La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité

Nathalie Morel

▶ **To cite this version:**

Nathalie Morel. La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité. 2010. hal-01069393

HAL Id: hal-01069393

https://sciencespo.hal.science/hal-01069393

Preprint submitted on 29 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

RT6
Politiques sociales, protection sociale, solidarités
Working papers

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008: entre réformes et continuité

Nathalie Morel (Institute for Futures Studies, Stockholm, Suède)
nathalie.morel@framtidsstudier.se

n° 2010-5

AFS Association Française de Sociologie

Contact : bureau du réseau RT6, voir www.rtf6.org

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité.

Nathalie Morel (Institute for Futures Studies, Stockholm, Suède)

L'Etat suédois a très tôt affirmé la responsabilité de la société (c'est-à-dire de l'Etat, et par le biais d'un financement solidaire par l'impôt) dans la prise en charge des personnes âgées. Dès le début du 20ème siècle, des politiques publiques d'aide aux personnes âgées commencent à se développer, mais c'est surtout à partir de la fin des années 1950 que les services d'aide et de soins prennent leur essor, lorsque l'Etat-providence suédois commence sa phase d'expansion massive. De même que pour le reste du système suédois de protection sociale, il s'agira de mettre en place une politique universelle : une aide accessible à toute la population, attribuée en fonction des besoins de chacun, indépendamment des conditions de ressources et de la situation familiale. Dès le départ, le choix est fait d'offrir des prestations sous forme de services et non en espèces comme cela se fera (et de façon bien plus tardive) dans les autres pays. Ainsi, c'est une prise en charge professionnelle plutôt qu'informelle qui va très tôt se mettre en place. Si les premières mesures vont concerner la prise en charge en institution, dès la fin des années 1950 l'ambition affichée sera de permettre autant que possible le maintien à domicile plutôt qu'en institution pour offrir aux personnes âgées un environnement plus familier et confortable et leur permettre de continuer à participer à la vie dans la communauté.

Cette socialisation très précoce du domaine du 'care' (prise en charge des personnes âgées dépendantes tout d'abord, puis prise en charge des jeunes enfants) va rapidement devenir une caractéristique centrale de l'Etat-providence suédois - et des pays Nordiques plus généralement - (Sipilä, 1997) les distinguant des autres modèles de protection sociale dans lesquels le 'care' reste une prérogative familiale et/ou est laissé au marché (Lewis, 1992 ; Jenson, 1997 ; Anttonen et Sipilä, 1996 ; Anttonen, Baldock et Sipilä, 2003).

D'un point de vue comparatif, la Suède est de loin le pays le plus généreux dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées en termes de l'effort public consenti. Elle consacre aujourd'hui près de 3% de son PIB à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, alors que les autres pays européens n'y consacrent qu'entre 0,5 et 1,5% (OCDE, 2005). Pourtant, si le système suédois peut sembler particulièrement performant et généreux par rapport à ce qui existe dans d'autres pays, la politique de prise en charge des personnes âgées a néanmoins fait l'objet de critiques importantes, notamment pendant les années 1990, devenant une question politique centrale au cours des 15 dernières années et cristallisant autour d'elle une certaine crise de légitimité du modèle suédois de protection sociale.

La politique envers les personnes âgées dépendantes a en effet traversé une période de transformations que d'aucuns ont interprétées comme une remise en cause des principes fondateurs de cette politique et du modèle suédois plus généralement (principes d'universalisme, d'égalité, de défamilialisation, de centralité du rôle de l'Etat). Ainsi, alors même qu'une loi consacrant le droit des personnes âgées dépendantes à recevoir toute l'aide dont elles ont besoin de la part des autorités sociales est votée en 1980, cette année là marque le début d'une diminution substantielle du taux de couverture de la population de 65 ans et plus prise en charge par les services publics. Alors qu'un quart des personnes âgées de 65 ans et plus, et 67,5% des personnes de 80 ans et plus, bénéficiait d'une prise en charge à domicile ou en résidence spécialisée en 1978, elles ne sont plus que respectivement 16% et 39% en 2007. Avec cette chute du taux de couverture, c'est le principe d'universalisme qui semble avoir été remis en question. Les années 1990 ont par ailleurs été marquées par une augmentation des inégalités territoriales, une certaine privatisation des services, ainsi qu'une prise en compte croissante des ressources financières des personnes dépendantes mais aussi de la présence d'aidants informels dans l'attribution de l'aide.

Peut-on pour autant parler d'un repli dans la prise en charge des personnes âgées en Suède ?

Ces transformations sont-elles le fruit d'une remise en cause normative et/ou idéologique de cette politique que l'on pourrait attribuer à un « tournant néo-libéral » (Jobert, 1992), et relèvent-elles du phénomène de démantèlement ou de « repli » de l'Etat-providence (*welfare state retrenchment*) que de nombreux auteurs ont identifié un peu partout en Europe dans les années 1980 et 1990?

Si à la fin des années 1990 et début des années 2000 la thèse du repli de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes a fait l'objet d'un assez large consensus dans les médias, dans l'opinion publique, et même parmi les chercheurs suédois (Szebehely, 1998, 2000 ; Trydegård, 2000, 2003), nous voulons ici suggérer, avec le privilège du recul, que les transformations observées étaient essentiellement conjoncturelles et ne constituent pas une remise en cause de cette politique. On constate au contraire une grande stabilité des structures institutionnelles, des principes et des objectifs poursuivis, voire même une meilleure réalisation de ces principes et objectifs que durant « l'époque dorée » de l'Etat-providence. Se pose alors ici la question de la nature et de la mesure du changement.

Nous souhaitons deuxièmement nous interroger sur la crise de légitimité dont a fait l'objet cette politique. Il nous semble que celle-ci tient pour partie à une interprétation des transformations basée sur une vision quelque peu idéalisée d'une « époque dorée » de la politique envers les personnes âgées. Mais c'est surtout autour du principe d'universalisme, de son interprétation et de sa mise en œuvre institutionnelle que se joue la légitimité de cette politique, et du modèle suédois de protection sociale plus généralement.

Comme nous le verrons, il est utile de distinguer entre *structures* et *pratiques* institutionnelles pour mieux comprendre une partie de l'enjeu politique, en termes de légitimité, qui se pose de façon croissante depuis les années 1980 dans ce domaine : alors que les structures institutionnelles - soit les principes et règles formels qui régissent la politique envers les personnes âgées - ont fait preuve d'une remarquable stabilité depuis les années 1950, créant et renforçant ainsi certaines attentes de la part de la population, les pratiques institutionnelles - la mise en œuvre de la politique - ont pour leur part subi différents changements incrémentaux et « rampants » (*'creeping change'*) qui peuvent donner lieu à une transformation institutionnelle plus profonde, et ainsi à une remise en cause plus fondamentale de cette politique. Comme l'ont montré Streeck et Thelen, des changements significatifs peuvent avoir lieu même en l'absence de changements de la structure programmatique des politiques sociales. En effet, les institutions formelles ne déterminent pas complètement les usages que les acteurs peuvent en faire, ce qui explique que l'on peut observer des changements majeurs au niveau des *pratiques* institutionnelles en même temps qu'une forte continuité des *structures* institutionnelles (Streeck et Thelen, 2005). On voit ici l'importance de confronter les principes, les règles institutionnelles et la mise en œuvre concrète des politiques.

Cet article propose ainsi une analyse des transformations dont a fait l'objet la politique envers les personnes âgées dépendantes de façon à en objectiver la nature et l'ampleur. Nous cherchons ici à saisir le changement tant dans sa dimension institutionnelle que dans sa dimension principielle et normative. Pour analyser la nature et l'ampleur de ces transformations, et comprendre l'enjeu que ces transformations représentent en termes de légitimité de cette politique, nous commencerons par une analyse généalogique de la politique envers les personnes âgées dépendantes afin d'en saisir les principes, fondements, et caractéristiques principales. Il ne s'agira pas de rendre compte de façon détaillée de toute l'histoire de la mise en place de la politique de prise en charge des personnes âgées

dépendantes[1] mais plutôt d'en souligner certains moments clef pour présenter la logique et les principes qui ont animé la création et l'évolution de ces dispositifs de façon à pouvoir resituer la nature des enjeux contemporains.

On peut distinguer quatre périodes dans l'histoire des politiques d'aide et de soins aux personnes âgées :

1) La première période, de 1930 à 1965, correspond à la mise en place des traits caractéristiques fondamentaux de l'aide aux personnes âgées.

2) La seconde période, de 1965 à 1980, est une phase d'expansion rapide et de consolidation. Les objectifs politiques affichés semblent atteints. La loi de 1980 sur les services sociaux consacre l'aide et les soins aux personnes âgées comme un droit du citoyen.

3) La troisième période, de 1980 à 1997, correspond à la période de « crise » de l'Etat-providence. Des tendances contradictoires apparaissent: le système reste performant et public, mais l'écart semble se creuser entre les ambitions affichées et la pratique, la prise en charge des personnes âgées apparaissant comme moins universelle, ce qui tend à remettre en cause la légitimité du système.

4) Enfin on peut dégager une quatrième période à partir de 1998, marquée par un réinvestissement et une re-régulation de et par l'Etat, visant notamment à renouer avec les principes universels de la politique envers les personnes dépendantes.

Cette périodisation permet par ailleurs de relier les évolutions de cette politique aux transformations plus générales de l'Etat-providence suédois: émergence (mise en place des principes fondateurs et des premières mesures), âge d'or (consolidation, expansion, voire arrivée à maturité), puis crise et restructuration.

1930-1965 : La dépendance n'est plus une affaire de famille.

Les premières mesures en faveur des personnes âgées dépendantes en Suède datent de la première moitié du 20ème siècle et sont à resituer dans un contexte démographique, social et politique particulier.

