



Quelles leçons en provenance de Suède ?

Claude Martin

Directeur de recherche CNRS

Directeur du Centre de recherche interdisciplinaire sur les soins de longue durée, la vulnérabilité et la maladie d'Alzheimer (CI-SOLO), Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Le modèle suédois



- Au début des années 1990, j'ai coordonné avec Frédéric Lesemann, un bilan sur les politiques en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes dans huit pays développés (France, Royaume-Uni, Allemagne, Italie, Suède, Pays-Bas, Etats-Unis, Canada)
- Le contraste était alors saisissant entre l'offre de services publics de prise en charge entre la Suède décrite par Lennarth Johansson et Mats Thorslund et les autres pays étudiés
- La logique qui prévalait alors était celle du développement d'un accès universel (quels que soit l'âge, le genre, l'appartenance sociale ou ethnique) à des services de soutien organisés au plan municipal (moins de 300 municipalités), sans mobiliser d'obligation alimentaire
- En ce sens, il était pertinent d'évoquer un modèle suédois: un « paradis de politiques publiques » pour les personnes âgées dépendantes

Les atouts de cette politique coûteuse (Social services Act 1982)



- **Se centrer sur les besoins des personnes (needs-test) et non sur les ressources (means-test)**
- **Un haut niveau de prise en charge garantissant le libre choix des usagers grâce à l'obligation donnée aux municipalités de répondre à ces besoins sociaux et d'accueil dans la logique du « Community care »**
- **Une contribution importante de la politique de health care financée par les 21 county councils**
- **Une absence d'obligation alimentaire liée aussi à une faible cohabitation intergénérationnelle**
- **Un faible reste à charge pour les usagers (5 à 6%) pour une prise en charge essentiellement financée par l'impôt et les taxes locales (80-85%)**

La rupture des années 1990



- **La récession économique du milieu des années 1990 a bouleversé cet équilibre**
 - Réduction drastique de l'accueil hospitalier (médecine interne, gériatrie, etc.)
 - Transfert de la charge vers les municipalités et le social care
 - Le social care et l'accueil en institution s'est trouvé submergé par des personnes plus dépendantes
 - La détérioration des ressources municipales a engendré à son tour un transfert de la charge de social care vers l'aide à domicile et surtout vers les familles
- **Ces contraintes ont conduit**
 - à un ciblage des ressources sur les personnes les plus dépendantes et économiquement vulnérables
 - à des disparités locales
 - Au développement d'un marché du care

De bonnes raisons de comparer les cas suédois et français



- **Ces mutations conduisent au constat de l'intérêt de la comparaison de la Suède et de la France en matière de soins de longue durée sur plusieurs points, dans la mesure où nos systèmes se sont en quelque sorte rapprochés:**
 - Renforcement de l'aide à domicile par rapport à la prise en charge institutionnelle
 - Combinaison de politiques à vocation universelle combinant une offre publique, associative et privée
 - Enjeu de l'articulation entre Health care et Social care, et donc enjeu de coordination (case management)
 - Enjeu de la qualité des services offerts et de la qualification des aidants professionnels et donc de la structuration d'un marché du travail du care (turn-over de la main d'œuvre dans ce secteur)
- **Un autre point de convergence est l'enjeu que représente les différentes formes de démence et, en particulier, la maladie d'Alzheimer**
- **Les défis auxquels font face nos deux pays sont donc très analogues, même si la pression liée aux projections démographiques semble plus importante encore dans le cas suédois**

Trois questions pour nos collègues suédois?



- Une des différences remarquable réside dans le choix français d'un système national d'évaluation des besoins (grille AGGIR) alors qu'en Suède aucune grille d'évaluation n'est privilégiée. Cela pose-t-il problème?
- Quelle est la politique d'emploi menée en Suède concernant la qualification des aidants professionnels et la promotion de la qualité des emplois dans ce secteur?
- Quelle conception a-t-on en Suède du Case manager? Quelles types de qualifications et de compétences privilégie-t-on? Quel est le profil-type de ces case managers (social, santé)? Combien de cas suivent-ils et à quelle échelle territoriale?