Suède

Des réformes et des ajustements bien antérieurs à la crise

Annie JOLIVET *

Les services et le secteur publics occupent une place importante en Suède, en particulier comparés à la plupart des autres pays développés. C'est l'un des trois pays de l'OCDE en tête du classement pour la part des salariés publics dans la population active avec 26 % en 2010 (OECD, 2013). La Suède est également l'un des pays où l'emploi public est le plus décentralisé : en 2011, seulement 18 % de l'emploi public relève du gouvernement central, environ 20 % des comtés et un peu plus de 60 % des communes. Enfin, les comtés et les communes assurent et financent l'essentiel des services de santé, les services d'éducation relevant, quant à eux, largement des communes.

Si la part de l'emploi public dans l'emploi total a diminué au cours des dix dernières années – elle s'élevait à 28,7 % en 2001 (OECD, 2013:102) –, l'emploi et les services publics n'ont pas connu d'évolutions notables avec la survenance de la crise. La bonne santé des finances publiques et les réformes très anciennement engagées dans les secteurs de la santé et de l'éducation expliquent que ces deux domaines n'aient pas fait l'objet de mesures restrictives spécifiques.

Emploi et services publics : des réformes profondes et anciennes

L'emploi et les services publics ont fait l'objet de profondes réformes à la fin des années 1980 et surtout au cours des années 1990, dans un contexte de sévère récession et de fort déficit public.

Les années 1980 sont marquées par la séparation entre des ministères et des agences (encadré), puis par la diminution du contrôle de l'État sur les agences et la restructuration d'un grand nombre d'entre elles. Les collectivités locales, communes et comtés (*landsting*) assurent la production des services publics en matière de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées, d'éducation (de la garde d'enfants à l'entrée à l'université) et de santé. La loi de 1991 sur les pouvoirs locaux transfère de nombreuses compétences du niveau national au niveau local.

La deuxième grande vague de réformes des années 1990 correspond au

* Centre d'études de l'emploi, chercheure associée à l'IRES.

Encadré

Ministères et agences gouvernementales

Les ministères sont chargés de la définition des politiques publiques et du contrôle de leur mise en œuvre. Chaque ministère a la responsabilité d'un certain nombre d'agences gouvernementales chargées d'appliquer les lois et d'exécuter les décisions du Parlement et du gouvernement. Autorités publiques indépendantes, ces agences constituent le plus important instrument de mise en œuvre des politiques. Le gouvernement nomme leurs directeurs et leur fixe chaque année des objectifs et un budget. En revanche, il n'intervient pas dans l'activité quotidienne des agences qui gèrent de façon indépendante la mise en œuvre des politiques et en rendent compte au ministère (règle de non-ingérence).

Les ministères emploient relativement peu de personnel : 4 584 personnes au total fin 2013 (tableau 1). Ce sont les agences qui emploient 95 % des agents publics de « l'État », c'est-à-dire du gouvernement central. Depuis 2006, le gouvernement a mis en place une série de modifications de l'organisation administrative qui a progressivement réduit leur nombre. La réduction du nombre d'agences et l'accroissement de leur taille relèvent d'une tendance plus ancienne de fusion des agences régionales à partir du début des années 1990 : on dénombrait ainsi 1 394 agences gouvernementales en 1990, 796 en 1995 et 643 en 2000.

Tableau 1. Nombre d'agences et effectifs des ministères (2007-2013)

	Nombre d'agences							Effectifs ministères	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007	2013
Cabinet du Premier ministre	3	3	3	2	2	2	2	132	182
Ministère de la Justice	142	142	136	136	123	123	123	358	400
Ministère des Affaires étrangères	11	11	11	11	11	11	9	1350	1271
Ministère de la Défense	16	13	12	12	11	11	11	162	174
Ministère de la Santé et des Affaires sociales	16	14	16	18	56	50	50	285	338
Ministère des Finances	57	59	61	58	13	13	13	447	477
Ministère de l'Éducation et de la Recherche	66	61	55	59	57	59	57	209	226
Ministère de l'Agriculture	11	10	10	7	7	7	6	146	155
Ministère de l'Environnement	40	16	15	10	7	7	7	196	168
Ministère de l'Entreprise, de l'Énergie et des Communications	27	29	24	26	22	22	22	322	344
Ministère de l'Intégration et de l'Égalité hommes-femmes	13	12	8	6				122	
Ministère de la Culture	34	34	33	32	24	23	24	119	99
Ministère de l'Emploi	11	10	10	10	12	8	12	94	158
Bureau des Affaires administratives								697	592
Total	**447**	**414**	**394**	**387**	**345**	**336**	**336**	**4639**	**4584**