La Suède connaît un vieillissement particulièrement marqué de sa population au tournant du 20ème siècle, dû pour partie à un faible taux de natalité mais aussi à l'exode massif vers l'Amérique (un quart de la population totale) de la population en âge de travailler. Cela a entre autre signifié la perte de soutien familial pour de nombreuses personnes âgées. L'urbanisation croissante a elle aussi affaibli le système de soutien familial en accroissant les distances entre les membres de la famille.

Ces deux phénomènes ont profondément modifié la société et rendu de fait caduque la loi de 1871 jusqu'alors en vigueur, concernant l'obligation mutuelle d'entretien et d'assistance entre enfants et parents. La question de la pauvreté et de la prise en charge des personnes âgées va donc se poser dès le début du 20ème siècle. Toutefois, dans un premier temps, seule la question de la subsistance des personnes âgées va focaliser l'attention. La première réponse apportée va donc se limiter à une aide financière par le biais de la mise en place en 1913 d'une

[1] Pour une analyse plus détaillée voir Morel, 2007.

assurance vieillesse universelle. Cette pension de retraite (d'un montant très modeste) va néanmoins se montrer inadéquate pour répondre aux nouveaux besoins d'aide et de soins des personnes âgées.

Ces nouveaux besoins d'aide vont se manifester notamment par le nombre croissant de personnes âgées qui, sans être pauvres, se présentaient volontairement aux portes des maisons pour personnes âgées nécessiteuses. Elles pouvaient ainsi bénéficier, à prix coûtant, du gîte et couvert. Du fait qu'elles payaient l'aide et les soins ainsi reçus, ces personnes ne tombaient pas sous le coup de la loi sur les indigents et ne perdaient pas leurs droits civiques. Dans les années 1930-40, ce public représentait 17% des personnes en maison pour personnes âgées nécessiteuses, attirant ainsi l'attention des pouvoirs publics. Le gouvernement va alors réfléchir aux modalités d'une meilleure prise en charge de ces nouveaux besoins.

L'idée d'offrir des prestations en espèces aux personnes dépendantes est rapidement écartée et le choix va être fait de développer des services publics universels pour couvrir de la même façon les besoins de toutes les personnes âgées. Plusieurs raisons ont guidé ce choix.

Tout d'abord, différents rapports viennent souligner que l'offre de prestations en espèces ne garantit nullement la disponibilité de l'aide dont les personnes ont besoin. En effet, le fait d'avoir les moyens financiers pour acheter des services n'est pas suffisant en soi si le marché n'est pas capable de répondre à la demande. Or il semblerait qu'en ce qui concerne les services d'aide et de soins, le marché était défaillant à plusieurs égards. D'une part, il lui était difficile de mobiliser le personnel nécessaire, notamment du fait que de plus en plus de jeunes femmes en Suède dans les années 1940 cherchaient à s'éloigner des activités de type domestique (Antman, 1996).

Ce choix est ensuite à resituer par rapport au projet politique et social du parti social-démocrate qui prend le pouvoir en 1932 et le gardera pour l'essentiel du 20ème siècle. Selon les sociaux-démocrates, le marché ne pouvait garantir un même niveau et une même qualité de services à toute la population. L'objectif politique du gouvernement étant de mettre en place un système de protection sociale universel permettant d'assurer une même couverture sociale ainsi qu'un même droit à l'accès à l'aide et aux soins et une même qualité de services à tous les citoyens, il n'était pas suffisant de redistribuer les ressources, il fallait aussi intervenir dans la production même des services.

Un rapport de 1946 préconise ainsi que l'Etat prenne la responsabilité de satisfaire les besoins d'aide et de soins des personnes âgées. Il est suggéré que les maisons pour personnes âgées nécessiteuses soient transformées en maisons de retraite pour les personnes requérant attention et soins. Il est également proposé qu'une loi soit votée pour imposer aux municipalités la responsabilité principale pour ces maisons de retraite ainsi que l'obligation de fournir aide et soins à ceux qui en ont besoin en échange d'une participation financière dont le montant ne puisse excéder le montant de la pension de retraite.

Pour les rapporteurs, la dépendance est un problème qui peut toucher tout un chacun, les maisons de retraite doivent donc s'adresser à toutes les personnes âgées selon un même critère de besoin et non selon leurs moyens. Cette posture reflète un souci de garantir à tous un service de qualité. Pour les sociaux-démocrates, une condition essentielle pour assurer une même qualité des services pour tous est de faire en sorte que riches et pauvres bénéficient des mêmes services. Il s'agit donc de faire en sorte de satisfaire les attentes des classes moyennes pour éviter qu'elles ne se tournent vers le marché ce qui créerait un système à double vitesse :

un système mal financé et de piètre qualité pour les pauvres et un système de meilleure qualité pour ceux qui en ont les moyens. C'est pourquoi les services publics doivent être de qualité et la participation financière basée sur une somme forfaitaire et non calculée en fonction des revenus, de façon à proposer aux classes moyennes et aisées une offre plus attractive que celle du marché, et ainsi de les garder dans le giron du service public (cf . Morel, 2007).

Ces recommandations seront reprises dans une proposition de loi de 1947 qui fixe par ailleurs comme objectif de pouvoir offrir une place en maison de retraite à 10% des retraités.

Ce n'est qu'au début des années 1950 que l'on commence à s'interroger sur le bien-fondé de la prise en charge en institution et que la question de l'aide à domicile pour les personnes âgées ou invalides sera sérieusement posée. En effet, à partir de la fin des années 1940, la prise en charge en institution est de plus en plus dénoncée comme une atteinte à l'intégrité des personnes âgées qui se trouvent coupées de leur environnement familier.

Une proposition de loi concernant la politique envers les personnes âgées est présentée en 1957. Celle-ci spécifie que l'intégrité, les intérêts et les souhaits individuels des personnes âgées doivent être au centre de la politique. Pour cela, l'aide à domicile doit être préférée à la prise en charge institutionnelle. La politique d'aide aux personnes âgées doit viser à déployer tous les moyens possibles pour permettre aux personnes âgées de mener une vie indépendante à domicile aussi longtemps que possible. Les maisons de retraite doivent être disponibles pour les cas où le maintien à domicile n'est véritablement plus possible. Cette proposition de loi suggère également d'obliger les municipalités à fournir ces services d'aide à domicile.

Les maisons de retraite et les services d'aide à domicile vont néanmoins se développer avant même que la loi ne le rende obligatoire, mais les municipalités auront une grande liberté quant au choix du type et des niveaux de service offerts. Le pourcentage de personnes âgées vivant en institution va rester constant entre 1938 et 1965, soit 5% des plus de 65 ans (Szebehely, 1995). Si ce taux de couverture peut sembler faible, il faut néanmoins souligner qu'il faudra attendre les années 1980 pour trouver un tel taux de couverture dans les autres pays de l'OCDE (Fargion, 2000). En ce qui concerne l'aide à domicile, le taux de couverture double en dix ans, passant de 5% en 1955 à 10% en 1965 (Szebehely, 1995). Ainsi, dès 1965, 15% des personnes âgées de plus de 65 ans sont prises en charge par le secteur public.

Ce que l'on peut retenir de la période 1930-1965 c'est surtout l'identification et la reconnaissance par l'Etat d'un certain nombre de besoins sociaux, dont les besoins d'aide et de soins des personnes âgées. La reconnaissance de ce besoin permettra de mettre en avant un certain nombre de solutions et de définir les principes fondateurs de la politique envers les personnes âgées : universalité ; choix d'offrir des prestations en nature fournies par des services publics de qualité ; préférence donnée au maintien à domicile pour préserver l'intégrité des personnes âgées ; nécessité de valoriser les emplois liés au travail d'aide et de soins. De façon encore plus significative, la reconnaissance de la responsabilité de l'Etat dans la prise en charge des personnes âgées va s'accompagner, en 1956, d'une loi mettant fin à l'obligation familiale[2]. La responsabilité pour les personnes âgées est transférée de la famille à l'Etat, l'argument étant que le système de retraites et les services d'aide et de soins aux personnes âgées avaient rendu le principe d'obligation familiale obsolète. Contrairement aux inquiétudes manifestées dans de nombreux pays, l'idée que l'Etat ne devrait pas s'investir dans l'aide et les soins aux personnes dépendantes sous peine de fragiliser les solidarités

[2] Dès 1855 le gouvernement avait restreint l'obligation familiale à la seule relation parents-enfants.

familiales ne fut jamais vraiment débattue, l'argument étant que le choix de l'aide devait revenir aux personnes âgées elles-mêmes. Si ces dernières ne pouvaient obtenir de l'aide de leur famille ou du marché, il était nécessaire qu'une alternative publique soit disponible pour tous (Antman, 1996).

1965-1980 : Expansion et consolidation

C'est à partir des années 1960 que la politique envers les personnes âgées prend véritablement son essor. La logique et les principes développés au cours des décennies précédentes s'accentuent et l'Etat s'investit plus directement dans l'organisation et le financement des services.

La loi sur l'aide sociale est votée en 1968 et fixe des règles concernant les services aux personnes âgées. Les municipalités ont l'obligation de s'assurer que tous les habitants reçoivent une aide et des soins satisfaisants au regard de leurs besoins. Les autorités sociales municipales ont en outre la responsabilité de s'enquérir de façon active des besoins particuliers de chacun via des « activités de repérage ». La loi spécifie également que les municipalités ont l'obligation d'offrir des places en maisons de retraite.

Une grande enquête est lancée au milieu des années 1970 pour dresser l'état des lieux de la prise en charge des personnes retraitées et envisager les développements futurs. Le rapport de la commission (SOU 1977:99) va aller dans le sens d'une consolidation des principes affirmés jusque-là. Trois axes prioritaires vont se dégager: diversification et expansion des services, accompagnées d'une optimisation des ressources.

Ce rapport met l'accent sur le fait que l'aide apportée doit être dictée par, et réellement satisfaire, les besoins individuels des personnes âgées. Cela nécessite de stimuler une politique plus diversifiée d'aide et de soins. Le rapport pointe vers différents dispositifs qui commencent à voir le jour: système de téléalarme ; distribution de repas ; centres de soins de jours ; résidences service. Les résidences service en particulier vont se développer rapidement, surtout à partir de 1975, cette expansion allant de pair avec une diminution du nombre de maisons de retraite.

