Vers la fin du modèle suédois?
Une étude des réformes des politiques d’éducation et de santé

par
Anne Lachance

Département de science politique
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l’obtention du grade de Maîtrise ès sciences
En science politique

Mai 2014

© Anne Lachance, 2014
Résumé


Abstract

The goal of this Master’s thesis is to identify the nature of the social policy reforms in Sweden between 1988 and 1998, in order to understand the current Swedish model better. Using three criteria inferred from Peter Hall’s typology of policy change, the author analyzes policy reforms in the compulsory education and healthcare sectors in order to whether a paradigm shift has occurred or not. The conclusion is negative: the social equality and universalism paradigm was indeed contested during the 1990s, but was still actively promoted by the social-democratic government at the end of the decade. The reforms were thus identified as only changes to policy instruments, characterized as second order changes in the typology. However, the cumulative effect of these changes undermined the Sweden model during the next decades. The consequences of the instrument changes thus became anomalies that now threaten the paradigm.

Keywords: Sweden, Swedish model, public policy, social policy, welfare state, 1990s.
# Table des matières

Résumé .................................................................................................................................................. i
Abstract.................................................................................................................................................. ii
Remerciements ...................................................................................................................................... v
Introduction.......................................................................................................................................... 1

Chapitre premier : comprendre le changement en Suède ................................................................. 5
  Revue de la littérature ......................................................................................................................... 5
    *Le modèle suédois* ............................................................................................................................. 5
    *Les années 1988-1998 en Suède, une ère de changements* ......................................................... 11
  Cadre théorique ................................................................................................................................... 18
  Grille d'analyse et méthode .............................................................................................................. 21

Chapitre 2 : Les réformes des politiques d’éducation ...................................................................... 24
  Les politiques d'éducation obligatoire en Suède : 1842-1988 ......................................................... 25
  Une ère de réformes 1988-1996 ........................................................................................................ 28
  Politiques d’éducation en Suède : y a-t-il eu un changement de paradigme? ................................. 30
    *Des réformes controversées impliquant de nombreux acteurs* ................................................. 30
    *Quel était l’objectif primordial des politiques d’éducation avant les réformes?* ................. 38
    *L’objectif primordial a-t-il été transformé?* .............................................................................. 41
  Conclusion .......................................................................................................................................... 47

Chapitre 3 : Réformes des politiques de santé ............................................................................... 49
  Les politiques de santé en Suède 1813-1989 .................................................................................. 49
  Politiques de santé en suède : y a-t-il eu un changement de paradigme? ..................................... 55
    *Des réformes controversées impliquant de nombreux acteurs* .............................................. 56
    *Quel était l’objectif primordial des politiques de santé avant les réformes?* .................... 62
    *L’objectif primordial a-t-il été transformé?* ............................................................................ 65
  Conclusion .......................................................................................................................................... 68
Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de recherche, Jane Jenson, qui a accepté de diriger ce projet et qui m’a aidée à le mener à bien. Merci pour votre confiance, votre soutien et vos critiques toujours justes et constructives. J’ai beaucoup grandi et appris grâce à vous.

Je souhaite également remercier les professeurs du Département de science politique de l’Université de Montréal, qui m’ont insufflé l’envie d’en savoir plus et inculqué la rigueur nécessaire pour y parvenir. Plus particulièrement, je dois souligner les contributions de Christine Rothmayr et de Frédéric Mérand, qui m’ont aidée à acquérir les connaissances et compétences nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

Je dois également remercier mes collègues et amis, qui m’ont soutenue et supportée dans tout ce processus. Je pense d’abord aux membres de la Chaire de recherche en citoyenneté et gouvernance, qui ont commenté une version préliminaire des deux premiers chapitres de ce mémoire. Merci aussi aux copains de l’aquarium pour le soutien moral, vous êtes tous merveilleux.

Enfin, j’ai une pensée pour les camarades, plus particulièrement Julien, Philippe et Sophie, qui partagent mes joies et mes peines, mes succès et mes déboires, depuis presque toujours et pour ma famille, sans qui rien ne serait possible.
Introduction

Le 20 janvier 2014, à l’issue des travaux de la commission d’enquête chargée en 2012 d’évaluer les effets des « politiques de libre-choix » dans les secteurs de la santé, de l’éducation et des services sociaux en Suède, Peter Norman, ministre des Marchés financiers dans le gouvernement de coalition de droite, émettait quelques doutes au sujet de ces politiques controversées : « La politique du gouvernement vise à promouvoir la liberté de choix et une diversité de fournisseurs en santé et en éducation. Cependant, la qualité de nos systèmes de santé et d'éducation devrait dépendre de nos choix personnels et pas des exigences du marché » (Norman 2014). Le texte du ministre, publié dans les grands quotidiens, faisait référence aux scandales qui ont marqué l'actualité suédoise au cours des dernières années, plus particulièrement à la faillite d'une chaîne d'écoles indépendantes qui a laissé 10 000 élèves dans l'incertitude au mois de mai 2013 et à la baisse de la qualité des soins dans certaines cliniques gérées par le privé à Stockholm (Norman 2014). Pour autant, si la mise en place d'un encadrement plus strict des entreprises privées œuvrant dans ces secteurs est à l'étude, restreindre le libre-choix en matière de services sociaux ne serait pas envisageable :

Les gouvernements de différentes couleurs ont ouvert l’économie dans les années 1990 et au début des années 2000 afin de renforcer l'efficacité et la capacité des individus de choisir leur éducation, leurs soins de santé et leurs services sociaux. [...] peu de gens peuvent imaginer un retour à un système avec moins d'accessibilité et de choix (Norman 2014).

---

1 Sauf indication contraire, les citations en français dans le texte sont traduites librement du suédois par l’auteure. Les citations originellement en anglais ont été laissées telles quelles.

2 Une école est appelée « indépendante » lorsqu’elle est financée par le secteur public, mais gérée par un groupe privé. Parmi les gestionnaires de ces écoles, on retrouve tant des comités de parents, des professeurs promouvant une approche pédagogique particulière, des groupes religieux, des organismes à but non-lucratif ou bien, le plus souvent, des entreprises privées (Ekonomifakta 2013).
En effet, force est de constater l’importance centrale qu’ont pris les alternatives privées en matière de services sociaux en Suède depuis les réformes du secteur public des années 1990. Entre 1995 et 2013, le nombre d’enfants suédois fréquentant une école indépendante est passé de 15 000 à 120 000, soit d’environ 2% des élèves à près de 14% d’entre eux (Ekonomifakta 2014b). Dans le secteur de la santé, toujours en 2013, 40% des visites pour des soins primaires ont eu lieu dans des centres médicaux privés, établissements dont la création a été autorisée au milieu des années 1990 (Norman 2014).

Si les réformes du secteur public et de l’État-providence en Suède ont effectivement amélioré la capacité des citoyens de choisir leurs soins de santé et l’éducation de leurs enfants, nous pouvons toutefois nous interroger sur les effets de ces réformes sur le modèle suédois, caractérisé dans la littérature par l’institutionnalisation des valeurs d’universalisme et d’égalité sociale. Les recherches menées sur le sujet ont eu des résultats contrastés : alors que certains affirment que les changements amenés par les réformes des années 1980 et 1990 ont été pour ainsi dire cosmétiques, d’autres avancent en revanche que le modèle aurait été transformé en profondeur pendant cette période. Quoiqu’il en soit, les auteurs expliquent difficilement quel type de changement a eu lieu à l’époque. Le modèle suédois, tel que décrit dans la littérature, existait-il toujours à l’issue des réformes du secteur public et de l’État-providence des années 1980-1990? S’est-il simplement adapté à un nouveau contexte économique et social ou a-t-il réellement disparu?

Ce mémoire a pour principal objectif de clarifier les changements survenus dans les politiques sociales en Suède entre la fin des années 1980 et l’aube du nouveau millénaire, ce
qui permettra de jeter un nouvel éclairage sur le modèle suédois actuel. Plus largement, il s’intéresse à l’adaptation des politiques sociales des États-providence sociaux-démocrates au contexte économique et politique de la fin du 20\*e siècle et s’interroge sur la place de valeurs comme l’égalité sociale et l’universalisme dans ces changements.

L’étude d’un cas précis permettra de produire une analyse détaillée et de rendre compte d’apprentissages, à partir de ce cas, sur le changement en matière de politiques sociales. La Suède est un cas intéressant en raison du caractère emblématique que ses politiques ont acquis depuis 1960. Juste avant la période de notre étude, Esping-Andersen écrivait: « it is almost always the case in comparative studies that Sweden scores highest on any given welfare-state attribute (expenditure, egalitarianism, generosity, etc.) » (Esping-Andersen 1990, 114). En outre, la polarisation qui marque les études sur les changements mis en œuvre à l’époque suscite l’intérêt. La question de recherche qui orientera ce mémoire est la suivante : quelle est la nature du changement mis en place dans les politiques sociales suédoises entre 1988 et 1998?

Afin de répondre à cette question, deux types de réformes seront analysés : les réformes des politiques d'éducation obligatoire et les réformes des politiques de santé. L'éducation et la santé représentent les pôles les plus importants de dépenses sociales de l'État suédois (Svenska Regeringen 2013). Ces politiques, élaborées au cours des années 1950 et 1960, sont au cœur de ce que Bo Rothstein (1994) nomme la « solution standardisée de haute qualité », qui est au fondement du soutien de la population suédoise envers les politiques de l'État-providence (Blomqvist 2004, 144). De plus, comme il sera démontré dans les prochains

Le présent mémoire est divisé en quatre chapitres. Dans le premier chapitre, la revue de la littérature est établie et le cadre théorique et la méthodologie mobilisés sont présentés. Dans le second chapitre, le changement dans les politiques d'éducation entre 1988 et 1998 est détaillé et analysé. Le troisième chapitre se concentre sur les réformes des politiques de santé durant la même période. Enfin, dans le quatrième chapitre, les conséquences actuelles des changements mis en place en éducation et en santé au cours des années 1980 et 1990 sont présentées, avant de développer sur les conclusions et contributions de ce mémoire.

\(^3\) Une liste des partis au pouvoir et des premiers ministres suédois entre 1932 et 2014 se trouve à l’Annexe I.
Chapitre premier : comprendre le changement en Suède

Afin de clarifier la nature des changements apportés au modèle suédois par les réformes des années 1980 et 1990, ce premier chapitre précise par une revue de la littérature les caractéristiques fondamentales du modèle suédois. Par la suite, le contexte des réformes des politiques sociales, leur teneur et le débat théorique qui les entoure seront développés. Enfin, dans la dernière partie de ce chapitre, le cadre théorique, l’hypothèse et la méthode utilisée seront présentés.

Revue de la littérature

Le modèle suédois

Il est possible d’identifier plusieurs éléments distinctifs du modèle suédois; Milner (2011) par exemple, en identifie sept. Toutefois, l'idée selon laquelle il est possible de concilier un État social universaliste et généreux avec un secteur privé performant, mise de l'avant pour la première fois par Marquis Childs en 1936, est réellement au centre du modèle : « The gist of the model is a combination of the public and the private sectors involving market institutions in the private sector and large-scale welfare state spending in the public sector » (Lane 1995, 580). C'est la résolution pragmatique du conflit entre économie de marché performante et protection sociale des citoyens qui a catalysé l'intérêt des chercheurs et politiciens depuis plusieurs décennies (Huteau et Larrauffie 2009, 26). Le modèle suédois s’est
graduellement développé à partir des années 1930 et sa construction s’est achevée au cours des années 1970 (Weir et Skocpol, 1985, 147).

La dimension économique du modèle suédois est caractérisée par les relations particulières qu’entretiennent les syndicats, les employeurs et l’État (Samuelson 1988, 368). En 1938, les Accords de Saltsjöbaden mettent de l’avant un nouveau mode de résolution des conflits de travail en Suède : l’Association suédoise des employeurs (SAF) négocie directement les ententes en ce qui a trait aux conditions de travail de leurs employés avec le principal syndicat suédois de l’époque, Landsorganisationen (LO), sans intervention du gouvernement (Davidson 1989, 137). Dans The Limits of Social Democracy: Investment Politics in Sweden, Jonas Pontusson détaille la teneur de ces accords :

The first settlement was codified in the Basic Agreement signed by LO and the employer’s federation, SAF, at Saltsjöbaden in 1938, which set out detailed procedures for collective bargaining and for resolving contract disputes. By signing the Basic Agreement, LO explicitly assumed responsibility for maintaining labor peace and implicitly accepted SAF’s requirements that any collective bargaining agreement signed by one of its affiliates must proclaim management’s prerogative to hire and fire workers and to direct them at work. In return, the employers dropped their demands for legal restrictions on union organization and the right to strike. Both LO and SAF looked to joint regulation as a way to pre-empt state intervention in collective bargaining (Pontusson 1992, 38-39)

Ces accords marquent le début d’une ère de coopération et de consensus entre les syndicats et les employeurs, qui s’étaient opposés, parfois violemment, au cours des grandes grèves des années 1920 et du début des années 1930 (Hadenius 1997, 49).

Le modèle de régulation économique de Rehn-Meidner, proposé au début des années 1950, pose les bases de la politique économique suédoise pendant plusieurs décennies et
First, fiscal policy was to be restrictive rather than countercyclical, because a policy of general reflation would simply produce inflated profits and wage drift. [...] Second, despite profit capping, wages still had to be controlled, so Rehn and Meidner proposed the solidarity wage; that is, unions would operate a centralized wage policy that stressed the principle of equal pay for equal work across sectors. [...] The third element of the model, an active labor-market policy, was designed to make profit capping and the solidarity wage more effective by promoting labor mobility through supply-side training, relocation, and investment programs (Blyth 2001, 6-7).
participation, (3) a large public service production sector – more or less a monopoly – in the spheres of health, education and social services, (4) significant public regulation and subsidies in such areas as agriculture and housing, and (5) a system of extensive resource extraction – i.e. Taxation – to finance this public household (Olsson 1990, 26).

À ces différents types de politiques s'ajoutent d'autres programmes plus ciblés, qui s'adressent à différents groupes dans le besoin et dont la portée est de moindre importance (Olsson 1990, 27).

Centrale dans la création des programmes sociaux suédois est l'idée de *folkhem*, ou « maison du peuple », conceptualisée pour la première fois par le Premier ministre Per Albin Hansson en 1928 :

> The good home does not recognize anyone as privileged or misfavored; it knows no special favorites and no stepchildren. There no one looks down on anyone else, there no one tries to gain advantage at another’s expense, and the stronger do not suppress and plunder the weaker. In the good home equality, consideration, cooperation, and helpfulness prevail. Applied to the great people’s and citizen’s home this would mean the breaking down of all the social and economic barriers that now divides citizens into rulers and dependents, into rich and poor, the glutted and the destitute, the plunderers and the plundered (Hansson 1928 cité dans Tilton 1988, 411-412).

Plus concrètement, le *folkhem* a deux mandats centraux : garantir le plein emploi et assurer l’existence d’un État-providence universaliste (Daune-Richard et Mahon 1999, 147). Les politiques universelles étaient d’abord essentiellement soutenues par l’alliance des ouvriers et des fermiers, comme l’explique Walter Korpi :

> Dans les pays nordiques, les partis politiques auxquels donnaient leurs voix les agriculteurs indépendants, qui formaient une catégorie professionnelle importante, ont fait pression pour obtenir des programmes assurance sociale destinés non seulement aux ouvriers de l’industrie mais aussi au monde
agricole. C’est ainsi que le premier système de retraite de type universel été créé en Suède dès 1913 (Korpi 1995, 638)\(^4\).

