

Le système de protection sociale suédois

Bruno Palier

Directeur de recherche au CNRS

Co-directeur du LIEPP à Sciences po

Chaque pays a développé une conception politique particulière du rôle de la protection sociale. Les différentes conceptions de la protection sociale qui existent aujourd'hui se distinguent selon la place donnée à l'État à côté des autres facteurs de protection sociale (famille, marché, associations), selon les objectifs collectifs en termes de situation ou de bien-être social des citoyens, selon le modèle familial et les rapports entre les hommes et les femmes qu'elles favorisent, selon la volonté ou non de transformer les stratifications sociales et selon les idéologies politiques qui portent le système.

On peut regrouper les systèmes de protection sociale en trois grandes familles ou régimes (le régime social-démocrate des pays scandinaves, le régime libéral des pays anglo-saxons, au premier chef celui des USA, le régime conservateur-corporatiste des pays d'Europe continentale), en différenciant à la fois les objectifs politiques et sociaux qu'ils cherchent à atteindre (respectivement : l'égalité des citoyens, la seule couverture sociale des plus pauvres, le maintien du revenu des travailleurs) et les instruments qu'ils utilisent pour les atteindre (respectivement : politiques universelles et services sociaux gratuits, politiques sociales ciblées, assurances sociales financées par des cotisations sociales). Nous allons ici rappeler les caractéristiques de chacun de ces régimes, puis rapidement spécifier comment ils ont été mis en œuvre dans des systèmes de protection sociale concrets.

Le régime libéral de protection sociale. Le principe fondamental de la façon libérale de concevoir la protection sociale est de privilégier le marché plutôt que l'État dans les mécanismes d'allocation des ressources. L'État-providence doit surtout être résiduel : les prestations d'assurance nationale doivent être très basses et les minima sociaux ou prestations sous condition de ressources doivent constituer la principale forme d'intervention. L'État n'est supposé intervenir qu'en dernier ressort, et ses modalités d'intervention doivent favoriser un retour rapide sur le marché (les prestations ne doivent pas dissuader leurs bénéficiaires de travailler). Les systèmes de protection sociale orientés par cette conception impliquent une grande dépendance des citoyens par rapport au marché pour assurer leurs revenus primaires et de protection sociale. Ils favorisent de forts dualismes au sein de la société, entre le groupe des personnes les plus démunies, qui dépendent principalement des aides sociales souvent synonymes de stigmatisation, et le groupe des plus privilégiés qui peuvent assurer leur protection grâce au marché. Entre les deux, les classes moyennes sont partagées entre la peur de sombrer dans l'assistance et la coûteuse nécessité de s'assurer selon des mécanismes de plus en plus marchands.

Si les États-Unis sont le plus souvent cités comme l'exemple type du régime libéral de protection sociale, on trouve en Europe deux pays qui s'en rapprochent : le Royaume-Uni et l'Irlande. Si l'accès à la protection sociale n'est pas lié à l'emploi dans ces pays, seul le service national de santé (National Health Service) est véritablement universel (même accès quasiment gratuit pour tous). Les prestations en espèces (indemnités maladie, allocations chômage, retraites) servies par le système public d'assurance nationale (National Insurance) sont forfaitaires et d'un montant beaucoup plus bas qu'en Scandinavie, ce qui implique un rôle important joué par les assurances privées et par les régimes de protection sociale d'entreprise

dans la protection sociale de ces pays. Les personnes qui n'ont pas pu suffisamment cotiser à l'assurance nationale perçoivent des prestations sous condition de ressources (income support). Ces systèmes de protection sociale sont en grande partie financés par l'impôt alors que Beveridge militait pour la cotisation sociale. Le système public, fortement unifié, est géré par l'appareil administratif de l'État central.

Le régime social-démocrate de protection sociale. C'est le principe d'égalité qui est au cœur de la conception social-démocrate. Née d'une alliance entre classes ouvrières rurales et industrielles, cette conception de la protection sociale a pour objectif d'assurer l'égalité, la cohésion et l'homogénéité des groupes sociaux au sein d'une grande « classe moyenne », au moyen de mécanismes importants de redistribution. Les droits sociaux doivent principalement être associés à la citoyenneté, et les prestations délivrées par le secteur public, sous forme de services gratuits ou de prestations forfaitaires. Cette conception repose sur le principe de l'universalité de la couverture sociale, conçue comme un droit de la citoyenneté. Les systèmes de protection sociale portés par cette conception garantissent au mieux les droits sociaux des citoyens et leur indépendance par rapport au marché, en favorisant le plein emploi par une politique active d'embauches publiques (notamment pour les femmes), par la délivrance de nombreux services gratuits et grâce à une protection sociale qui combine des droits universels et des prestations d'un montant élevé. Cette protection de haut niveau assure en retour une forte légitimité politique à ces systèmes de protection sociale qui bénéficient à tous.

Les pays nordiques (Danemark, Suède, Finlande, Norvège et Islande) apparaissent comme ceux qui ont poussé le plus loin cette logique universelle. L'État y intervient tout d'abord par une forte offre d'emplois publics qui garantissent de nombreux services sociaux gratuits à tous les citoyens. La protection sociale y est aussi un droit de tous les citoyens, la plupart des prestations en espèce sont forfaitaires et d'un montant élevé, versées automatiquement en cas d'apparition d'un besoin social. Les salariés reçoivent cependant des prestations complémentaires au travers de régimes obligatoires de protection, à base professionnelle. Ces systèmes sont financés principalement par des recettes fiscales (surtout au Danemark). Ils sont publics, placés sous l'autorité directe des pouvoirs publics centraux et locaux. Seule l'assurance chômage n'est pas intégrée au système public de protection sociale de ces pays.