Le développement de services collectifs comme la distribution de repas ou la création des résidences service permet d'autre part d'externaliser une partie des tâches habituellement effectuées à chaque domicile, et ainsi d'optimiser les ressources en réduisant le temps et le personnel nécessaires.

D'autres services, tels les services de transport spécialisé pour les personnes âgées et les personnes handicapées, se développent rapidement pendant les années 1970 et dès 1980 toutes les municipalités offraient un tel service de transport. Le nombre de bénéficiaires augmente très fortement, passant de 60 000 en 1973 à 287 000 en 1980. Ainsi 21% des 65 ans et plus bénéficiaient de ce service dès 1980 (SOU 1987:21).

Cette diversification des services s'accompagne également de plus grandes ambitions ; l'aide et les soins aux personnes âgées doivent, autant que possible, œuvrer à offrir aux personnes âgées une vie normale et bien intégrée dans la société : « *Il ne s'agit pas seulement de satisfaire les besoins matériels mais aussi d'aider chaque individu à conserver aussi longtemps que possible ses facultés intellectuelles, émotionnelles et physiques de façon à mener une vie active et aussi autonome que possible* » (SOU 1977:99).

Enfin, les efforts pour professionnaliser le travail d'aide à domicile vont s'accentuer pendant les années 1970.

La période allant de 1965 à la fin des années 1970 est une période d'expansion très rapide et qui ne semble connaître aucune limite. Kristina Jennbert, aujourd'hui responsable du département en charge de l'aide et des soins aux personnes âgées pour l'Association suédoise des municipalités et travailleuse sociale municipale dans les années 1970, résume la situation ainsi : « *A l'époque l'augmentation des dépenses n'était pas perçue comme un problème. Les personnes âgées recevaient toute l'aide qu'elles voulaient, il suffisait qu'elles demandent quelque chose et elles l'obtenaient* » (communication personnelle). Les services étaient très peu chers, voire souvent gratuits. De plus, à la fin des années 1970, les « activités de repérage » étaient courantes : des travailleurs sociaux venaient frapper à la porte des personnes âgées pour leur faire connaître et leur proposer les services d'aide municipaux.

Entre 1966 et 1978 le nombre de personnes âgées recevant de l'aide à domicile fait plus que tripler. Dans un même temps, le nombre de personnes en institutions double quasiment. Si l'on regarde en termes de taux de couverture - ce qui permet de prendre en compte l'accroissement du nombre de personnes âgées - le pourcentage de personnes âgées recevant de l'aide à domicile passe de 7,4 à 17,7%, tandis que le pourcentage en institutions reste relativement stable, passant de 6,4 à 7,9%. Pour les 80 ans et plus, le pourcentage de personnes recevant une aide à domicile passe de 18,4% en 1966 à 39,8% en 1978, et de 25,2% à 27,7% en institution (Morel, 2007). L'objectif de donner la priorité à l'aide à domicile a donc bien été traduit dans les faits.

Cette forte augmentation de la prise en charge des personnes âgées est également visible au niveau des efforts financiers consentis pendant cette même période: pendant les années 1970, plus de 40% du budget des municipalités était consacré à l'aide et aux soins aux personnes âgées (Trydegård, 2000).

Cette expansion massive est à mettre en rapport avec la volonté politique affichée par le gouvernement social-démocrate de fortement accroître le secteur public pour redistribuer les ressources. Cette expansion est rendue possible à la fois par la forte prospérité économique de l'époque et par la possibilité d'augmenter les impôts de façon continue pendant les années 1960 et 1970. Les municipalités en particulier peuvent faire face à leurs nouvelles obligations en augmentant les impôts locaux.

1980 marque la consécration de la politique envers les personnes âgées. Le gouvernement vote en effet une loi sur les services sociaux qui réaffirme l'objectif de permettre aux personnes âgées de rester à domicile aussi longtemps que possible. Cette loi définit les règles concernant la prise en charge des personnes âgées, notamment en renforçant encore un peu plus la responsabilité des municipalités envers les personnes dépendantes. De façon encore plus significative cette loi établit le droit de recevoir toute l'aide nécessaire à domicile jusqu'en fin de vie, si tel est le souhait de la personne, quelle que soit l'ampleur des besoins. Ce n'est qu'en Suède que l'on trouve une telle clause.

1980-1997 : « Crises » et ré-orientations.

Le passage des années 1970 aux années 1980 marque un tournant dans la prise en charge des personnes âgées. Bien que la nouvelle loi sur les services sociaux vienne renforcer le droit

pour les personnes âgées à recevoir toute l'aide nécessaire de la part des autorités sociales, le nombre total de personnes prises en charge commence à décroître dès 1980. Ainsi dénombre-t-on 57 500 bénéficiaires de l'aide à domicile en moins en 1990 qu'en 1980 alors même que la population connait un vieillissement marqué.

Une partie de cette évolution tient à la dégradation de la conjoncture économique, en particulier à la fin des années 1970 puis de nouveau au début des années 1990, accompagnée de politiques d'austérité budgétaire et d'un processus de décentralisation laissant les municipalités le soin d'affecter librement des budgets plus serrés entre les différentes activités dont elles ont la charge.

Cela étant, ces contraintes économiques ne sont pas les seules ni nécessairement les plus importantes raisons de ce ralentissement et de ce déclin en termes de taux de couverture de la population âgée. La transformation des services de prise en charge, en particulier de l'aide à domicile, l'augmentation rapide du nombre de personnes très âgées (80 ans et plus) et un début de changement de principes dans la façon d'attribuer les services sont encore plus déterminants pour comprendre les tendances qui apparaissent dès les années 1980 et qui vont s'accentuer pendant les années 1990.

Evolution des services d'aide à domicile

Pendant les années 1970, de nombreuses personnes âgées (près de 70% des personnes âgées de 80 ans et plus ; 26% des 65 ans et plus) recevaient de l'aide pour les tâches domestiques, (ménage, courses, linge, préparation de repas, aide pour gérer le courrier, heures de compagnie, lavage de fenêtres, entretien du jardin ou déblayage de la neige). Mais la possibilité de rester à domicile pour les personnes nécessitant de l'aide plus personnelle (pour se lever, s'habiller, pour l'hygiène corporelle et les soins) plusieurs fois par jour et notamment en soirée ou la nuit était beaucoup plus limitée. Ainsi, jusqu'au début des années 1980 ces personnes étaient-elles rapidement orientées vers une prise en charge institutionnelle.

Avec l'entrée en vigueur en 1982 de la loi sur les services sociaux affirmant le droit de recevoir toute l'aide nécessaire à domicile si tel est le souhait de la personne, quelle que soit l'ampleur des besoins, les services d'aide à domicile ont dû s'intensifier. C'est à partir de 1980 environ que des patrouilles de soirée et de nuit sont mises en place, permettant une prise en charge à domicile plus intensive. Ce n'est donc qu'à partir là que les personnes lourdement dépendantes peuvent rester à domicile plutôt qu'en institution. Dès 1988 on compte 16% de bénéficiaires de l'aide à domicile recevant de l'aide jour et nuit (Svenska Kommunförbundet, 2003).

De fait, la diminution du nombre de bénéficiaires ne se reflète-t-elle pas dans le nombre total d'heures d'aide alloué par les municipalités, ce nombre d'heures faisant plus que doubler entre 1980 et 1991. Pendant les années 1980 on assiste donc à une baisse du nombre de bénéficiaires de l'aide à domicile mais à une intensification de l'aide attribuée, les bénéficiaires jouissant d'un plus grand nombre d'heures d'aide et d'une aide plus spécialisée qu'auparavant. Cette tendance à focaliser l'aide sur les personnes dont les besoins sont les plus importants va s'accentuer plus encore pendant les années 1990.

Nouvelle répartition des responsabilités entre comtés et municipalités.

Un autre aspect des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes qui prend toute son importance dès le début des années 1980 est celui de la prise en charge médicale par les services de santé. En effet, les personnes âgées ne pouvant demeurer à domicile en raison de leur état de santé ou leur niveau de dépendance étaient souvent prises en charge à l'hôpital. Jusque dans les années 1980, cette prise en charge en milieu hospitalier a surtout servi à pallier le manque de places en résidences spécialisées offertes par les municipalités pour les soins de longue durée. Deux problèmes principaux se sont néanmoins rapidement posés, d'une part celui du coût croissant pour les comtés auxquels incombe la responsabilité (aussi bien l'organisation que le financement) des services de santé, et d'autre part celui de la coordination des services médicaux et sociaux pour les personnes âgées, notamment suite à une hospitalisation. En effet, faute de services sociaux immédiatement disponibles pour aider les personnes âgées une fois de retour chez elles, beaucoup de personnes âgées demeuraient à l'hôpital, parfois pendant des années.

Cette situation était également due au flou qui entoure la répartition des responsabilités entre comtés et municipalités. Un rapport d'enquête de 1968 stipulait que l'amplitude des besoins, et la quantité de soins nécessaires – et non la cause – devaient déterminer à qui incombait la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Pour autant, pendant les années 1970 et 1980, la cause de la dépendance a généralement servi à répartir les tâches. Si la cause était le vieillissement naturel, la responsabilité incombait aux municipalités, si la cause était la maladie, la responsabilité incombait aux comtés. Mais la « zone grise » n'a cessé de croître et, à niveau de dépendance égale, certaines personnes âgées pouvaient se retrouver placées en maison de retraite municipale tandis que d'autres se trouvaient en maison médicalisée gérée par le comté, or ces deux types d'institutions ne présentaient ni les mêmes standards d'hébergement, ni les mêmes règles concernant la participation financière des usagers, ni le même type de prestations.