Toutefois, la qualité des services publics universels lui garantit éventuellement le soutien de la classe moyenne :

The welfare components of the people’s home were also designed to make it attractive not only to its earlier inhabitants of blue-collar workers and farmers but also to the burgeoning category of white-collar workers. Thus, the people’s home would achieve such quality that even the better paid white-collar workers would call it their own (Daune-Richards et Mahon 2001, 150).

Outre la réconciliation des intérêts des différentes classes sociales, ces politiques universelles de haute qualité avaient également pour objectif de bâtir une identité collective (Esping-Andersen 1985, 147; Olsson 1990, 26).

Au-delà de la quantité de programmes, des domaines où ils sont implantés et du niveau des prestations, c'est l'objectif global qui sous-tend les politiques sociales en Suède qui est déterminant :

Equal levels of social expenditures may blind us to critical differences in the institutional makeup of welfare systems. High rates of social expenditures do not necessarily imply generosity of commitment to effective social citizenship rights – they may simply mirror a nation’s incapacity to deal effectively with such social problems as large-scale unemployment and persistent poverty (Esping-Andersen 1985, 145).

Pour Esping-Andersen (1985), trois buts sous-tendent « l’État de citoyenneté sociale » suédois : celui de bâtir une solidarité entre les classes sociales grâce aux politiques universelles, celui de protéger les travailleurs des dangers du marché (décommodification) et

\(^4\) Texte original en français.
enfin celui, fondamental, de rendre la société plus égalitaire. Blomqvist (2004) abonde dans le même sens : « The Swedish welfare state, as developed after the Second World War, was designed not only to protect its citizens from income loss due to ill health, old age or other misfortunes, but to create a new society, based on the values of social equality and universal rights » (Blomqvist 2004, 139). Ainsi, la façon dont l'État-providence suédois a institutionnalisé les valeurs d'universalisme et d'égalité sociale est la caractéristique qui le distingue d'autres modèles : « As an alternative to means-tested assistance and corporatist social insurance, the universalistic system promotes equality of status. All citizens are endowed with similar rights, irrespective of class or market position. In this sense, the system is meant to cultivate cross-class solidarity, a solidarity of the nation » (Esping-Andersen 1990, 25).

En somme, le modèle suédois a deux dimensions principales : d'une part, il comprend une économie capitaliste dynamique où les entreprises, les syndicats et l'État coopèrent étroitement et d'autre part, un État-providence dont les politiques sociales poursuivent un objectif d'universalisme et d'égalité sociale. À partir de la fin des années 1980, le gouvernement suédois modifie le modèle : les relations entre le gouvernement, les employeurs et les syndicats seront transformées (voir par exemple Mahon 1999; Martin 2000) et plusieurs réformes des politiques publiques suédoises, plus particulièrement des politiques sociales, seront mises en œuvre. La suite de ce chapitre se concentrera sur les réformes des politiques sociales qui ont eu lieu entre 1988 et 1998. Le contexte des réformes, leur teneur et le débat théorique qui les entoure seront présentés.
Les années 1988-1998 en Suède, une ère de changements


5 Anciennement le Parti de droite.

Aux urnes, les Sociaux-démocrates sont défaits et remplacés par une coalition minoritaire des partis bourgeois sous la houlette du Parti modéré de Carl Bildt, qui a pour ambition de réformer en profondeur l’État suédois (Hadenius 1997, 166). Le gouvernement Bildt devra gérer la crise économique la plus grave que la Suède ait connue depuis la Grande Dépression des années 1930. À partir de 1991, le pays connaît une période de croissance négative (Lindbom 2001, 171). Le taux de chômage augmente dramatiquement, passant de 2,1% en 1990 à 12,5% en 1993 (Lindbom 2001, 171). En raison de la réduction des revenus de

les conséquences des changements mis en place au cours des années 1980-1990 seront développés dans le quatrième chapitre de ce mémoire.

**Les réformes des politiques sociales suédoises 1988 – 2000**

Les réformes qui ont eu lieu entre 1988 et 2000 ont touché plusieurs secteurs des politiques publiques suédoises et plus particulièrement l'État-providence. Les changements dans l’administration des services sociaux peuvent se classer en deux grandes catégories : les privatisations et les décentralisations (Premfors 1991). Les services publics ont été partiellement délégués au secteur privé dans plusieurs domaines : garderies, hôpitaux et soins de santé, éducation primaire et secondaire et soins aux personnes âgées (Baggesen Klitgaard 2007b, 173). De plus, pour les services de garderie ou de soins aux personnes âgées, il est décidé que les services seront prodigués selon le principe de l'utilisateur-payeur, malgré que les frais exigibles soient maintenus à un niveau relativement peu élevé (Green-Pedersen 2002, 278-279).


**Les réformes au modèle suédois : changement profond ou superficiel?**

Un débat important se dégage de la littérature sur ces réformes : d'un côté, certains avancent que les changements n'ont pas été déterminants et que le modèle suédois s'en sort indemne. C'est le cas de John Stephens dans son étude sur le retraitement des prestations sociales où il démontre que les coupures ont été très limitées (Stephens 1996). La conclusion de Duane Swank, après avoir mené une analyse quantitative de l'évolution des politiques sociales en Suède, est similaire :

> With respect to the other general question posed above – whether or not the sum of mid-1970s to mid-1990s reforms of the Swedish welfare state constitute a clear and substantial move to a more residual welfare state – again the answer is “no”. As the substantive material presented above and similar surveys
suggest, the Swedish model of comprehensive, universal and, generous social provision has generally been maintained (Swank 2002, 141).


The overall picture is therefore that although cuts were made in the 1990s they have not changed the basic character of the Swedish welfare state. [...] The Swedish welfare state became somewhat more liberal between 1980 and 1998, but this tendency seems to have been even stronger in the countries that already in 1980 were relatively liberal (Lindbom 2001, 187).

En 2002, Joakim Palme et al soutiennent un argument semblable à l'issue de leur étude fondée sur les travaux de la commission d'enquête chargée par le gouvernement suédois d'évaluer les effets des changements dans les politiques sociales au cours des années 1990 :

When it comes to social policy, the large number of changes that made provisions less generous is perhaps the most characteristic feature of the 1990s. Yet it would be misleading to conclude that the model has been abandoned. Universal social services and benefits, as well as earnings-related social insurance, still dominate the system (Palme et al. 2002, 344).

D’autres abondent dans le même sens et affirment que la libéralisation qui a eu lieu en Suède a pu se faire sans causer trop de dommages : « Importantly, liberalizations have taken place without a substantial retrenchment of the welfare state. Furthermore, the degree of political consensus on these reforms has been striking » (Bergh et Erlingsson 2009, 71). De façon similaire, selon Robert Cox (2004) les réformes n'ont pas altéré les valeurs de solidarité et d'égalité au cœur du modèle suédois. Sven Steinmo, dans une étude comparant l'évolution de
la Suède, du Japon et des États-Unis, va plus loin en affirmant que non seulement le modèle suédois existe toujours, mais que le secteur public et l’État-providence suédois sont devenus des atouts dans l’économie mondialisée actuelle :

In recent years, however, some people have come to believe that Sweden’s golden era is over; it was good while it lasted, they argue, but such a system cannot survive in a globalized and increasingly competitive world. [...] This chapter will demonstrate that those dire predictions are wrong. I do not suggest that we find no changes in Sweden – or that Sweden has not had to adapt to an increasingly integrated world economy. [...] To the surprise of many, however, it appears that the large public sector and extensive welfare state in fact offer the Swedes unique competitive advantages in this increasingly open and competitive world (Steinmo 2010, 31-32).

D’autres auteurs soutiennent, à la même époque, des conclusions diamétralement opposées. Paula Blomqvist (2004) estime, par exemple, que les réformes changent radicalement le modèle suédois, notamment en ce qui a trait aux services sociaux:

[…] far-reaching changes have taken place in the fashion in which social services are provided in Sweden. The previous system of public provision of uniform services, allocated through bureaucratic planning, has been profoundly transformed, replaced with a system where the choices of service users play a much bigger role, where private providers have re-established themselves (especially in bigger cities) and where relations between actors within the system are conducted in an increasingly market-like environment (Blomqvist 2004, 140-141).

Richard Clayton et Jonas Pontusson (1998) abondent dans le même sens. Pour eux, l’augmentation de la part du privé dans la prestation de services publics et les changements dans l’organisation de ces services constituent une transformation majeure du modèle. Dans un autre article, écrit en collaboration avec Ragnar Stolt et Ulrika Winblad, Blomqvist démontre que les changements survenus dans le système de soins aux personnes âgées depuis les réformes ont provoqué une baisse de qualité et de disponibilité des services (Blomqvist, Stolt

En contraste avec les positions extrêmes présentées plus haut, d'autres auteurs défendent une position plus modérée, comme Kimberly Earles, qui a étudié l'évolution des politiques familiales en Suède. Selon elle, les réformes des années 1990 ont apporté certains changements significatifs, mais les politiques familiales sont tout de même marquées par une certaine continuité (Earles 2011). De même, Jon Kvist et ses collègues, dans le livre Changing Social Equality: The Nordic Welfare Model in the 21st Century, concluent que certains changements importants ont eu lieu, mais que jusqu’à présent, ils ne remettent pas en question la survie du modèle suédois (Kvist et al. 2012).

Il n’existe dès lors pas de consensus sur la nature des changements issus des réformes des politiques publiques des années 1980-1990. Pour certains le changement est mineur, alors que pour d'autres le changement est au contraire très profond. La question de recherche présentée en introduction tient donc toujours : quelle est la nature du changement qui est survenu en Suède à cette période?

**Cadre théorique**

L’utilisation de la typologie développée par Peter Hall dans son article de 1993 « Policy Paradigms, Social Learning, and the State » est certainement une façon assez
classique d’apprécier le changement politique. D’autres classifications et explications ont été avancées depuis (par exemple Pierson 1996; Thelen 1999; ou Streek et Thelen 2005). Cependant, malgré son âge, la typologie de Hall demeure intéressante à bien des égards : elle permet de distinguer à la fois la mise en place d’ajustements mineurs ou modérés et de transformations institutionnelles rapides et radicales. De plus, elle explique comment se produit le changement politique et catégorise les différents niveaux de changements qui peuvent être apportés aux politiques publiques. Cette approche sera donc privilégiée afin de comprendre la nature du changement survenu en Suède.

Hall dégage trois éléments importants dans la conception de politiques publiques : « [...] we can think of policymaking as a process that usually involves three central variables: the overarching goals that guide policy in a particular field, the techniques or policy instruments used to attain these goals, and the precise settings of these instruments » (Hall 1993, 278). À partir de ces trois variables, il caractérise les différents types de changements qui peuvent transformer les politiques publiques.

Le changement de premier ordre se présente sous la forme de l’ajustement de certains paramètres d’une politique à la lumière de l’expérience passée et des prédictions futures. Toutefois, les objectifs primordiaux de la politique et les instruments pour les atteindre demeurent les mêmes (Hall 1993, 278). Les changements de premier ordre sont habituellement incrémentaux et routiniers. Ils sont fortement liés aux politiques antérieures : « Policy at time – 1 was deliberately formulated and justified in terms of the outcomes of policy at time – 0 »
Les changements de deuxième ordre sont marqués par l’introduction de nouveaux instruments de politique publique. Ces instruments ou techniques poursuivent les mêmes objectifs que ceux qu’ils remplacent (Hall 1993, 278). En effet, un nouvel instrument de politique publique est habituellement introduit en raison de l’insatisfaction croissante envers d’anciennes politiques (Hall 1993, 282). Les changements de deuxième ordre sont moins fréquents et plus déterminants que les changements de premier ordre : « Second order changes and the development of new policy instruments may move one step in the direction of strategic action » (Hall, 1993, 280).

Finalement, le changement de troisième ordre est marqué par la transformation radicale des objectifs ou des buts qui sous-tendent les politiques publiques, en plus de transformer les instruments utilisés pour les atteindre (Hall 1993, 279). Les objectifs des politiques publiques et la nature même des problèmes qu’ils tentent de résoudre trouvent leur source à l’intérieur d’un cadre interprétatif que Hall nomme le paradigme de politique publique :

More precisely, policymakers customarily work within a framework of ideas and standards that specifies not only the goals of policy and the instruments used to attain them, but the very nature of the problems they are meant to be addressing. Like a Gestalt, this framework is embedded in the very terminology through which policymakers communicate about their work, and it is influential precisely because so much of it is taken for granted and unamenable to scrutiny as a whole (Hall 1993, 279).

Dans le cas d'un changement de paradigme, le changement est plus politisé et controversé que dans les deux cas précédents. De plus, des acteurs à l’extérieur de la sphère administrative
prennent une place plus importante dans le processus d’élaboration des nouvelles politiques (Hall 1993, 287).

**Grille d'analyse et méthode**

Afin de comprendre la nature du changement qui a eu lieu entre 1988 et 2000 en Suède, l'hypothèse qui orientera la recherche dans les prochains chapitres est la suivante : **un changement de troisième ordre a eu lieu dans les politiques sociales suédoises entre 1988 et 1998, transformant de ce fait radicalement le modèle social suédois.**

Deux cas sont analysés afin de tester cette hypothèse, tel que mentionné dans l’introduction : les réformes des politiques d'éducation primaire et secondaire et les réformes des politiques de santé. Afin d'approfondir ces deux cas, l'analyse textuelle est la méthode privilégiée. La littérature des experts, les procès-verbaux des comités d’élaboration des politiques et des débats au parlement, les textes de lois, les manifestes électoraux, les programmes politiques et les discours des principaux acteurs sont utilisés dans cette analyse. Plus précisément, tous les manifestes électoraux et programmes des principaux partis depuis 1920 ont été lus ainsi que les textes de lois sur les différentes réformes. La recherche de procès-verbaux s’est effectuée à l’aide de mots-clés. Dans le cas de l’éducation, ont été lus tous les procès-verbaux entre 1988 et 2000 qui correspondaient aux mots-clés «éducation» (utbildning), «école(s) indépendante(s)» (friskola, friskolor) et «chèque-éducation» (skolpeng). Dans le cas de la santé, les mots-clés utilisés ont été «soins de santé» (hälsovård), soins pour les malades (sjukvård), «soins garantis» (vårdgaranti) et «médecin(s) de famille» (husläkare, husläkorna).
Trois critères inférés à partir de la typologie de Hall sont utilisés dans les prochains chapitres pour étudier les réformes de la fin des années 1980 et des années 1990 :

1. **Le changement qui est mis en place est controversé.**

   Hall présente les changements de premier et de second ordre comme routiniers et fortement liés aux résultats des politiques précédentes (Hall 1993, 280). Au contraire, le changement de troisième ordre est exceptionnel et controversé.

2. **Les acteurs impliqués dans le changement sont différents.**

   Dans le cas d’un changement de premier ordre comme dans celui d’un changement de second ordre, les acteurs impliqués sont habituellement des experts et des fonctionnaires, c’est-à-dire des acteurs à l’intérieur de la sphère administrative (Hall 1993, 278). Les acteurs sont plus variés s’il s’agit d’un changement de troisième ordre. Le rôle des experts et des fonctionnaires y est moins déterminant et plus contesté. D’autres acteurs, comme les politiciens et les médias, ont un rôle prépondérant dans le changement (Hall 1993, 287).