Chiffres au 31 décembre hors comité et représentations à l'étranger.
Source : Swedish Government Offices Yearbook 2007, 2013.

processus d'ouverture à la concurrence des services publics. Ces réformes visent à accroître l'efficience [1] des services publics en augmentant le rôle des producteurs privés mais aussi en augmentant la concurrence entre établissements publics (entre hôpitaux, entre universités, entre établissements scolaires) et en modifiant les règles de gestion et les modes d'organisation (dans l'esprit du nouveau *management* public et du *management* par objectifs).

L'emploi public fait l'objet d'une loi en 1991 qui modifie la gestion des personnels. Le système de carrière, avec une progression des salaires à l'ancienneté et une gestion centralisée des embauches et des rémunérations, est remplacé par un système d'emploi, avec une individualisation des rémunérations. Plus de 90 % des employés publics ont des rémunérations différenciées, en fonction du rendement (évalué au moins une fois par an par rapport aux objectifs à atteindre), du niveau de responsabilité des tâches à réaliser, du salaire pour un travail équivalent dans le secteur privé. Le statut de fonctionnaire est supprimé en 1993. Les règles qui régissent les emplois sont désormais quasiment les mêmes que dans le secteur privé : il n'y a pas de garantie d'emploi à vie, et les emplois à pourvoir sont accessibles tout autant aux salariés publics qu'aux candidats extérieurs. On ne peut donc pas parler de fonction publique en Suède.

Les réformes sur la répartition des compétences entre les différents niveaux de gouvernement (national, régional et communal) ne se sont pas accompagnées d'une modification des sources de financement, qui reste très largement public. En revanche, la part des opérateurs privés a augmenté. Le gouvernement de coalition de centre-droit issu des élections de 2006 a pris de nouvelles mesures en faveur de l'accroissement de la place du secteur privé dans la production de services publics. La loi sur les marchés publics adoptée en 2007, qui reprend largement la directive européenne 2004/18/EC du 31 mars 2004, crée l'obligation de traitement équitable des producteurs de services publics. La loi de 2008 sur le système de choix dans le secteur public, entrée en vigueur en 2009, permet à une collectivité locale qui le souhaite de choisir un producteur de services sociaux et de santé dans le cadre d'un marché public. La diversité plus grande des producteurs de services publics, en particulier la part croissante quoique limitée des producteurs privés (+1 point de pourcentage depuis 2008), a contribué à réduire l'emploi public. La proportion des dépenses publiques affectée à des services externalisés est désormais de 16 % contre 13 % en moyenne pour les pays de l'OCDE (Statskontoret, 2014:92 ; OECD, 2013). Seuls les Pays-Bas et la Finlande affichent des chiffres supérieurs. Les comtés et les communes restent néanmoins les principaux employeurs dans les domaines qui leur incombent (Anxo, 2013).

Une baisse temporaire et limitée de l'emploi public avec la crise

Pendant la phase de profonde récession qu'a connue la Suède en 2008 et 2009, l'emploi public a été réduit, principalement dans les communes et les comtés en charge de la santé et de l'éducation primaire et secondaire. Cet ajustement est cependant sans commune mesure avec la forte réduction des effectifs publics entre 1991 et 1997,

1. L'efficience désigne le rapport entre les résultats et les ressources engagées pour les obtenir.

Tableau 2. Emploi public (2007-2012) *

En milliers

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gouvernement central	227,1	223,2	222,1	224,7	229,3	233,6
Femmes	112,6	110,9	112,0	114,9	116,7	119,6
Hommes	114,4	112,3	110,1	109,8	112,6	114,0
Communes	803,3	786,0	767,6	774,2	780,4	785,3
Femmes	629,0	618,8	603,4	607,8	613,3	615,9
Hommes	174,4	167,3	164,2	166,4	167,1	169,3
Comtés	237,0	236,8	232,8	229,8	232,3	233,5
Femmes	188,9	188,6	184,8	182,5	184,4	184,5
Hommes	48,2	48,2	48,0	47,2	48,0	49,0
Total	1 267,4	1 246,0	1 222,4	1 228,7	1 242,0	1 252,3

* Salariés publics hors salariés en congés longue durée.
Source : *Statistisk årsbok 2014*, Statistika centralbyrån.