La forte augmentation des dépenses de santé au cours des années 1960 et jusqu'au début des années 1980 est une autre source de préoccupations. À l'aube des années 1980, la Suède est l'un des pays qui dépense le plus en santé (8,8% du PIB en 1980). D'autre part, la loi de 1982 sur la santé publique et les services médicaux a accru la décentralisation du système pour donner encore plus d'autonomie aux comtés chargés de la politique de santé. Après avoir considérablement augmenté leurs impôts locaux au cours des années 1960 et 1970, et face à la réduction des subventions accordées par l'Etat au début des années 1980, les comtés n'arrivent plus à faire face aux coûts croissants des services de santé et vont peu à peu chercher à limiter l'augmentation des budgets, donnant ainsi naissance à un rationnement des soins.

Restructurer et rationaliser le système : la réforme Ädel de 1992.

C'est dans ce contexte que la réforme Ädel de 1992 voit le jour. Cette réforme introduit un remaniement très important de l'organisation des soins pour les personnes âgées dépendantes en transférant la responsabilité financière et légale des soins non médicaux (traitements de base, prévention, soins aux personnes, rééducation) des comtés vers les municipalités. Même si les comtés restent en théorie responsables de l'aide médicale à domicile, environ la moitié des municipalités ont passé un accord avec les comtés pour s'occuper également de l'aide médicale à domicile. Les municipalités ont été tenues de créer des postes d'« infirmières médicales spécialisées » dont le rôle premier est de vérifier que la qualité des soins médicaux dispensés à domiciles correspond aux normes et lois en vigueur.

Cette réforme rend les municipalités financièrement responsables vis-à-vis des comtés pour les frais engagés par les « *bed blockers* », c'est-à-dire par des personnes encore présentes dans les hôpitaux, qui ne nécessitent plus de soins médicaux mais ne quittent pas l'hôpital faute de trouver une place en maison de soins ou de pouvoir rentrer chez elles et bénéficier de soins à domicile.

Environ un cinquième des dépenses des comtés, soit 2 milliards d'euros, ont ainsi été transférés aux municipalités. L'Etat s'engagea de plus à verser 320 millions d'euros pendant cinq ans pour stimuler le développement et la rénovation de différentes formes d'hébergements spécialisés, l'ambition étant également d'offrir une plus grande diversité de services aux personnes âgées pour favoriser une plus grande liberté de choix de la part des usagers.

Les objectifs de la réforme Ädel étaient donc multiples. Il s'agissait tout d'abord de rapprocher les soins des patients et de favoriser les soins à domicile ; il s'agissait ensuite de responsabiliser financièrement les municipalités pour réduire les coûts de santé ; il s'agissait enfin de lancer un mouvement de restructuration et de transfert des soins de l'hôpital vers les soins en ville et à domicile. L'idée était de faire faire des économies drastiques au système de santé non pas simplement en coupant dans les budgets, mais en redistribuant les ressources et les activités. Il s'agissait de profiter de la nécessité de faire des économies pour améliorer la productivité du système et le réorienter d'un système centré sur l'hôpital vers un système centré sur les soins primaires et les soins à domicile (Palier, 2006). Ainsi, cette réforme représente plus qu'un changement de gestion. Elle s'accompagne également de nouvelles ambitions : la désinstitutionalisation, même en ce qui concerne les soins médicaux et les soins de longue durée.

Impact de la réforme

Les objectifs économiques visés par cette réforme ont été largement atteints : le nombre de « bed blockers » a été réduit à un niveau très bas, les personnes âgées étant renvoyées plus rapidement chez elles (d'une durée moyenne de 52 jours en 1992 pour les séjours en hôpital gériatrique, on passe à 22 jours en 1996). Le nombre total de lits en soins hospitaliers a été réduit de 45% entre 1990 et 1997. Le secteur le plus concerné est celui des soins gériatriques puisque sur la même période, on est passé de 11 000 à 4 000 lits (SOU 2000:38), cette réduction étant en partie compensée par l'augmentation de l'offre de résidences spécialisées.

Une des conséquences majeures va surtout être que le travail de soins à domicile devient plus intense et médicalisé, notamment du fait que les personnes âgées sont renvoyées chez elles très rapidement après une hospitalisation. Cela signifie également que l'ambition de créer des services à domicile plus sociaux dans leur orientation ne sera pas atteinte pendant les années 1990, les municipalités étant contraintes d'investir des ressources plus importantes dans des soins de plus en plus médicalisés. Les années 1990 vont ainsi être marquées par un plus grand rationnement de l'offre, et un recentrage sur les personnes les plus frêles et dépendantes.

La réforme Ädel entraîne donc une restructuration en profondeur de la prise en charge des personnes âgées. Cette réforme n'est toutefois pas le seul élément marquant de ce début des années 1990 à avoir un impact sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Crise économique et changements idéologiques

Le début des années 1990 est marqué par une crise économique profonde accompagnée d'un fort taux de chômage qui va amener les différents gouvernements, de droite comme de gauche, à mener une politique d'austérité et d'assainissement des finances drastique, mais aussi par une remise en cause idéologique de l'Etat-providence sous l'impulsion de la coalition de centre-droit au pouvoir de 1991 à 1994. Ce gouvernement de centre-droit va présenter une nouvelle politique économique dès 1991 intitulée « Un nouveau départ pour la Suède » dont les trois piliers principaux sont la dérégulation, la privatisation et des réformes structurelles.

Les municipalités et les comtés vont subir de plein fouet l'impact de la crise économique et de l'augmentation du chômage et vont aussi être touchés par les restructurations mises en place par le gouvernement.

Tout d'abord, le gouvernement impose un gel sur l'augmentation des impôts locaux entre 1991 et 1993. Dans un même temps, l'Etat central va offrir une plus grande liberté aux municipalités dans la gestion des différentes activités qui leur incombent par le biais de la loi de décentralisation de 1993 qui transforme le système de subventions. À partir de 1993, les subventions de l'Etat ne sont plus attribuées en fonction de postes de dépenses spécifiques mais deviennent forfaitaires, sur la base d'un calcul des recettes et dépenses estimées à partir de facteurs structurels comme le profil par âge, les conditions de vie et les catégories socio-économiques de la population locale. Avec ce nouveau système il n'y a plus de tutelle étatique sur l'usage des crédits, les municipalités étant libres de répartir leur budget entre les différents postes de dépenses comme elles le souhaitent, ce qui va engendrer des variations importantes entre municipalités.

Dérégulation et privatisation

De plus, à partir de 1993 les municipalités jouissent d'une grande liberté lorsqu'il s'agit de fixer les modalités et taux de frais de participation pour les usagers des différents services. Mais ces frais de participation doivent, selon la loi sur les services sociaux, « être raisonnables » et ne peuvent être supérieurs au coût de revient pour la municipalité. Après paiement de ces frais de participation, il doit rester « des moyens suffisants » aux individus pour subvenir à leurs besoins personnels.

Cette décentralisation s'accompagne donc d'une relative dérégulation des services, en particulier en ce qui concerne les services d'aide et de soins aux personnes âgées – dérégulation qui va se faire sentir aussi bien au niveau des disparités territoriales qu'elle va entraîner, tant en termes de la quantité de services offerts que de leur coût pour les personnes âgées, qu'au niveau de l'organisation des services sociaux. En effet, dès le début des années 1990, de nombreuses municipalités vont se tourner vers le secteur privé pour l'organisation des services, l'objectif étant de réduire les coûts de ces services en introduisant un élément de compétition.

Cette privatisation et la mise en concurrence partielle des services est également à mettre en rapport avec l'impulsion donnée par le gouvernement de droite qui a proclamé « la révolution du libre choix dans le système de protection sociale » et dont les politiques visent à faciliter la privatisation des services publics. Cette privatisation ne vise toutefois que l'organisation des services et non leur financement. Sous le terme de « beställar–utförar-modellen » (*purchaser-provider model*) les municipalités vont mettre en place un système qui repose sur une distinction entre financement et prestations (SOU 2001:52). En ce qui concerne les services

aux personnes âgées, des fonctionnaires municipaux gèrent l'évaluation des besoins et achètent des services et des soins à des prestataires spécialisés soumis à des appels d'offres concurrentiels. Ces prestataires peuvent être des équipes municipales de soins à domicile, considérées comme « centres de profit », ou des entreprises privées, à but lucratif ou non. Dans les deux cas, les services sont financés et contrôlés par les pouvoirs publics (Trydegård, 2003).

Le retour au pouvoir des Sociaux-démocrates en 1994 ne remet pas en cause ce nouveau modèle, qualifié également de « Nouveau Management Public »[3] et la privatisation des services aux personnes âgées se poursuit même après 1994 de façon plus ou moins marquée selon les municipalités, sans d'ailleurs qu'il y ait de corrélation très forte entre l'orientation politique des municipalités et le degré de privatisation. Cette privatisation reste néanmoins essentiellement limitée aux grandes villes.

C'est essentiellement au niveau des résidences spécialisées que la privatisation des services a été importante. En 1997 il y avait presque deux fois plus de places en résidences spécialisées gérées de façon commerciale qu'en 1993. En ce qui concerne l'aide à domicile, il y a eu une expansion des services marchands dans la première partie des années 1990, mais ce phénomène s'est ralenti et stabilisé par la suite. Aujourd'hui, 11% des bénéficiaires de l'aide à domicile et 14% des personnes en résidences spécialisées sont desservies par le secteur privé (Socialstyrelsen, 2008).

Même si l'ampleur de la privatisation reste limitée, l'introduction de ce nouveau modèle et l'arrivée d'entreprises privées dans le secteur des services a considérablement transformé la culture du service public suédois ce qui se voit notamment dans le nouveau langage managérial utilisé par les autorités sociales elles-mêmes. Le concept de « rentabilité » guide aujourd'hui les activités aussi bien du privé que du public, et les personnes âgées sont considérées comme des « consommateurs » sur le marché de l'aide et des soins. Ainsi, dans plusieurs municipalités, les services d'aide à domicile sont proposés sous forme d'un « catalogue de produits » tels que le « produit surveillance » ou le « produit hygiène », et les chefs d'équipe sont devenus des « contrôleurs » ou des « chefs de production » (Szebehely, 1998).