3. **L’objectif primordial de la politique est transformé.**

   Dans le cas des changements de premier et de second ordre, l'objectif primordial de l’ancienne politique est conservé (Hall 1993, 278). La nouvelle politique est en fait un nouveau moyen utilisé pour atteindre le même but et résoudre le même problème, souvent en réaction à l’inefficacité d’une politique antérieure (Hall 1993, 282). Dans le cas d’un changement de troisième ordre, la nouvelle politique poursuit un objectif différent afin de régler un nouveau problème (Hall 1993, 279).
À l'issue de cette analyse, il sera possible de construire des conclusions sur la nature des changements qui sont survenus en Suède dans les secteurs de l'éducation et de la santé entre 1988 et 1998. Dans le prochain chapitre, les réformes des politiques d’éducation seront analysées à la lumière des critères énoncés précédemment.
Chapitre 2 : Les réformes des politiques d’éducation

Quelle est la nature du changement qui a eu lieu dans les politiques sociales suédoises entre 1988 et 1998? Le cas approfondi dans ce second chapitre est la réforme des politiques d’éducation primaire et secondaire. Comme il a été vu au chapitre précédent, en utilisant la typologie de Peter Hall, on peut observer trois types de changements : les paramètres des politiques peuvent avoir été modifiés, de nouveaux instruments peuvent avoir été introduits ou le paradigme dans lequel s’inscrit la politique publique peut avoir été transformé. De la fin des années 1980 au milieu des années 1990, le système d’éducation obligatoire a subi d’importantes transformations en Suède. Plusieurs de ces changements, par exemple la décentralisation de l’éducation vers les autorités locales, l’introduction d’alternatives privées aux écoles publiques et la mise en œuvre de politiques de libre-choix, ne semblent pas être cohérents avec les objectifs primordiaux qui sous-tendent le modèle suédois. Sans exclure la possibilité que l’on observe uniquement des changements de premier ou de second ordre, l’hypothèse posée ici est qu’un changement de troisième ordre, ou de paradigme, a eu lieu dans les politiques d’éducation obligatoire.

Les politiques d’éducation obligatoire en Suède : 1842-1988

En 1842, la Suède est le premier État à introduire l’éducation obligatoire, qui dure quatre ans à l’époque. Tous les enfants âgés de sept à treize ans devront dorénavant fréquenter un établissement scolaire. Un réseau d’écoles publiques gratuites sera mis en place au cours des années suivantes, parallèlement au système d’éducation privé qui desservait déjà les mieux nantis (Björklund 2005, 1). Jusqu’au début des années 1950, le système d’éducation reste fortement segmenté en fonction du genre et de la classe sociale. La plupart des enfants de milieux populaires et de la classe moyenne amorcent leurs études à l’école obligatoire (forskola). Toutefois, seuls les élèves des milieux défavorisés y restent jusqu’à l’âge de treize ans. Les garçons de la classe moyenne intègrent plutôt l’école secondaire inférieure (realskola) après trois ou quatre ans d’étude, alors que les filles se dirigent vers des écoles secondaires qui leur sont réservées. Ces écoles imposent des frais de scolarité relativement élevés (Halldén 2008, 253). Ensuite, les garçons qui ont fréquenté l’école secondaire inférieure ou une école privée peuvent être admis à l’école secondaire supérieure (gymnasium) et éventuellement avoir accès à l’université.

le Parti social-démocrate et le Parti communiste en raison de la ségrégation toujours présente entre les différentes classes sociales (Halldén 2008, 154).

À l’issue de la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement social-démocrate de Per Albin Hansson crée une commission d’enquête chargée d’étudier les conséquences des politiques d’éducation et d’élaborer des propositions de réformes du système à deux voies. Dirigée par Tage Erlander, ministre de l’Éducation et futur Premier ministre, la commission propose de créer une école commune pour tous les élèves, totalement gratuite, qui durerait neuf ans (grunskola). Au tournant des années 1950, le gouvernement social-démocrate décide de concrétiser cette transformation fondamentale des politiques d’éducation (Andersson et Nilsson 2000, 156), dont l’objectif était d’assurer l’accès universel à l’éducation et d’éliminer les inégalités entre les classes sociales, comme il sera démontré plus loin dans ce chapitre.

L’harmonisation du système d’éducation, dont la mise en œuvre s’est écoulé sur une dizaine d’années, sera très difficile en raison de la variété d’écoles qui existaient en Suède (écoles privées, écoles publiques, écoles religieuses, différentes approches pédagogiques, etc.) et des disparités dans la qualité et la longueur de l’éducation obligatoire entre les différentes régions du pays (Andersson et Nilsson 2000, 156-157). De plus, la réforme suscite beaucoup d’oppositions en raison de la décision du gouvernement social-démocrate de restreindre sévèrement le financement public des écoles privées réservées aux classes supérieures (Blomqvist 2004, 142). À cette époque, le libre-choix en matière d’éducation des parents et des élèves est également radicalement restreint. Les élèves doivent impérativement fréquenter l’école la plus proche de leur domicile ou celle qui leur est attribuée par le gouvernement.
Toutes les écoles sont tenues d’offrir une éducation de haute-qualité et de suivre un programme similaire (Lidström 1999, 137). À la suite de ces changements, le pourcentage des élèves scolarisés dans des écoles privées décroît graduellement jusqu’à ce qu’il atteigne son point le plus bas en 1980 : 0,2% des élèves (Blomqvist 2004, 142).


En somme, le système d’éducation précédent les réformes des années 1950 et 1960 était très inégalitaire et disparate. L’introduction de nouveaux instruments de politique publique, comme l'école commune pour tous les enfants pendant neuf ans ou les programmes nationaux d'éducation, ont permis de centraliser et d'uniformiser graduellement le système d'éducation.

**Une ère de réformes 1988-1996**


---

6 Les documents qui sont cités dans le texte comme « Proposition » sont des projets de loi. Ils sont classés dans la bibliographie sous *Sveriges Regeringen*, qui signifie « gouvernement suédois ». Le numéro du projet de loi, dans ce cas 1990/91:18, précise l’année parlementaire en cours et l’ordre d’adoption du projet de loi.

La réforme de l’éducation de 1992, mise en œuvre par le gouvernement modéré, inclut également une transformation du financement des écoles indépendantes, qui reçoivent désormais 85% du montant de la subvention par inscription qui était accordée aux écoles publiques. En 1993, ces écoles sont autorisées à imposer des « frais de scolarité raisonnables ». Toutefois, cette mesure sera annulée l’année suivante lorsque les Sociaux-démocrates reviendront au pouvoir après trois ans dans l’opposition (Green-Pedersen 2002, 281). En 1994, le gouvernement social-démocrate ajuste également les paramètres de la politique modérée lorsqu’il décide de réduire la subvention accordée aux écoles indépendantes à 75% de celle obtenue par inscription dans le réseau public, en raison de la crise économique sévère qui secoue le pays (Baggesen Klitgaard 2007a, 457). Cependant, les Sociaux-démocrates ajustent à nouveau cette politique en 1996 : à partir de ce moment, les écoles
indépendantes reçoivent le même financement gouvernemental que les écoles publiques (Baggesen Klitgaard 2007a, 457).

**Politiques d’éducation en Suède : y a-t-il eu un changement de paradigme?**

Dans cette partie, l’hypothèse selon laquelle un changement de troisième ordre s’est produit dans les politiques d’éducation sera confirmée ou infirmée en fonction de trois critères. Ainsi, on observera un changement de troisième ordre si le processus d’élaboration des nouvelles politiques d’éducation est (1) controversé, (2) implique des acteurs à l’extérieur de la sphère administrative et (3) si l’objectif primordial des politiques d’éducation a été transformé.

**Des réformes controversées impliquant de nombreux acteurs ?**

La décentralisation du système d’éducation 1988-1989

Les premières critiques du système d’éducation apparaissent quelques années avant le début des réformes, à la fin des années 1980. Les reproches concordaient d’abord les piétres performances des écoles suédoises, comme l’explique Jan Björklund : « It was widely argued that Swedish schools were performing poorly, and that Sweden’s once lofty position in international comparison on reading, maths, and science tests had slipped » (Björklund et al. 2005, 8). Ensuite, une autre critique du système d’éducation était l’impossibilité pour les parents de choisir l’éducation de leurs enfants (Baggesen Klitgaard 2005b, 181). Dans ce contexte, le gouvernement social-démocrate décide de décentraliser le système d’éducation en 1988, une solution recommandée par les fonctionnaires et experts suédois consultés par le Comité parlementaire sur la gouvernance de l’éducation dont les travaux ont commencé en 1987. Le rapport du comité sert de base au projet de loi de 1988 : « The parliamentary committee on education governance, appointed in 1987, proposed a more clear-cut division of responsibilities between the State and the municipalities and advocated more decentralization. […] The proposal served as a basis for a decision in Parliament in 1988 on changed school governance » (Lundahl 2002, 689).

Le processus de conception du nouvel instrument et sa mise en œuvre ont été fortement controversés. Les syndicats des enseignants étaient complètement opposés à la décentralisation de l’éducation en raison de ses effets sur leurs conditions de travail, qui allaient être contrôlées par des autorités locales. Ce faisant, ils craignaient que des inégalités se créent entre les différentes régions (Salin 2000). Ils estimaient également que la délégation aux municipalités de la responsabilité d’allouer le financement aux écoles mènerait à des coupures
budgétaires en éducation dans les régions les moins fortunées du pays. Les tensions entre le gouvernement et les syndicats ont culminé en une grève des enseignants déclenchée au début du mois de novembre 1989 (Salin 2000). Plus de 18 000 enseignants issus de trois centrales syndicales se sont joints au mouvement de grève, qui a affecté environ 350 000 étudiants de tous les niveaux. La grève s’est poursuivie jusqu’au milieu du mois de décembre 1989, donnant une forte visibilité à la question de l’éducation dans les médias suédois (Yttergren 2009, 6).

Les enseignants étaient soutenus dans leurs manifestations par les partis d’opposition, particulièrement par le Parti modéré. Les Modérés accusaient notamment le gouvernement social-démocrate de créer des tensions inutiles et le blâmaient pour ne pas avoir visé le vrai problème des politiques d’éducation suédoises : le manque de libre-choix (Riksdagens protokoll 1989/90:42). L’intervention d’un député du Parti modéré, Ann-Cathrine Haglund dans les débats qui ont mené à la décentralisation du système d’éducation illustre bien leur argument :

Le risque est maintenant que l’amertume et la colère des enseignants créent une crise majeure dans l’Éducation suédoise. Il y a un besoin réel d’identifier clairement les objectifs de l’éducation, d’autoriser le libre-choix et de laisser les enseignants choisir les techniques d’enseignement qu’ils considèrent appropriées. […] L’un des points centraux pour s’assurer de la qualité de l’Éducation est que les étudiants et les parents puissent choisir une école. […] Le gouvernement a récemment abordé cette question. Maintenant, si le gouvernement est sérieux à ce sujet, il doit ouvrir cette possibilité. […] Malheureusement, l’expérience nous a appris à ne pas donner de crédit aux belles paroles de ce gouvernement (Riksdagens protokoll 1989/90:42).

L’opposition des Libéraux à la décentralisation du système scolaire était également fortement marquée, notamment en raison de la mauvaise gestion du projet, comme en témoigne le discours de Lars Leuronborg, porte-parole du Parti libéral en matière d’éducation :

Monsieur le Président, il faut souvent des années pour qu’une résolution parlementaire soit adoptée. Aujourd’hui, nous avons l’occasion unique de prendre une décision qui aura un effet immédiat et positif. Nous pouvons rendre l’école suédoise meilleure lundi prochain en rejetant la proposition 1 sur la décentralisation de l’éducation. [...] Si nous ne savons pas où se situe la majorité sur la question de la décentralisation, il y a dans tous les cas une nette majorité à la Chambre qui estime que la proposition qui est devant nous est très mal gérée. Cela ressort également des travaux du Comité (Riksdagens protokoll 1989/90:42).

En plus des Modérés et des Libéraux, deux autres partis bourgeois, les Centristes et les Chrétiens-démocrates, voteront contre le projet de loi sur la décentralisation de l’éducation, qui sera approuvé in extremis grâce au soutien du Parti de gauche (Riksdagens protokoll 1989/90:42). Ainsi, même si la décentralisation du système d’éducation en 1988 était recommandée par les fonctionnaires, la controverse entourant le nouvel instrument a fait de cette réforme une décision politique plutôt qu’administrative. De plus, la décentralisation de l’éducation a déclenché la foudre d’acteurs variés, comme les partis d’opposition et les syndicats, qui ont fortement contesté la position du gouvernement sur cette question.

La création du système de chèque-éducation et les modifications du financement des écoles indépendantes 1992-1993

Longtemps réclamée par les partis de droite, plus particulièrement le Parti modéré (voir, par exemple le programme du parti de 1984), la création du système de chèque-

Le gouvernement a une forte croyance dans l’attribution des ressources pour les écoles par le biais d’un système de chèque-éducation. Ce système soulève toutefois un certain nombre de questions. Est-ce que les élèves auront le même financement, peu importe s’ils vivent en milieu rural ou non ? Comment pouvez-vous tenir compte des élèves ayant un handicap physique ou nécessitant d’un soutien plus important que les autres pour quelque raison que ce soit dans un tel système ? L’argent versé aux écoles doit absolument prendre en compte le fait que les élèves vivent dans des conditions différentes. […] Ce qui est inquiétant, ce n’est pas l’ambition d’améliorer les choses. Le problème, c’est que cette amélioration passe nécessairement pour le gouvernement par la création d’alternatives privées à l’école publique (Riksdagens protokoll, 1991/92:13).

Le porte-parole en matière d’éducation du Parti de gauche, Björn Samuelson, fait écho aux propos de la représentante du Parti social-démocrate en s’interrogeant sur le sort des enfants en difficulté, plus particulièrement si des frais de scolarité étaient imposés dans les écoles indépendantes :

Je me demande ce qui adviendra lorsque le système de chèque-éducation sera implanté et que des écoles de niveaux de qualité différents seront en place. Je veux demander directement à la ministre de l’Éducation quels avantages les élèves en difficulté tireront de la possibilité d’acheter leur éducation? […] Ces élèves savent que quoi qu’il en soit, malgré leurs efforts considérables, ils seront toujours dans des écoles inférieures (Riksdagens protokoll, 1991/92:13).

Pratiquement tout le monde est d’accord pour dire que la proposition de financer les écoles privées à la hauteur de 85% de la subvention accordée par élève au public est exagérée. Les écoles indépendantes n’ont pas les mêmes responsabilités que les écoles publiques. Les écoles privées n’ont pas à s’assurer de fournir un service à tous les enfants d’une communauté. Les écoles privées accueillent des élèves ayant des intérêts particuliers ou des élèves talentueux. Elles sélectionnent le nombre d’élèves qu’elles accueillent pour que ce soit économiquement avantageux. Elles ne sont pas tenues d’offrir des services aux enfants en difficulté. […] Ce pourcentage devrait être inférieur à 75% pour éviter de causer des préjudices aux écoles publiques (Eva Johansson dans Riksdagen protokoll 1991/92:127).

S’ils sont les principaux opposants à la mise en œuvre du nouvel instrument, les politiciens ne sont pas les seuls à s’inquiéter des répercussions des changements proposés par la coalition des partis bourgeois. Plusieurs représentants des enseignants étaient également opposés à ce changement. À titre d’exemple, citons la contribution au débat d’Ingemar Emanuelsson,
représentant syndical dans une école de Göteborg, qui s’interroge sur l’augmentation de la ségrégation dans les écoles à cause de l’introduction du système de chèque-éducation :

Le danger avec les écoles de différents profils et avec la privatisation de l’éducation qui se met en place dans la société actuelle est que l’inscription dans une école est un choix pour certains élèves, mais pas pour d’autres. La politique de libre-choix en éducation n’est pas uniquement liée aux intérêts ou aux habilités des élèves, mais aussi à d’autres facteurs sociaux. Les élèves qui n’ont pas de parents qui les soutiennent seront affectés négativement par cette politique (Riksdagens protokoll, 1991/92:13).