Tableau 3. Solde et dette publics (2005-2013)

En % du PIB

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Solde public	1,8	2,2	3,3	2,0	-0,7	0,0	-0,1	-0,9	-1,3
Dette publique	48,2	43,2	38,2	36,8	40,3	36,7	36,1	36,4	38,6

Source : Eurostat (tec00127 et tsdde410), consulté le 31 octobre 2014.

conséquence des réformes structurelles mais aussi de la volonté du gouvernement de diminuer le déficit public creusé par la très forte récession du début des années 1990 [1]. Cette réduction des effectifs publics s'est traduite par la baisse de 35 % à environ 30 % de la part de l'emploi public au sens large [2] entre 1991 et 2007, soit 291 000 personnes en moins (Anxo, 2013). La diminution survenue entre 2008 et 2010 a, elle, été temporaire. Les réductions d'effectifs ont surtout concerné les contrats à durée déterminée [3]. Les effectifs ont progressé à nouveau à partir de 2009-2010 (tableau 2).

La situation des finances publiques au début de la récession de 2008 est en effet très favorable (tableau 3) : la Suède affiche depuis 1998 un excédent budgétaire et a commencé à réduire sa dette publique à partir de 1996. Si la récession a été forte entre fin 2008 et début 2009, la croissance économique repart en 2010. Les mesures budgétaires ont certes creusé le déficit et accru la dette mais la situation se stabilise et la dette publique revient à son niveau d'avant-crise à partir de 2010. Les dépenses et les recettes publiques par rapport au PIB ont diminué ces dix dernières années (Statskontoret,

1. En 1993, au plus fort de la récession, le déficit public a atteint 11 % du PIB.
2. Ces chiffres intègrent l'emploi des entreprises publiques.
3. La réduction a particulièrement affecté les emplois occupés par des femmes. La Suède a en effet l'une des plus fortes proportions de femmes dans l'emploi public des pays de l'OCDE (autour de 73 %). La différence est particulièrement forte dans les comtés et les communes (79 % de femmes), alors qu'hommes et femmes sont presque également représentés dans le gouvernement central.

2014), mais les communes et les comtés financent très largement leurs activités par des ressources fiscales propres, ce qui permet une relative stabilité et surtout une visibilité des ressources. Le solde des finances publiques est excédentaire en 2008, ce qui permet au gouvernement d'augmenter les transferts affectés aux collectivités locales pour compenser la diminution de la base fiscale des communes et des comtés, et ainsi maintenir l'emploi public.

Les évolutions dans le secteur de la santé et celui de l'éducation s'inscrivent dans cette tendance générale. L'éducation (collèges et universités) a connu la hausse la plus forte du nombre de salariés publics. Elle a été en effet considérée comme une priorité par les deux derniers gouvernements Reinfeldt.

Éducation et santé : des changements largement antérieurs à la crise

La situation des secteurs de la santé et de l'éducation tient essentiellement aux réformes engagées entre 1982 et 1996 pour la santé et au cours des années 1990 pour l'éducation.

Décentralisation, individualisation des rémunérations, libre choix des écoles

En 1991, après plusieurs années de discussions, la responsabilité de la gestion des établissements scolaires est dévolue aux communes, le gouvernement et le Parlement conservant la responsabilité des grandes orientations de la politique d'éducation. Cette décentralisation, lancée par le gouvernement social-démocrate, est jugée nécessaire pour améliorer l'efficience des établissements dans un contexte de contrainte budgétaire et pour mieux tenir compte des besoins des citoyens. Les communes doivent donc organiser et assurer les services d'éducation (en fournissant aussi les bâtiments, les manuels, le transport scolaire, les repas, etc.), allouer les ressources aux différents derniers, s'assurer que ces derniers disposent du personnel qualifié nécessaire. Les communes reçoivent des ressources en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques et non plus du nombre d'enseignants. Le gouvernement central fixe des objectifs et contrôle les résultats des communes.