Il est difficile de juger de l'impact de cette transformation de terminologie dans le secteur des services, mais l'on peut toutefois s'interroger sur l'impact de cette nouvelle vision de la prise en charge des personnes âgées : on passe en effet d'une idée de citoyens recevant une aide légitime de la part de la société/ de l'Etat à celle de consommateurs satisfaisant leurs besoins sur un marché de l'aide et des soins...

Ciblage des ressources

Les années 1990 sont également marquées par une focalisation croissante de l'aide à domicile. Le volume total d'heures d'aide fourni reste stable, mais le nombre de bénéficiaires recevant moins de 50 heures d'aide par mois diminue fortement tandis que le nombre de bénéficiaires recevant entre 50 et 119 heures ou 120 heures et plus augmente légèrement. Du fait de cette focalisation des services sur les personnes avec les besoins les plus importants, il n'y avait plus que 8,3% des personnes âgées de 65 ans et plus qui recevaient de l'aide à domicile en 1997 (et autant étaient prises en charge en institution) (Socialstyrelsen, 1999).

[3] L'inspiration pour ce système de *New Public Management* vient notamment du Royaume-Uni et ce système s'est développé dans plusieurs pays européens.

Cette focalisation sur les personnes les plus dépendantes transforme la structure de la population prise en charge à domicile. En effet, en 1995, 60% des bénéficiaires de l'aide à domicile avaient 80 ans et plus alors qu'en 1982 ces derniers ne représentaient que 37% des bénéficiaires. On constate également que les personnes seules reçoivent plus souvent de l'aide que les personnes vivant en couple ou en cohabitation. Ainsi en 1995 80% des bénéficiaires de l'aide à domicile étaient des personnes seules (ibid.).

Cette réallocation et focalisation de l'aide à domicile signifie qu'une proportion croissante de personnes âgées ne reçoivent pas d'aide du tout ou pas autant qu'elles le souhaiteraient. De fait, certaines de ces personnes ont dû se tourner soit vers le marché soit vers la famille pour faire face à leurs besoins (SOU 2000:38 ; Szebehely, 2005).

Ces transformations ont eu lieu alors même que la loi sur les services sociaux et la politique envers les personnes âgées restent les mêmes et que les objectifs concernant la désinstitutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées sont réaffirmés en 1992. Dès lors, comment expliquer ces changements ?

Une interprétation de la loi de plus en plus restrictive et variée selon les municipalités

L'évaluation professionnelle des besoins est réalisée par des travailleurs sociaux à qui les autorités sociales locales délèguent la responsabilité de décider quel type d'aide et d'assistance recevront les personnes âgées, quel volume et avec quelle fréquence. En l'absence d'une grille d'évaluation nationale (comme la grille AGGIR en France par exemple), cette évaluation des besoins se fait au cas par cas et est largement discrétionnaire.

En raison des contraintes budgétaires auxquelles doivent faire face les municipalités pendant les années 1990, les travailleurs sociaux vont avoir tendance à adopter une interprétation de plus en plus restrictive des directives nationales en matière de prise en charge des personnes âgées. La formulation de la loi sur les services sociaux laisse en effet la porte ouverte à diverses interprétations : « Toute personne ne pouvant subvenir elle-même, *ou par d'autres moyens*, à ses besoins a droit à une aide des autorités sociales pour son entretien et autres besoins de la vie quotidienne » (SFS 1980:620, c'est nous qui soulignons). Les frais de participation doivent être « *raisonnables* » [...] après paiement de ces frais de participation il doit rester des « *moyens suffisants* » aux individus pour subvenir à leurs besoins personnels (SFS 1993:47, c'est nous qui soulignons).

Ce sont les clauses « ou par d'autres moyens » et « moyens suffisants » qui vont être les points faibles de cette loi. En effet, cette législation ne définit finalement qu'un cadre d'action qui laisse une marge d'appréciation importante aux autorités locales ; en l'absence de réglementation détaillée, l'interprétation varie de façon considérable d'une municipalité à l'autre.

En ce qui concerne la première clause, « ou par d'autres moyens », de nombreuses municipalités vont commencer à prendre en compte la présence de proches dans l'évaluation des besoins d'aide à domicile. C'est essentiellement la présence d'un conjoint ou d'une autre personne vivant sous le même toit et pouvant s'occuper des tâches ménagères et des courses qui va être plus souvent prise en compte dans l'attribution de l'aide, mais la présence d'enfants habitant à proximité joue parfois également (SOU 2000:38 ; Svenska Kommunförbundet, 2003), ce qui va totalement à l'encontre du modèle suédois de protection

sociale qui, contrairement aux systèmes d'Europe continentale, est centré sur l'individu et non la famille. Cela va également à l'encontre de la législation concernant le droit de la famille, puisque la législation suédoise ne reconnaît aucune obligation entre enfants adultes et parents. Cette plus grande prise en compte de la présence d'un conjoint explique la tendance observée à focaliser les ressources sur les personnes seules.

Cette interprétation plus extensive de la clause « ou par d'autres moyens » va également permettre aux municipalités de plus largement prendre en compte le niveau de revenu des personnes âgées pour décider de l'attribution de l'aide.

En effet, un nombre croissant de municipalités (même si elles restent peu nombreuses) refusent d'attribuer de l'aide pour les tâches domestiques telles que le ménage, les courses et le linge en arguant que « le demandeur a les moyens financiers pour organiser lui-même ces services ». L'aide à domicile devient ainsi plus focalisée sur l'aide médicale, au détriment des tâches domestiques et de l'aspect social qui étaient pourtant au cœur de la politique envers les personnes âgées.

Même dans les cas où les municipalités continuent d'attribuer de l'aide pour les tâches domestiques, la plus grande prise en compte du niveau de revenu des personnes âgées a engendré un phénomène de retrait ou de non recours aux services de la part de certaines personnes.

Coûts élevés des services et inégalités territoriales importantes

En effet, la diminution du taux de couverture des personnes âgées pour l'aide à domicile ne tient pas seulement au fait que certaines personnes se trouvent exclues du système du fait que leurs besoins ne sont pas reconnus par les travailleurs sociaux. Pour un certain nombre de personnes âgées il s'agit d'une auto-exclusion plus ou moins volontaire du système : en raison du coût trop élevé des services, certains choisissent de satisfaire leurs besoins d'aide de d'autres façons (famille, marché, secteur caritatif) (SOU 2000:38).

Une des raisons à cela est l'augmentation des frais de participation. Même si ces frais de participation restent en moyenne peu élevés comparés à d'autres pays, ils ont considérablement augmenté au cours des années 1990. La loi de décentralisation de 1993 ayant accordé le droit aux municipalités de décider elles-mêmes du mode de calcul et du montant des frais de participation, de nombreuses municipalités ont mis en place un système qui prend en compte à la fois le niveau de revenu de la personne et le nombre d'heures d'aide fourni. De cette manière, les municipalités ont utilisé la façon de calculer les frais de participation comme un moyen pour gérer la demande de services, notamment en augmentant considérablement le montant des frais de participation pour les plus riches pour essayer de les orienter vers d'autres prestataires de service (idem.).

Là encore, c'est une interprétation plus extensive de la loi (« frais de participation raisonnables ») qui a permis aux municipalités d'augmenter les frais de participation. La clause spécifiant qu'il doit rester des « moyens suffisants » aux individus après paiement des frais de participation pour leurs « besoins personnels » va également donner lieu à différentes interprétations et engendrer des disparités territoriales importantes.

La proposition de loi du gouvernement de 1992 concernant les frais de participation pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées (Prop. 1992/93:129)

indiquait que par « besoins personnels », le législateur se référait notamment au coût des services pour le ménage, les courses, le déblayage de la neige, les soins de pédicure, etc si ces services ne sont pas fournis par la municipalité. Ces besoins comprennent également les soins dentaires et médicaux, ainsi que les voyages et autres dépenses permettant de prendre une part active à la société. Cette clarification reste toutefois assez ouverte et n'est qu'un cadre d'action, cette clause n'étant pas inclue dans la loi sur les services sociaux.

Pour ce qui est des soins intensifs en résidences spécialisées, la quasi-totalité des municipalités avait fixé un montant de base correspondant à ce qui doit rester aux personnes âgées après paiement des frais de participation dès 1993. Ce montant était en moyenne de 163 euros en 1997 (Socialstyrelsen, 1999). En ce qui concerne l'aide à domicile, seule la moitié environ des municipalités en faisait de même, mais elles étaient 60% à le faire en 1995 et 80% dès 1997. Toutefois, en l'absence de norme au niveau national, ce montant pouvait varier fortement d'une municipalité à une autre. Pour une personne seule la somme minimum qui devait lui rester après paiement des frais de participation pour l'aide à domicile était en moyenne de 367 euros, mais variait de 314 euros à 425 euros en 1995 selon les municipalités (SOU 1999:33).

La proposition de loi de 1992 concernant les frais de participation soulignait par ailleurs l'importance d'être attentif à la situation des conjoints ou concubins des personnes prises en charge en institution. Selon cette directive, les frais de participation de la personne dépendante ne doivent pas engendrer pour le couple de détérioration économique telle que le conjoint ou concubin ne puisse demeurer dans le même logement qu'auparavant. De plus, le conjoint ou concubin doit continuer à bénéficier de conditions économiques décentes.

Pour autant, une évaluation menée par la Direction nationale de la santé et des affaires sociales[4] (DNSAS) en 1996 a montré que ces directives n'étaient pas suffisantes pour protéger les personnes âgées et que la situation économique des proches était souvent affectée de façon négative, l'interprétation et l'application de ce texte étant variables d'une municipalité à une autre et devenant plus restrictives. La DNSAS a par ailleurs souligné à maintes reprises le rôle important et croissant joué par les proches dans l'aide aux personnes âgées, soulevant ainsi la question de la responsabilité du système public envers les aidants informels.