La polarisation des idées du gouvernement et de ses opposants devient encore plus marquée en 1993, lorsque le gouvernement modéré annonce que les écoles indépendantes pourront désormais percevoir des frais de scolarité « raisonables », comme l’illustre le discours vitriolique du chef du Parti social-démocrate et ancien Premier ministre, Ingvar Carlsson, en chambre le 6 octobre 1993 :

Le Premier ministre disait qu’il voulait créer la « meilleure école de l’Europe ». Quand les Modérés parlent d’une meilleure école, cela signifie moins d’enseignants, des classes plus grandes, des repas de mauvaise qualité pour les enfants, des installations scolaires moins bien entretenues. Cela signifie également que les parents qui peuvent se le permettre peuvent prendre une longueur d’avance sur les autres et mettre leurs enfants dans une école privée qui perçoit des frais de scolarité, tout en étant financée à même les fonds publics. Le système de chèque-éducation crée une école de moins bonne qualité pour la très grande majorité et une division brutale entre les enfants (Riksdagens protokoll 1993/94:3).


**L’adaptation des politiques au retour au pouvoir des Sociaux-démocrates 1994-1996**


Par conséquent, il s’avère que certaines des réformes des politiques d’éducation mises en place en Suède ont été controversées. L'introduction de nouveaux instruments de politique publique en 1988-89 et en 1992-93 ont suscité l’opposition d’acteurs ne faisant pas partie de la sphère administrative, les syndicats des enseignants et les partis d’opposition. Si les fonctionnaires ont parfois recommandé certains changements (notamment dans le cas de la
décentralisation), leur rôle a été contesté et la décision finale a été prise dans l'arène politique.

Les deux premiers critères inférés à partir de la typologie de Peter Hall sont donc remplis, ouvrant alors la possibilité qu'un changement de troisième ordre soit survenu dans les politiques d’éducation suédoises. La prochaine partie s’intéressera au troisième et plus important critère pour évaluer si un changement de paradigme a eu lieu dans les politiques d’éducation suédoises, celui du changement de l’objectif primordial de la politique. Dans un premier temps, l’objectif qui guidait les politiques d’éducation suédoises avant les réformes sera identifié. Par la suite, les réformes seront évaluées afin de déterminer si cet objectif a changé.

**Quel était l’objectif primordial des politiques d’éducation avant les réformes ?**


Cette séparation ne rendait pas uniquement le système opaque. Elle signifiait également qu’il y avait des différences significatives entre l’éducation d’enfants du même groupe d’âge. […] Cette fragmentation organisationnelle cachait un
problème sérieux. Le système d’éducation fonctionnait largement comme une société de classes en miniature (Erlander 1973, 233).


9 La traduction des deux premières citations de Palme n’est pas de l’auteur. Ces citations sont tirées de recueils de discours et d’entrevues avec Palme traduits en français. La troisième citation était en anglais, mais a été traduite par l’auteur par souci d’uniformité du paragraphe.
L’ancienne école suédoise était, en effet, une école de classes : il y avait un enseignement pour les paysans et les travailleurs, un enseignement pour la classe moyenne et un enseignement pour les nantis. […] La nouvelle organisation du système d’éducation faisait partie d’une politique cohérente qui avait pour objectif de rendre la société suédoise plus juste (Palme 1976, 63-64).

Palme souhaite non seulement améliorer la société en réformant les politiques de l’éducation, mais également la renouveler. Dans un discours de 1968, il argue même que « L’école doit être un fer de lance dans une future société sans classe sociale » (cité dans Andersson et Nilsson 2000, 156), confirmant dès lors que les politiques d’éducation avaient pour objectif de rompre les barrières entre les classes sociales.

L’objectif d’égalité sociale des politiques d’éducation est également évident dans les plateformes électorales et dans les programmes du Parti social-démocrate, au pouvoir sans interruption entre 1932 et 1976. En 1948, les Sociaux-démocrates s’intéressent pour la première fois à la question de l’éducation, qui allait être réformée incessamment, dans leur manifeste électoral : « La future école commune doit être bâtie dans un esprit démocratique. […] Tous les enfants doivent avoir les mêmes possibilités, peu importe la situation financière de leurs parents et leur lieu de résidence » (Socialdemokraterna arbetepartiet (SAP) 1948). Le même discours est développé plus profondément dans le manifeste électoral de 1952, dans lequel le gouvernement social-démocrate défend les réformes de l’éducation qu’il était en train de mettre en œuvre :

La mise en œuvre de la réforme de l’éducation est l’une des tâches les plus importantes qui doit être faite. L’école obligatoire durant neuf ans va hauser le niveau d’éducation de notre peuple […]. La vieille revendication de la social-démocratie pour une éducation universelle est maintenant réalisée. Tout de même, plus de travail doit être fait pour que tous aient accès à la même éducation (SAP 1952).
Dans le programme du Parti social-démocrate de 1960, les principales caractéristiques du système d’éducation en construction sont énoncées : les écoles ne doivent pas imposer de frais de scolarité ou de barrières économiques de quelque nature que ce soit, la formation doit être commune pour tous les enfants et les programmes techniques et théoriques doivent être considérés comme équivalents (SAP 1960).

Par conséquent, l'objectif des politiques d'éducation mises en place au cours des années 1950-1960 est en parfaite conformité avec le paradigme du modèle suédois décrit au premier chapitre : elles visent l'institutionnalisation des valeurs d'universalisme et d'égalité sociale, ce qui se traduit par l’accès à une éducation de bonne qualité pour tous. Les instruments de politiques publiques utilisés pour y parvenir sont la création d’une l’école publique rassemblant les enfants de toutes les classes sociales et l’introduction d’un programme d’éducation national à normes communes. Les discours des principaux acteurs, les manifestes électoraux de cette période et le programme du Parti social-démocrate qui ont été analysés corroborent cette affirmation. Dans la prochaine partie, les réformes des années 1980 et 1990 seront étudiées afin d’évaluer si cet objectif a été transformé.

**L’objectif primordial a-t-il été transformé ?**

Ce critère est le plus important afin de confirmer ou d’infirmer l’existence d’un changement de troisième ordre. L’analyse du discours des acteurs, des plateformes électorales et des programmes des partis donne des résultats contrastés. La réforme mise en œuvre par les Modérés n’a pas maintenu l’objectif d’égalité sociale et d’universalisme poursuivi par les politiques d’éducation et semble l’avoir remplacé par l’égalité des chances et le libre-choix.
Toutefois, cet objectif a été défendu par les Sociaux-démocrates tout au long de la décennie. Dans son second mandat, le Parti social-démocrate a restauré l’égalité sociale comme principal objectif de la politique d’éducation suédoise et a fait du libre-choix un droit basé sur la citoyenneté.


Plus tard dans le même débat, un autre député social-démocrate présente les raisons qui motivent la réforme de l’éducation : « Le partage de la responsabilité de l’éducation entre le gouvernement central et les municipalités a mené à la duplication de la bureaucratie » (Riksdagens protokoll 1989/90:42). En somme, les Sociaux-démocrates justifient les réformes non pas par la fixation de nouveaux objectifs pour l’éducation, mais plutôt en raison de l’inefficacité économique de la politique antérieure.


Le cas de la réforme de 1992, adoptée par le Parti modéré, est plus complexe. À l’opposé des Sociaux-démocrates, les Modérés ont justifié la création du système de chèque-éducation par un choix idéologique. Au lieu de défendre l’égalité sociale ou l’universalisme,
ils mettaient en lumière l’importance du libre-choix et de l’égalité des chances en éducation.

Au milieu des années 1980, leur position était déjà relativement claire, comme en témoigne cet extrait du programme du parti de 1984 :

L’égalité des droits ne doit pas être confondue avec une éducation égale. Les habiletés et les intérêts de chaque élève doivent être protégés. Tout le monde a des habiletés différentes. Les élèves en difficulté et les élèves doués devraient bénéficier de soutien et de motivations différents. Restreindre les élèves qui souhaitent développer des talents particuliers leur est nuisible (Moderata Samlingspartiets 1984).

Dans le même document, le Parti modéré présente sa solution au problème du décrochage, de l’éducation de mauvaise qualité et des conditions de travail difficiles dans les écoles. Il s’agit d’augmenter le libre-choix en matière d’éducation et de faciliter l’accès aux écoles indépendantes :

Un système d’éducation varié donne aux parents et aux élèves l’occasion de choisir une éducation qui répond à leur standard de qualité […]. Un tel système d’éducation donne également davantage de place à l’innovation. De nouvelles méthodes d’enseignement peuvent ainsi se développer et améliorer la qualité de l’éducation. Les écoles et garderies indépendantes doivent recevoir du financement public qui doit être équivalent au financement maximum pour les élèves fréquentant des écoles publiques. De plus, les gouvernements locaux devraient soutenir financièrement les écoles indépendantes. […] Cela ouvrira de nouvelles possibilités de choisir des écoles indépendantes pour tout le monde (Moderata Samlingspartiet 1984).

S’ils soulignent l’idée du libre-choix et promeuvent des alternatives privées dans le programme de 1984, les Modérés continuent tout de même à se référer au paradigme d’universalisme avec l’utilisation de l’expression « pour tous ». Leur position se radicalise au début des années 1990. En effet, dans leur plateforme électorale de 1991, les Modérés développent clairement leur opposition aux idéaux de la social-démocratie : « La troisième voie a échoué. Il n’y a pas de juste milieu entre le socialisme et la liberté » (Moderata
Samlingspartiet 1991). Dans le même document, les Modérés réitèrent leur volonté d’autoriser davantage d’alternatives au secteur public :

Les services publics seront concentrés dans les secteurs où le public est irremplaçable. […] Une Suède sans socialisme signifie moins de monopoles publics. Des alternatives privées concurrenceront sur un pied d’égalité les services publics dans les domaines des soins aux enfants, de la santé et de l’éducation (Moderata Samlingspartiets 1991).


Deux ans après la création du système de chèque-éducation, les Modérés mentionnent à nouveau leur engagement de garantir le libre-choix et d’individualisation de l’éducation dans leur plateforme électorale de 1994 :

Grâce au système de chèque-éducation, il y a maintenant plus de choix dans le système éducatif. Les écoles rurales qui étaient dans une situation précaire ont
retrouvé leur futur. La possibilité de choisir une école et le financement des écoles indépendantes a donné aux familles le droit de choisir la meilleure éducation possible pour leurs enfants. […] Les individus devraient avoir le pouvoir sur leur propre vie, pas le gouvernement. La famille doit rester forte dans la communauté et avoir le pouvoir et la capacité de faire des décisions importantes pour leurs enfants […] La révolution du libre-choix dans les politiques sociales vient seulement de commencer (Moderaterna Samlingspartiets 1994).

En somme, la revue des divers textes et discours du Parti modéré éclaire le changement dans les objectifs de l’éducation. Au lieu de rechercher l’égalité sociale, soit l’égalité des résultats, la nouvelle politique a pour but d’augmenter le libre-choix et l’égalité des chances en éducation.

l’issue des changements dans les politiques d’éducation, est résumée par les propos de la nouvelle ministre de l’Éducation, Ylva Johansson :

Nous croyons que la liberté de choix est un élément essentiel du système scolaire suédois. Le gouvernement souligne également que le droit de choisir une école est aujourd’hui assuré. Toutefois, nous devons nous assurer que les enfants ne soient pas triés à cause des conditions financières ou sociales des parents. Le gouvernement a l’intention de concilier la liberté de choix avec la justice et l’égalité (Riksdagens protokoll 1994/95:10).

Ce faisant, les Sociaux-démocrates font du libre-choix en matière d’éducation un droit fondé sur la citoyenneté (Baggesen Klitgaard 2007b, 461). Ainsi, puisque le dernier et troisième critère inféré de la typologie de Hall n’est pas rempli complètement et sans ambiguïté, l’hypothèse du changement de troisième ordre doit être rejetée. L’introduction du système de chèque-éducation doit également être identifiée comme un changement de second ordre.

**Conclusion**

Quelle est la nature du changement qui a été mis en place dans les politiques d’éducation suédoises entre 1988 et 1996 ? La réponse à cette question est ambiguë. Deux des critères inférés de la typologie de Hall ont été clairement remplis, puisque le processus ayant mené au changement a été controversé et a intéressé de nombreux acteurs extérieurs à l’administration. Toutefois, l’hypothèse ne peut être confirmée, puisque le troisième critère n’a pas été respecté clairement. Les réformes de l’éducation peuvent donc être identifiées comme des changements de second ordre, puisque de nouveaux instruments ont été mis en place sans transformer l’objectif primordial qui sous-tendait les politiques sociales suédoises.
Toutefois, l’objectif d’égalité sociale n’a pas été stable au cours de la décennie. À l’issue des réformes, le modèle suédois n’avait plus le statut consensuel dont il bénéficiait par le passé, et ce, même si le paradigme n’avait pas été transformé à l’époque. Le gouvernement modéré a utilisé de nouveaux instruments pour promouvoir le libre-choix et l’égalité des chances alors que les gouvernements sociaux-démocrates ont tenté d’utiliser les mêmes instruments pour défendre leur engagement à limiter les inégalités entre les classes sociales.

De plus, même si le paradigme n’avait pas été modifié à la fin des années 1990, il serait inexact d’affirmer que les changements mis en place en éducation n’ont pas transformé la société suédoise. Les conséquences concrètes des réformes vingt ans après leur adoption seront développées au quatrième chapitre. Le prochain chapitre, quant à lui, s’intéressera à un second cas, les réformes des politiques de santé. Adoptées et mises en œuvre à la même époque que les réformes des politiques d’éducation, les réformes des politiques de la santé leur sont similaires à bien des égards.
Chapitre 3 : Réformes des politiques de santé


Les politiques de santé en Suède 1813-1989

Dès le début du 19ème siècle, le système de santé suédois est fortement décentralisé. S’il existe un Conseil national de la Santé à partir de 1813, cet organisme est uniquement chargé d’évaluer la formation des futurs médecins et des soins prodigués dans les hôpitaux et laisse la coordination des soins de santé et l’embauche du personnel qualifié aux paroisses (Sundin et Willner 2007, 8). Dès lors, l’efficacité des systèmes de santé locaux dépend en grande partie

En 1862, le parlement suédois crée les Landstings, des conseils communaux qui seront responsables dans chacune des communes suédoises des soins de santé (Sundin et Willner 2007, 9). Ces conseils communaux obtiennent le droit de percevoir des impôts afin de financer l’embauche de médecins, d’infirmières ou de sages-femmes. À partir de cette époque, le système de santé est financé par des taxes et impôts perçus par trois paliers de gouvernement – le gouvernement central, le gouvernement communal et la municipalité – en plus des contributions directes des utilisateurs qui déboursent des frais modérés pour les services reçus. Ce mode de financement est toujours en vigueur aujourd’hui. En 1864, les Conseils communaux obtiennent également la responsabilité de gérer les hôpitaux (Angell 2012, 8). Cette politique sera complétée en 1874 par l’obligation pour chaque commune de créer un
comité sur les soins de santé, qui doit comprendre au moins un médecin (Sundin et Willner 2007, 133).

