public équivalent dans le voisinage. En réalité, l'accessibilité à un logement de qualité supérieure est limitée, comme le montre le phénomène de gentrification que connaissent les éco-quartiers Bo01 (Malmö) et Hammarby Sjöstad (Stockholm). Ainsi, du fait de promoteurs immobiliers qui louent et vendent ces appartements à des prix plutôt élevés, les suédois.e.s les moins aisés ne peuvent bénéficier d'un logement de haute qualité environnementale.

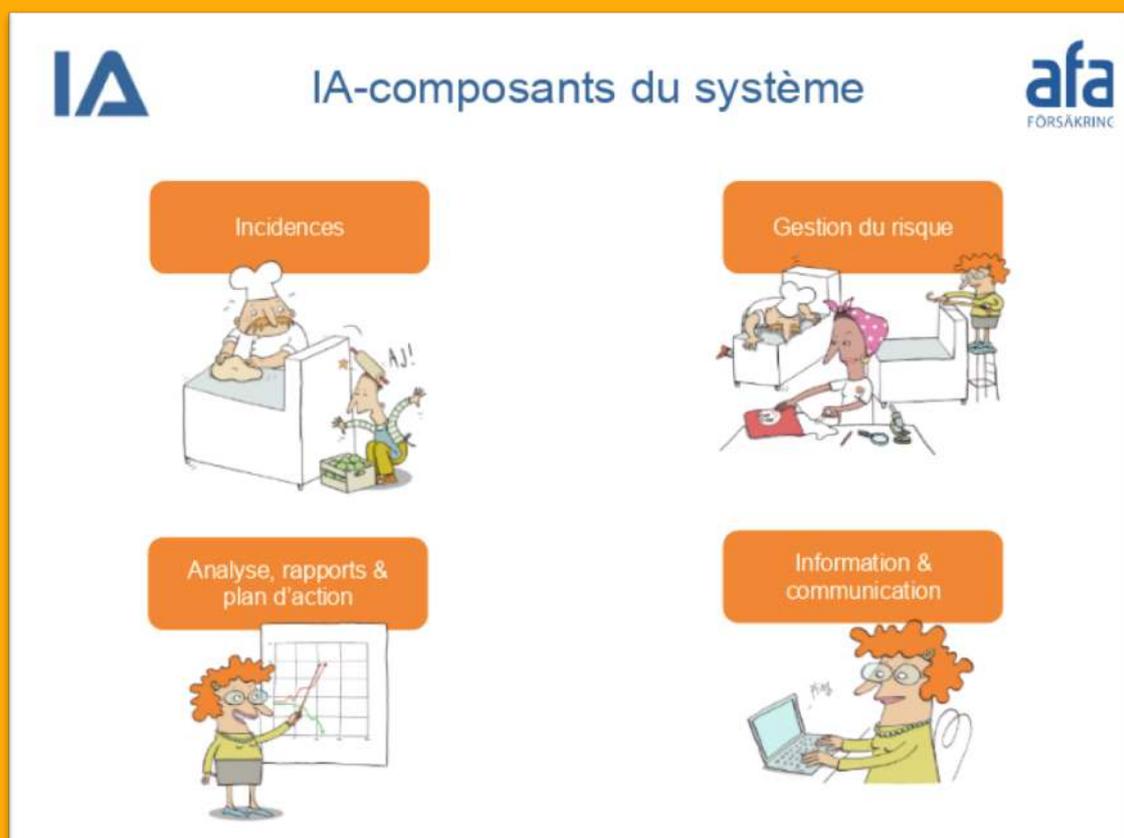
### Environnement au travail

Un autre secteur au coeur des politiques de prévention est le milieu professionnel. L'accessibilité au travail et la qualité de l'environnement au travail jouent un rôle dans le degré de précarité d'un individu. Comme précédemment décrit, la méthode suédoise consistant à miser sur l'employabilité plutôt que sur l'emploi explique un faible taux de chômage et la rapidité à laquelle 80% des chômeur.euse.s retrouvent de l'emploi au bout de seulement six mois de chômage. En effet, les employé.e.s ont le droit au cours de leur carrière à des formations, un accompagnement personnalisé ainsi qu'une aide à la création d'entreprise. Dans le cas d'un licenciement, il n'y a pas de préavis mais l'accompagnement vers l'autonomie est fort : dans les trois semaines qui suivent le licenciement est garanti un premier entretien avec un conseiller.

Également, la prévention au travail et l'amélioration du bien-être au travail permettent de limiter accidents et dépression. Cette prévention passe par de la

collaboration, comme nous l'a expliqué l'assurance AFA lors de notre voyage en Suède. AFA assure tous les parties prenants du marché du travail : employé.e.s du privé, municipalités, conseils régionaux. Cette assurance a mis en place un système de centralisation des données entre 1150 entreprises pour réduire les risques d'accident. Ce système repose sur quatre étapes : la première consiste à déclarer

l'incident auprès de la base de données. Au sein de l'entreprise, le risque est géré, tandis que l'assurance AFA de son côté analyse les raisons de l'incident, la façon dont il a été géré et les solutions qui peuvent être apportées. Une fois une solution trouvée, elle est communiquée et partagée avec toutes les entreprises afin que le mode d'action à entreprendre dans le cas d'un accident similaire soit connu.



La prévention au travail est au coeur de la culture des entreprises suédoises : tout est mis en oeuvre pour favoriser le bien-être, et par la même occasion l'efficacité de l'employé.e : des journées qui finissent à 17h, des congés parentales plutôt que maternels, le partage du fika, fameux café entre

collègues, pour créer un espace de convivialité... toutes ces mesures sont garanties et contrôlées par l'Agence Nationale de l'environnement au travail.

## Réseaux de transport

Enfin, mettre en place une structure urbaine accessible et des transports efficaces et bon marché permet de réduire les problèmes d'exclusion sociale, en rendant accessibles des opportunités aux personnes les plus démunies et moins mobiles. C'est ici l'objectif du projet Amiralstaden à Malmö, qui vise à développer autour de la nouvelle station de Rosengård un bassin de vie durable (en terme de logements, commerces, qualité de l'environnement) tout en le reliant au centre ville. En effet, la rue Amiralsgatan est une voie de trafic routier qui scinde Malmö en deux, limitant l'accès au centre-ville des habitant.e.s du quartier de Rosengård, où 90% de ses 25 000 habitant.e.s sont né.e.s à l'étranger ou de parents étrangers, contre 43% de la population à l'échelle de la ville. Il s'agit donc de changer cette voie en une rue animée et de commerces de proximité, pour désenclaver le quartier tout en lui permettant de reconnecter le quartier avec l'évolution générale de la ville. Le projet en est actuellement à la phase de participation citoyenne, pour s'assurer que les travaux futurs répondent aux besoins réels des habitant.e.s

## Influencer les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales

L'environnement peut finalement avoir un impact sur la santé d'un individu, plus ou moins sensible à la qualité de l'air, de l'eau et des denrées alimentaires. La Suède est directement soumise à l'urgence écologique : du fait de la proximité de ses villes avec la mer, elle redoute les prévisions d'inondations et d'élévation du niveau de la mer de 30 cm à 50 cm prévues pour la fin du siècle, qui pourrait menacer le réseau d'eau potable (Stockholm City Council, 2011). Les suédois se sont très vite saisi de ces enjeux et présentent aujourd'hui une conscience environnementale très forte : ils sont classés à la 4e place du classement mondial Environmental

Performance Index de 2010, publié par des chercheurs des universités de Yale et Columbia. Ses engagements sont ambitieux pour les décennies à venir, avec les objectifs de la suppression des combustibles fossiles pour le chauffage d'ici 2020, la neutralité carbone et l'amélioration de 20% de l'efficacité énergétique d'ici 2050. C'est en réalité un calcul purement pragmatique qui a poussé la Suède à faire sa révolution verte en se spécialisant notamment dans la haute technologie et l'économie verte, montrant ainsi que l'écologie n'était pas incompatible avec la compétitivité.

La planification urbaine est d'ailleurs un outil pour parvenir à ces objectifs, et les municipalités suédoises s'engagent pour créer des espaces de vie plus sains.

## Planification urbaine et environnement

L'organisation urbaine locale a une influence directe sur la qualité de l'air, de l'eau et des ressources du sol : en effet, les bâtiments et les transports peuvent amplifier ou atténuer les risques pour la santé liés aux rapides changements climatiques. D'où l'importance de la planification locale et de l'engagement des villes suédoises dans la transition écologique, mais aussi dans la réduction des inégalités socio-économiques.