Crise de légitimité

Ces disparités territoriales s'accompagnent d'autres types d'inégalités, de genre et de classe. Ainsi, les hommes ont-ils été plus touchés par le repli dans l'aide à domicile que les femmes[5], et les ouvriers plus que les cadres, alors même que les ouvriers sont en plus mauvaise santé. En effet, alors que l'aide à domicile était autrefois assez également répartie entre les différentes classes sociales avec même un léger avantage pour les personnes avec un moindre niveau d'éducation, des inégalités ont commencé à apparaître vers la fin des années 1980 et se sont accentuées durant la première moitié des années 1990 au détriment des personnes avec

[4] La Direction nationale de la santé et des affaires sociales (Socialstyrelsen) est l'instance en charge de surveiller et d'évaluer les services sociaux et les services de santé. Son rôle est de vérifier que les services sont de bonne qualité et disponibles en fonction des besoins, en accord avec la législation nationale.

[5] En 1997, 48% des femmes de 80 ans et plus bénéficiaient de services publics, contre seulement 34% des hommes de cette tranche d'âge mais cela est pour beaucoup dû au fait que les hommes dans cette tranche d'âge vivent plus souvent en couple que les femmes, ces dernières étant plus souvent veuves. Ces chiffres signifient donc avant tout que les femmes, plus souvent que les hommes, se trouvent obligées de prodiguer les soins à leurs époux qui n'ont pu bénéficier de services publics.

un niveau d'éducation plus faible. Ceci est probablement dû au fait que les personnes plus éduquées sont plus informées sur leurs droits et ont mieux su négocier avec les autorités sociales (SOU 2000:38). Cette tendance semble toutefois s'être quelque peu estompée depuis.

Les stratégies de ces différents groupes face au repli de l'aide à domicile varient également. De manière générale, on constate que les personnes âgées les plus diplômées tendent à remplacer les services municipaux par des services marchands, tandis que celles qui ont un niveau d'éducation plus faible tendent plutôt à faire appel à l'aide des proches (SOU 2000:38 ; Trydegård, 2003).

Ces disparités territoriales sont également mesurables en termes de taux de couverture et de l'intensité de l'aide aux personnes âgées. En 1997, le pourcentage de personnes âgées de 80 ans et plus en résidences spécialisées variait de 15 à 40% selon les municipalités, et de 5 à 50% pour l'aide à domicile. Il n'y a pas de relation entre la quantité de places en résidences spécialisées et la quantité d'aide à domicile fournie, certaines municipalités offrant un taux de couverture élevé pour ces deux services tandis que d'autres offrent très peu de services quels qu'ils soient. Différentes analyses montrent que l'ampleur de la variation ne peut s'expliquer que de façon très limitée par les disparités de besoins au sein de la population âgée ou par des facteurs structurels, politiques ou financiers (SOU 2000:38 ; Trydegård, 2003). Ce que ces chiffres montrent clairement est que l'ambition des municipalités en ce qui concerne la prise en charge des personnes dépendantes variait de façon considérable.

Il est important de souligner que les évolutions décrites ci-dessus ne sont pas le fruit de changements législatifs au niveau national mais plutôt le résultat de la mise en œuvre de directives municipales de plus en plus strictes, les municipalités ayant cherché à maîtriser ou réduire leurs coûts.

Ces inégalités sociales et territoriales vont néanmoins être considérées comme une remise en cause trop importante des principes sociaux-démocrates d'universalisme et à partir de 1998 le gouvernement va chercher à réduire ces inégalités, par le biais de différentes incitations dans un premier temps, puis en amorçant une certaine recentralisation du système. Ce réinvestissement de l'Etat est également à mettre en relation avec l'amélioration de la conjoncture économique dès 1997.

1998-2005 : Réaffirmation des principes universalistes et réengagement de l'Etat.

Sortie de la crise

Les politiques d'austérité et de réformes menées par les gouvernements de droite comme de gauche pendant la période de 1991 à 1997 vont porter leurs fruits et, dès 1998, le budget de l'Etat redevient excédentaire et le taux de chômage est ramené à 6,5%. Dès lors le gouvernement va ré-augmenter une partie des prestations monétaires qui avaient été diminuées pendant les années 1990 et investir plus largement dans les services publics. L'Etat va notamment aider les municipalités à renforcer leur action en leur versant une subvention d'environ 423 millions d'euros par an pendant quatre ans de 1997 à 2000.

En ce qui concerne la politique envers les personnes âgées, les nombreux rapports de la DNSAS critiquant l'évolution de la prise en charge des personnes âgées pendant les années 1990, ainsi que l'inquiétude face à l'accroissement des disparités sociales et territoriales, vont

pousser le gouvernement à proposer un nouveau plan d'action pour la prise en charge des personnes âgées dès 1998.

Réinvestissement de l'Etat central

Le Plan national d'action envers les personnes âgées adopté par le Parlement en 1998 confirme les objectifs généraux de la législation et autres documents officiels antérieurs. En ce qui concerne les principes fondamentaux, il est rappelé que la politique envers les personnes âgées doit être financée de façon solidaire par l'impôt et que les services doivent être disponibles en fonctions des besoins de chacun, indépendamment de son niveau de revenu. Pour ce qui est des objectifs visés, ceux-ci portent sur les aspects qualitatifs de la prise en charge, plutôt que sur les aspects quantitatifs : cette politique doit permettre aux personnes âgées de vieillir en sécurité et en conservant le plus d'indépendance possible ; de mener une vie active et participer à la vie de la société; d'être traitées avec respect ; et d'avoir accès à une aide et des soins de qualité (Prop. 1997/98:113). La qualité des services et du personnel fait l'objet d'une nouvelle réglementation plus contraignante.

De façon plus concrète, ce Plan d'action est assorti de nouvelles subventions spécifiques de la part de l'Etat, qui viennent s'ajouter aux subventions générales mentionnées ci-dessus. L'Etat va en effet attribuer aux municipalités la somme de 42 millions d'euros en 1998 et 1999 pour stimuler la construction et l'adaptation de logements pour personnes âgées. Une autre subvention d'un montant de 21 millions d'euros par an pendant trois ans, de 1999 à 2001, est allouée pour développer les politiques envers les personnes âgées et pour la recherche et la formation dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Cet argent doit notamment permettre le développement de mesures préventives pour améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées, et pour faciliter la tâche des aidants informels. Enfin, 11 millions d'euros par an pendant trois ans sont répartis entre les municipalités proportionnellement au nombre de personnes âgées de plus de 65 ans pour développer et améliorer la qualité des programmes de soutien aux proches.

La modification de loi de 1998 inscrit de plus un nouvel article dans la loi sur les services sociaux spécifiant qu'il est du devoir des municipalités de soutenir les proches qui prodiguent des soins à une personne âgée ou handicapée.

Ce budget consacré au soutien aux proches et autres aidants informels marque une nouvelle étape dans la politique envers les personnes âgées. Ce projet, connu sous le nom de « Anhörig 300 », a tout d'abord permis de mettre en lumière et de reconnaître officiellement le travail informel effectué par les proches. Il a ensuite permis d'identifier les besoins de ces personnes et de développer des structures permettant de soulager et soutenir les aidants informels. Ce projet a également visé à renforcer l'action des aidants informels en leur proposant une formation et en créant des centres de conseils et d'écoute ainsi que d'autres activités de soutien. D'après les évaluations qui ont été faites de ce projet, les résultats sont plutôt positifs du point de vue de ces objectifs (Socialstyrelsen, 2002).

Cette attention à la situation des proches, et en particulier de l'époux/se ou concubin/e, transparaît également dans la modification des règles concernant le calcul des frais de participation. Le Plan national d'action modifie en effet la loi sur les services sociaux de façon à clarifier les règles concernant les frais de participation pour les services aux personnes âgées. Alors que l'ancienne loi se contentait d'affirmer qu'il devait rester des ressources suffisantes aux personnes âgées pour leurs besoins personnels après paiement des frais de

participation pour l'aide à domicile et les frais médicaux, la nouvelle loi renforce cette clause en spécifiant qu'il doit rester des ressources suffisantes pour leurs besoins personnels, *leur logement et autres dépenses normales de la vie quotidienne.* De plus, *lorsque les frais de participation sont fixés, la municipalité doit s'assurer que les conditions économiques de l'époux/se ou concubin/e de la personne âgée ne sont pas affectées de façon déraisonnable* (SFS 1998:855).

Par ailleurs, ce Plan d'action met l'accent sur la nécessité de développer des mesures préventives envers les personnes âgées, notamment par une couverture plus large de l'aide à domicile et par le biais de programmes actifs de dépistage des besoins (Prop. 1997/98:113). Cette mesure reprend les arguments de la DNSAS qui s'est interrogée à plusieurs reprises sur le bien-fondé de cette restructuration de l'aide à domicile qui exclut une part de plus en plus large des personnes âgées. Son argument est d'une part qu'il n'y a aucune preuve univoque que ce genre de repli dans l'aide à domicile permette de faire des économies de façon significative et d'autre part que cette politique peut entraîner des effets négatifs à long terme. La DNSAS suggère au contraire qu'une répartition plus égale de l'aide à domicile a une dimension préventive et peut permettre de repousser l'arrivée d'une dépendance lourde tout en fournissant un soutien important aux proches. Des visites régulières à domicile des services sociaux offrent de plus une plus grande sécurité aux personnes âgées et sont importantes du point de vue de leur intégration sociale (Socialstyrelsen, 2000b).

L'intensification de l'aide à domicile pour les personnes les plus dépendantes ne s'arrête pas pour autant. À partir de 1998 il apparaît même une nouvelle catégorie de bénéficiaires recevant 200 heures ou plus d'aide à domicile par mois, certaines personnes recevant de l'aide et des soins 24 heures sur 24.