Le Conseil national de la Médecine remplace le Conseil national de la Santé en 1877 et devient responsable de la coordination des comités communaux et de la supervision des médecins et des institutions de santé. Par la suite, des évaluations seront régulièrement réalisées afin d’unifier la qualité des services prodigués d’une région à l’autre (Sundin et Willner 2007, 126). Dès 1890, il devient obligatoire pour chaque commune de nommer un Chef des médecins qui s’assure de la qualité des installations et des soins prodigués (Sundin et Willner 2007, 126). Au cours de la seconde moitié du 19ème siècle, le nombre d’hôpitaux et de médecins augmentera rapidement (Angell 2012, 7-8).


Ce n’est toutefois qu’au cours des années 1950 et 1960 qu’ont lieu les plus grandes expansions du système de santé. En 1955, suite à des années de débats, le gouvernement social-démocrate met en place une assurance-maladie pour tous les citoyens. Cette politique est complétée par la création d’une assurance-hospitalisation et le développement de mesures

Par conséquent, contrairement au système d’éducation, le système de santé a été dès son origine décentralisé et public. Graduellement, l’introduction de nouveaux instruments de politique publique, comme l'assurance-maladie, l'assurance-hospitalisation et la couverture universelle des soins de santé, a permis de démocratiser le système de santé et de favoriser l'égalité sociale.


Le nouvel instrument, élaboré lors d’une consultation entre le gouvernement, les politiciens et les fonctionnaires communaux, a deux composantes principales. Premièrement, la loi assure aux patients le droit de choisir librement la clinique ou l’hôpital qu’ils fréquentent, au lieu de le leur attribuer en fonction de leur lieu de résidence (Harrison et Calltorp 2000, 222). La réforme introduit ainsi un degré de compétition dans le système de santé. En effet, comme dans le cas de l’éducation, les subventions attribuées aux hôpitaux ou aux cliniques ne sont plus fixes, mais suivent plutôt le choix du patient (Harrison et Calltorp 2000, 222).


En 1993, le gouvernement modéré introduit un nouvel instrument de politique publique, la Loi sur les médecins de famille. La réforme transforme le système de soins primaires. Avant 1993, les soins primaires étaient organisés dans des « polycliniques » où se côtoyaient différentes catégories de professionnels de la santé : médecins, infirmières de district, psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, etc. (Proposition 1992/93:160). Avec la nouvelle loi, les patients obtiennent le droit de choisir un médecin de famille, qui sera le seul responsable de leur dossier de santé. Ce médecin peut travailler dans une polyclinique publique ou dans le secteur privé.

De plus, la réforme permet aux médecins du réseau public d’établir librement leur cabinet privé. Ils pourront se constituer une clientèle d’environ 2000 patients qui paieront pour

11 Les trois chirurgies visées sont le retrait des cataractes, le remplacement de la hanche et la chirurgie cardiaque.
12 Les citoyens qui décident de ne pas choisir se voient attribuer un médecin par les autorités communales.


**Politiques de santé en suède : y a-t-il eu un changement de paradigme ?**

Dans cette section, les réformes des politiques de santé seront analysées à l’aide des trois critères inférés à partir de la théorie de Hall. Dans l’optique où ces changements (1) seraient controversés, (2) impliqueraient des acteurs extérieurs à la sphère administrative et (3) transformereraient les objectifs primordiaux des politiques de santé, il faudrait conclure à l’existence d’un changement de paradigme.
Des réformes controversées impliquant de nombreux acteurs ?


La Loi sur le libre-choix des patients et sur les soins garantis 1988-1991

Contrairement aux réformes de l’éducation de 1988 et de 1992, l’introduction de la Loi sur le libre-choix des patients et sur les soins garantis a été assez consensuelle, les débats portant davantage sur les paramètres de la politique que sur l'instrument en soi. Introduite par le Parti social-démocrate, cette nouvelle mesure était réclamée par les partis de droite et les gouvernements locaux depuis plusieurs années lors de son adoption.

Les débats qui ont mené à la création du nouvel instrument débutent en 1987 lorsque les Modérés, alors dans l’opposition, commencent à promouvoir des politiques de libre-choix et de « soins garantis » pour résoudre les problèmes du système de santé. Les Sociaux-démocrates étaient alors opposés à ce type de changement (Riksdagens protokoll 1990/91:97). En effet, lors des « débats sur la crise de la santé » en avril 1988, le Premier ministre social-démocrate Ingvar Carlsson rejette du revers de la main ces propositions, car elles ne régleraient pas selon lui les problèmes majeurs du système de santé : le manque de personnel médical et l’augmentation des besoins de la population engendrée par son vieillissement

Les Sociaux-démocrates adoptent une nouvelle position sur la question des soins garantis sous l’influence de la Fédération des conseils communaux, qui s’était prononcée en faveur de telles innovations au printemps 1989 (Riksdagens protokoll 1990/91:58). Cependant, ils ne modifient pas leur opposition à l’augmentation de l’importance des alternatives privées, comme en témoigne le discours en chambre de la ministre des Affaires sociales Ingela Thalén :

Je crois que la réglementation sur les soins garantis suggérée par les Conseils communaux, sur laquelle les Sociaux-démocrates travaillent de concert avec les autorités communales, est un bon moyen d’améliorer la situation du système de santé. Cependant, je voudrais vous mettre en garde. […] Monsieur le Président, les changements dans les soins de santé sont nécessaires, mais le financement du système de santé doit demeurer public (Riksdagens protokoll 1990/91:58).

Cette ouverture par rapport aux politiques de « soins garantis » est perçue favorablement par les partis de droite, qui manifestent toutefois leur désaccord sur la question du mode de financement du système de santé, comme en témoigne l’intervention en chambre de Per Stenmark, député du Parti modéré :

Je souligne ce début d’ouverture. Nous sommes toutefois en désaccord sur un point que j’ai souligné dans ce débat. Nous voulons réformer le mode de financement du système de santé. […] Nous voulons que les alternatives privées soient capables de fonctionner aux mêmes conditions que les institutions publiques (Riksdagens protokoll 1990/91:58).
Au cours du printemps 1991, à l’approche des élections, le ton des partis de droite est plus vindicatif. Ils reprochent au gouvernement social-démocrate la timidité des changements qu’ils souhaitent mettre en place et la date d’entrée en vigueur de la réforme :

Durant plusieurs années, les Sociaux-démocrates refusaient nos propositions sur les soins garantis. Il y a quelques semaines, le ministère des Affaires sociales et les Conseils communaux ont conclu un accord sur l’introduction d’une telle garantie à partir du 1er janvier 1992 pour « certains traitements ». Cela ne se produit pas aussi vite que nous, les Modérés, voudrions. […] Le projet de loi ne va pas assez loin non plus, même s’il faut accorder au gouvernement qu’il s’agit d’un pas dans la bonne direction […]. Permettez-moi simplement de dire ceci : ne pensez-vous pas que l’on aurait épargné de la souffrance à beaucoup de gens si une garantie de soins – même limitée comme celle proposée dans l’accord entre le ministère des Affaires sociales et les Conseils communaux – avait été mise en place lorsque nous avons suggéré cette solution en 1987 (Riksdagens protokoll 1990/91:97) ?

À cette étape de la conception de la politique, l’absence de libre-choix dans la proposition pose également problème pour les Modérés :

À la lumière de votre changement de position sur la question des soins garantis, allez-vous aussi intégrer la liberté de choix dans la loi sur les soins de santé ? […] Il y a deux problèmes dans les politiques de santé aujourd’hui. Le premier est le manque de choix et le second les files d’attente trop longues. Ces deux problèmes sont intimement liés au monopole public inefficace (Riksdagens protokoll 1990/91:97).

Ainsi, même si les Sociaux-démocrates étaient opposés aux changements proposés par les partis de droite à prime abord, ils ont ensuite changé de position et défendu un projet de loi conçu avec la collaboration de politiciens et de fonctionnaires locaux, qui était satisfaisant pour les partis de droite. Si les paramètres de la réforme ont été critiqués, l'instrument en tant que tel était soutenu par l'ensemble des acteurs. Cette réforme, même si elle implique certains acteurs extérieurs à l'administration, était donc assez consensuelle. Ainsi, le premier et le second critère inférés à partir de la typologie de Hall ne sont pas remplis. Cette réforme peut donc être identifiée comme un changement de second ordre.

La Loi sur les médecins de famille 1993-1994

Au contraire de la réforme précédente, l’adoption de la Loi sur les médecins de famille de 1993 a été très controversée. Les partis de gauche critiquent fortement le nouvel instrument pour plusieurs raisons. D’abord, ils estiment que la mise en œuvre d’une telle réforme fera fortement augmenter la bureaucratie à cause de la création et de la gestion des nouvelles listes de patients, comme l’exprime Hans Karlsson, représentant des Sociaux-démocrates, lors des débats menant à l’adoption de cette politique :

Madame la Présidente! Nous, les Sociaux-démocrates, rejetons la proposition du gouvernement sur le système des médecins de famille. […] Quelle merveilleuse occasion de construire une nouvelle bureaucratie! Quelle merveilleuse occasion de créer nouveaux fichiers de données et de s’assurer que les Suédois soient inscrits sur des listes absolument partout (Riksdagens protokoll 1992/93:117) !

Outre l’augmentation de la bureaucratie, les partis de gauche s’inquiètent également des coûts démesurés de l’introduction du nouveau système de santé primaire, comme l’exprime Eva Zetterberg, députée du Parti de gauche dans le même débat :
Nous disons non à la réforme, car elle sera une réforme coûteuse. Il n’est pas possible de la financer avec l’argent actuellement dévolu au système de santé. Nous pensons que cet argent doit être utilisé à d’autres fins, comme améliorer le système de soins primaires actuel ou au moins ne pas augmenter le déficit budgétaire en ne dépensant pas cet argent (Riksdagens protokoll 1992/93:117).

Si les craintes des deux partis de gauche sur l’augmentation de la bureaucratie et sur les coûts du système de santé sont grandes, leur principale objection est plutôt idéologique. En effet, ils considèrent que la réforme crée des inégalités régionales et sociales en Suède, comme l’explique un député du Parti social-démocrate :

Si, plus tard dans la journée, le parlement décide d’adopter la loi sur les médecins de famille, nous, les Socialistes, promettons que si bientôt nous en avons l’occasion, nous déchirerons cette loi, qui a des effets négatifs sur le système de santé. C’est une promesse à tous les gens qui sont préoccupés par ce qui va arriver aux soins primaires lorsque le modèle actuel sera démantelé et remplacé par des entreprises privées de médecins de famille qui seront en compétition pour la faveur des citoyens. […]

Si le parlement adopte la loi sur les médecins de famille, le droit à des soins de santé justes et équitables partout au pays sera menacé. Ce que les partis bourgeois et le gouvernement veulent mettre en œuvre dans les soins de santé peut conduire à des situations où la grosseur de votre porte-monnaie déterminera si vous avez accès aux soins dont vous avez besoin (Riksdagens protokoll 1992/93:117).

Plus loin dans le même débat, le discours de la représentante du Parti de gauche fait écho aux propos du député social-démocrate :

Nous disons non à la réforme, parce que la question du libre-choix des patients est un mythe. Il y a tout lieu de croire que les premiers arrivés auront accès aux meilleurs médecins de famille. […] Nous disons non à la réforme, parce que nous croyons que les « patients non-rentables » auront de la difficulté à se trouver un médecin de famille. Les médecins de famille choisiront leurs patients en fonction de leur portefeuille (Riksdagens protokoll 1992/93:117).

Ainsi, les deux partis de gauche sont fortement opposés à l’adoption de la loi sur les médecins de famille et voteront contre la proposition du gouvernement modéré.
En outre, les politiciens de gauche ne sont pas les seuls à s’opposer aux nouvelles mesures. Les infirmières de district\textsuperscript{13}, physiothérapeutes et d’autres professionnels de la santé travaillant dans les polycliniques craignent également que leur rôle soit relégué au second plan dans le nouveau système de santé (Riksdagens protokoll 1992/93:117). À l’opposé, certains médecins omnipraticiens soutiennent la nouvelle politique en raison de l’amélioration de leurs conditions de travail et de leur statut social (cités dans Quaye 2001, 384).

La \textit{Loi sur les médecins de famille} devait être partiellement mise en œuvre à partir de janvier 1994, mais plusieurs changements resteront lettre morte. À leur retour au pouvoir, les Sociaux-démocrates la modifient en limitant fortement la liberté d’établissement des cliniques privées et en retirant l’obligation de choisir un médecin de famille. Autant la réforme de 1993 avait été critiquée par les partis de gauche et certains professionnels de la santé, autant la modification de la réforme en 1994 sera critiquée par les partis de droite et les médecins (Quaye 2001, 384). Dans les débats en chambre sur la modification de la loi, les Modérés, Centristes et Chrétiens-démocrates défendent les résultats partiels de leur réforme qui, selon eux, a diminué les coûts du système de santé. Ils avancent également que les changements sont « une attaque contre le libre-choix » des patients et des praticiens (Riksdagens protokoll 1994/95:45).

En résumé, si l'introduction de la \textit{Loi sur le libre-choix des patients et sur les soins garantis} a été identifiée comme un changement de second ordre en raison du consensus autour

\textsuperscript{13} Utilisé au féminin dans le texte original suédois.
du changement, les débats autour de la *Loi sur les médecins de famille* ouvrent la possibilité qu'un changement de paradigme soit survenu dans les politiques de santé suédoises. En effet, le nouvel instrument a été fortement controversé et de nombreux acteurs à l’extérieur de la sphère administrative, comme les partis politiques et les professionnels de la santé, ont contesté l'autorité des gouvernements sur la question. Dans la partie suivante, le troisième critère, celui du changement des objectifs primordiaux, sera vérifié. D'abord, les objectifs des politiques de santé avant les réformes seront identifiés pour ensuite déterminer s’ils ont été transformés au cours des années 1990.

**Quel était l’objectif primordial des politiques de santé avant les réformes ?**


Dans le programme du Parti social-démocrate de 1944, quelques années avant la mise en place de l’assurance-maladie, l’objectif de couverture universelle des soins de santé est évident : « Il est important que le soutien de l’État pour le développement des établissements de santé soit égal pour toutes les régions du pays. […] Tous les citoyens doivent bénéficier de
la sécurité qu’apporte une assurance-maladie universelle » (SAP 1944). Dans le même document, les Sociaux-démocrates soulignent également le fait que les citoyens doivent bénéficier d’une santé « égale », et ainsi mettent en lumière la nécessité de soutenir davantage les groupes les plus défavorisés, tels que les personnes âgées, les pauvres et les personnes vivant en milieu rural (SAP 1944).


Les valeurs d'universalisme et d'égalité sociale apparaissent également très clairement dans la Loi sur la santé de 1982. Le gouvernement y développe l'idée selon laquelle il ne faut pas uniquement garantir des soins à tous, mais rechercher l’égalité des soins : « L’objectif de cette loi sur la santé est que la possibilité d’être en bonne santé, l’accès aux soins et leur qualité soient égaux pour tous. Les soins sont prodigués dans le respect des principes d’égalité et de respect de la dignité humaine. Les soins doivent être prodigués en priorité à ceux qui en ont le plus besoin » (Hälsö- och sjukvårdsflag 1982). Cette loi, mise de l’avant sous un

La lecture du programme du Parti social-démocrate de 1990 confirme que l’objectif d’égalité sociale demeure au centre des politiques de la santé à l’aube des réformes :

Le gouvernement central et les gouvernements locaux ont été chargés de la garde des enfants, de l’éducation, de la culture, des soins de santé, des soins aux aînés et de bien d’autres choses qui sont importantes pour les citoyens. Ces services ont été distribués à tous ou selon le besoin. Ils ont été protégés du désir de profit de l’entreprise privée et ont été organisés dans le secteur public. Ils sont donc plus à même de promouvoir l’égalité et la sécurité et ils ont été financés dans la solidarité (SAP 1990).