Les grandes villes suédoises s'engagent, Malmö d'un côté bénéficiant de la proximité de Copenhague, ville leader dans l'urbanisme durable, et Stockholm ayant été la première ville primée en 2010 par le European Green Capital Award. En 1995, une loi est revisitée pour imposer aux grandes villes, à savoir Stockholm, Malmö et Göteborg, d'intégrer dans la planification urbaine la nature en ville, en mettant en place un "plan vert" pour être en concordance avec le rapport de Brundtland.

Par exemple, la ville de Malmö publie en 2016 le premier plan de mobilité urbaine et durable de la ville de Malmö : il constitue une étape dans l'objectif que s'est fixé la ville de devenir

plus dense et verte. Après de nombreuses années à travailler sur chaque mode de transport de manière séparé, la ville de Malmö adopte avec ce plan une approche holistique des mobilités, en jouant sur les questions de durabilité économique et environnementale, mais aussi de désenclavement social. Ce plan sur les mobilités s'inscrit dans une volonté plus large de la ville de s'engager pour un Malmö durable, et est établi en concomitance avec d'autres documents visant l'amélioration de la qualité de l'environnement : Plan d'action pour la pollution sonore ou pour la pollution de l'air, Programme environnemental, Programme Piéton (2018), Plan pour un Malmö à l'environnement bleu et vert...

### Ecoquartiers : l'exemple de boO1 et Hammarby

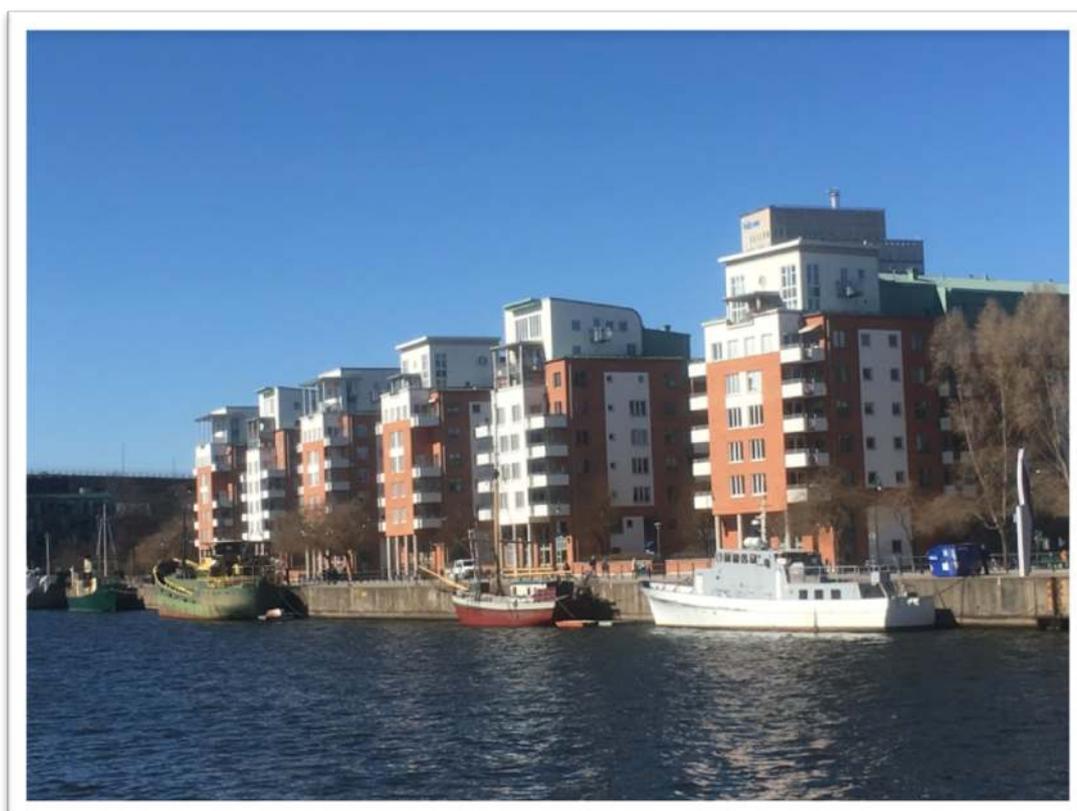
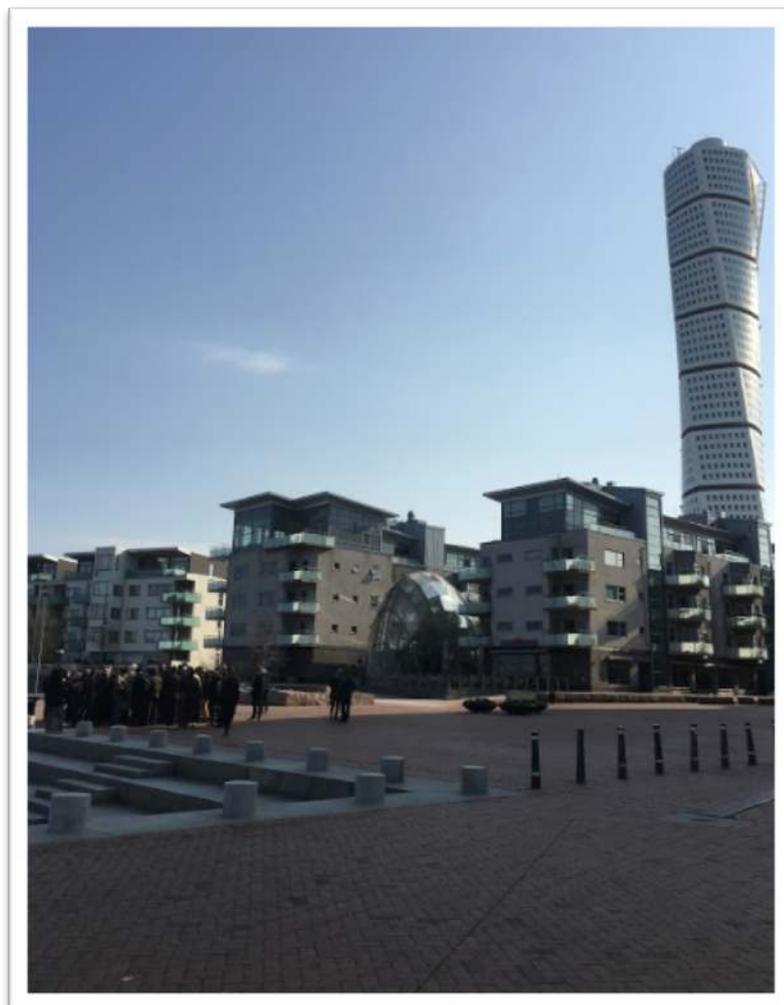
A l'échelle locale, plusieurs projets intégrant ces facteurs socio-économiques et environnementaux dans le lieu de vie des citoyens ont vu le jour, jusqu'à pousser la logique de l'écosystème. Cela consiste à développer certaines zones d'habitats (écoquartiers) où les différents groupes humains et leurs activités sont interdépendants et où les denrées alimentaires, les matériaux et les ressources naturelles (terre, eau, air, énergie) sont mis en relation. Depuis la conférence de Rio en 1992, la Suède a rénové un certain nombre de quartiers pour en faire des quartiers durables dans une démarche de développement purement holistique : sont



Vue d'ensemble des documents de la ville de Malmö connectant développement urbain et transports durables

Source : Sustainable Urban Mobility Plan, Malmö Stadt, March 2016

pris en compte les aspects techniques, sociaux et environnementaux. Lors de notre voyage en Suède, nous avons visité deux anciennes friches industrielles aujourd'hui devenues des écoquartiers (Bo01 à Malmö et Hammarby Sjöstad à Stockholm). La réduction de l'empreinte écologique de ces quartiers a été permise en réduisant les émissions de Gaz à Effet de Serre (GES), en préservant les ressources naturelles et en améliorant la qualité de vie. Avec des visites de délégations du monde entier, ces deux écoquartiers font aujourd'hui figures de modèle à l'international.