Les communes doivent désormais recruter les enseignants et les rémunérer, alors que les conditions d'emploi (notamment le temps de travail) et de rémunération relèvent encore du gouvernement central. Or, la récession du début des années 1990 pèse sur les ressources affectées à l'éducation. Les communes sont également confrontées à une croissance du nombre d'élèves et les enseignants représentent la majeure partie du budget qu'elles consacrent à l'éducation. Ne pas pouvoir fixer le temps de travail ou la rémunération des enseignants prive les communes d'outils d'ajustement des services scolaires. Les syndicats d'enseignants sont cependant très opposés à ce que les communes fixent les conditions d'emploi et de rémunération des enseignants, par crainte des conséquences sur les relations entre ceux-ci et les directeurs des établissements scolaires et d'une rupture de l'égalité entre enseignants. Leur opposition est d'autant plus forte que les salaires des enseignants ont stagné pendant les années 1980 et que les contraintes budgétaires du début des années 1990 laissent peu de perspectives d'amélioration rapide.

La position des syndicats sur cette question a évolué pour plusieurs raisons (Strath, 2004). En 1992, les syndicats

décident de travailler ensemble. Des revendications sur la réduction du nombre d'heures des enseignants du primaire et l'alignement de leur salaire de fin de carrière sur celui des enseignants du secondaire sont entendues et une augmentation du salaire de 25 % en deux ans est acceptée pour les enseignants du secondaire. Cependant, les perspectives de progression des salaires restent limitées. Les syndicats commencent alors à accepter l'idée de la décentralisation de la fixation des salaires, en considérant que celle-ci ouvre des marges d'augmentation au niveau local. Enfin, les syndicats sont conscients que l'amélioration des salaires et des conditions d'emploi des enseignants nécessite d'améliorer l'image de leur profession, de convaincre de leur rôle essentiel dans une éducation de grande qualité. Dans une déclaration conjointe, le syndicat des professeurs (Lärarförbundet) et le syndicat national des professeurs (Lärarnas Riksförbund) affirment en 1996 leur engagement en faveur du progrès du système scolaire. En 1996 également, après plusieurs années de négociation, les syndicats acceptent de signer avec l'organisation représentant les communes en tant qu'employeurs (SALA) le premier accord collectif sur les salaires et le temps de travail. Les grilles qui fixaient la rémunération des enseignants en fonction de l'ancienneté et du niveau de diplôme sont remplacées par un système décentralisé et individualisé, avec toutefois des garanties minimales d'augmentation salariale. Le second accord (2000-2005) insiste sur la nécessité de définir précisément les critères d'évaluation des performances des enseignants. Les décisions d'embauche et de rémunération sont ensuite déléguées aux établissements scolaires. Cette réforme aurait permis d'atténuer les difficultés d'embauche et les problèmes de pénurie dans certaines régions, grâce à des salaires offerts supérieurs pour certains postes (Labrie, 2012). Les enseignants ont progressivement appuyé la réforme (plus de 60 % se déclarent satisfaits en 2004 selon Strath, 2004).

Les communes financent aussi bien les établissements scolaires publics que des établissements indépendants (*friskolar*). Un système de bons d'étude (*skolpeng*) a été mis en place en 1992 par le gouvernement de centre-droit de Carl Bildt pour permettre aux parents de choisir l'école primaire de leurs enfants, publique ou privée [1], sans avoir à subir un surcoût. L'objectif était d'accroître les performances des établissements scolaires. Ce système concerne tous les enfants, indépendamment des revenus de leurs parents. Les écoles indépendantes ont accès aux financements publics sous deux conditions (Sandström, Bergström, 2005) : elles ne doivent pas demander de droits d'inscription supplémentaires, ce qui supprime la concurrence par les prix et la liberté de fixation des critères d'inscription est limitée. Les écoles indépendantes ne peuvent en particulier pas refuser des élèves dont les capacités sont faibles ou les accepter selon des critères confessionnels ou d'origine ethnique, ce qui réduit très fortement la sélection à l'entrée. En 2006, la liberté d'établissement est accordée pour les établissements préscolaires (*förskolar*).