Dans le même document, les Sociaux-démocrates s’expriment également sur l’importance de l’existence de soins de santé publics et universels :

Tout le monde a droit d’accès aux soins de santé en fonction des besoins et indépendamment du revenu et du lieu de résidence. Cela suppose l’existence de soins médicaux financés solidairement par la taxation et d’une assurance-maladie, qui compense la perte de revenu en cas de maladie conformément aux règles communes pour tous les travailleurs (SAP 1990).


\textsuperscript{14}Il s’agit du gouvernement de coalition minoritaire centriste-libéral, dirigé par le chef du Parti du Centre Thorbjörn Fälldin.
centristes lors de l’élaboration de la *Loi sur la santé* de 1982 démontre clairement que l’objectif d’universalisme et d’égalité d’accès et de qualité des soins sont aux fondements des politiques de santé avant les réformes des années 1990. Dans la partie suivante, il sera déterminé si les objectifs poursuivis par les nouvelles politiques de santé sont restés les mêmes ou s’ils ont été transformés.

**L’objectif primordial a-t-il été transformé ?**

Puisque la conception de la *Loi sur le libre-choix des patients et sur les soins garantis* avait été assez consensuelle et que le rôle du gouvernement et des fonctionnaires y avait été peu contesté, nous avons conclu qu’un changement de second ordre avait eu lieu. La présente partie se concentrera donc uniquement sur le cas de la conception et des changements apportés à la *Loi sur les médecins de famille* en 1993 et 1994. Comme dans le cas de la création du système de chèque-éducation étudié au chapitre précédent, l’analyse des discours des principaux acteurs et des textes de l’époque donne des résultats contrastés : alors que l’Alliance des partis bourgeois remet en question le paradigme d’égalité sociale et d’universalisme au profit de l’égalité des chances et du libre-choix, les Sociaux-démocrates restent fidèles aux objectifs traditionnels des politiques de santé en ajustant les paramètres des nouvelles politiques.

Le manifeste électoral du Parti modéré de 1991 développe clairement leur volonté d’individualiser les soins de santé et de favoriser l’égalité des chances:

Les Modérés ont l’antidote à la crise de la santé. […] Nous voulons démanteler les monopoles publics dans le secteur de la santé. Nous voulons introduire une
assurance-santé obligatoire qui remplacera progressivement les impôts locaux. Nous voulons créer un système qui permettra à tous de choisir leur médecin de famille. Cela donnera à tous les mêmes chances de choisir leurs soins de santé » (Moderata Samlingspartiet 1991).

Les débats qui ont mené à l’adoption de la Loi sur les médecins de famille au printemps 1993 sont encore plus illustratifs à cet égard. Les interventions d’Ulla Orring, députée du Parti libéral, membre du Comité sur les politiques sociales et porte-parole du gouvernement en matière de santé, soulignent l’importance centrale de la question du choix dans le discours du gouvernement des partis bourgeois :


Dans le même débat, en réponse à une critique formulée par la représentante du Parti de gauche qui portait sur les inégalités causées par la nouvelle politique, Orring décrit la position du gouvernement sur la prestation des soins de santé à l’aide d’une comparaison étonnante :

Eva Zetterberg a dit que lorsque l’on met en place des politiques de libre-choix, ce sont les gens qui sont bien informés qui obtiennent les meilleurs services. Il se peut bien que cela soit le cas. Nous comparons cela à une visite au musée. Ce sont les intellectuels qui vont dans les musées. Plusieurs autres citoyens ne profitent pas de ce que ces institutions ont à offrir. Nous avons réservé un budget pour informer les gens sur le système de médecins de famille que nous entendons mettre en œuvre. Il est avantageux pour tous d’autoriser les patients à choisir, à l’inverse de ce qui a été fait dans le passé (Riksdagens protokoll 1992/93:117).

L’image utilisée par Orring est très parlante : elle y souligne l’importance pour tous les citoyens d’avoir la capacité de choisir les meilleurs soins de santé pour leur situation, mais conçoit, même si cela n’est pas souhaitable, que certains n’utilisent pas cette possibilité. Par
conséquent, la position de la représentante du gouvernement se rapproche plus de l’égalité des chances que la valeur d’égalité sociale qui sous-tendait les politiques de santé depuis plusieurs décennies. Le manifeste électoral du Parti Modéré de 1994, un an après l’adoption de la réforme sur les médecins de santé, va dans le même sens, alors que les Modérés y soulignent l’importance de garantir à tous les patients le libre-choix et de leur offrir la possibilité d’opter pour des alternatives privées, s’ils en ont les moyens (Moderata Samlingspartiet 1994).


L’objectif d’égalité sociale au cœur des politiques de santé est répété dans le manifeste électoral de 1994, dans lequel les Sociaux-démocrates affirment que la Suède doit « redevenir un pays qui recherche l’égalité, où tous contribuent en fonction de leur capacité, au lieu d’être un pays où les inégalités et les injustices augmentent » et que, pour ce faire les soins de santé et les soins aux personnes âgées (ainsi que l’éducation obligatoire et l’éducation à la petite enfance) doivent être protégés en priorité et doivent être accessibles en fonction du besoin et pas des moyens financiers (SAP 1994).
Dans les débats autour de l’adaptation des paramètres de la *Loi sur les médecins de famille*, l’intervention de Anna Hedborg, nouvelle ministre de la Santé (une sous-division du ministère des Affaires sociales) explique bien la position du gouvernement sur cette question :

Nous allons abolir une partie de la *Loi sur les médecins de famille*, celle qui n’est pas bénéfique pour les citoyens suédois. Le libre-choix des patients sera conservé, mais la liberté d’établissement de cliniques et d’institutions de santé privées, qui nuit au système public et à l’égalité des soins, sera abolie. Nous reconnaissions toutefois que le libre-choix est une partie importante du système social suédois (Riksdagens protokoll 1994/95:13).

En somme, comme dans le cas des politiques d’éducation, le gouvernement social-démocrate a rétabli en 1994 les objectifs traditionnels d’universalisme et d’égalité sociale du système de santé, tout en conservant certaines des mesures mises en place par l’Alliance des partis de droite. Ainsi, la conception de la *Loi sur les médecins de famille* ne peut pas être identifiée comme un changement de troisième ordre, mais comme un changement de second ordre.

**Conclusion**

Quelle est la nature du changement qui a été mis en place dans les politiques de santé entre 1988 et 1996 ? Les résultats obtenus sont contrastés. Pour l’une des réformes étudiées, l’introduction de la *Loi sur les médecins de famille*, deux des critères inférés à partir de la typologie de Hall ont été clairement respectés. Toutefois, comme dans le cas des politiques d’éducation, l’hypothèse du changement de paradigme ne peut être confirmée, puisque le troisième critère n’a pas été respecté sans ambiguïté. Les réformes de la santé sont donc identifiées comme des changements de second ordre, puisque de nouveaux instruments de politique publique ont été mis en place sans transformer nettement l’objectif des anciennes politiques.
Cependant, notons une autre similitude avec le cas des politiques d’éducation étudié au chapitre précédent : les valeurs au cœur du modèle suédois de santé ont été contestées au cours de la décennie. Les nouveaux instruments, notamment ceux mis en place par la *Loi sur les médecins de famille*, promouvaient des valeurs nouvelles, comme l’égalité des chances et le libre-choix. À leur retour au pouvoir en 1994, les Sociaux-démocrates ont adapté ces mêmes instruments pour défendre les objectifs traditionnels du modèle suédois, c’est-à-dire l’universalité des services et la limitation des inégalités entre les classes sociales.

Si le paradigme était toujours en vigueur à l’issue des réformes des politiques de santé et d’éducation des années 1980 et 1990, il ne faudrait pas en conclure que les changements mis en place à cette époque ont été sans conséquence pour le modèle suédois. Dans le chapitre suivant, les effets des réformes seront détaillés avant de développer sur les contributions potentielles de ce mémoire.
Chapitre 4 : La fin du modèle suédois?

Dans les chapitres précédents, la nature des changements survenus dans deux domaines a été clarifiée. À l’aide des critères inférés à partir de la typologie de Peter Hall, les réformes des politiques d’éducation et de santé ont été identifiées comme des changements de second ordre. De nouveaux instruments de politique publique ont été introduits, sans que les décideurs aient transformé les objectifs primordiaux des politiques antérieures. En effet, les Sociaux-démocrates estimaient qu’il était possible d’introduire davantage de libre-choix en éducation et en santé sans menacer l’égalité d’accès aux services et leur qualité. Ainsi, notre conclusion est qu’à l’issue de la période de réformes des années 1980 et 1990, le modèle suédois, caractérisé par l’institutionnalisation des valeurs d’universalisme et d’égalité sociale, existait toujours, même s’il avait été remis en question par le gouvernement de l’Alliance de droite entre 1991 et 1994.

Cependant, force est de constater que depuis vingt ans ces réformes ont eu des conséquences importantes pour le modèle suédois. Nous observons, comme les Suédois d’ailleurs, que les inégalités d’accès aux services ont crû et que les résultats de ces politiques renforcent les disparités entre les différents groupes sociaux. Ces transformations se répercutent aujourd’hui dans les classements internationaux produits par l’OCDE et les Nations Unies.

Dans la première partie de ce chapitre, nous tracérons le lien entre les changements étudiés dans les chapitres précédents et l’état actuel des secteurs de l’éducation et de la santé, afin de démontrer comment les effets des réformes ont affaibli l’objectif d’universalisme et d’égalité sociale au cœur du modèle suédois. Dans la seconde partie du chapitre, les contributions empiriques et théoriques de ce mémoire seront développées.


**Le secteur de l’éducation 1996-2014**

Comme il a été vu dans le deuxième chapitre, à la fin des années 1990, les politiques d’éducation en Suède sont différentes de ce qu’elles étaient une décennie plus tôt. La responsabilité de l’éducation est dévolue aux autorités locales, qui doivent financer et assurer la gestion des écoles. Les parents ont obtenu la liberté de choisir l’école que fréquentent leurs enfants et le système de chèque-éducation a considérablement transformé le mode de financement des établissements scolaires, qui reçoivent désormais une subvention liée au nombre d’élevés inscrits. De plus, la subvention allouée aux écoles indépendantes a été fixée au même montant que celle reçue par les écoles publiques. Au cours des décennies suivantes, les politiques d’éducation sont restées remarquablement stables, ce qui permet d’observer aisément les effets des instruments mis en place durant les années 1980-1990 sur le système d’éducation.
La conséquence la plus évidente de la mise en œuvre des nouveaux instruments est l’augmentation du nombre d’écoles indépendantes et le changement dans la distribution des élèves dans le système scolaire\textsuperscript{16}. Depuis la mise en place du système de chèque-éducation, le nombre d’écoles indépendantes et le nombre d’élèves fréquentant ces écoles ont crû de façon ininterrompue. Entre 1995 (trois ans après la réforme modifiant leur financement) et 2014, le nombre d’écoles primaires et secondaires gérées par le privé est passé de 200 à 800 écoles. Pour les écoles secondaires supérieures (gymnasium), ce nombre passe de 70 établissements en 1995 à 450 en 2011 (Ekonomifakta 2014a). Trois cinquièmes de ces écoles sont situées dans l’une des régions urbaines, soit l’agglomération de Stockholm, de Malmö ou de Göteborg (Friskolekommitté 2013, 72).


\textsuperscript{16} L’Annexe II contient des chiffres plus détaillés sur ce sujet.
Les directions des écoles indépendantes se sont également transformées au cours des dernières décennies. Avant les réformes, l’école indépendante imaginée par les Modérés était souvent une petite structure, mis en place par des groupes de parents, des professeurs ou des communautés confessionnelles. En 1992, cette image correspondait à la réalité. La majorité des écoles indépendantes étaient alors de petites structures gérées par des organisations à but non-lucratif, comme des coopératives de parents, des professeurs promouvant une approche pédagogique particulière ou des communautés religieuses (Böhlmark et Lindahl 2008, 5). Si ce type d’établissement existe toujours, la vaste majorité (plus de 70%) des écoles indépendantes sont aujourd’hui dirigées par des compagnies privées, comme le montre le Rapport du Comité sur les écoles indépendantes (2013), formé par des représentants des quatre partis de l’Alliance de droite, des Sociaux-démocrates et des Verts (Friskolekommitté 2013, 3):

Le système scolaire est de plus en plus dominé par de grands acteurs et le nombre de propriétaires étrangers a augmenté ces dernières années. Depuis 2007, un certain nombre de sociétés de capital-investissement sont devenues propriétaires d’écoles indépendantes. […] Les écoles indépendantes ont changé rapidement au cours des dernières années et la tendance se maintient. Des écoles ouvrent et ferment et les structures de propriété se transforment (Friskolekommitté 2013, 93).

gouvernement à prolonger le mandat de la commission d’enquête sur les politiques de libre-choix dans le secteur public en janvier 2014 (Norman 2014).

La transformation de la composition sociale des écoles suédoises, plus particulièrement l’augmentation de la ségrégation ethnique et sociale, est également un résultat de l’introduction des politiques de libre-choix en éducation. L’évaluation des réformes des politiques d’éducation menées par Anders Björklund et ses collègues pour le ministère de l’Éducation en 2004 est éloquente à cet égard :

One pattern that emerges from the evaluation is that mobility has increased in the sense that the probability of going to school in the resident neighborhood has declined. Moreover, segregation across schools has increased in all relevant dimensions: the between school variance in immigrant status, parental income and parental education increased (Björklund 2004, 108).

En 2006, Nihad Bunar et Jenny Kallstenius constataient également que dans quatre districts de Stockholm où l’incidence de problèmes sociaux était élevée, 40% des élèves avaient choisi de fréquenter une école dans un autre quartier. Parmi les élèves restant, les filles ainsi que les élèves dont les parents avaient un emploi ou un diplôme d’études supérieures étaient moins nombreux alors que les élèves aux résultats plus faibles dans les matières centrales du cursus scolaire et les élèves issus de l’immigration internationale étaient surreprésentés (Bunar et Kallstenius 2006, 35).17 Dans son étude sur le « marché des écoles » de Gävle et Västerås, deux municipalités de taille moyenne, Nihad Bunar souligne également que la proportion d’élèves des classes moyennes et aisées est devenue plus importante dans les écoles

17 Plus précisément, Bunar et Kallstenius parlent d’une proportion plus élevée d’élèves nés, ou dont les parents sont nés, à l’extérieur de l’Union européenne.
indépendantes que dans les écoles publiques depuis l’introduction des politiques de libre-choix (Bunar, 2010, 7), qui entraîne une certaine sélection des élèves :

Student selection occurs not after the application has been submitted, because the principle of non-discrimination is one of the pillars of the educational market in Sweden, but occurs at the stage before. We also know from previous research that the socially strongest groups are the most active players in the school market. That is how independent schools, on average, have acquired stronger positions in the market, better reputations and higher grades (Bunar 2010, 18).