Le régime bismarckien (« conservateur-corporatiste ») de protection sociale. Cette conception de la protection sociale, organisée à partir d'une vision catégorielle de la société, vise beaucoup moins la réduction des inégalités que la conservation des statuts professionnels et catégoriels grâce aux mécanismes de maintien du revenu garanti par les assurances sociales. C'est la performance sur le marché du travail, la situation dans l'emploi qui doit déterminer le niveau de protection sociale offert à chaque bénéficiaire. La générosité relative des prestations sociales, contributives, servies au salarié (le plus souvent masculin) garantit aux assurés sociaux une certaine indépendance par rapport au marché en cas de réalisation d'un risque social. Dans cette logique, les individus sont dépendant du « salaire familial », des droits sociaux associés au salaire du salarié et à ses ayant-droit, garantis par son statut. La dépendance par rapport au marché est ici indirecte dans la mesure où le niveau des prestations sociales délivrées par ces systèmes est lié à la situation dans l'emploi (ainsi qu'à la situation familiale). L'universalité de la couverture sociale est alors fonction de la capacité de la société d'assurer ou non le plein emploi.

En Europe, plusieurs groupes de pays relèvent de cette conception. Tout d'abord les pays du centre du continent européen (l'Allemagne, la France, le Bénélux et l'Autriche). C'est là que la tradition bismarckienne des assurances sociales est la plus forte. L'ouverture des droits est le

plus souvent conditionnée par le versement de cotisations. Le niveau des prestations sociales est lié au niveau du salaire de l'assuré. Les assurances sociales sont obligatoires, sauf dans le cas de la santé pour les revenus les plus élevés en Allemagne et aux Pays-Bas. Les cotisations sociales, versées par les employeurs et par les salariés, constituent l'essentiel des sources de financement du système (la France a longtemps battu tous les records avec près de 80 % du système financé par les cotisations sociales jusqu'en 1996). Ces systèmes, souvent très fragmentés, sont organisés au sein d'organismes plus ou moins autonomes de l'État, gérés par les représentants des employeurs et des salariés (les caisses de Sécurité sociale en France). Ceux qui ne sont pas ou plus couverts par les assurances sociales peuvent recourir à un « filet de sécurité » constitué de prestations minimales, sous condition de ressources, financé par des recettes fiscales. Ces prestations se sont multipliées ces dernières années, sans pour autant former un ensemble cohérent et standardisé (il existe en France huit minima sociaux différents).

Les pays d'Europe du Sud (Espagne, Grèce, Italie, Portugal) sont parfois considérés à part. Si leurs traits principaux se rapprochent du modèle continental (assurances sociales pour les prestations de garantie de revenu), ils présentent cependant des aspects spécifiques : un biais en faveur des personnes âgées, les retraites représentant la plus grande part de leurs dépenses sociales (alors que les politiques familiales et l'indemnisation du chômage sont très faiblement développés) ; une grande hétérogénéité entre les différents régimes d'assurances sociales à base professionnelle (particulièrement généreux pour les fonctionnaires, d'autres professions étant beaucoup moins bien couvertes) ; des services de santé nationaux à vocation universelle dont le développement a commencé dans les années 1975-1985 ; une mise en place progressive et très récente d'un filet de sécurité garantissant un revenu minimum.

Les nouveaux pays membres de l'Union européenne, notamment les pays d'Europe centrale et orientale, sont difficilement classable dans cette typologie. L'histoire extrêmement mouvementée et chaotique de leur protection sociale permet difficilement d'identifier un ensemble de traits communs et distincts. Il est cependant possible de rappeler les grandes étapes de leur histoire. Avant la Seconde guerre mondiale, les pays d'Europe centrale avaient commencé à développer des régimes d'assurance sociale de type bismarckien. Après la Seconde guerre mondiale, sous l'emprise soviétique, c'est le modèle universaliste communiste de droits sociaux qui est instauré. Le premier droit social qui est garanti est l'emploi pour tous. L'ensemble des autres droits sociaux (accès aux soins de santé, prestations familiales en espèce mais aussi en services de prise en charge des enfants, pension d'invalidité et de retraite) est aussi garanti à tous les citoyens par l'Etat, mais mis en œuvre le plus souvent par les entreprises nationalisées (les centres de santé, les crèches sont mises en place dans les grandes entreprises, qui sont aussi parfois chargées de verser les pensions). Avec la chute du Mur, l'ensemble des dispositifs existant va être remis en cause, notamment par la privatisation des entreprises, mais aussi par la montée du chômage. Dans un premier temps, au tout début des années 1990, la plupart de ces pays vont adopter des lois sociales relativement généreuses, prévoyant la mise en place d'un système d'allocation chômage, le paiement des pensions de retraite, le droit à la santé, l'aide aux familles, etc. Mais la plupart des pays vont bien vite se retrouver dans l'incapacité de payer les prestations promises. Endettés, une grande partie d'entre eux vont avoir recours aux aides du FMI et de la Banque mondiale, vers le milieu des années 1990. Ces aides seront soumises à conditionnalité, conditions parmi lesquelles on trouvera l'obligation de privatiser une partie des systèmes de retraite et de santé, l'Etat devant se contenter d'une intervention minimale destinée aux plus pauvres (modèles libéral de protection sociale promu par la Banque mondiale notamment⁵). Le degré de privatisation des systèmes de protection sociale de ces pays est ainsi fonction de leur niveau d'endettement (et donc de leur dépendance aux organisations financières internationales). Cependant, avec la préparation de l'accession à

l'Union européenne et/ou avec le rejet politique de méthodes néo-libérales brutales (type thérapie de choc en Pologne), certains pays ont parfois cherché à améliorer leur protection sociale publique, leur capacité dans ce domaine dépendant à la fois de leur capacité institutionnelle (à lever des impôts ou des cotisations sociales, à cibler les bénéficiaires, à verser les prestations, etc.), et de leur capacité budgétaire (niveau de croissance économique et d'endettement de l'Etat).