Ces réformes ont produit une rapide augmentation du nombre d'écoles indépendantes, avec de très fortes différences selon les communes. En 2013, 20 % des enfants en école maternelle, 14 % des

1. Les écoles indépendantes doivent avoir un agrément de l'Agence nationale pour l'éducation (Skolverket).

élèves de primaire et 26 % des lycéens sont inscrits dans des écoles indépendantes. Il existe 4 000 établissements scolaires indépendants, soit un quart des établissements allant de l'école maternelle au lycée [1] (Skolverket, 2014). La tendance est à la poursuite de cette croissance, même si la part des achats de services extérieurs d'éducation par les communes reste limitée dans l'ensemble. Cette part est passée de 5 % en 2005 à 9 % en 2012 pour les entreprises privées, et est restée à 4 % pour les entreprises mutualistes, associations et fondations. Sur la période 2007-2009, la part des achats à des entreprises privées a diminué en 2007 pour repartir en 2008 à 7 %, se recalant sur la tendance (SCB, 2014:19).

Un système de santé profondément réformé dès 1982, objet depuis d'ajustements continus

L'essentiel des réformes du système de santé a eu lieu entre 1982 et 1993 [2].

La forte décentralisation du système de santé suédois a été engagée dès 1982 pour améliorer son efficacité et contenir la croissance de ses coûts. Avec la loi sur les soins de santé, résultat d'un long processus de discussion et d'élaboration, le gouvernement central transfère la plupart de ses compétences aux comtés et aux communes. S'y ajoute un transfert du pouvoir de lever l'impôt : les comtés sont responsables d'une taxe régionale pour financer la santé. Les gestionnaires des systèmes de santé des comtés sont élus par les habitants. Le ticket modérateur est généralisé à l'ensemble du système de santé [3] (avec des exemptions et le remboursement par le gouvernement central pour les personnes à faibles revenus).

En 1984, la réforme Dagmar modifie le financement des consultations des médecins pour freiner l'exode des médecins vers le secteur privé et encadrer les dépenses liées aux consultations. Les budgets des comtés sont désormais calculés en fonction de la population couverte et non plus en fonction du nombre de consultations (passage du paiement à l'acte à un paiement par capitation). Et surtout les médecins du secteur privé doivent négocier leurs tarifs avec le comté pour pouvoir exercer.

En 1992, la réforme Ädel transfère des comtés vers les communes la responsabilité des soins non médicaux des personnes en perte d'autonomie, oblige les hôpitaux à rendre publiques les listes d'attente pour leurs domaines d'activité et les communes à compenser les hôpitaux pour les patients qui ne peuvent être pris en charge.

En 1993, la réforme des centres de soins primaires vise à développer ce niveau de soins pour réduire le nombre de personnes s'adressant à l'hôpital et réduire les coûts de santé. La délégation des tâches, mise en œuvre en 1994, permet la prescription de certains médicaments par des non-médecins. On notera aussi la séparation entre acheteur et fournisseur de soins de santé introduite à l'initiative de certains comtés au début des années 1990, puis généralisée à la plupart des comtés à la fin des années 1990. Elle permet d'élaborer un contrat entre les deux parties portant notamment sur les soins offerts et la rémunération de l'établissement.

1. Si le nombre d'établissements préscolaires indépendants est très élevé (2 749, soit 27 % des établissements), la proportion de lycées indépendants est impressionnante (460 établissements, soit 36 %). Parmi les écoles primaires, seulement 792 sont indépendantes, soit 16 %.
2. Pour une analyse des différentes réformes, voir notamment Palier (2006) et Desjourdy (2009).
3. Sa création remonte à une loi de 1931.

Les ajustements sont depuis relativement continus (Anell *et al.*, 2012) : élargissement des délégations de prescriptions (2001), fusion-restructuration de certains hôpitaux (2003), système de bonus pour les hôpitaux qui atteignent les objectifs nationaux en matière de listes d'attente (2008). Certaines lois récentes accroissent la concurrence : en 2007, possibilité de créer des hôpitaux privés et suppression des restrictions faites aux comtés de contracter avec des entreprises privées pour les services d'urgence [1] ; en 2009, ouverture à la concurrence du marché des pharmacies (avec l'autorisation de vendre certains médicaments en dehors des pharmacies).