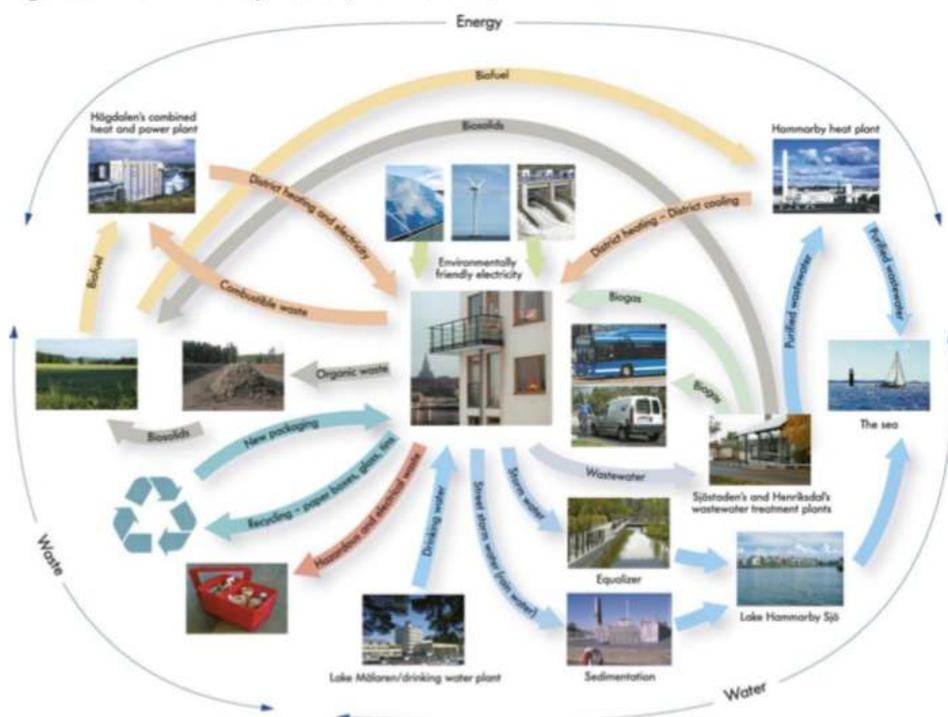
L'écoquartier Bo01 (Ci-dessus) et celui de Hammarby Sjöstad (à gauche)

Photos de Frédérique Ledrogo

D'un point de vue écologique, le bilan de ces écoquartiers est mitigé. D'une part, certains aspects ont effectivement constitué une réelle réussite. Bo01 a été un vrai succès en terme de préservation et de développement de la biodiversité, à tel point que la ville de Malmö pense généraliser les mesures mises en place dans le quartier à l'ensemble de son territoire. A Hammarby, la coopération entre les différentes compagnies de service (eau, énergie, déchets) a permis de mettre en place le modèle écosystémique à la base du projet. Par exemple, les eaux d'égout sont rejetées dans les plans d'eau du quartier, où poussent des plantes aquatiques, sources de biocombustibles. Ces biocombustibles alimentent la centrale électrique et de chauffage à cycle combiné de Högdalen qui fournit du chauffage aux habitations du quartier. (FIG. 3)

Pour autant, peu d'évaluation sur le succès écologique de l'éco-quartier de Hammarby ont été réalisées et les acteurs que nous y avons rencontré lors de notre voyage sont plutôt critiques quand au succès de cette rénovation. Hammarby s'apparente plus à une campagne de *marketing* réussie, portée par un petit groupe d'acteurs locaux qui, derrière un discours environnemental, ont réussi à en faire un modèle "*marketing*" et exportable à travers le monde.

Figure 3: The Hammarby model (final iteration)



Source: Lena Wettrén, Bumling AB

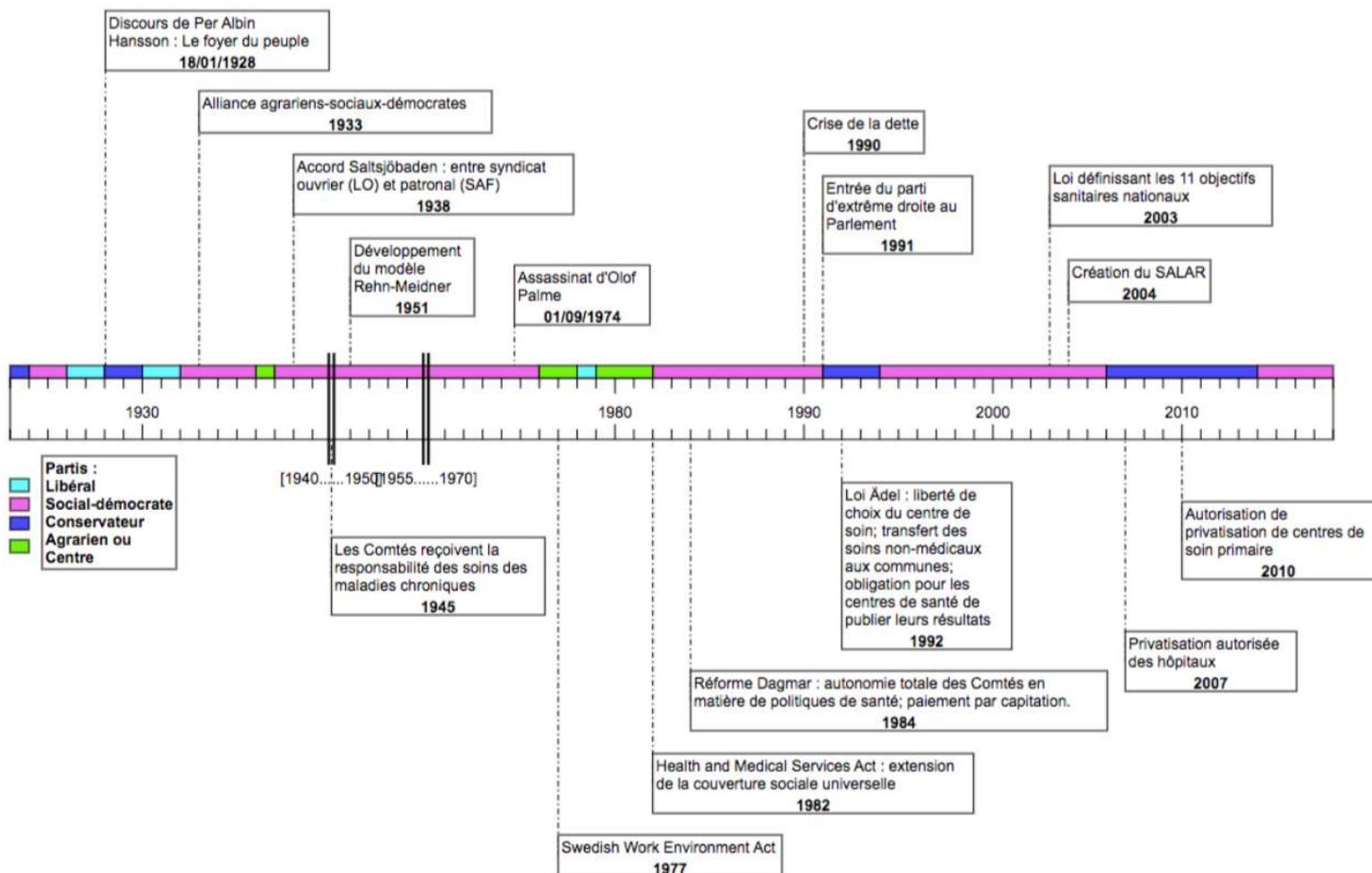
FIG. 3  
Le modèle  
Hammarby

Source : Lena  
Wettrén, Bumling  
AB

# La transformation du modèle par la libéralisation et la privatisation

Longtemps dominé par le modèle social-démocrate tel que le caractérise la typologie d'Esping Andersen et tel qu'en témoigne la longue hégémonie du parti social-démocrate au Parlement, l'État providence suédois va subir un tournant dans les années 1990 avec la crise de la dette et la diffusion du modèle libéral qui s'observe au travers des restrictions budgétaires, de l'entrée d'acteurs privés dans le système de santé et la planification urbaine et de la mise en concurrence. C'est Kenneth Nelson,

sociologue à l'université de Stockholm et premier intervenant de la mission d'étude, qui nous a fait prendre conscience en premier lieu d'un potentiellement revirement du "modèle" suédois. Selon lui, la question se pose réellement de savoir si la Suède se redirige vers un État libéral, remettant en cause tous les acquis du modèle social démocrate. Cette évolution fait-elle partie du pragmatisme Suédois en réaction à la crise des années 1990 ou est-elle au contraire une évolution idéologique du modèle ?