Les trois régimes de protection sociale

| | Caractéristiques | | |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Intitulé selon Esping-Andersen | Libéral | Social-démocrate | Conservateur-corporatiste |
| Situation géographique | Anglo-saxon | Scandinave | Continental |
| Référence historique | Beveridge | Beveridge | Bismarck |
| Objectifs | Lutter contre la pauvreté et le chômage | Assurer un revenu à tous, redistribution égalitaire | Maintenir le revenu des travailleurs |
| Principe de fonctionnement | Sélectivité | Universalité | Contributivité |
| Technique | Ciblage | Redistribution | Assurance sociale |
| Critères d'accès aux prestations | le besoin la pauvreté | la citoyenneté la résidence | Le statut l'emploi |
| Nature de la prestation | sous condition de ressource, différentielle | Forfaitaire, services sociaux | Contributive, proportionnelle |
| Mode de financement | Impôts | Impôts | Cotisations sociales |
| Structure de décision et de gestion | État Central | État Décentralisé | « par les intéressés » Partenaires sociaux |

I. Le système suédois de protection sociale : le modèle social-démocrate.

Les pays nordiques connaissent une situation sociale particulièrement difficile au XIX^{ème} siècle. La grande pauvreté qui règne dans les campagnes, ainsi que la répression des idées religieuses non conformes aux positions de l'Eglise d'Etat luthérienne poussent de nombreuses familles à partir pour les Etats-Unis. La Suède perd ainsi environ un quart de sa population entre 1850 et 1930, accélérant ainsi son appauvrissement et son vieillissement¹. L'industrialisation qui s'accélère à la fin du siècle débouche sur de nombreux conflits sociaux. Dans ce contexte, l'Etat va prendre des responsabilités croissantes en matière de protection sociale. L'Eglise ayant été « absorbée » par l'Etat suite à la Réforme protestante dans ces pays, il n'y aura quasiment pas d'obstacle à cette intervention qui a été instaurée de longue date en matière de santé et de prise en charge des pauvres. N'étant pas structurée par un conflit entre l'Eglise et l'Etat, la forme que les politiques sociales vont prendre va en revanche être fortement déterminée par le conflit entre monde rural et monde industriel urbain, qui divise les pays nordiques dont l'industrialisation est tardive. S'ils veulent éviter la domination des conservateurs, les libéraux puis les sociaux-démocrates doivent tenir compte des intérêts paysans représentés par les partis agrariens (le plus souvent rebaptisés partis du Centre au 20^{ème} siècle) et ne peuvent leur imposer des assurances sociales conçues pour les ouvriers de l'industrie.

En Suède, la responsabilité publique a très tôt été affirmée dans le domaine de la santé, ouvrant ainsi la voie à une implication de l'Etat dans le domaine des services sociaux. Ainsi, les autorités locales paient des médecins pour travailler dans les zones rurales depuis 1600, lèvent de l'argent pour construire des hôpitaux dès 1765 ; les comtés (équivalents des régions en France) sont créés et rendus responsables du développement des hôpitaux à partir de 1862. En 1891, l'Etat central décidera de subventionner les mutuelles d'assurance maladie volontaires, l'assurance maladie devenant obligatoire en 1955. Mais c'est sans doute dans le domaine des pensions de retraite que ce pays sera le plus innovant. En 1913 est votée une loi qui met en place « la retraite du peuple » (*Folkpension*). Ce dispositif est aujourd'hui conçu comme le premier système universel de pensions de retraites, c'est-à-dire destiné à tous les citoyens, sans condition de ressources ni d'appartenance. Si le risque de ne pouvoir travailler du fait de l'invalidité et/ou de l'âge avait été reconnu auparavant en Europe continentale, la réponse suédoise est nouvelle, puisqu'elle ne limite pas la réponse à ceux qui ont cotisé (assurances sociales bismarckiennes), ni à ceux qui en ont le plus besoins (retraites sous condition de ressources comme en Grande Bretagne en 1908), mais à tous les citoyens de plus de 67 ans². Il reste que la pension proposée est très basse. Les sociaux démocrates qui vont dominer les coalitions gouvernementales à partir de 1932 n'auront alors de cesse de chercher à augmenter le niveau des pensions servies et financées par l'Etat, notamment en 1936, avec la mise en place d'une retraite d'un même montant, forfaitaire, pour tous, et en 1946, quand le niveau de la pension de base est porté à 30% du revenu salarié moyen³. Cette retraite du peuple constituera la première pierre de l'Etat-providence suédois, appelé la « maison du peuple » (*Folkhemmet*) par l'un de ses principaux architectes, Gustav Möller, ministre social-démocrate des Affaires sociales en 1924-1926 et de 1932 à 1951.

¹ Nathalie Morel, *L'Etat face au social : la (re)définition des frontières de l'Etat-providence en Suède*, Thèse de doctorat, Université de Paris 1, septembre 2007.

² hormis les employés du secteur public qui bénéficiaient de leur propre système, et les détenteurs de revenus patrimoniaux élevés

³ Sven Olsson, *Social Policy and Welfare State in Sweden*, Lund, Arkiv, 1993.

L'histoire des assurances sociales dans les autres pays nordiques (Danemark, Norvège et Finlande), ainsi que celle des accidents du travail et chômage en Suède, a suivi une trajectoire plus classique, passant d'abord par des subventions publiques aux mutuelles existantes, puis à l'obligation. Sous l'influence de leurs gouvernements sociaux-démocrates, tous les pays nordiques adopteront cependant la démarche universaliste après la seconde guerre mondiale.

Les pays scandinaves, petits pays qui se sont très tôt ouverts à la concurrence économique, ont été particulièrement touchés par les changements de l'environnement économique international. Ils ont connu dans les années 1980-1990 de très fortes hausses du chômage et des taux d'intérêt. Pour y faire face, les pays scandinaves ont d'abord mis en place des politiques qui visaient à maintenir ou restaurer le plein emploi : extension des congés sabbatiques (pour formation, garde des enfants ou autres, rémunérés s'ils permettent d'embaucher un chômeur), multiplication des offres de formations, développement des emplois publics.

Mais au début des années 1990, face aux coûts et aux déficits publics engendrés par ces politiques sociales de plein emploi, de nouvelles politiques ont été envisagées, visant à privatiser, décentraliser et « débureaucratiser » certains services, notamment en Suède. Ces nouvelles politiques ont accompagné des politiques de réduction des dépenses sociales comme la restriction des critères d'éligibilité pour l'accès aux prestations ou la baisse du niveau des prestations et des services. Après avoir fait subir un ensemble de « coupes égalitaires » à leurs dépenses sociales, ces pays ont cherché à retrouver les fondements de la « société du travail » dans leurs politiques, notamment d'emploi, en misant de plus en plus sur l'activation des dépenses sociales. A la fin des années 1990, les pays nordiques ont retrouvé des niveaux de chômage très bas (aux alentours de 5% de la population active) et des taux d'emploi élevé, tout en respectant pour la plupart une orthodoxie budgétaire. La Suède ou le Danemark sont depuis plusieurs années en surplus budgétaire, ce qui leur permet à la fois d'alimenter des fonds de réserve pour les retraites, mais aussi de développer une stratégie d'investissement social dans la prise en charge et l'éducation des enfants, dans la recherche et la formation, ce qui garantit une croissance économique fondée sur des activités à haute valeur ajoutée. Leur niveau de prélèvement obligatoire reste cependant très élevé, mais toléré par leurs populations dans la mesure où tout le monde travaille, contribue au financement de l'Etat-providence et bénéficie de ses prestations généreuses.