Ces réformes structurelles ont permis de stabiliser les dépenses publiques de santé dès le début des années 1980, puis de les diminuer après l'entrée en vigueur de l'interdiction aux comtés d'avoir des déficits en 1985. Les centres de soins primaires se sont développés, maillant le territoire et proposant des soins à domicile. Cela a permis la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux (la Suède présente un ratio nombre de lits par habitant inférieur à la moyenne de l'OCDE), mais a aussi réduit l'offre de soins, ce qui n'a pas permis de réduire les listes d'attente. Si sa part varie selon les régions, le secteur privé s'est développé surtout dans les centres de soins primaires (qui relèvent des communes). Les patients y paient le même ticket modérateur que dans les centres publics. Enfin, le nombre d'hôpitaux privés reste limité. La part des achats de services extérieurs par les comtés a donc peu augmenté : 9 % en 2012 contre 7 % en 2005 (SCB, 2014:21).

Des problèmes d'accès et de qualité

Les services d'éducation et de santé ont un caractère universel en Suède. C'est l'une des raisons qui expliquent l'effet légèrement moins redistributif de ces services comparé aux autres pays de la zone OCDE (OCDE, 2012:56). La gratuité de l'éducation (y compris des cantines scolaires) ou le versement du chèque éducation par exemple ne dépendent pas du revenu des parents. Néanmoins, la décentralisation de la gestion des établissements scolaires et la concurrence des *friskolar* suscitent un débat sur l'efficacité des réformes. Les réformes dans le secteur de la santé n'ont quant à elles pas résolu le problème des files d'attente.

Le débat sur la qualité de l'éducation

La publication du rapport PISA [2] fin 2013 a suscité un vif débat sur l'école. Depuis dix ans, les scores des élèves suédois baissent au fur et à mesure des campagnes PISA, alors que la Suède est l'un des pays qui consacre le plus de moyens à l'éducation (6,3 % du PIB). Pour la première fois en 2012, la Suède passe sous la moyenne des pays industrialisés sur les trois domaines couverts par l'enquête de l'OCDE (mathématiques, compréhension de l'écrit et sciences) et dégringole selon les domaines aux 36e et 38e rang du classement des 65 pays. Ces résultats ont été vivement critiqués par la présidente du syndicat des professeurs Lärarförbundet qui met en cause les inégalités croissantes entre les établissements scolaires produites par le système du libre choix de l'école. Un rapport récent du syndicat national des enseignants Lärarnas

1. Abolition de la « Stop Law » adoptée en 2000 pour stopper la privatisation des hôpitaux.
2. Programme international pour le suivi des acquis des élèves.

Riksförbund, intitulé *Priorités locales et intérêts nationaux* [1], montre des écarts de performance à la fois entre écoles et entre groupes d'élèves. Les élèves qui ont une origine étrangère sont surreprésentés parmi ceux qui n'entrent pas au lycée (*gymnasieskola*) et parmi ceux qui interrompent leurs études secondaires et n'entrent pas dans l'enseignement supérieur. Le passage de services universels à des choix multiples pour les usagers s'est réalisé aux dépens de la qualité (Wiborg, 2010), la concurrence entre établissements portant sur l'éventail des choix ouverts aux parents et aux élèves. Enfin, le financement public des établissements indépendants est critiqué dans la mesure où deux tiers des établissements privés sont gérés par des entreprises à but lucratif, parfois par des fonds d'investissement, et que des scandales récents ont mis en cause leurs modes de gestion. Une inspection nationale (*Statens Skolinspektion*) a été mise en place en 2013 pour vérifier la qualité des établissements scolaires et sanctionner le cas échéant.

La qualité de l'enseignement est un thème de débat depuis une dizaine d'années. La question de la performance des établissements scolaires est aussi très liée à celle des compétences des enseignants. En mars 2011, le Parlement a fixé des règles de certification des enseignants, rendant les critères de recrutement des enseignants plus exigeants. Selon l'Agence nationale pour l'éducation (Skolverket), 20 % des professeurs n'ont pas de qualification d'enseignement et environ 50 % enseignent des matières pour lesquelles ils n'ont jamais été formés. Depuis le 1er décembre 2013, une certification professionnelle, une sorte de « permis d'enseigner », est exigée pour les enseignants permanents intervenant dans les écoles primaires et les établissements préscolaires. Cette attention au niveau de qualification des enseignants rencontre les revendications des syndicats de professeurs, qui pointent depuis plusieurs années la faiblesse relative de leur rémunération et la baisse du nombre de candidats, notamment due à la faible attractivité des emplois de professeurs. La pénurie atteindrait 50 000 postes en 2020, selon le syndicat Lärarnas Riksförbund.