Ce Plan d'action va faire l'objet d'un suivi et d'évaluations de la part de la DNSAS. Ces évaluations montrent une amélioration dans certains domaines, et notamment dans le domaine du soutien aux proches. L'augmentation des ressources financières consacrées à la prise en charge des personnes âgées a également permis, sinon de relever le taux de couverture pour l'aide à domicile, au moins d'en arrêter la chute et de le stabiliser. Mais les différents rapports notent également que les disparités territoriales demeurent, notamment en ce qui concerne le montant des frais de participation, les données pour 1999 étant quasiment identiques à celles de 1995 (Socialstyrelsen, 2003). La DNSAS va souligner la nécessité pour le gouvernement d'intervenir dans ce domaine en arguant du fait que le mode de calcul des frais de participation n'est pas en accord avec la loi dans la majorité des municipalités.

Le gouvernement va alors étudier différentes options pour tenter à la fois de diminuer le coût des services d'aide et de soins pour les personnes âgées et d'harmoniser le mode de calcul et le montant des frais de participation sur tout le territoire. Un rapport d'enquête de 1999 présente les différentes options possibles et propose à la fois d'instaurer un plafond sur les frais de participation pour les services d'aide et de soins à domicile et pour la prise en charge en institution, et de fixer au niveau national le montant du revenu minimum qui doit rester aux personnes âgées une fois déduits les frais de participation aux services, le coût du logement et autres dépenses courantes. Selon le rapporteur, de telles mesures sont nécessaires sans quoi les fortes disparités existantes en ce qui concerne les frais de participation risquent de réduire la légitimité du système et la confiance en un système solidaire de prise en charge des personnes âgées (SOU 1999:33), ouvrant ainsi la voie à une privatisation et une dualisation du système.

Recentralisation

Les recommandations de ce rapport vont être suivies par le gouvernement et intégrées à la nouvelle loi sur les services sociaux votée en 2001. Cette loi réaffirme que les ressources financières des personnes âgées et handicapées ne doivent pas être prises en compte pour l'évaluation et l'attribution de l'aide requise (SFS 2001:453). La loi introduit à ce titre de nouvelles dispositions en ce qui concerne les frais de participation des usagers pour les services d'aide et de soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Les municipalités restent libres de décider sur quelle base calculer les frais de participation (en fonction du revenu et/ou du nombre d'heures et du type d'aide fournis) mais cette nouvelle loi garantit un revenu minimum aux personnes âgées, qui correspond à ce qui doit légalement rester à la personne une fois les frais de participation aux services d'aide et de soins et les frais de logement déduits. Ce revenu minimum est de 450 euros pour une personne seule, ou de 380 euros par personne pour un couple. De plus, la participation financière des usagers est plafonnée à 170 euros par mois, même pour les revenus les plus élevés.

À partir de 2002 les directives nationales deviennent ainsi plus précises et plus contraignantes, ce qui a permis de réduire les disparités territoriales mais aussi de faire baisser les coûts pour les usagers.

Ces nouveaux dispositifs ont eu pour effet d'augmenter considérablement le pourcentage de bénéficiaires de l'aide à domicile entièrement exempts de contribution financière : alors qu'ils n'étaient que 14% dans ce cas auparavant, ils étaient 30% en 2005. Cette nouvelle loi a de plus entraîné une baisse des tarifs pour l'aide à domicile dans 7 municipalités sur 10, et pour la prise en charge en résidence spécialisée dans 8 municipalités sur 10 (SKL, 2006).

D'autre part, la loi sur les services sociaux devenant plus contraignante, l'Etat peut imposer des sanctions élevées aux municipalités qui n'offrent pas les services nécessaires aux personnes jugées éligibles.

Ainsi, à partir de 1998, on observe un réinvestissement de l'Etat par le biais de subventions fléchées, et une certaine recentralisation de la politique envers les personnes âgées, l'Etat imposant un cadre législatif national beaucoup plus contraignant pour les municipalités ce qui a permis de renouer avec les principes affirmés dès les origines de cette politique.

Remise en cause ou continuité ?

Les années 1980 à aujourd'hui sont caractérisées par une diminution substantielle du taux de couverture de la population de 65 ans et plus, en particulier en ce qui concerne les services d'aide à domicile. Alors qu'un quart des personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiait d'une prise en charge à domicile ou en résidence spécialisée en 1978, elles ne sont plus que 16 % dans ce cas en 2007. Pour ce qui est des personnes âgées de 80 ans et plus, le taux de couverture passe de 67,5 % à seulement 39 % pour la même période. Aussi spectaculaires que soient ces chiffres, peut-on pour autant parler d'un repli dans la prise en charge des personnes âgées en Suède et/ou d'une remise en cause de cette politique ? Plus généralement, quel bilan pouvons-nous tirer des évolutions des 30 dernières années ?

Comme nous avons pu le voir, cette diminution du taux de couverture des personnes âgées est essentiellement liée à une *restructuration* des services, avec un phénomène très prononcé de recentrage des ressources et des services sur les personnes dont les besoins sont les plus

lourds, mais aussi d'intensification de l'aide accordée. Ainsi, moins de personnes aujourd'hui reçoivent une aide à domicile, mais celles qui en bénéficient reçoivent un nombre d'heures plus important que par le passé, ainsi que des services plus techniques et plus intensifs.

La perception que l'on peut avoir du degré de repli au niveau des services tient également au fait que ce ne sont que l'aide à domicile et la prise en charge en institution qui sont comparés dans le temps. Or le type de services offerts a évolué, il existe aujourd'hui de nombreux services qui n'existaient pas avant.

Une diversification des dispositifs de la politique envers les personnes dépendantes a en effet marqué ces 30 dernières années, avec notamment un plus grand investissement dans les mesures préventives telles que l'amélioration de l'environnement urbain et les travaux d'adaptation des logements pour les personnes âgées et handicapées. Les services de transport spécialisé ont également connu une très forte croissance depuis le début des années 1970, même si le nombre de bénéficiaires a quelque peu diminué depuis 1997[6]. Ces services sont importants du fait qu'ils touchent une proportion non négligeable de personnes âgées qui ne sont pas encore « dépendantes » mais néanmoins « fragiles » ce qui permet à ces personnes de continuer à mener une vie active.

Aujourd'hui, 30% des personnes âgées de 80 ans et plus vivent chez elles sans aide à domicile tout en bénéficiant néanmoins du service de transport spécialisé et/ou de la distribution de repas à domicile, et/ou du système de téléalarme, etc., autant de services qui n'existaient pas auparavant (Socialstyrelsen, 2000a). De fait, les services sociaux touchent encore environ 70% des personnes de 80 ans et plus : 23% reçoivent une aide à domicile ; 16% sont pris en charge en résidence spécialisée ; 30% bénéficient d'autres services.

Si l'on prend la tranche d'âge 65 ans et plus, environ 8% n'utilisent que des services autres que l'aide à domicile ou la prise en charge en résidence spécialisée, 10% reçoivent une aide à domicile et éventuellement d'autres services, et 6% vivent en résidence spécialisée, soit une couverture totale de près d'un quart de cette tranche d'âge, soit la même proportion qu'à « l'apogée » de la politique de prise en charge des personnes dépendantes. Il y a donc certes eu un certain repli dans la prise en charge des personnes âgées en termes de taux de couverture, mais bien moins qu'une simple analyse de l'aide à domicile le laisserait penser (Socialstyrelsen, 2004). La comparaison des taux de couverture dans le temps introduit donc un biais du fait que l'on compare des dispositifs somme toute peu comparables.

En ce qui concerne les principes et valeurs qui sous-tendent la politique de prise en charge des personnes dépendantes, on constate une forte stabilité et continuité, voire même un renforcement de ces principes depuis les années 1950, du moins au niveau du discours politique. C'est plutôt du côté de la mise en œuvre des principes que l'on observe des changements. En effet, sous l'effet des processus de décentralisation et de l'autonomie croissante accordée aux municipalités, et en raison d'un contexte économique et démographique difficile, la mise en œuvre locale de la politique s'est trouvée de plus en plus en inadéquation avec les principes promus et affirmés au niveau de l'Etat central. C'est bien cet écart croissant entre les principes affichés (et les attentes ainsi suscitées dans la population) et la mise en œuvre effective de la politique pendant les années 1990 qui a engendré une certaine crise de légitimité.

[6] Cela étant, les transports publics sont devenus bien plus accessibles aux personnes à mobilité réduite, ce qui diminue le besoin de transports spécialisés.

Néanmoins, suite aux différentes mesures de re-régulation (plafonnement des frais de participation des usagers ; possibilité de sanction contre les municipalités contrevenant à la réglementation) et de réinvestissement prises depuis la fin des années 1990, cette politique semble avoir su renouer avec les principes d'origine. De fait, cette politique jouit de nouveau d'un fort soutien et d'une grande légitimité.

Ainsi la constatation la plus frappante qui se dégage du débat et des années de crise est la stabilité que conserve le système public de protection sociale dans ses aspects fondamentaux, contrastant vivement avec l'intensité de la polémique des années 1990.

Ce ne sont d'ailleurs pas seulement les principes et les institutions qui ressortent finalement renforcés de la crise, mais aussi l'attachement de la population à ce modèle et à ses valeurs.

Des institutions qui produisent et renforcent des normes et valeurs.

Notre analyse des transformations des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède a montré que les critiques dont cette politique a fait l'objet pendant les années 1990 n'étaient pas tant liées à une remise en cause des principes et des institutions qui sous-tendent cette politique, qu'à un problème de concrétisation de ces principes et des ambitions que ces principes ont engendrées. Les critiques qui se sont élevées ont surtout montré l'attachement très fort qu'éprouvent les Suédois à ces principes, et les attentes très élevées qu'a la population envers les pouvoirs publics et envers la qualité des services sociaux.