II. Le système de santé suédois

L'organisation du système de santé suédois est bien différente de celle du système français, il s'agit d'un système national de santé, public, financé par les impôts, géré par les autorités locales. Il fait l'objet d'une constante redistribution des responsabilités entre les différents niveaux de gouvernement (national, régional, *Landstings* (comtés), municipalités). Progressivement, les gouvernements locaux ont peu à peu disposé d'une grande marge de manœuvre politique, c'est pourquoi il est difficile de parler d'une évolution au singulier du système suédois de santé. Malgré cela, quelques grandes tendances se dégagent depuis la fin des années 1980 : les évolutions ont été marquées par une décentralisation accrue, un contrôle drastique des budgets et des coûts, l'introduction de mécanismes de marché sur le modèle de la *managed competition*, la rémunération à l'activité et à la performance, un transfert important de l'offre de soins de l'hôpital vers les centres de santé primaire. Toutes ces évolutions n'ont pas entraîné une détérioration de la qualité des résultats de santé, au contraire. Elles ont cependant accru certaines inégalités, et appelé un récent mouvement de re-concentration du

contrôle et des décisions. Au regard des difficultés rencontrées dans d'autres pays, la capacité du système suédois à s'adapter tout en préservant ses avantages semble remarquable. Cependant, les bouleversements ont suscité de fortes inquiétudes de la part de la population.

Un système fortement décentralisé.

Responsables des hôpitaux depuis leur création au XIX^{ème} siècle, les *Landstings* (comtés⁴) reçoivent la responsabilité des soins aux malades chroniques et des soins de longue durée en 1945, des soins aux handicapés mentaux en 1954, des soins maternité en 1959, du système de médecin de district en 1961, des soins ambulatoires (*community health care*) en 1965 et les soins et hôpitaux psychiatriques en 1967. En 1976, le *Board of Health and Social Welfare* (organisme gouvernemental en charge des politiques de santé) s'accorde avec le *Landstingsförbundet* (organisme « fédéral » représentant l'ensemble des *Landstings* et de leur gouvernement) pour mettre en place un système de santé à trois niveaux (Blomqvist, 2002).

Premier niveau : les soins primaires de santé. Les soins primaires sont organisés au sein de districts qui organisent les centres de santé primaires et qui sont placés sous l'autorité des *Landstings*. Les 1000 centres de santé primaires sont le niveau auquel la population doit pouvoir s'adresser pour tous ses problèmes de santé. Ces centres comprennent des médecins, des infirmières, des sage-femmes, des kinésithérapeutes et parfois des travailleurs sociaux. Les responsabilités dévolues à chaque profession sont assez différentes de ce qui existe en France. Les consultations ont en général lieu avec une infirmière, les prises de sang et visites bénignes avec l'aide infirmière, et le médecin ne voit que les patients plus graves. Il existe aussi quelques rares cabinets médicaux personnels, et uniquement privés, qui fonctionnent sur le modèle de la médecine libérale et ont passé contrat avec les *Landstings* pour ce qui concerne les tarifs appliqués.

2. Les personnes qui en ont le besoin sont envoyées dans les hôpitaux locaux des *Landstings* pour recevoir les soins spécialisés. 65 hôpitaux de comté ou de district (une vingtaine sont des hôpitaux de comtés) assurent des soins somatiques dans diverses spécialités, soit dans les services d'hospitalisation, soit dans les soins ambulatoires. Ils sont aussi responsables des secteurs psychiatriques.

3. Pour les soins aigus et très spécifiques, la Suède est divisée en six régions rassemblant un ou deux hôpitaux de soins intensifs. Il existe 8 hôpitaux régionaux, qui disposent d'un grand nombre de spécialités et sous-spécialités, de services de pointe et de laboratoires très spécialisés. Ils sont aussi très impliqués dans la recherche

Du milieu des années 1980 à la fin des années 1990, un double souci va marquer les politiques menées : accroître l'autonomie et la responsabilité des autorités locales en matière de santé, et contrôler l'augmentation des dépenses de santé. Le moyen retenu pour atteindre ces objectifs va souvent passer par le développement des mécanismes de mise en concurrence (« *managed competition* ») et de rémunération à la performance au sein du système.

⁴ La Suède est divisée en 21 comtés.

Une décentralisation accrue.

La décentralisation va apparaître comme la solution à tous les problèmes rencontrés : obliger les autorités locales à être maîtres de leur budget et mieux contrôler les coûts ; favoriser une plus grande proximité et une plus grande transparence démocratique des décisions prises par les autorités locales (plutôt que de laisser les décisions aux autorités nationales éloignées) ; permettre de plus grandes marges de manœuvre et d'expérimentation au sein de chaque *Landsting*, (y compris en matière de privatisation, réclamée par les partis conservateurs qui arrivent au pouvoir au niveau de nombreux *Landstings* et au niveau national en 1976 jusqu'en 1982).

En 1982, La loi sur les soins de santé a accru la décentralisation du système pour donner encore plus d'autonomies aux comtés chargés de la politique de santé. Cette loi leur confie la plupart des missions de planification, de fourniture et de financement des soins de santé, sans pour autant adapter le mode de financement du système. Ce sera chose faite avec la réforme Dagmar (adoptée en 1983, et dont la mise en œuvre fut étalée jusqu'en 1985), qui transforme le mode de financement des consultations d'un paiement à l'acte à un paiement par capitation (les budgets délivrés aux comtés sont calculés en fonction de la population couverte et non plus du nombre d'actes médicaux effectués). Les *Landstings* se retrouvent non seulement responsables du financement et de la fourniture des soins (ce qui était déjà le cas précédemment), mais aussi des orientations en matière de politiques de santé.