Plus récemment, des chercheurs de l’Université de Stockholm et de l’Université d’Uppsala ont corroboré l’argument de Bunar, en démontrant que plusieurs années après l’introduction des nouveaux instruments au début des années 1990, les effets des politiques de libre-choix sont devenus évidents :

Thus, the most likely driving force behind increasing differentiation is not residential segregation, but rather the rapid structural transformation of the Swedish school system. A rapid growth in the number of students attending voucher-financed, independent schools has been an important element in this process. Although the voucher system had already been introduced in the early 1990s, the substantial increase in independent schools, and the public schools’ response to the increasing competition, did not begin reshaping the school system until the early 2000s. That students have increasingly selected non-neighborhood schools is evidenced by the fact that the median distance from home to school in our data has increased over the period. In 2000 it was 1.6 kilometres and by 2006 it had increased to 1.8 kilometres (Östh et al. 2012, 422).

résidant près d’une école (Wikström 2006, 123). Des études ont montré que cette réforme a eu pour résultat d’augmenter la ségrégation sociale et ethnique dans les écoles de la municipalité (Söderström et Uusitalo 2010; Skolverket 2003).


Cette évolution du secteur de l’éducation contredit les valeurs qui sous-tendaient les politiques d’éducation mises en place sous le gouvernement Erlander au cours des années 1950 et 1960 : la lutte contre les inégalités de classe et l’accès universel à une éducation de qualité, présentées dans le chapitre 2. En effet, les résultats des politiques de libre-choix ont augmenté les inégalités sociales et ont introduit une variation de qualité et d’accès à l’éducation. Ce faisant, ils affaiblissent le modèle suédois. L’introduction de politiques de libre-choix a également transformé le système de santé, sur lequel se concentre la suite de ce chapitre.
Le secteur de la santé 1994-2014

Au cours des années 1990, tout comme le système d'éducation, le système de santé a été réformé afin d'y introduire plusieurs éléments de libre-choix. Le mode de financement des hôpitaux et des cliniques a été transformé: aux subventions fixes allouées à ces établissements, les autorités communales substituent des subventions par visite ou par acte médical prodigué. Ce faisant, les établissements de santé sont mis en compétition les uns avec les autres pour attirer des patients. Pour leur part, les citoyens ont obtenu le droit de sélectionner le médecin qui leur prodigue des soins et l'hôpital ou la clinique qu'ils fréquentent.


1994-2006: le libre-choix sans trop de privatisations

Contrairement au système d’éducation, où les écoles privées sont autorisées à s’établir sans contrainte, le gouvernement social-démocrate avait limité la liberté d’établissement des cliniques privées à son retour au pouvoir en 1994. Entre 1994 et 2006, les Sociaux-démocrates
oscillent entre tolérance et opposition vis-à-vis des innovations locales en matière de politiques de santé, qui mettent parfois de l’avant la privatisation des cliniques ou des hôpitaux. Ces privatisations entraînent des variations de services importantes et transforment l’accès aux soins de santé, rendant les différences entre les catégories sociales plus évidentes.

La plus importante des innovations locales de l’époque est certainement la séparation entre "l'acheteur" et le "prestataire" des soins de santé, mis en place dans plusieurs communes au cours des années 1990 (Harrison et Calltorp 2000, 224)\(^\text{18}\). Traditionnellement, les autorités communales endossaient à la fois le rôle de l'acheteur et celui du prestataire, c'est-à-dire qu'ils allouaient les subventions aux hôpitaux et aux cliniques de santé et assuraient également la gestion de ces établissements. Dans un système où il y a séparation entre ces deux rôles, les autorités communales "achètent" les services de santé, c'est-à-dire qu'ils accordent des contrats, à des "prestataires" autonomes (Harrison et Calltorp 2000, 224-225). Si dans plusieurs communes les « prestataires » demeurent publics, dans d'autres, la séparation entre acheteur et prestataire ouvre la porte à la sous-traitance des services de santé au privé (Anell et al. 2012, 61).

Dans ce contexte, à la fin des années 1990, certaines privatisations de centres de santé primaires ont effectivement lieu, mais ces changements sont demeurés peu nombreux (Anell et al. 2012, 110). En revanche, deux régions ont tenté d’aller plus loin que les autres dans le sens


[...] in the period 1988/89, the overall rate of having needed but not sought care was similar across income quintiles. In 1996/97 rates had increased to 25–30% among persons in the two lowest income quintiles, and decreased in the highest income quintile. These results may indicate an increasing gap between health care needs and service provision for needs, particularly for persons in the lower income groups. It may also reflect the increasing financial difficulties faced by persons with LLSI19, particularly persons in lower income groups, which may restrict their perceived access to and utilisation of health services (Burström 2000, 127).

19 Le sigle LLSI signifie *limiting longstanding illness*. 

...
Marcus Westin et ses collègues ont obtenu des résultats encore plus marqués dans leur étude conduite en 2001 :

The proportion of citizens that refrain from visiting a physician despite a perceived need was higher (24%) than in any previous Swedish investigation. Women, those of a non-Swedish origin and those with a low level of education refrained from going to the physician to a higher extent than men, inborn citizens and those with a higher education. Stated reasons to why the respondents refrained from medical care were associated with confidence, primarily, finite availability and economy. It appears as the Swedish health care system is not fully adapted to provide for the so far unmet needs of a large proportion of the population and that this has equitable concerns (Westin et al. 2004, 333).

En plus de ces changements, on note une augmentation lente mais constante du nombre de compagnies de soins de santé privées, notamment dans les soins de santé primaires (Anell et al. 2012, 61). Toutefois, les transformations les plus importantes du secteur de la santé surviennent après l'élection de l'Alliance des partis de droite en 2006.

2006-2014: le libre-choix et la privatisation accélérée

Dès cette époque, les cliniques de santé privées se multiplient. En août 2010, 223 nouvelles cliniques avaient déjà été établies, soit une hausse de 23% par rapport à 2007. Les deux tiers de ces nouveaux établissements ont ouvert leurs portes dans les grands centres urbains de Stockholm, Malmö et Göteborg, le plus souvent dans des quartiers densément peuplés dont les habitants sont habituellement plus riches que la moyenne (Anell et al. 2012, 111). Au cours de cette même période, le nombre de centres de santé publics a diminué de façon marquée (Socialstyrelsen 2013, 59). À ce jour, 487 des 1172 cliniques de santé sont dans les mains de compagnies privées, soit près de 42% (Vårdföretagarna 2013). Dans certains centres urbains, cette proportion atteint 60% (Anell et al. 2012, 66).


Au cours des dernières années, la piètre qualité des soins dans les établissements privés a été décriée en Suède. Le scandale le plus important est certainement celui impliquant la compagnie Carema, possédée par une firme de capital-investissement (Anell et al. 2012, 112). À l'automne 2011, des cas de négligences sévères, ayant parfois causé la mort et des erreurs médicales importantes (notamment des amputations qui n’étaient pas nécessaires), ont été
découverts dans une institution prodiguant des soins de longue durée possédée par cette compagnie à Stockholm (Jonasson 2011). D'autres problèmes de qualité ont ensuite été signalés dans les établissements gérés par d'autres compagnies privées (The Local 2011). Un article de Blomqvist, Stolt et Winblad avait déjà démontré en 2010 la différence de qualité entre les établissements publics et privés pour les soins de longue durée. En 2012, l’accumulation des scandales pousse le gouvernement modéré à mettre en place une commission d’enquête sur les effets des politiques de libre-choix dans les secteurs de la santé, de l’éducation et des services sociaux (Norman 2014).

En somme, depuis les réformes mises en place au cours des années 1990, le secteur de la santé suédois s’est considérablement modifié. Au cours de la seconde moitié de la décennie 1990, des changements dans l’utilisation des services médicaux sont observés ainsi qu’une certaine augmentation du nombre de centres de santé privés. Ces effets sont accélérés par les nouvelles réformes des politiques de santé de la seconde moitié des années 2000, qui ont ouvert plus largement le système de santé suédois aux alternatives privées. Les cliniques et hôpitaux privés se sont multipliés et les compagnies de capital-investissement ont commencé à intégrer le « marché » des soins de santé. De plus, on note certains problèmes de qualité dans les établissements de santé privés.

Comme dans le cas de l’éducation, l’évolution du secteur de la santé contredit les valeurs aux fondements du système. Alors que la Loi sur la santé de 1982 garantissait l’égalité d’accès et la qualité des soins pour tous (voir p. 63), les résultats des politiques de libre-choix ont modifié l’accès aux services des différents groupes sociaux, au profit des plus nantis et des
citoyens vivant en milieu urbain, et la qualité des services. Ce faisant, les politiques de libre-choix ont augmenté les inégalités et ont miné l’universalité des soins de santé.

**Contributions empiriques : des changements profonds pour le modèle suédois**

Le deuxième et le troisième chapitre de ce mémoire ont montré que les politiques de santé et d’éducation ont connu des changements très similaires au cours des années 1990. Dans les deux cas, des politiques de libre-choix ont été mises en place. En éducation, les parents ont obtenu le droit d’opter pour une école plutôt qu’une autre. En santé, les citoyens ont été autorisés à choisir la clinique ou l’hôpital qu’ils fréquentent et à sélectionner un médecin de famille. Dans les deux cas, le mode de financement a été transformé : les écoles reçoivent désormais une subvention liée au nombre d’inscriptions alors que les hôpitaux et les cliniques obtiennent une subvention à l’acte. Pour la santé comme pour l’éducation, les changements mis en place à l’époque ont été identifiés comme des changements de second ordre, puisque l’objectif d’égalité sociale et d’universalisme était toujours promu par le gouvernement social-démocrate à la fin de la période de réforme des années 1990. Les décideurs croyaient en effet possible de favoriser le libre-choix dans ces secteurs sans mettre en péril l’universalité des services, leur qualité et l’égalité d’accès.

Les réformes mises en place dans le secteur de la santé et de l’éducation diffèrent toutefois sur un point majeur. Alors que la liberté d’établissement est accordée aux écoles indépendantes, la situation est différente pour les centres de santé et les hôpitaux privés. Les

Que leur visage actuel ait été déterminé par un gouvernement de gauche, comme les politiques d’éducation, ou de droite, comme les politiques de santé, les résultats des politiques de libre-choix sont similaires. Dans les deux cas, le nombre d’établissements privés a augmenté assez lentement au cours des années 1990 pour s’accélérer au milieu des années 2000, particulièrement dans les régions urbaines de Stockholm, Malmö et Göteborg. L’utilisation de ces services s’est donc modifiée : le nombre d’enfants fréquentant les écoles indépendantes a augmenté de façon marquée et la proportion de visites effectuées dans des centres de santé privés s’est accrue (Norman 2014). Les écoles indépendantes et les cliniques et hôpitaux privés sont majoritairement gérés par des compagnies privées et les sociétés de capital-investissement ont une part croissante du marché dans le secteur de la santé et le secteur de l’éducation. Enfin, les politiques de libre-choix ont eu des effets sur l’égalité sociale en Suède. La ségrégation ethnique et sociale a augmenté dans les écoles suédoises. Les cliniques de santé privées se sont majoritairement implantées dans des quartiers urbains et riches, créant une inégalité d’accès aux soins de santé. De plus, la proportion de personnes qui n’utilisent pas le système de santé alors même qu’ils auraient besoin de soins s’est accrue.
À l’issue de cette analyse, on peut donc conclure que l’adoption de politiques de libre-choix a beaucoup transformé le modèle suédois. Cette conclusion s’inscrit dans le sillage des travaux de certains des auteurs présentés dans le premier chapitre, pour qui le modèle suédois avait été transformé en profondeur par les réformes mises en place au cours des années 1990 (Kangas 1994; Clayton et Pontusson 1998; Blomqvist 2004; Olsen 2007; Blomqvist, Stolt et Winblad 2010). L’analyse présentée permet également de comprendre pourquoi autant d’auteurs affirmaient que les changements mis en place étaient peu importants voire cosmétiques. En effet, la majorité de ces auteurs (Stephens 1996; Lindbom 2001; Swank 2002; Palme et al. 2002; Cox 2004) n’avaient pas le recul historique nécessaire pour observer les effets des politiques mises en place pendant les années 1990. Comme il a été démontré dans la première partie de ce chapitre, ce n’est qu’à partir du milieu des années 2000 que les effets quantitatifs et qualitatifs des politiques de libre-choix deviennent évidents, alors qu’au cours de la décennie précédente, les effets des nouvelles politiques avaient semblé marginaux. Ainsi, ces auteurs avaient minimisé l’importance des changements d’instruments, qui ont transformé « la manière dont sont prodigués les services » en Suède, pour reprendre les termes de Paula Blomqvist (2004, 180). La prochaine partie s’intéressera davantage à la question du changement d’instrument.

**Contribution théorique : l’effet cumulatif du changement d’instrument**

La partie précédente a montré que, même si le visage actuel des politiques d’éducation et de santé a été déterminé par des gouvernements d’idéologies différentes, les résultats des
politiques de libre-choix sont très similaires dans les deux secteurs. Ce n’est donc pas la couleur du gouvernement qui explique les résultats observés, mais bien l’instrument mis en place. Dans son article de 1993 « Policy Paradigms, Social Learning and the State », Peter Hall présente le changement de second ordre, ou changement d’instrument, comme une transformation « normale » des politiques publiques, le changement de paradigme étant en effet le seul type de changement associé à une discontinuité des politiques publiques :

First and second order change can be seen as cases of "normal policymaking", namely of a process that adjusts policy without challenging the overall terms of a given policy paradigm, much like "normal science". Third order change, by contrast is likely to reflect a very different process, marked by the radical changes in the overarching terms of policy discourses associated with a “paradigm shift.” If first and second order changes preserve the broad continuities usually found in patterns of policy, third order change is often a more disjunctive process associated with periodic discontinuities in policy (Hall 1993, 279).

Même s’il conçoit que le changement de second ordre peut être « une action stratégique » (Hall 1993, 280), nous avançons que Hall, tout comme d’autres chercheurs (par exemple Baumgartner et Jones 1993), minimise l’importance des changements d’instruments et de paramètres au profit de rares changements paradigmatiques révolutionnaires20.

Sans s’inscrire complètement en opposition à la typologie de Hall utilisée dans les chapitres précédents, les résultats présentés permettent de souligner l’importance capitale du changement d’instrument, qui peut transformer en profondeur un secteur de politiques publiques. De nombreux auteurs se sont déjà intéressés à la question du changement par les instruments. C’est le cas, entre autres, de Bruno Jobert (1994), pour qui le changement est

20 D’autres lui ont déjà adressé la même critique, par exemple Béland (2014).

L’argument théorique présenté ici est apparenté avec les contributions de ce dernier groupe d’auteurs, car le temps en est une composante fondamentale. Il s’en distingue toutefois, car il ne se concentre pas sur une transformation cumulative causée par de nombreux changements d’instruments, mais bien sur l’effet cumulatif du changement d’instrument, c’est-à-dire sur les transformations causées par les résultats, attendus ou pas, de ces politiques. Autrement dit, dans le cas des réformes des politiques de santé suédoises et à plus forte raison des politiques d’éducation, les conséquences des changements d’instruments, qui évoluent, deviennent plus complexes et s’accumulent au fil du temps, constituent des anomalies qui minent et sapent les bases du modèle suédois. Pour expliciter cet argument, trois exemples seront présentés à partir des données présentées plus haut.
D’abord, un premier exemple de la complexification des effets des réformes des politiques de santé et d’éducation est la transformation graduelle des structures de propriété des écoles indépendantes et des cliniques privées. Lorsque l’on a ouvert la porte aux alternatives privées en éducation, la première vague d’écoles gérées par le privé étaient des écoles à but non lucratif, dirigées par des coopératives de professeurs ou par des parents. De façon similaire, au milieu des années 1990, les premières cliniques privées sont des coopératives de médecins (Quaye 2001). L’arrivée des entreprises privées n’était pas nécessairement attendue par les décideurs, et il était possible d’imaginer à l’époque que l’accès aux services serait peu changé. Très graduellement, ces entreprises prennent de plus en plus d’importance dans les deux secteurs. Toutefois, ce n’est qu’à partir du milieu des années 2000 que les sociétés de capital-investissement intègrent les marchés de l’éducation et de la santé. Leur arrivée, imprévue, transforme plus profondément l’offre de service. En effet, ces sociétés, qui n’ont souvent pas d’attachées locales, n’ont pas de scrupules à diminuer la qualité des services (dans le cas du scandale Carema, par exemple) ou à se départir soudainement des établissements qu’ils possèdent lorsque le profit n’est plus au rendez-vous (comme dans le cas de la faillite de JB Education). Ces résultats des politiques de libre-choix posent donc aujourd’hui le problème de la « permanence » des institutions de santé et d’éducation et de la qualité des services qui y sont prodigués. Ce faisant, ils affaiblissent le modèle suédois, caractérisé par l’universalité des services publics de qualité.