Une réforme récente a par ailleurs modifié les possibilités d'accès à l'enseignement supérieur. La Suède a longtemps été l'un des rares pays à exempter tous les étudiants des frais d'inscription à l'université quelle que soit leur nationalité. Le nombre d'étudiants a fortement progressé depuis le début des années 1990. En 2011, le gouvernement de centre-droit réélu en 2010 a mis fin à la gratuité de l'enseignement supérieur, estimant que le coût pour les contribuables était élevé et que l'enseignement supérieur suédois devait être choisi pour sa qualité et non pour sa gratuité. Un système de bourse permet aux étudiants suédois de faire face aux frais d'inscription. En revanche, les étudiants provenant de pays qui ne font pas partie de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de Suisse et qui n'ont pas de programmes d'échange avec la Suède doivent financer ces frais. Deux programmes de bourse ont été simultanément ouverts pour des étudiants très qualifiés. La conséquence est une très forte baisse du nombre d'étudiants étrangers, passé de 7 600 avant la mise en place des frais de scolarité à 1 600 en 2013 selon la Direction de l'enseignement supérieur. Cette baisse, qui concerne pour les deux tiers des étudiants asiatiques et africains, met en difficulté certaines universités. Les moyens

1. *Lokala prioriteringar och nationella intressen*, septembre 2013.

affectés aux programmes de bourse pour les étudiants étrangers ont été fortement augmentés en 2014.

Des inégalités territoriales persistantes en matière d'accès à la santé

La Suède fait partie des pays qui assurent le plus large accès aux soins. Dans le cadre de la législation et des priorités fixées par le gouvernement et le Parlement, les comtés disposent d'une très grande autonomie en ce qui concerne la fourniture des services de santé. Or la population est très inégalement répartie sur l'ensemble du territoire [1]. Le contrôle et la transparence des performances des comtés et régions sont assurés par le suivi d'un grand nombre d'indicateurs, rendus publics depuis 2005 dans un rapport annuel (SALAR, 2012). On peut y constater des différences de temps d'attente selon les pathologies et les comtés. Si 80 % des personnes interrogées sont partiellement ou totalement d'accord avec la réponse « j'ai eu accès aux soins dont j'avais besoin », cette proportion varie de 73 à 88 % selon les comtés et régions (*ibid*:62). Cette proportion est plus faible pour les personnes qui ne proviennent pas de la zone nordique. Elle tombe à 60 % pour les personnes qui se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé. Un quart des personnes qui ne sont pas totalement d'accord avec l'affirmation « j'ai eu accès aux soins dont j'avais besoin » considèrent que des délais d'attente plus courts amélioreraient la situation. Une récente étude de la Fondation de Dublin sur l'accès aux services de santé dans la crise (Dubois, Anderson, 2013) indique que 35 % des personnes déclarent avoir rencontré des difficultés d'accès dues soit à la distance, soit au coût, soit aux délais d'attente le jour du rendez-vous ou pour prendre un rendez-vous. Des difficultés d'accès aux soins existent également pour les migrants sans papiers, qui n'ont que partiellement accès au service public de santé. Par ailleurs, les besoins de santé non couverts augmentent parmi les chômeurs. La question du délai d'attente, problème ancien en Suède, n'a pas été réglé par les différentes réformes. Sont particulièrement pointés les délais d'attente pour des cancers du sein et des maladies psychiatriques. La crise économique a pu jouer un rôle en accroissant la demande de certains soins ou en limitant la progression des ressources affectées, dans un contexte de vieillissement de la population.

Les questions de qualité de l'éducation et d'accès à la santé peuvent expliquer la récente baisse du niveau de confiance dans ces deux domaines [2] : après avoir augmenté pendant dix ans, la proportion de ceux qui étaient assez ou très confiants a légèrement diminué depuis 2010, et la proportion de ceux qui ont une grande ou très grande confiance a chuté de neuf points de pourcentage (Statskontoret, 2014). L'éducation a ainsi joué un rôle important lors de la campagne des élections législatives de septembre : 60 % des électeurs/trices ont indiqué que leur vote avait été déterminé par la priorité que les différents partis étaient disposés à accorder à l'éducation.