Avec cette décentralisation renforcée, il devient difficile de parler d'une réforme unique et homogène en Suède, chaque *Landsting* ayant une grande autonomie d'action et suivant des orientations différentes, selon la composition politique de son gouvernement comme des structures et des besoins spécifiques en matière de santé.

Après avoir considérablement augmenté leurs impôts locaux au cours des années 1960 et 1970, et face à la réduction des subventions accordées par l'Etat au début des années 1980, dans un nouveau contexte de ralentissement de la croissance économique, beaucoup de *Landstings* vont peu à peu limiter l'augmentation des budgets consacrés à la santé, donnant ainsi naissance à des rationnements des soins. Ces rationnements se traduisent par des listes d'attente pour l'accès aux soins primaires et aux hôpitaux locaux (soins spécialisés non vitaux, comme l'opération de la hanche). De nombreux débats vont alors se développer, critiquant ces restrictions et l'inefficacité de certains *Landstings*, et de nouvelles politiques de libéralisation et d'introduction de mécanismes de compétition, voire de privatisation vont se développer à la fin des années 1980 et surtout au début des années 1990 (Blomqvist, 2002).

Le redéploiement du système : de l'hôpital vers le soin à domicile

Au début des années 1990, la Suède connaît une crise grave (chômage élevé, déficits publics importants) et elle souhaite se préparer pour rentrer dans l'Union européenne et respecter les critères économiques de Maastricht. Une cure d'austérité est imposée à l'État-providence, et notamment au système de santé. Dans ce cadre, les subventions de l'Etat aux *Landstings* ne sont pas augmentées, et une réforme importante va modifier les responsabilités des *Landstings* et des municipalités, afin de pousser chacun à améliorer les performances du système et à faire des économies.

Si des marges importantes de manœuvre ont été donné depuis 1982 aux *Landstings* pour gérer à leur manière les politiques de santé, une grande réforme a imposé un bouleversement profond pour tous en 1992, la réforme Ädel. Celle-ci a transféré des comtés vers les municipalités la

responsabilité financière des soins non médicaux aux personnes « dépendantes » (traitements de base, prévention, soins courants, rééducation), ayant besoin de soins quotidiens, notamment les personnes âgées dépendantes dont le nombre s'est considérablement accru au cours des années 1980. Il s'agissait tout d'abord de rapprocher les soins des patients et de favoriser les soins à domicile ; il s'agissait ensuite de responsabiliser financièrement les municipalités. Celles-ci devaient non seulement organiser et financer les soins non médicaux aux personnes, mais elles devaient également payer aux hôpitaux locaux des *Landstings* les frais engagés par les « *bed blockers* », c'est à dire par des personnes encore présentes dans les hôpitaux, qui ne nécessitaient plus de soins médicaux mais ne quittaient pas l'hôpital faute de trouver une place en maison de soins ou de pouvoir rentrer chez eux et bénéficier de soins à domicile ; il s'agissait enfin de lancer un mouvement de restructuration et de transfert des soins de l'hôpital vers les soins en ville (*primary care*) et les soins à domicile. L'idée était de faire faire des économies drastiques au système de santé non pas en simplement coupant dans les budgets, mais en redistribuant les ressources et les activités. Il s'agissait de profiter de la nécessité de faire des économies pour améliorer la productivité du système et le réorienter d'un système centré sur l'hôpital vers un système centré sur les soins primaires et les soins à domicile.

Les restructurations opérées en Suède au cours des années 1990 sont impressionnantes au regard des comparaisons internationales. Elles ont permis de combiner contrôle des coûts et restructuration du système. En effet, la part de l'hôpital dans le système a considérablement été réduite afin de concentrer l'activité hospitalière sur les soins spécialisés et les soins très aigus et de dispenser les soins quotidiens au plus près des individus, dans un cadre moins coûteux et pathogène. Ainsi, 45% des lits d'hôpitaux ont été fermés au cours des années 1990 (contre 19% en France au cours de la même période), le système emploie aujourd'hui 20% de personnel en moins par rapport à 1990 (Molin, Johansson, 2004). Mais dans le même temps, les *Landstings* et les municipalités ont favorisés le développement des soins en maison de retraite et des soins à domicile, y compris des soins médicaux relativement complexes (comme l'opération de la cataracte).

La réduction de l'offre de soins hospitaliers est allée de pair avec un redéploiement des moyens vers les soins ambulatoires et surtout à domicile. Le nombre de lits hospitaliers a diminué, mais pas le nombre d'opérations effectuées, tandis que le nombre d'emplois d'infirmiers augmentait fortement. Il ne s'est donc pas agi d'offrir moins de soins, mais des soins différents, répondant mieux aux aspirations de la population et aux évolutions technologiques. Ce redéploiement a permis que les dépenses de santé soient stabilisées au cours de ces années : de 8,2% du PIB en 1990 à 8,4% du PIB en 2000 (alors que dans le même temps, les dépenses de santé passaient de 8,5 à 10,2% du PIB en Allemagne, et de 8,6 à 9,3% en France, et de 11,9 à 13,1% aux USA).

Les redéploiements effectués n'ont cependant pas totalement permis d'éviter un rationnement des soins qui continue de se traduire par des listes d'attente avant de pouvoir bénéficier de certains soins (non vitaux). L'augmentation de la productivité du système n'a pas complètement permis de compenser les réductions (ou stabilisations) budgétaires. Comme pour les autres systèmes nationaux de santé (notamment en Grande Bretagne) où le montant de l'argent consacré à la santé peut être décidé a priori par les autorités qui financent les soins, les mesures de contrôle des dépenses de santé se traduisent aussi par l'allongement des files d'attente, et donc par une insatisfaction forte des usagers du système.