## Restrictions budgétaires et privatisation du système de santé

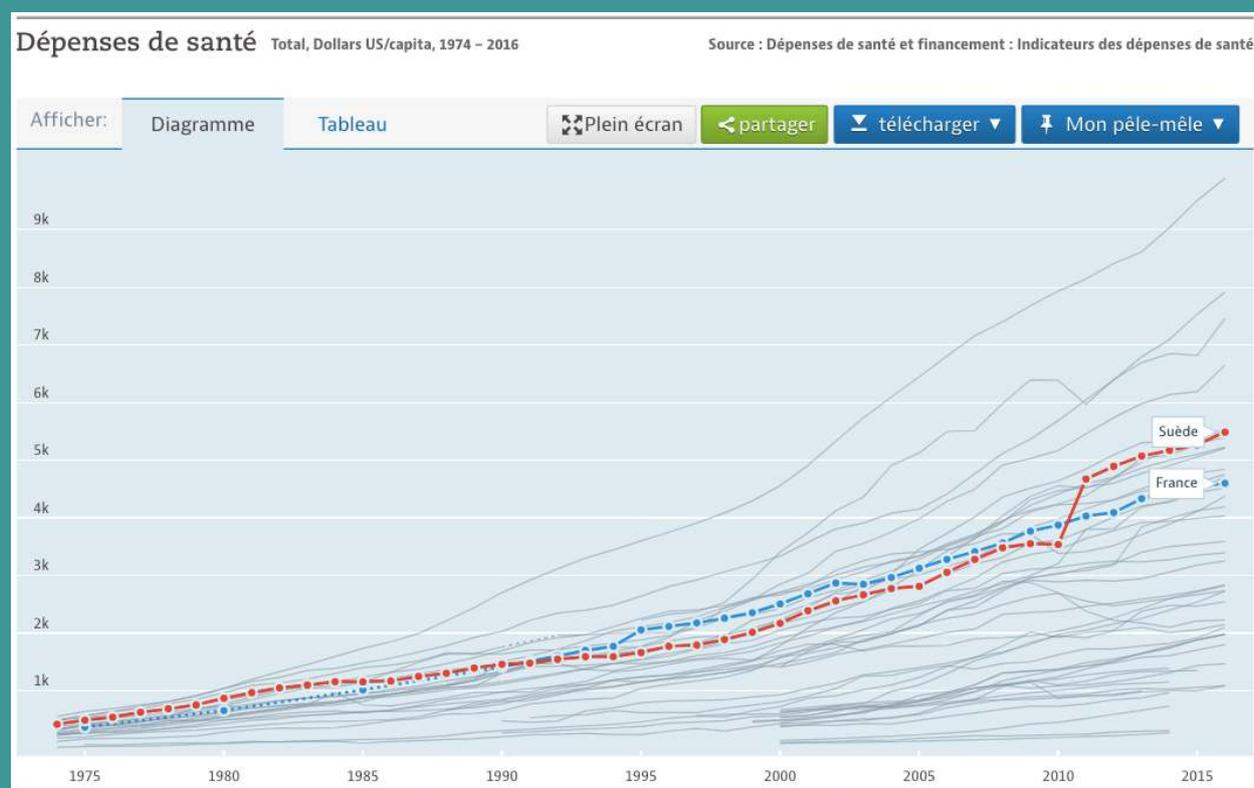
### Restrictions budgétaires

En 1990, la crise de la dette suédoise frappe le modèle social démocrate, à tel point que la Suède ne peut plus ni se financer ni emprunter sur les marchés internationaux. C'est l'une des plus forte récession que le pays ait connue depuis la Grande Dépression avec un déficit public allant jusqu'à 12% du PIB et une explosion du chômage (Kalinowski, 2017). Un an plus tard, cette crise économique est sanctionnée par l'arrivée au Parlement d'une majorité parlementaire libérale-démocrate. Au même moment, la Suède souhaite entrer dans l'Union Européenne et prend comme prétexte les critères du traité

de Maastricht pour imposer des restrictions budgétaires à tout le pays, tentant par la même occasion de résoudre les problèmes liés au déficit public et à la crise de la dette.

L'un des premiers domaines visés par les mesures d'austérité est le système de santé. Ainsi, alors que les dépenses en matière de santé sont de plus en plus élevées, notamment avec l'augmentation du nombre de personnes âgées et des maladies chroniques, la Suède tente de stabiliser ses dépenses en matière de santé. Cette stabilisation passe par deux mécanismes.

Tout d'abord, la décentralisation accrue du système par la réforme Ädel de 1992. Cette réforme permet d'alléger le budget national en développant des politiques publiques aux budgets mieux adaptés aux besoins locaux. L'un des effets les plus impressionnants de



cette réforme concerne le transfert de compétences du soin aux personnes âgées et dépendantes des Comtés aux communes. Ce transfert impliquait notamment que les communes paient pour les soins des personnes âgées hospitalisées et c'est ce qui a encouragé le développement généralisé des soins ambulatoires par les villes, diminuant ainsi de 45% les lits d'hôpitaux dans les années 1990 contre 19% en France, et une



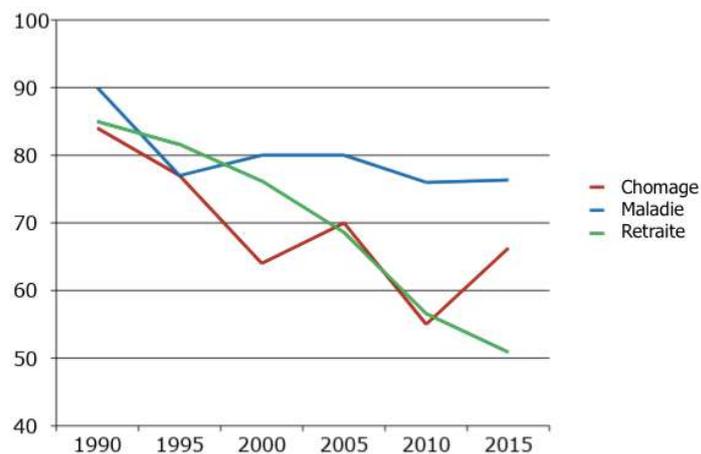
diminution de 20% du personnel hospitalier (Molin & Johansson, 2004). Ce tournant permet de considérablement diminuer les budgets hospitaliers.

Cette adaptabilité aux contextes locaux est notamment ce qui a permis de gérer de façon plus efficace le système en diminuant les files d'attente qui avaient eu tendance à s'allonger au fil des ans à cause d'un système critiqué pour son inefficacité.

Mais cette stabilisation du budget de la santé est possible également par des coupes budgétaires dans plusieurs dépenses directes, notamment la diminution des taux de remplacement des dispositifs de protection sociale.

C'est également lors de la conférence de Kenneth Nelson qu'est apparue cette évidence : depuis 1990 les assurances sociales ont subi une forte diminution, faisant notamment reculer la place de la Suède dans le classement international des pays les plus redistributifs. Kenneth Nelson souligne cet

Social insurance net replacement rates in Sweden, 1990-2015.

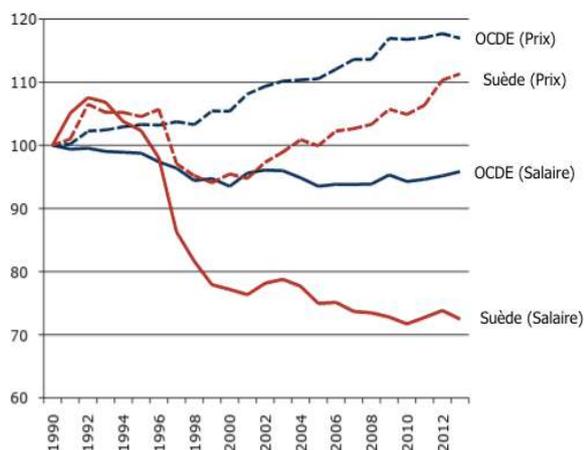


Source: Social Policy Indicators Database (SPIN), [www.sofi.su.se/spin](http://www.sofi.su.se/spin).

écart notamment en comparant l'évolution des dépenses sociales de la Suède aux pays de l'OCDE, montrant la tendance opposée suivie par la Suède.