Ensuite, un second exemple est l’accélération de la privatisation des établissements d’éducation et de santé après une période de relative stabilité. À la fin des années 1990, les privatisations des écoles, des cliniques et des hôpitaux sont encore marginales, et il était

Enfin, l’omniprésence du privé dans les secteurs de l’éducation et de la santé amène des variations de services importantes et transforment l’accès aux services, rendant les différences entre les groupes sociaux de plus en plus visibles. Le premier changement est rapidement observable : puisque les établissements privés s’établissent plus volontiers en milieu urbain qu’en milieu rural, il y a une inégalité d’accès à ces services, et ce, même si les coûts sont nuls (dans le cas de l’éducation) ou plafonnés (dans le cas de la santé). L’autre changement observable est plus graduel : à mesure que les écoles indépendantes et les cliniques privées s’établissent, les habitudes d’utilisation de ces services changent. Par exemple, la composition sociale des écoles se modifie et l’utilisation du système de santé devient inégale entre les riches et les pauvres. Ces résultats des politiques de libre-choix sont
en contradiction totale avec les valeurs aux fondements du modèle suédois que sont l’égalité sociale et l’universalisme.

En résumé, les effets des politiques de libre-choix en éducation et en santé se sont accrus, complexifiés et se sont diversifiés au fil du temps. Remettent-ils aujourd’hui en question le paradigme d’égalité sociale et d’universalisme du modèle suédois? À la lumière de l’analyse, il semble que tel est le cas. En effet, les politiques de libre-choix ont introduit des variations importantes dans l’accès et la qualité des services prodigués en santé et en éducation, exacerbant les inégalités entre les différents groupes sociaux et nuisant à l’universalité de ces services. Ces résultats sont donc en profonde contradiction avec les valeurs qui sous-tendent le modèle suédois et en minent les objectifs primordiaux. Ainsi, les résultats des réformes mises en place au cours des années 1990 constituent aujourd’hui des anomalies pour le modèle suédois. Ces anomalies, définies par Peter Hall comme des développements qui ne sont pas totalement explicables dans les termes du paradigme, s’accumulent, repoussent les limites du modèle et en minent graduellement les bases.

**Conclusion**

Les politiques de libre-choix mises en place au cours des années 1990 ont eu des conséquences marquées au cours des décennies suivantes. Si les politiques d’éducation et les politiques de santé ont eu une histoire différente au cours des années 2000 – les politiques d’éducation demeurant inchangées et les politiques de santé subissant de nouvelles transformations au milieu des années 2000 – les effets observés dans les deux secteurs sont
semblables. Dans les deux cas, les établissements privés se sont multipliés au cours des années 2000, particulièrement dans la seconde moitié de la décennie. Dans le secteur de l’éducation comme dans le secteur de la santé, les structures de propriété se sont modifiées : les compagnies privées, plus particulièrement les sociétés de capital-investissement, prennent une part de plus en plus importante. Enfin, les politiques de libre-choix ont eu des effets sur l’égalité sociale, alors que la ségrégation sociale et ethnique a augmenté dans les écoles et que les cliniques de santé privées ouvraient majoritairement dans les quartiers urbains riches.


La seconde contribution de ce mémoire est théorique. L’analyse des changements survenus pendant les années 1990 permet de souligner l’importance des instruments de politique publique. Les changements étudiés ont eu un effet cumulatif sur les secteurs de la santé et de l’éducation, c’est-à-dire que leurs résultats se sont accrus, complexifiés et diversifiés au fil du temps. Au bout de deux décennies, ces résultats sont devenus des anomalies pour le paradigme d’égalité sociale et d’universalisme en Suède. Elles en repoussent les limites et en sapent les fondements.
**Conclusion**

Ce mémoire de recherche avait pour objectif de clarifier les changements survenus dans les politiques sociales en Suède entre 1988 et 1998 et ainsi de jeter un nouvel éclairage sur le modèle suédois actuel. L’utilisation de trois critères inférés à partir de la typologie de Peter Hall a permis d’identifier la nature des changements mis en œuvre dans le domaine de l’éducation, au deuxième chapitre, et dans le domaine de la santé au troisième chapitre. Puisqu’à la fin des années 1990, l’objectif d’égalité sociale et d’universalisme sous-tendant les politiques d’éducation et de santé était toujours en vigueur, les réformes ont été identifiées comme des changements d’instruments.

Si les Sociaux-démocrates croyaient à cette époque qu’il était possible d’introduire des éléments de libre-choix dans ces secteurs sans nuire aux objectifs primordiaux du modèle suédois, l’étude menée au chapitre 4 démontre que cela n’a pas été le cas, puisque les inégalités d’accès et de qualité des services ont augmenté. Cette étude parvient à deux conclusions. D’abord, le changement mis en place au cours des années 1990 a eu une importance majeure pour le modèle suédois, même si ses effets ne deviennent évidents qu’une décennie après l’adoption des politiques de libre-choix. Ensuite, les résultats de ces politiques ont eu un *effet cumulatif*, c’est-à-dire qu’au fil du temps, ils se sont accumulés, diversifiés et complexifiés. En contradiction avec les valeurs qui caractérisent le modèle suédois, ils sont devenus « des anomalies » qui repoussent les limites du paradigme et en sapent les fondements.
Afin de conclure ce mémoire sur un portrait encore plus détaillé de la situation actuelle de la Suède, les parties suivantes s’intéresseront à la prise de conscience des Suédois des effets négatifs des politiques de libre-choix, à l’image de la Suède à l’international et aux élections qui se tiendront en septembre 2014.

**Les politiques de libre-choix remises en question**

Depuis quelques années, les Suédois commencent à s’interroger sur le bien-fondé des politiques de libre-choix dans les secteurs de l’éducation et de la santé en Suède. La faillite du groupe JB Education en 2013 a poussé les politiciens à enquêter sur la présence de compagnies privées, particulièrement de sociétés de capital-investissement, en éducation. Une commission d’enquête a été mise en place en janvier 2014 afin d’étudier la possibilité d’adopter des régulations plus sévères pour l’établissement d’écoles gérées par de telles compagnies (Norman 2014).

Depuis que les enquêtes PISA ont débuté en 2000, les résultats suédois ont chuté et cette tendance négative ne s'inverse pas cette année non plus. L'une des causes de ces résultats est l’inégalité des écoles suédoises. [...] La Suède recule car les politiciens ne donnent pas assez de ressources pour soutenir les étudiants en difficulté. L'absence d'égalité est le prix que la Suède paie pour le libre-choix en éducation (Lärarförbundet 2013).

Le ministre de l’Éducation, Jan Björklund, du Parti libéral, a quant à lui déclaré que le gouvernement suédois devait reprendre le contrôle des écoles des mains des municipalités (Adams 2013).

Du côté de la santé, c’est le scandale de la compagnie Carema, présenté dans le quatrième chapitre qui fait office de déclencheur, alors que la mauvaise qualité des soins dans les institutions privées de santé attire l’attention du public à la fin de 2011 (Jonasson 2011). Cet événement pousse le gouvernement modéré à mettre en place une commission d’enquête sur les effets des politiques de libre-choix l’année suivante (Norman 2014).

Pour la santé comme pour l’éducation, une proportion de plus en plus forte de Suédois s’opposent à la présence de compagnies privées recherchant le profit dans ces secteurs. Un sondage mené par l’Université Göteborg en avril 2013 montrait que 62% des citoyens suédois y étaient opposés (Sverigesradio 2013). Cette proportion augmente significativement dans le sondage d’avril 2014, alors que 69% des Suédois sont opposés à la présence de telles compagnies dans le secteur public, contre seulement 13% qui y sont favorables (Wennemo 2014). En 2013, est créée la « Campagne du peuple pour un bien-être commun » (Folkkampanj för gemensam välfärd), un organisme qui organise des manifestations sur cette question. En septembre 2013 et en mai 2014, des manifestations ont eu lieu dans une dizaine de grandes villes du pays, dont Stockholm, Göteborg et Malmö (Folkkampanj 2014).
La Suède vue de l’extérieur


Des changements sont également visibles dans le rapport Divided We Stand: Why Inequalities Keeps Rising, publié par l’OCDE en 2011. La forte hausse des inégalités en Suède y est soulignée :

Sweden still belongs to the group of nine most equal OECD countries, despite a rapid surge of income inequality since the early 1990s. The growth in inequality between 1985 and the late 2000s was the largest among all OECD countries, increasing by one third. In 2008, the average income of the top 10% of income earners was 513 000 SEK, more than 6 times higher than that of the bottom 10%, who had an average income of 81 000 SEK. This is up from a ratio of around 5 to 1 in the early 2000s and a ratio of around 4 to 1 during much of the 1990s (OCDE 2012, 1).

Ainsi, si la Suède reste égalitaire en comparaison avec les autres pays de l’OCDE, cet écart tend à diminuer. Cet état de fait a également été souligné récemment par Jonas Pontusson,
chercheur de calibre international et spécialiste de la Suède : « A striking feature of the data [...] is that disposable income inequality among working-age households increased sharply while pre-fisc income inequality declined in both Denmark and Sweden from 1995 to 2008 » (Pontusson 2014, 4).


**Et l’avenir?**

Lors de leur dernier mandat, l’Alliance des partis de droite a commencé à s’interroger sur les effets des politiques de libre-choix. S’ils ont mis en place une commission d’enquête pour évaluer les effets de ces politiques et proposer une régulation plus restrictive pour les entreprises désirant intégrer les marchés de l’éducation et de la santé, ils ne remettent pas en question la nécessité de garantir le libre-choix dans ces secteurs. Leur critique vise davantage la présence des sociétés de capital-investissement en éducation, en santé et dans les services sociaux (Norman 2014). À ce jour, le Parti de gauche est le seul parti opposé à la présence des compagnies qui souhaitent dégager un profit de la gestion d’écoles et d’établissements de
santé (Sjöstedt 2014). Le modèle suédois, fondé sur l’universalisme et l’égalité sociale, semble bien avoir aujourd’hui intégré un troisième objectif, contradictoire avec les deux premiers, celui du libre-choix.

Bibliographie


Norman, Peter. 2014. *Friskolor måste drivas mer långsiktigt* (Les écoles indépendantes doivent être gérées selon une vision à long terme). En ligne.
http://www.regeringen.se/sb/d/14419/a/232228 (page consultée le 6 février 2014).


Pontusson, Jonas. 2014. “Rising inequality and pro-rich political bias: how unique is the American experience?”. Communication, Université de Montréal, Montréal, 16 janvier 2014 (version électronique du texte).


Weir, Margaret et Theda Skocpol. “State Structures and the Possibility for “Keynesian” Responses to the Great Depression in Sweden, Britain and the United States.” Dans Peter Evans, Dietrich Rueschemeyer and Theda Skocpol, dir., *Bringing the State Back In*, New York: Cambridge.


Annexe I : Gouvernements suédois et noms des partis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Années</th>
<th>Premier ministre</th>
<th>Gouvernement</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>démocrate)</td>
<td>Gouvernement majoritaire de coalition entre le Parti social-démocrate et le Parti agraire (1936-1945).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>démocrate)</td>
<td>Gouvernement majoritaire de coalition entre le Parti social-démocrate et le Parti agraire (1951-1957).</td>
</tr>
<tr>
<td>1982-1986</td>
<td>Olof Palme (Parti social-</td>
<td>Gouvernement minoritaire du Parti social-démocrate</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>démocrate)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
1986-1991 Ingvar Carlsson (Parti social-démocrate)  Gouvernement minoritaire du Parti social-démocrate


1994-1996 Ingvar Carlsson (Parti social-démocrate)  Gouvernement minoritaire du Parti social-démocrate

1996-2006 Göran Persson (Parti social-démocrate)  Gouvernement minoritaire du Parti social-démocrate

2006- Fredrik Reinfeldt (Parti modéré)  Gouvernement majoritaire de coalition entre le Parti modéré, le Parti libéral, le Parti du centre et le Parti chrétien-démocrate (2006-2010)

Gouvernement minoritaire de coalition entre le Parti modéré, le Parti libéral, le Parti du centre et le Parti chrétien-démocrate (2010-)

Source : Svenska regeringen 2014.

Évolution du nom de certains partis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ancien nom du parti (années)</th>
<th>Nom actuel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Parti de droite (1952-1969)</td>
<td>Parti modéré</td>
</tr>
<tr>
<td>Parti agraire (1913-1957)</td>
<td>Parti du centre</td>
</tr>
<tr>
<td>Parti communiste (1921-1967)</td>
<td>Parti de gauche</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Annexe II : Pourcentage des élèves suédois fréquentant une école indépendante

<table>
<thead>
<tr>
<th>Années</th>
<th>École obligatoire</th>
<th>Écoles secondaires supérieures</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1992-1993</td>
<td>1,0</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1993-1994</td>
<td>1,5</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>1994-1995</td>
<td>1,9</td>
<td>2,0</td>
</tr>
<tr>
<td>1995-1996</td>
<td>2,2</td>
<td>2,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1996-1997</td>
<td>2,4</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td>1997-1998</td>
<td>2,7</td>
<td>3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>1998-1999</td>
<td>3,0</td>
<td>3,5</td>
</tr>
<tr>
<td>1999-2000</td>
<td>3,4</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2000-2001</td>
<td>4,1</td>
<td>5,6</td>
</tr>
<tr>
<td>2001-2002</td>
<td>5,0</td>
<td>6,1</td>
</tr>
<tr>
<td>2002-2003</td>
<td>5,7</td>
<td>8,2</td>
</tr>
<tr>
<td>2003-2004</td>
<td>6,4</td>
<td>10,3</td>
</tr>
<tr>
<td>2004-2005</td>
<td>7,0</td>
<td>11,9</td>
</tr>
<tr>
<td>2005-2006</td>
<td>7,6</td>
<td>13,4</td>
</tr>
<tr>
<td>2006-2007</td>
<td>8,4</td>
<td>15,0</td>
</tr>
<tr>
<td>2007-2008</td>
<td>9,2</td>
<td>17,4</td>
</tr>
<tr>
<td>2008-2009</td>
<td>9,9</td>
<td>19,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2009-2010</td>
<td>10,8</td>
<td>21,7</td>
</tr>
<tr>
<td>2010-2011</td>
<td>11,9</td>
<td>23,8</td>
</tr>
<tr>
<td>2011-2012</td>
<td>12,6</td>
<td>25,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2012-2013</td>
<td>13,3</td>
<td>26,0</td>
</tr>
<tr>
<td>2013-2014</td>
<td>13,7</td>
<td>25,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Ekonomifakta 2014b.