Pour répondre à ces insatisfactions, le gouvernement et le Landstingsförbundet se sont mis d'accord pour développer des incitations à réduire les listes d'attente, aussi bien par le développement de la rémunération à la performance (qui vise à inciter les médecins à mieux

répondre aux demandes), que par des obligations de résultats édictées au moyen de normes de délais pour la prise en charge des soins. Ainsi, en 1992, un accord a prévu des délais garantis pour les soins dans 12 cas de soins spécialisés. Les patients qui ne pouvaient pas recevoir ces soins dans les trois mois après qu'ils aient été prescrits pouvaient choisir de changer de centre de santé ou d'hôpital et les *Landstings* étaient obligés de couvrir les frais. Ces garanties de soins ont été révisées en 1996, afin de mieux garantir l'accès aux soins de santé primaires et aux consultations de spécialistes. Un nouvel accord national a prévu que tout centre de santé doit fournir un premier contact (par téléphone ou une visite) au premier jour du contact pris avec ledit centre ; que si le premier contact n'est pas une consultation par un médecin et que celle-ci s'avère nécessaire, elle doit être offerte dans les huit jours ; et que si une visite chez un spécialiste est nécessaire, celle-ci doit être obtenue dans les trois mois suivants. Au début des années 2000, cet accord a été complété avec une garantie de traitement, statuant que si après la visite chez un spécialiste un soin spécialisé est prescrit, celui-ci doit être obtenu dans les trois mois suivants la prescription (accord mis en place en novembre 2005). Si les délais ne sont pas respectés, le patient a le droit de choisir un nouveau centre de santé ou un nouvel hôpital, sans avoir à payer de nouveaux frais (l'ensemble des charges nouvelles devant être payées par le *Landsting* concerné). C'est donc bien en essayant d'améliorer la productivité du système et on pas en offrant un système parallèle, privé et plus cher, pour ceux qui peuvent payer pour ne pas attendre que les Suédois cherchent à faire face à leurs difficultés.

Ainsi, depuis la fin des années 1990, le *Board of Health and Social Welfare* et le *Landstingsförbundet* conjuguent leurs efforts pour améliorer encore le système de santé, ce qui pose la question de la re-concentration de celui-ci, de nombreuses politiques étant désormais pilotée depuis le centre.

Vers une re-concentration du système ?

Qu'il s'agisse de politiques de santé ou de bien d'autres domaines, les politiques de décentralisation suivent souvent un mouvement de pendule dans les Etats unitaires comme la France ou la Suède, qui attachent une grande importance à l'égalité de traitement des citoyens. La décentralisation et l'autonomisation des gouvernements locaux débouchent le plus souvent sur des trajectoires locales différenciées, et donc des inégalités entre territoire. Dès lors, les périodes d'intense décentralisation sont souvent suivies de période de re-concentration, au moins pour la redéfinition de règles communes qui garantissent l'égalité de traitement des citoyens. Il semble que depuis le début des années 2000, la Suède soit engagée dans ce mouvement de retour de balancier vers le centre, après plusieurs décennies de forte décentralisation des politiques de santé.

En effet, depuis le début des années 2000, le gouvernement national tout comme la fédération des comtés (*Landstingsförbundet* fusionné avec le *Kommunförbundet* pour devenir le SKL, *Sveriges Kommuner och Landsting*, fin 2004) cherchent à donner au système de santé suédois des règles communes de fonctionnement, afin d'harmoniser les politiques menées et d'éviter de trop grandes disparités entre les régions, sources d'inégalités entre les citoyens. On peut ainsi rappeler que des règles communes ont été fixées pour les listes d'attente, un accord national étant trouvé au début des années 2000 pour les garanties de traitement. De même, la loi *stopplagen* adoptée en 2001 a cherché à mettre un frein aux politiques locales de privatisation d'hôpitaux.

De plus en plus, les objectifs des politiques de santé sont définis au niveau central (gouvernemental et/ou de la fédération). Ainsi, face aux disparités territoriales (mais aussi sociales), un rapport a été publié en 2000 : « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique », qui a débouché sur l'adoption d'une loi en 2003

définissant onze grands objectifs pour réduire les inégalités de santé les plus criantes (concernant le contexte économique et social des individus, leur environnement - condition de travail-, et comportements – nourriture, exercice physique, comportements à risques... et aussi visant à rendre les services de santé des « promoteurs actifs de bonne santé »). Adopté au début des années 2000, l'accord entre le Board of Health and Social Welfare et le Landstingsförbundet intitulé « National action plan » (*Nationella handlingsplan*) est aussi marqué par une volonté de soumettre les financements nationaux aux *Landstings* à des orientations définies au niveau national, notamment en matière de prévention et d'accès aux soins primaires.

On voit le même type de tendance en matière de politique du médicament. En 1996, une réforme similaire à celle de la réforme Ädel avait été mise en place en matière de médicament. Jusqu'en 1996, l'Etat prenait en charge le financement des médicaments délivrés en soins ambulatoires. Afin de stopper la croissance très forte de la consommation de médicaments en Suède (+115% entre 1990 et 2002, - OCDE, 2005, p.120), les Landstings ont été rendus progressivement responsables du financement et de l'usage (prescription, distribution, consommation) des médicaments. Cependant, en 2001, une nouvelle agence nationale *National Pharmaceutical Benefit Board* a été mise en place, re-concentrant par là la définition des mêmes règles pour tous. Cette agence décide quels médicaments seront pris en charge par le système et à quel prix, tout en suggérant et étudiant des traitements alternatifs. L'agence travaille aussi à développer de très fortes incitations au remplacement d'un médicament par son équivalent moins cher, notamment par un médicament générique, dont l'usage est fortement développé en Suède.

Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé, en 2012 (en %)

| | | | |
|-------------|------|------------|------|
| Norvège | 85,0 | Allemagne | 76,7 |
| Danemark | 85,8 | Belgique | 75,2 |
| Royaume-Uni | 84,0 | Espagne | 73,0 |
| Suède | 81,3 | Canada | 70,1 |
| Japon | 82,1 | Grèce | 67,1 |
| France | 77,4 | Portugal | 65,0 |
| Italie | 77,3 | États-Unis | 47,6 |

Source : OCDE, 2014.