En parallèle, les prix des consultations restant à charge des patients ont augmentés plus rapidement que les salaires. Ce phénomène est cependant limité par un plafond annuel et universel de dépenses individuelles en matière de santé, défini au niveau national, et au-delà duquel tous les frais sont pris en charge par l'Etat. Ce plafond a quant à lui peu augmenté ces dernières

Niveau d'assistance sociale nivelé par le prix et les salaires en Suède et les pays de l'OCDE (indice 1990=100)



Source: Social Policy Indicators Database (SPIN), [www.sofi.su.se/spin](http://www.sofi.su.se/spin).

années et atteint l'équivalent de 326€ en 2012, comprenant les consultations et les médicaments ([sweden.se](http://sweden.se)).

## Libéralisation

Cette restriction budgétaire s'accompagne également d'une libéralisation des services publics (santé, école, planification urbaine...), marquée par l'entrée au parlement d'une majorité conservatrice-libérale en 1991 sous le gouvernement Bildt et son retour en force lors des élections de 2006 avec à sa tête le premier ministre Reinfeldt. Outre la crise de 1990, plusieurs facteurs sont responsables de la libéralisation. Tout d'abord on peut parler d'une réelle influence de la diffusion du modèle libéral dans le monde et en Europe. En 2009, par exemple, un rapport de l'OCDE encourage vivement les démarches de privatisation des services publics suédois. Ce modèle est motivé par une recherche générale

d'efficacité des institutions et du service. Concernant la santé, il s'agit de réduire les files d'attente et la congestion des centres de soins. Enfin, la libéralisation s'accompagne d'une réelle demande de la population insatisfaite de la qualité de ses soins, des files d'attente également et des horaires d'ouvertures trop restreintes. Ces insatisfactions se traduisent par la volonté d'avoir plus de choix et plus de liberté de la part des Suédois.e.s, notamment en ce qui concerne les centres de soins primaires.

Une première réforme amorce donc la libéralisation en 1992 : la réforme Ädel, en même temps qu'elle transfère aux communes la compétence de soin aux personnes âgées et dépendantes, autorise les patient.e.s à choisir librement le centre de soin auquel ces personnes souhaitent être rattachées.

Après un retour des sociaux-démocrates au pouvoir jusqu'en 2006, la nouvelle majorité libérale-conservatrice - le gouvernement Reinfeldt - met en places de nouvelles réformes concernant les services de santé. Ces réformes s'appuient sur des expériences réalisées préalablement dans 5 comtés. Tout d'abord en 2007, la privatisation des hôpitaux entre dans la loi. En 2010, le *Freedom of choice Act* (loi LOV) détermine la révision du *Health and Medical Services Act* dans lequel est autorisé la libre installation de centres de soins primaires privés, suivi d'une réaffirmation de la liberté de choix de leur centre par les patient.e.s. L'objectif principal de cette réforme est indiqué clairement : il s'agit de favoriser le libre choix des citoyen.ne.s, augmenter l'approvisionnement en soins et améliorer la qualité et l'efficacité



du système en favorisant la compétition entre les prestataires (Freedom of Choice Act, 2010, cité par Ekmand & Wilkens, 2015).

La réforme a eu un impact très significatif en terme d'augmentation du nombre de prestataires, spécifiquement dans les principales zones urbaines. Stockholm a été l'une des pionnières en la matière : en huit mois, le nombre de centres de soins privés y a augmenté de plus de 20% et en deux ans 50% des visites de soin primaire avaient lieu dans des centres privés (Jeurissen & Maarse, 2016), contribuant par-là l'augmentation des dépenses de santé en Suède.

Cependant, cette privatisation reste sans commune mesure avec la pratique libérale de la médecine en France et se développe toujours sur un principe universaliste. En effet, les soins dispensés dans les centres privés sont tarifés à la même hauteur que ceux dans les centres publics (pas de dépassement d'honoraires). De plus, les centres privés sont également financés par des fonds publics et reçoivent les mêmes dotations du Comté, c'est à dire à 80% par capitation, jusqu'à 10% de rémunération sur objectifs (en fonction des pathologies traitées) et seulement 2 à 3% à la performance. Enfin, la rémunération des médecins est similaire dans les centres privés et publics bien qu'on puisse empiriquement montrer des salaires annuels de 20% plus élevés dans le privé - justifié notamment par les pratiques managériales exercées dans les centres privés, qui reportent du travail administratif sur le personnel soignant, engendrant ainsi des heures supplémentaires. A l'échelle nationale, deux tiers des médecins généralistes travaillent dans le public et un tiers dans le privé.

Néanmoins, même si de nombreux mécanismes interviennent pour limiter les dérives que pourrait avoir la recherche de la performance du soin par des centres privés, certains enjeux de taille concernant la privatisation et la liberté de choix des patient.e.s continue de faire débat en Suède.

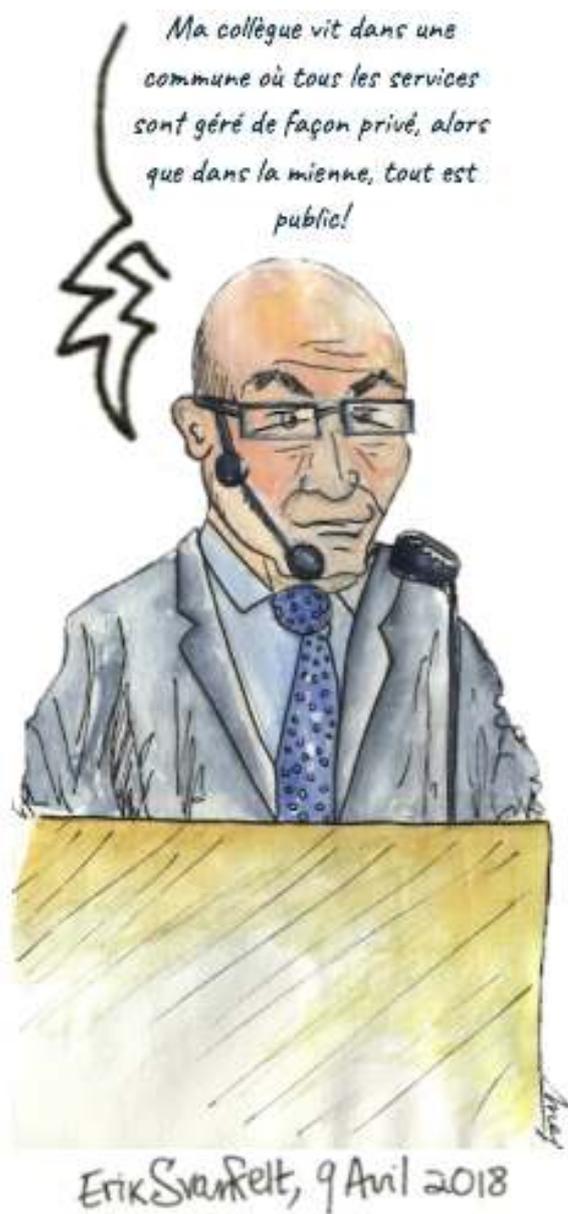
Dans un premier temps, les techniques managériales utilisées dans les centres de soins privés dans l'optique de faire du profit peuvent contrevenir à la qualité des soins, privilégiant l'efficience à la performance. La privatisation des maisons de retraite a suscité des scandales et des critiques relatives à la négligence des personnes âgées, due entre autre à un manque de moyens mis à disposition du personnel médical. Plusieurs scandales ont éclaté sur ce sujet, plus particulièrement contre le prestataire de soin aux personnes âgées Carema (The Local, 2011). Cependant, des études plus globales au sujet des maisons de retraite montrent que malgré un taux d'encadrement inférieur de moyens employés (9% de personnel en moins), les résultats et la qualité des soins dispensés étaient supérieurs dans les maisons de retraite privées (Bergman, Johansson, Lundberg, & Spagnolo, 2016 ; Stolt, Blomqvist, & Winblad, 2011).