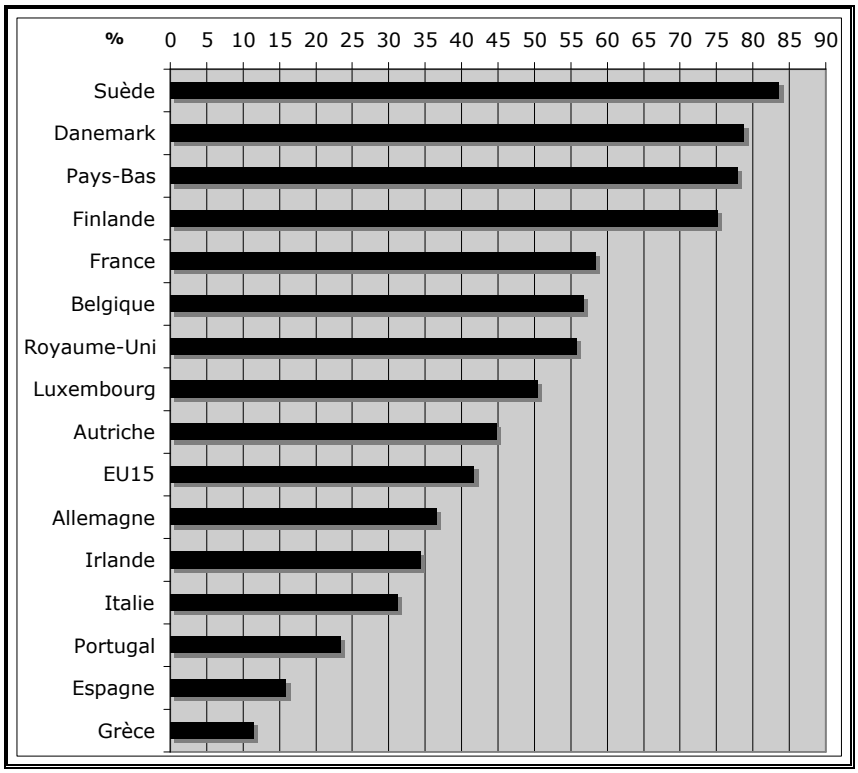
Plus encore, on constate que les principes et les institutions qui sous-tendent cette politique sont à ce point ancrés qu'ils ont défini les normes et les valeurs de la population concernant les préférences pour la prise en charge des personnes âgées.

Une préférence marquée pour une prise en charge publique.

Différentes enquêtes d'opinion, suédoises comme européennes, révèlent que les Suédois sont très attachés à l'idée que c'est avant tout à l'Etat de prendre en charge un certain nombre de besoins, non seulement en ce qui concerne le financement qu'en ce qui concerne les modalités de cette prise en charge.

En ce qui concerne les modalités de prise en charge des personnes âgées par exemple, les Suédois témoignent d'une préférence très marquée pour une prise en charge formelle – par le biais de services d'aide à domicile et/ou d'une prise en charge en résidences spécialisées – plutôt que familiale, une spécificité suédoise qui ressort très nettement lorsque l'on compare ces préférences dans les différents pays européens. Ainsi, comme le montre le graphe ci-dessous, près de 84% des Suédois expriment une préférence pour une prise en charge formelle plutôt que familiale de leurs parents, une position totalement inverse à celle exprimée par les Espagnols, les Grecs, les Portugais ou les Italiens chez qui environ 80% de la population exprime une préférence pour une prise en charge dans la famille.

Pourcentage de la population préférant une prise en charge formelle (en résidence ou à domicile) plutôt que familiale pour leurs parents.



Source : adapté de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004), p.73-75.

Cette nette préférence pour une prise en charge formelle s'accompagne d'un point de vue selon lequel c'est à l'Etat (ou aux pouvoirs publics) de financer la prise en charge des personnes âgées. Là encore, la différence entre la Suède et le reste de l'Europe (mis à part le Danemark qui offre un système de prise en charge des personnes âgées et des jeunes enfants très similaire au système suédois) est très prononcée, 81% des Suédois considérant que c'est en premier lieu à l'Etat de payer pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes contre seulement 38,1% en Espagne et 50,3% pour la moyenne européenne. De même, le pourcentage de personnes considérant que c'est aux enfants de payer pour la prise en charge de leurs parents âgés est très minime en Suède et au Danemark (respectivement 2,5% et 2,0 %), très loin en deçà de la moyenne européenne qui montre que 17,8% des Européens considèrent que c'est aux enfants de payer pour la prise en charge de leurs parents âgés (voir tableau ci-dessous).

Qui doit payer pour la prise en charge des personnes âgées ? [a]

Pays	**Etat/ pouvoirs publics**	**Les enfants**	**Les personnes âgées elles-mêmes**	**Tous à part égale**
Allemagne	48,7	11,6	20,0	19,0
Autriche	22,8	44,0	11,3	20,7
Belgique	50,7	11,2	21,5	15,2
Danemark	88,7	2,0	5,5	1,8
Espagne	38,1	31,9	13,1	14,8
Finlande	67,6	3,5	11,8	14,8
France	50,7	16,3	17,1	14,1
Grèce	40,7	27,5	9,1	22,1
Irlande	47,3	18,4	6,4	23,9

Italie	43,3	24,5	12,4	17,1
Luxembourg	39,5	14,6	24,7	19,2
Pays-Bas	66,2	6,9	14,1	10,0
Portugal	48,0	30,1	8,2	11,7
Royaume-Uni	59,6	13,0	12,1	12,4
Suède	81,0	2,5	8,9	6,8
EU 15	50,3	17,8	14,7	15,4

[a] La question posée (Eurobaromètre 2002) était la suivante : « Qui pensez-vous doit payer en premier lieu pour la prise en charge des parents âgées ? Les personnes âgées elles-mêmes, leurs enfants, l'Etat ou autres pouvoirs publics (gouvernements locaux, sécurité sociale, etc.) ? »
Source : adapté de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004), p.78.

Il reste que le financement futur de cette politique reste problématique. En effet, pour continuer à offrir un même niveau et une même qualité de services à une population de plus en plus âgée, il sera nécessaire d'augmenter les ressources disponibles. Cette politique est actuellement financée par les impôts locaux qui représentent déjà environ 30% du salaire, ce qui rend toute augmentation supplémentaire politiquement difficile. Le principe d'un financement solidaire par l'impôt risque d'être mis à rude épreuve.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Antman, P. (1996), *Barn och äldreomsorg i Tyskland och Sverige: Sverigedelen*, Socialdepartementet.

Anttonen, Anneli; Baldock, John; Sipilä, Jorma (eds.) (2003), *The young, the old and the state: social care systems in five industrial nations*, Edward Elgar Publishing.

Fargion, V. (2000), "Timing and the development of social care services in Europe". In M. Ferrera & M. Rhodes (eds.), *Recasting European welfare states*, London, Frank Cass Publishers.

Jobert, Bruno (dir.) (1992), *Le tournant néo-libéral en Europe*, Paris, l'Harmattan.

Morel, N. (2007), *L'Etat face au social: la (re)définition des frontières de l'Etat-providence en Suède. Une analyse des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes et des jeunes enfants de 1930 à 2005*. Thèse de sociologie, Université Paris I.

OECD (2005), *Society at a glance. OECD Social Indicators 2005 Edition*, OECD Publishing.

Palier, B. (2006), *Hälso- och sjukvårdens reformer*, SKL.

Prop. 1992/93:129, *Om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen.*

Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.*

SFS 1980:620, *Socialtjänstlagen*.

SFS 1993:47, *Lag om ändring i socialtjänstlagen 1980:620*.

SFS 1998:855, *Lag om ändring i socialtjänstlagen 1980:620*.

SFS 2001:453, *Socialtjänstlag.*

Sipilä, Jorma (ed.) (1997), *Social care services: the key to the Scandinavian welfare model*, Avebury, Aldershot.

Socialstyrelsen (1999), *Äldreomsorg. Underlag till Kommittén Välfärdsbokslut.*

Socialstyrelsen (2000a). *Äldre – vård och omsorg 2000,* Stockholm.

Socialstyrelsen (2000b), *Äldreuppdraget. Slutrapport*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2002), *Anhörig 300 – Slutrapport*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2003), *Avgiftsenkät november 2002. Redovisning och jämförelser med tidigare studier*, Stockholm.

Socialstyrelsen (2004), *Äldres levnadsförhållanden 1988–2002. Hälsa, funktionsförmåga och vård- och omsorgsmönster*, Stockholm.

Socialstyrelsen (2008), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2007,* Stockholm.

SOU 1977:99, *Pensionär `75: En kartläggning med framtidsaspekter*.

SOU 1987:21, *Äldreomsorg i utveckling*, Äldreberedningen.

SOU 1999:33, *Bo tryggt – Betala rätt – Särskilda boendeformen för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg*, Socialdepartementet.

SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*, Kommittén Välfärdsbokslut, Stockholm.

SOU 2001:52, *Välfärdstjänster i omvandling*, Kommittén Välfärdsbokslut, Stockholm.

Svenska Kommunförbundet (2003), *Aktuellt om äldreomsorgen. Oktober 2003*. Stockholm.

SKL-Sveriges Kommuner och Landsting (2006), *Aktuellt om äldreomsorg*, SKL, Stockholm.

SKL-Sveriges Kommuner och Landsting (2007), *Aktuellt om äldreomsorg*, SKL, Stockholm.

Szebehely, M. (1995), *Vardagens organisering: Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*, Lund Studies in Social Welfare IX, Lund.

Szebehely, M. (1998), "Changing divisions of care-work: caring for children and frail elderly people in Sweden". In J. Lewis (ed.), *Gender, social care and welfare state restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate.

Szebehely, M. (2005), “Care as employment and welfare provision – child care and elder care in Sweden at the dawn of the 21st century”. In HM. Dahl & T. Rask Eriksen (eds.), *Dilemmas of Care – The Nordic Welfare State and Paid Care*, Aldershot, Ashgate.

Trydegård, G-B. (2000), *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old age care*, Stockholms Universitet.

Trydegård, G-B. (2003), "Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées”, *Revue française des affaires sociales*, 4, 423-442.