1. Le comté du Gotland, composé d'une seule commune, compte 60 000 habitants. Celui de Stockholm regroupe en revanche presque 2 millions de personnes. Les deux comtés Västra Götaland et Skåne, qui ont accédé au statut de régions, atteignent respectivement 1,6 et 1,3 million d'habitants. Les autres comtés se situent entre 130 000 et 430 000 habitants.
2. La confiance du public dans les institutions est souvent présentée comme une caractéristique de la Suède et un des facteurs de sa capacité à engager des réformes. C'est en effet l'un des pays de l'OCDE où la confiance dans le gouvernement central et dans les gouvernements locaux est la plus grande.

Conclusion

Les services publics ont connu depuis le début des années 1990 de profondes évolutions : changement des modalités de gestion, de l'organisation de la gouvernance publique, ouverture à la concurrence, développement d'opérateurs privés, diminution des emplois publics. Cependant, ces évolutions se sont faites sans repli des financements publics, sans remise en cause globale de l'État social. La crise de 2008-2009 n'a pas produit d'inflexion nouvelle dans ces transformations déjà engagées. Les nouvelles dispositions adoptées prolongent les choix et les tendances antérieurs. Elles relèvent d'un processus incrémental de modification. Les services publics d'éducation et de santé ne se démarquent pas particulièrement. Pour autant, ces changements ont eu un impact sur les inégalités d'accès à la santé et sur la qualité de l'éducation malgré le caractère universel et le haut niveau d'accès atteint en Suède. Le débat sur l'éducation, accentué par les résultats de l'enquête PISA, a été très vif pendant toute la période qui a précédé les élections législatives de septembre 2014. Le nouveau gouvernement issu de ces élections, qui a fait de l'éducation l'une de ses priorités, est très attendu par les détracteurs du système actuel et par les syndicats des enseignants.

Sources :

Anell A., Glenngard A.H., Merkur S. (2012), « Sweden. Health System Review », *Health Systems in Transition*, vol. 14, n° 5, European Observatory on Health Systems and Policies.

Anxo D. (2013), « Early Fiscal Consolidation and Negotiated Flexibility in Sweden: A Fair Way Out of the Crisis », *in* Vaughan-Whitehead F. (ed.), *Public Sector Shock. The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar/ILO, p. 543-575.

Desjourdy A. (2009), "Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec ?", *Cahiers de recherche en politique appliquée*, vol. II, n° 3, automne, p. 17-51.

Dubois H., Anderson R. (2013), *Impacts of the Crisis on Access to Healthcare Services in the EU*, Eurofound, Dublin.

Labrie Y. (2012), « L'organisation du travail dans le secteur public : l'exemple de la Suède », *Les Notes économiques*, Collection Lois du travail, Institut économique de Montréal, décembre.

OCDE (2012), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, Éditions OCDE.

OECD (2013), *Governement at a Glance*, OECD Publishing.

Palier B. (2006), « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », *Les Tribunes de la santé*, n° 12, p. 29-36.

Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) and Swedish National Board of Health and Welfare (2012), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2012*, http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-949-2.pdf?issuusl=ignore.

Sandström M., Bergström F. (2005), « School Vouchers in Practice: Competition Won't Hurt You! », *Journal of Public Economics*, vol. 89, n° 2-3, p. 351-380.

SCB (2014), « Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2012 - Financiers and providers within education, health care and social services 2012», *Statistiska Meddelanden*, OE 29 SM 1401. http://www.scb.se/Statistik/OE/OE0112/2012A01/OE0112_2012A01_SM_OE29SM1401.pdf.

Skolverket (2014), *Privata aktörer inom förskola och skola. En nationell kartläggning av enskilda huvudmän och ägare* (Acteurs privés dans les établissements préscolaires et scolaires. Une enquête nationale sur les propriétaires et directeurs individuels), Rapport 410.

Statskontoret (2014), *Svensk förvaltning i ett internationellt perspektiv*, http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2014/Offentliga-sektorns-uteckling-internationellt_2014.pdf.

Strath A. (2004), *Teacher Policy Reforms in Sweden: The Case of Individualised Pay*, International Institute for Educational Planning, UNESCO, December.

Wiborg S. (2010), « Swedish Free Schools: Do They Work? », *LLAKES Research Paper*, n° 18.