Tableau 2. – État de santé de la population

| | <i>Espérance de vie à la naissance en 2012 (femmes)</i> | <i>Espérance de vie à la naissance en 2012 (hommes)</i> | <i>Mortalité infantile en 2012 (1)</i> | <i>Nombre d'années potentielles de vie perdues pour les femmes en 2012 (2)</i> | <i>Nombre d'années potentielles de vie perdues pour les hommes en 2012 (2)</i> |
|-------------|---|---|--|--|--|
| Allemagne | 83,3 | 78,6 | 3,3 | 2 108 | 3 766 |
| Canada | 83,6 | 79,3 | 4,8 | 2 333 | 3 675 |
| Danemark | 82,1 | 78,1 | 3,4 | 2 270 | 3 551 |
| Espagne | 85,5 | 79,5 | 3,1 | 1 728 | 3 389 |
| États-Unis | 81,1 | 76,3 | 6,1 | 3 447 | 5 814 |
| France | 85,4 | 78,7 | 3,5 | 2 195 | 4 509 |
| Grèce | 83,4 | 78,0 | 2,9 | 1 969 | 4 235 |
| Italie | 84,8 | 79,8 | 2,9 | 1 807 | 3 257 |
| Japon | 86,4 | 79,9 | 2,2 | 2 030 | 3 525 |
| Norvège | 83,5 | 79,5 | 2,5 | 1 891 | 3 164 |
| Pays-Bas | 83,0 | 79,3 | 3,7 | 2 235 | 3 112 |
| Royaume-Uni | 82,8 | 79,1 | 4,1 | 2 537 | 3 992 |
| Suède | 83,6 | 79,9 | 2,6 | 1 863 | 2 963 |

(1) Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes.

(2) Nombre d'années potentielles de vie perdues avant 70 ans pour 100 000 habitants. Un décès à l'âge de 5 ans représente 65 APVP ; un décès à 60 ans représente dix APVP.

Source : OCDE, 2014.

Évolution des dépenses de santé

| | <i>Dépenses totales de santé en pourcentage de PIB</i> | | | | | | <i>Dépenses de santé totales par habitant*</i> | |
|-------------|--|------|------|------|------|------|--|-------|
| | 1980 | 1990 | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| Italie | 7,0 | 7,7 | 8,0 | 8,9 | 9,3 | 9,2 | 3 035 | 3 209 |
| Norvège | 7,0 | 7,6 | 8,4 | 9,0 | 9,8 | 9,3 | 5 348 | 6 140 |
| Grèce | 5,9 | 6,7 | 8,0 | 9,7 | 10,6 | 9,3 | 3 106 | 2 409 |
| Royaume-Uni | 5,6 | 5,9 | 7,0 | 8,2 | 9,8 | 9,3 | 3 379 | 3 289 |
| Espagne | 5,3 | 6,5 | 7,2 | 8,3 | 9,6 | 9,4 | 3 076 | 2 998 |
| Portugal | 5,1 | 5,7 | 8,8 | 10,4 | 10,8 | 9,5 | 2 697 | 2 457 |
| Suède | 8,9 | 8,2 | 8,2 | 9,1 | 9,9 | 9,6 | 3 711 | 4 106 |
| Japon | 6,4 | 5,8 | 7,6 | 8,2 | 9,5 | 10,3 | 3 035 | 3 649 |
| Canada | 7,0 | 8,9 | 8,8 | 9,8 | 11,4 | 10,9 | 4 317 | 4 602 |
| Danemark | 8,9 | 8,3 | 8,7 | 9,8 | 11,5 | 11,0 | 4 385 | 4 698 |
| Allemagne | 8,4 | 8,3 | 10,4 | 10,8 | 11,7 | 11,3 | 4 225 | 4 811 |
| Suisse | 7,4 | 8,2 | 10,2 | 11,2 | 11,4 | 11,4 | 5 135 | 6 080 |
| France | 7,0 | 8,4 | 10,1 | 11,2 | 11,7 | 11,6 | 3 930 | 4 288 |
| Pays-Bas | 7,4 | 8,0 | 8,0 | 9,8 | 11,9 | 11,8 | 4 886 | 5 099 |
| États-Unis | 9,0 | 12,4 | 13,7 | 15,8 | 17,7 | 16,9 | 7 990 | 8 745 |

* En dollars US, parité de pouvoir d'achat
Source : OCDE, 2014.

III. Le système de retraite suédois

En 1913, la Suède met en place un système d'assurance vieillesse. Après la seconde guerre mondiale, le système devient universel : il s'agit de la « retraite du peuple » qui garantit à tous un revenu minimal à la retraite.

Afin de garantir aux retraités un revenu qui se rapproche de leur revenu d'activité, en 1959, la Suède va ajouter au système de base un deuxième étage (ou pilier), à savoir un système public d'assurance-vieillesse obligatoire, unique, financé en répartition par des cotisations sociales et délivrant des prestations liées au revenu antérieur des assurés.

En 1969, La Suède crée un dispositif pour les retraités pauvres : le supplément de retraite pour faibles revenus.

Jusqu'à la réforme de 1998, Le système de retraite suédois était donc fondé sur plusieurs étages : un premier pilier universel (éventuellement complété par un revenu minimum sous condition de ressources pour les plus démunis), servant à tous une retraite de base forfaitaire après 30 ans de cotisation, puis un deuxième pilier contributif, financé en répartition, dont le montant de la pension était calculé sur les quinze meilleures années de revenus et un troisième pilier, formé des retraites d'entreprise, financées en capitalisation et un éventuel complément individuel fondé sur l'épargne individuelle. Le troisième pilier, non concerné par la réforme de 1998, est fondé sur les accords d'entreprise. Il concerne actuellement 90 % des employés. Les cotisations se situent entre 2 et 5 % du salaire. Les retraites payées au titre de ces régimes constituent à présent 14 % du total des pensions et permettent surtout aux plus aisés de compléter leurs retraites de base. La plupart des régimes professionnels étaient à prestations définies au début des années 2000, mais un nombre croissant est passé en régime à cotisations définies. La transformation majeure concerne cependant les deux premiers piliers du système.

La grande réforme de 1998 : la mise en place de comptes notionnels

Discutée dès 1984, véritablement lancée en 1994, la réforme du système de retraite suédois a été adoptée en juin 1998. Elle met en place un nouveau système à financement mixte, à cotisations définies.