Dans un second temps - c'est peut-être la critique la plus répandue en Suède - la liberté d'installation de centres de soin couplée à la liberté de choix des patient.e.s peut mener à une installation inégalitaire des centres de soins et à des problèmes d'équité en matière d'accès aux soins. Cela est dû notamment au fait que les personnes plus favorisées ont accès à de meilleurs centres de soin du fait qu'ils disposent des moyens d'information et

de la capacité à se déplacer en fonction de cette information (Dahlgren, 2008). De plus, la liberté d'installation conduit les prestataires de soin à s'établir en fonction des potentiels d'exploitation, en favorisant par exemple les zones urbaines et en négligeant les zones rurales, et en limitant par la même occasion la capacité d'action des pouvoirs publics dans la répartition des centres en fonction des besoins (Dahlgren, 2008). L'accès aux soins reste inégalitaire du fait du coût des déplacements, et des moyens d'information dont disposent les patient.e.s pour choisir leur centre. L'étude de Burström et al (2017) montre que si la réforme du choix telle que mise en œuvre dans certains comtés, comme celui de Stockholm, a permis d'augmenter l'accès aux soins primaires et le nombre de visites, elle a bénéficié principalement aux groupes aisés avec des besoins en soin moins importants et a rendu plus difficile l'accès aux soins de celles et ceux dont les besoins sont plus complexes. Une autre étude montre que les centres de soin s'établissent, après la réforme de 2010, dans des zones composées de beaucoup moins de personnes âgées isolées et de familles mono-parentales (Isaksson, Blomqvist, & Winblad, 2015). L'allocation des soins primaires est donc devenue plus dépendante de la localisation des prestataires, du choix et de la demande des patients, et moins des besoins. Ces résultats ont récemment été confirmés en 2017 par le rapport réalisé par le *Swedish National Audit Office*, ajoutant que les avancées en matière d'innovation qui étaient attendues n'ont pas été vérifiées.

De plus, la mise en place de la réforme est très inégalitaire sur le territoire. Lors de sa conférence, Erik Svanfeldt nous a montré

cette inégale implantation des centres de soins au travers de la comparaison entre la gestion des services de soin aux personnes dépendantes par sa ville et celle d'une de ses collègues : alors que la ville de résidence de M. Svanfeldt était gérée à 100% par des prestataires publics, la ville de sa collègue l'était à 100% par des prestataires privés. De même, les comtés bénéficiant d'une grande autonomie en matière de politique, tous n'ont pas permis la libre implantation des centres privés. De façon peu surprenante, Ekman et

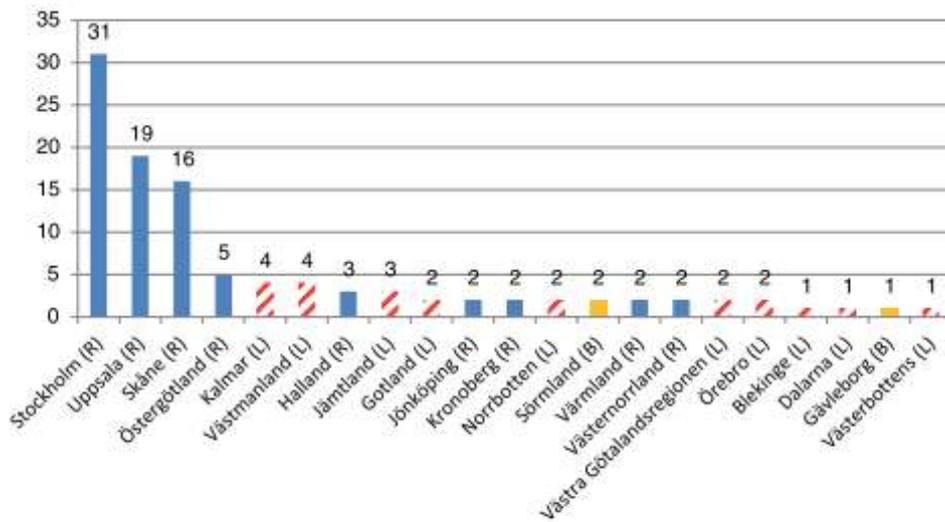


Wilkens (2015) remarquent que l'implantation de la loi LOV reste très liée à la couleur politique du Conseil de comté, comme le montre le graphique ci-dessous, qui représente le nombre d'installation de spécialistes privés reportés par les Comtés.

Cependant, la situation n'est pas aussi démesurée qu'on pourrait le penser. Certains mécanismes, tels que la pondération des rémunérations des centres en fonction des types de maladies traitées, permettent d'apporter des réponses à des besoins locaux spécifiques. Lors de notre visite du centre privé *Industrihälsan*, nous avons rencontré le directeur Martin Forsmark qui nous a en effet expliqué que le centre qu'il dirige s'était installé à Landskrona, ville moyenne au passé industriel, du fait des spécificités des maladies locales liées aux industries, maladies dans lesquelles la filiale *Industrihälsan* est elle-même spécialisée.



Enfin, l'installation des centres de soins privés pose le problème de l'évaluation et de la certification de ceux-ci. Lors de notre rencontre avec les syndicats, Rickard Johansson, le représentant de l'Association



**Fig. 2** Implementation of LOV, December 2014. Implementation of the Freedom of Choice Act for ambulatory specialist care, December 2014. (L) Left-wing; (R) Right-wing; (B) Bipartisan. Source: Swedish Association of Local Authorities and Regions, SKL.



des prestataires de soins privés (*Vardföretagarna*) nous a expliqué que les centres de soins produisaient leurs propres rapports d'évaluation qui étaient ensuite validés par son association afin de les certifier valides. Cette auto-évaluation pose la question de l'objectivité des rapports produits, sans source externe.

Les débats entre partis pour les élections Parlementaires de septembre 2018 sont le théâtre de ces nouvelles problématiques. Certain.e.s élu.e.s issu.e.s des partis de gauche souhaitent limiter les profits des gestionnaires de soin privé (tel que le syndicat Kommunal que nous avons rencontré) en les obligeant à les réinvestir dans leurs entreprises. En 2015, dans le comté de Härnösand, a été lancée une initiative pour limiter les profits des centres privés vivement critiqués par les citoyens après qu'une étude ait montré que seul un tiers des bénéficiaires étaient réinvestis dans les centres. La solution trouvée par le parti social-démocrate à la tête du comté a été d'obliger ces centres à réinvestir la totalité des profits dans leur structure (Orange, 2015). En 2016, une commission gouvernementale dirigée par un représentant social-démocrate a proposé au gouvernement d'introduire une limite des profits de 7% maximum pour les établissements de soins privés financés par de l'argent public mais cette proposition a été rejetée par le ministère des affaires sociales et de la santé. Une enquête sur la façon dont sont utilisés les profits des centres privés a tout de même été engagée par le gouvernement. ("Sweden drops plan for profit cap on tax-funded healthcare firms," 2017)

## **Une planification urbaine qui se complexifie par l'entrée de plus en plus d'acteurs privés, publics et un marché de l'immobilier qui se privatise**

L'augmentation du nombre d'acteurs privés dans la planification urbaine reflète la libéralisation. En effet, avant 2004, les municipalités possédaient des cabinets d'experts en planification avec des mots d'ordre précis tels que le développement durable, la création de bien social et réalisaient une planification urbaine en s'appuyant sur ces principes. En 2004, un changement dans la législation oblige ces cabinets à laisser plus de place aux acteurs privés dans l'élaboration des plans de planification urbaine. La visite de Hagastaden et la rencontre des acteurs impliqués dans l'élaboration de ce quartier innovant autour de l'hôpital du Nya Karolinska Institutet nous a démontré que la fabrique de la ville se fait désormais de façon collaborative par la coopération d'une multitude d'acteurs privés tels que des centres d'innovations (Stockholm Sciences City), des incubateurs de start-up (H2 Health Club), des promoteurs immobiliers (Altrium Lundberg) et en proche collaboration avec les deux villes de Sölna et Stockholm et leurs bureaux d'études respectifs. Nous avons également rencontré Svante Torell, dont le statut de planificateur s'apparente en réalité à un rôle de coordination entre tous les acteurs.