Les retraites de base autrefois universelles ont été remplacées par une « pension garantie » visant à compléter, si elles sont insuffisantes, les ressources des personnes âgées de plus de 65 ans, ayant résidé au moins 40 ans en Suède. La pension garantie équivaut à environ un quart du salaire moyen brut (soit environ 850 € par mois en 2012). Au-delà de ce seuil, la pension garantie continue de compléter les revenus, mais à un taux dégressif, de façon à éviter tout effet de seuil et les désincitations à travailler (sans ce mécanisme, les personnes ayant cotisé pour une retraite au montant proche du seuil toucheraient autant qu'une personne n'ayant pas du tout cotisé). La revalorisation de cette retraite minimale est indexée sur les prix, ce qui signifie à terme une augmentation moindre que celle des salaires ou des retraites contributives.

L'étage bismarckien du système suédois a été profondément réformé sur la base de trois principes : la fixation d'un taux maximum de cotisations à 18,5 %, l'établissement d'un lien actuariel individualisé entre cotisations et prestations, la mise en place d'un financement mixte (répartition et capitalisation) des retraites.

Le nouveau système public obligatoire est financé par cotisations sociales calculées sur 93 % des revenus des salariés (salaires et avantages liés à l'exercice d'une activité économique, mais aussi prestations maladie, chômage ou familiales). Sur les 18,5 % de cotisations, 16 points sont affectés à un « compte notionnel » individuel. Il s'agit d'un compte individuel fictif où sont comptabilisées les cotisations versées tout au long de la carrière des individus (son fonctionnement est similaire à celui des régimes complémentaires français par points). L'argent des cotisations continue cependant de servir à financer les retraites actuelles. Les 2,5 points de cotisations restants sont versés à un compte individuel fonctionnant, lui, réellement par capitalisation. Le système public en charge de ces pensions délègue la gestion de ces fonds, au choix du cotisant, à des établissements de placement publics (garantissant des placements sans risques mais peu rémunérateurs) ou privés (aux rendements plus risqués). C'est l'établissement public qui prélève les 2,5 % de cotisations et verse lui-même les rentes issues des placements afin d'éviter des frais de gestion trop élevés. Des cotisations fictives sont versées par l'État pour les périodes où les individus ne cotisent pas (années d'études, congés parentaux, service national, cessation anticipée d'activité).

La retraite peut être prise à partir de 61 ans, sans limite d'âge supérieure. Au moment du départ en retraite, le montant de la pension de retraite financée en répartition (*inkomstpension*), issue des 16 % de cotisation versée au compte notionnel, est calculé en fonction du montant des cotisations accumulées, de l'espérance de vie de la cohorte à laquelle appartient le retraité et de l'âge de départ en retraite (plus la personne part tard, plus le montant de la retraite sera élevé). Le montant de la partie financée en capitalisation (*premiépension*) dépend quant à lui du montant de cotisations accumulées et des rendements offerts par les fonds de placement choisis par l'assuré (variables selon les risques pris par les investisseurs). Le montant de la pension mensuelle totale issue du système public sera d'autant plus bas que la période estimée de paiement sera plus longue. Ce système doit ainsi permettre d'inciter les Suédois à prendre leur retraite le plus tard possible tout en leur laissant le choix de partir relativement tôt, au prix d'une pension plus basse.

Le nouveau système de retraite doit s'autofinancer : le montant des prestations doit être équivalent au montant des cotisations. Ainsi, le principe actuariel régit le rapport individuel entre cotisations et prestation : le cumul des pensions versées au cours de la retraite doit être égal aux droits accumulés jusqu'au départ à la retraite. Calculée en fonction du montant des cotisations versées et de l'espérance de vie, la pension est revalorisée en suivant l'évolution des salaires et des prix (la revalorisation est égale à l'augmentation des salaires moins 1,6 %, ce qui la rapproche de l'évolution de l'inflation). Du fait de ce mode de revalorisation relativement faible, le montant de départ de la pension est plutôt élevé, ce qui favorise les personnes ayant une espérance de vie plus faible.

Au niveau global du régime, un même principe a été posé : le montant total des pensions à verser ne doit pas excéder le montant global des cotisations versées. Afin d'assurer ce principe, un mécanisme d'ajustement automatique des pensions a été institué en 2000, qui se déclenche quand le montant des prestations à verser devient supérieur au montant des cotisations globales accumulées (et des fonds de réserve) et implique à la fois une revalorisation plus faible des droits accumulés sur le compte notionnel, et des retraites elles-mêmes (dont le calcul de revalorisation est lié au précédent).

Chaque personne assurée doit obtenir des informations annuelles sur ses droits acquis et sur le montant projeté de sa pension : tous les ans, le système public envoie aux assurés un document (dans une « enveloppe orange ») les informant du montant des droits qu'ils ont

accumulés jusqu'à présent et leur présente un calcul prévisionnel du montant de leur retraite. L'information porte aussi sur l'état financier global du système. La transparence du système doit permettre à chacun de prendre ses décisions en matière d'âge de départ à la retraite et d'épargne personnelle. Cette transparence a constitué un élément essentiel pour obtenir le soutien des salariés à cette réforme.

En 2010, du fait de la crise, le montant des retraites a baissé, à la fois parce que les prix ont baissé en 2009 par rapport à 2008, et parce que le montant des cotisations reçues a fortement baissé (du fait de la stagnation de la masse salariale et de la montée du chômage), déclenchant alors pour la première fois le mécanisme d'ajustement automatique. La baisse de l'indice des prix a impliqué une baisse de 0,9 % de la pension garantie. Le déclenchement du mécanisme d'ajustement automatique a signifié une baisse de 1 à 3 % des pensions liées au salaire (la baisse étant d'autant plus élevée que le montant de la retraite est élevé). Certains verront dans cette baisse des retraites en période de crise une atteinte au pouvoir d'achat des retraités, d'autres la preuve de la solidarité générale du système de retraite, qui demande aux retraités actuels de prendre une part des conséquences de la crise actuelle. Cette baisse « automatique » du montant des retraites a cependant soulevé bien des débats en Suède. Pour la compenser, le Gouvernement a décidé d'augmenter les abattements d'impôts accordés aux personnes âgées et d'augmenter les aides au logement, favorisant ainsi les personnes touchant les retraites les plus basses, qui ont vu leur revenu disponible quand même augmenter en 2010 par rapport à 2009.