C'est ce que révèlent Koglin et Petterson (2017) en étudiant la complexification de la planification urbaine par l'émergence de tous



STOCKHOLM SCIENCE CITY  
FOUNDATION



SOLNA STAD



Stockholms  
stad



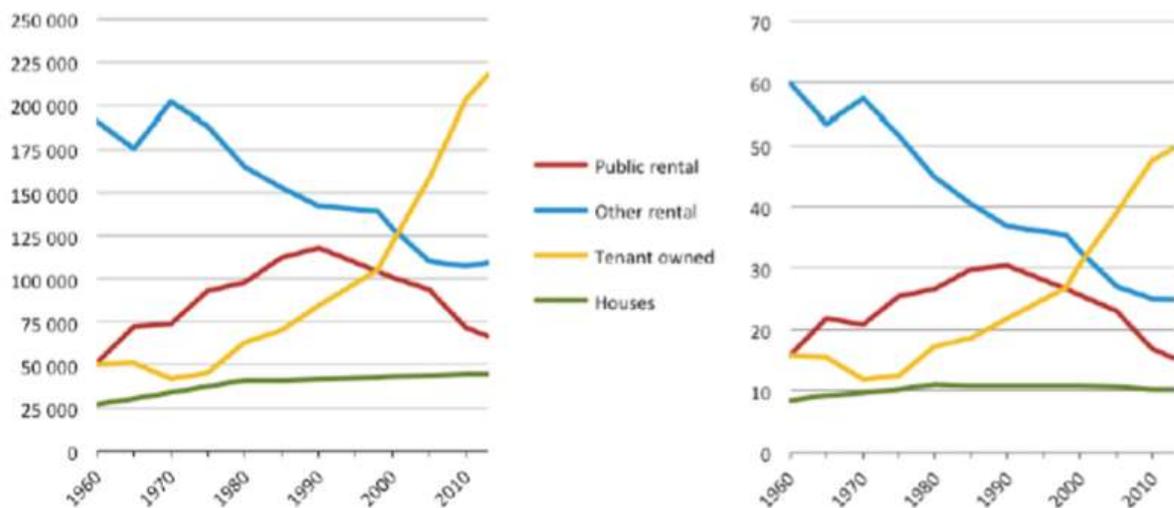
ATRIUM LJUNGBERG



ces acteurs. Depuis la loi de 2004, le mode de travail des planificateurs a changé et est passé de la planification à un travail de coordination. Ils observent également que l'arrivée de ces nouveaux acteurs dans la planification fait reposer la planification urbaine sur des logiques d'intérêts privés plutôt que d'intérêt public, comme c'était auparavant le cas. En effet, la mise en compétition entre les acteurs et l'intégration de ces dimensions à la planification entraîne des logiques de rentabilité. Koglin et Petterson concluent donc à une néolibéralisation de la planification urbaine, les constructions s'inscrivant de plus en plus dans des logiques de marché et de profit à court terme plutôt que de s'appuyer sur des principes de développement durable, tel que c'était le cas auparavant.

Cette multiplication des acteurs privés se retrouve également dans le financement de la ville et du système de santé, au travers des

partenariats public-privés (PPP), de la même façon que nous les appréhendons en France. Ces PPP, sont souvent instaurés dans une logique de rentabilité, d'efficacité, et pour éviter à l'Etat d'avoir à investir de grandes sommes en début de projet (et donc d'emprunter). Mais ils peuvent se révéler bien plus coûteux qu'ils n'y paraissent. Lors de notre visite à Hagastaden, Lisa Peiling et Jesper Meiling nous ont présenté comme un échec la réhabilitation de l'hôpital du Nya Karolinska, centre hospitalier de recherche le plus réputé en Suède mais également reconnu à l'internationale pour ses performances. Selon Lisa Pelling, cet échec du PPP se résume par les coûts faramineux et le retard qu'a pris l'installation du nouvel hôpital. En effet, deux ans après sa supposée ouverture, les coûts du Nya Karolinska Institutet s'élèvent à 7,5 millions \$ au lieu des 1,8 millions initialement prévus. Relayé par la presse, l'échec du Nya Karolinska s'est transformé en scandale : pragmatisme



**Figure 2.7:** Tenure structure of Stockholm City, 1960-2013. Number of units (left) and percentage of all units (right).  
Sources: Stockholms stad (n.d.; 2014a; 2014b)

suédois oblige, cela a signifié l’annulation du PPP, comme nous l’a annoncé en direct Lisa Peiling lors de notre visite à Hagastaden, nous brandissant la une du Dagens Nyhet du 11 avril 2018. Erika Ulberg, élue sociale démocrate au Conseil Municipal nous a elle aussi assurée de son contentement de cette annulation. La ministre des finances a d’ailleurs ouvert une enquête, montrant par la même occasion le potentiel de recentralisation de ces enjeux : "Puisque rien ne se passe, je pense qu’il est pour nous au gouvernement de nous intéresser à des façons d’évaluer le Nya Karolinska d’un point de vue central" ("Finance Minister calls for inquiry into hospital scandal," 2018). Enfin, il est nécessaire de s’attarder sur un point que notre voyage a permis de clarifier : l’évolution du système d’habitat, notamment au travers de sa dérégulation. En Suède, il existe quatre formes de propriétés : (1) la propriété privée occupée par son propriétaire, (2) la propriété mise en location, (3) la compagnie privée de location, et (4) la compagnie publique communale de location.

Alors que la part des logements publics croît jusqu’aux années 1990, l’autorisation de leur vente à partir des années 70 et la dérégulation croissante à partir des années 90 va favoriser l’accession à la propriété et entraîner une augmentation rapide de la part des logements occupés par leurs propriétaires, diminuant ainsi drastiquement la part du marché du logement locatif. Ainsi, à partir des années 70, il y a une financiarisation du marché locatif : les biens immobiliers pouvant servir de collatéral, la compétition entre les accédants à la propriété a fait augmenter de façon simultanée les prix de l’immobilier et du crédit. Cette bulle explose en 1990 avec la crise de la dette et entraîne une baisse soudaine des prix. Par la même occasion, le parti libéral abolit plusieurs lois qui régulaient jusqu’alors le marché des logements publics (dont la gestion appartenait aux communes), et finit par autoriser la vente de ces logements auparavant interdite. Cette dérégulation fût cependant nuancée entre 2002 et 2007 par le



parti social-démocrate, qui obligea de demander la permission à l'État pour vendre des logements publics. Ces ventes de logements publics ont également entraînés de la spéculation, notamment du fait qu'ils sont souvent vendus à des prix de 40 à 60% inférieur au prix du marché. Lorsqu'ils sont vendus à des promoteurs immobiliers, de nombreux logements subissent une forte spéculation : la compagnie Norvégienne Acta a fait plus de 214 millions SEK de profit en achetant des logements publics à Malmö. C'est également le cas dans l'accession à la propriété : un scandale a éclaté concernant un ministre libéral-conservateur qui a acheté son logement pour 2,9 million SEK à Hammarby Sjöstad et l'a revendu 5,2 millions SEK l'année d'après (Röstlund 2011).

Ces mesures ont continué en 2006, notamment avec l'arrêt des financements de l'État en matière de construction de logement et l'abolition des restrictions mises en place par le parti social-démocrate en matière de vente de logements publics et l'application des recommandations d'un rapport Européen, conseillant d'orienter les compagnies publiques vers des modèles plus entrepreneuriaux et tournés vers le marché (mis en place en 2010).

Finalement, tout ce qu'il reste aujourd'hui du modèle initial de l'habitat suédois est la "use-value", c'est à dire le fait que les prix du marché des logements privés restent indexés sur celui des logements publics. Cette marchandisation du logement suédois, plus spécifiquement dans le Grand Stockholm, a pour conséquence une augmentation de la ségrégation socio-spatiale, notamment en périphérie (Andersson, 2013). Les changements de forme de propriété se sont principalement effectués en centre ville alors qu'en périphérie, ce sont les logements publics qui dominent.

Plusieurs questions se posent alors : ces nouvelles tendances remettent-elles complètement en cause le modèle de l'État Providence Suédois ? Se dirige-t-on, comme se le demande Kenneth Nelson, vers un État de plus en plus libéral ? L'échec du PPP du Karolinska remet-il en cause tous les autres projets de ce type ? Il semblerait que le modèle suédois, attaché à son service public, met en place des mécanismes qui limitent, atténuent et pallient les potentielles dérives que la privatisation et la libéralisation pourraient avoir sur la qualité de leur service public. De plus, ces tendances actuelles sont encore trop récentes et le manque d'évaluation ne permet pas de conclure tout à fait des résultats. On peut donc parler, à l'instar de Harvey (2005) d'une 'néolibéralisation circonscrite'.



- **AFA** : une compagnie d'assurance détenue par différents acteurs du marché du travail (syndicats d'employé.e.s, syndicat d'employeur.euse.s). Cette compagnie assure près de 90% de la force de travail en Suède.
  - **Amiralstaden** : projet de densification du quartier de *Rosengarden* autour d'une ligne de transport reliant ce quartier enclavé au centre ville. Le projet a la spécificité de développer une approche participative en employant des traducteurs parlant 30 langues différentes pour recueillir l'avis des population. p. 27, 30
  - **Bo01** : construit à Malmö dans les années 90, c'est le premier éco-quartier neutre en carbone au monde. p. 32
  - **Commission for a Socially Sustainable Malmö** : Commission de recherche appointée par la ville de Malmö qui met en lumière le lien entre inégalités sociales et inégalités de santé. Cette commission préconise le développement de politiques intégrées pour développer une ville durable. p.12, 26, 42
  - **Hammarby** : écoquartier du Sud de Stockholm construit dans le début des années 2000 en vue des Jeux Olympiques d'hiver. p. 6, 31, 43
  - **Industrihälsan** : prestataire de soin privé spécialisé dans les maladies liées aux métiers de l'industrie dont l'un des centres est situé à Landskrona. p. 39
  - **Kommunal** : le plus important syndicat suédois avec plus de 500.000 membres. Cette organisation défends principalement les agents des collectivités locales (communes et comtés), que ce soit dans le domaine de la santé, des transports, etc, du secteur public ou privé. p. 6, 11, 41
  - **Landsorganisationen i Sverige (LO)** ("*the National Organisation*") : confédération syndicale suédois fondée en 1898. Elle est liée au Parti social-démocrate des travailleur.euse.s. C'est l'organisation syndicale majoritaire en Suède. p. 9)
  - **Mottagningskolan** : école mise en place par la municipalité de Malmö en 2012 disposant d'un important centre de langue. L'ensemble des enfants nouveaux arrivants passent par cette école jusqu'à leur entrée au collège pour à la fois prendre des cours de suédois tout en continuant de suivre le programme suédois dans leur langue maternelle. p. 26
  - **Riksdag** : Le Parlement suédois. Composé de 349 députés élus pour 4 ans (depuis 1994, 3 ans avant), il constitue la chambre unique du parlement depuis l'abandon du bicamérisme en 1968. Il exerce le pouvoir législatif et contrôle l'action gouvernementale. p. 17, 33, 37, 40
  - **SALAR** : The Swedish Association of Local Authorities and Regions est le syndicat des collectivités suédoises. Traduction anglaise de **SKL** = Sveriges Kommuner och Landsting. p. 6, 11, 19
  - **Svenska arbetsgivarförening (SAF)** est la confédération des employeurs suédois créée en 1902. p. 9
- Vardforetagarna** : association de défense des prestataires de soins privés p. 41

## Bibliographie

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>

Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M., & Winblad, U. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 16, 29.

Dahlgren, G. (2008). Neoliberal Reforms in Swedish Primary Health Care: For Whom and for What Purpose? *International Journal of Health Services*, 38(4), 697–715. <https://doi.org/10.2190/HS.38.4.g>

Deletang Nicole, « Les régimes de protection sociale de trois pays nordiques : Danemark, Finlande, Suède », *Revue française des affaires sociales*, p. 529-543. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-4-page-529.htm>

Ek, R. (2009) La Société Civile dans la Région de l'Öresund, *L'information géographique*, n° 2

Ekman, B., & Wilkens, J. (2015). A literature review of the regional implementation of the central swedish government's health care reforms on choice and privatization. *Health Economics Review*, 5(1), 1-5. doi:<https://dx-doi-org.acces-distant.sciences-po.fr/10.1186/s13561-015-0076-0>

Finance Minister calls for inquiry into hospital scandal. (2018, February 7). Retrieved May 31, 2018, from <https://www.thelocal.se/20180207/finance-minister-calls-for-new-karolinska-hospital-inquiry>

\* Grjebine A., 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>

Hagbert Pernilla (2016) : “A sustainable home? Reconceptualizing home in a low-impact society”

Håkan A. Bengtsson, « Le modèle suédois à l'épreuve des réformes libérales », *La Vie des idées*, 1er septembre 2006. ISSN : 2105-3030.

URL : <http://www.laviedesidees.fr/Le-modele-suedois-a-l-epreuve-des.html>

Henry Louis, *Évolution démographique de la Suède de 1750 à 1970*. In: *Population*, 31<sup>e</sup> année, n°6, 1976. pp. 1323-1325. DOI : 10.2307/1531543

Isaksson, D., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2015). Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1259-z>

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

Jeurissen, P. P. T., & Maarse, H. (2016). New Provider Models for Sweden and Spain: Public, Private or Non-profit? *International Journal of Health Policy and Management*, 5(12), 721–723.

Kalinowski, Wojtek, “Le modèle suédois est-il toujours social démocrate ?”, *L'économie politique* n°73

(Janvier 2017), Alternatives Economiques

Koglin, T.; Pettersson, F. Changes, (2017), Problems, and Challenges in Swedish Spatial Planning—An Analysis of Power Dynamics. Sustainability 2017, 9, 1836.

Molin R., Johansson L., Swedish health care in transition, Resources and results with international comparisons, Landstingsförbundet, 2004.

OECD (2009), "Privatisation: la prochaine étape", in Études économiques de l'OCDE : Suède 2008, OECD Publishing.

OECD Health Statistics 2017 - OECD. (n.d.). Retrieved June 4, 2018, from <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Orange, R. (2015, April 28). Swedish council becomes first to limit private profits in healthcare. The Guardian. Retrieved from <http://www.theguardian.com/healthcare-network/2015/apr/28/swedish-council-limit-private-profit-healthcare-public>

Panican A., Ulmestig R. (2016) *Social rights in the shadow of poor relief – social assistance in the universal Swedish welfare state*, Citizenship Studies, 20:3-4, 475-489, DOI: 10.1080/13621025.2016.1139053

Pradet Elodie (2018), "En Suède, la lutte contre la "société de l'ombre"", *La Croix*, mis en ligne le 19 février 2018, consulté le 31 mai 2018. URL : <https://www.la-croix.com/Monde/Europe/En-Suede-lutte-contre-societe-lombre-2018-02-19-1200914851#>

Riksrevisionen. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? (in Swedish; Primary care governance - need or demand?), in RIR 2014:22. Stockholm: Riskrevisionen; 2014.

Röstlund, L. (2011) Rekordmånga hyresrätter har blivit bostadsrätter, *Aftonbladet*, 9 November. <http://www.aftonbladet.se/nyheter/article13909844.ab> (10 Feb. 2015)

Saheb Y. (2008), Analyse critique des quartiers durables, étude réalisée par le cabinet OpenExp., la fabrique de la cité. Url : [https://www.lafabriquedelacite.com/fabrique-de-la-cite/data.nsf/3E01ADB92B5CA20EC125759A00533EF0/\\$file/analyse critique vf.pdf](https://www.lafabriquedelacite.com/fabrique-de-la-cite/data.nsf/3E01ADB92B5CA20EC125759A00533EF0/$file/analyse%20critique%20vf.pdf)

SIMOULIN V., 2005, « Le « modèle suédois » : succès persistant, recompositions actuelles et reconfigurations intellectuelles », *Cahiers internationaux de sociologie* 2/2005, n°119, p.289-309. url : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2005-2-page-289.htm>.

Stolt, R., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 560–567.

Stockholm City Council, Thursday, 08 March 2012. OECD Green Cities - Stockholm Background report, consulté à l'adresse [www.stockholm.se/Global/.../stadsmiljoradet\\_protokoll\\_2012-02-23\\_med\\_bilagor.pdf](http://www.stockholm.se/Global/.../stadsmiljoradet_protokoll_2012-02-23_med_bilagor.pdf)

Stockholm elderly care scandal widens. (2011, November 2). Retrieved May 30, 2018, from <https://www.thelocal.se/20111102/37116>

Swedish Migration Agency (2017), Soins médicaux pour les demandeurs d'asile. (s. d.). [text]. Consulté 4 juin 2018, à l'adresse : <https://www.migrationsverket.se/Other-languages/Francais/Protection-et-asile-en-Suede/En-attendant/Soins-medicaux.html>

Sweden drops plan for profit cap on tax-funded healthcare firms. (2017, December 3). Reuters. Retrieved from <https://uk.reuters.com/article/uk-sweden-welfare/sweden-drops-plan-for-profit-cap-on-tax-funded-healthcare-firms-idUKKBN1DX0R7>

Vidal Jean-François, « Crises et transformations du modèle social-démocrate suédois », *Revue de la régulation*, 8 | 2e semestre / Autumn 2010, mis en ligne le 07 décembre 2010, consulté le 29 mai 2018. URL : <http://journals.openedition.org/regulation/8931> ; DOI : 10.4000/regulation.8931