

En Suède les agences de sécurité sanitaire disposent de larges pouvoirs

Entretien avec Anders Tegnell

Entretien réalisé par mail en anglais et traduction réalisée par Dominique Acker en mars 2021.

RFAS : Quelle est l'organisation adoptée par la Suède pour la gestion de la crise sanitaire ?

AT : En tant qu'agence de santé publique, le *Folkhälsomyndigheten*¹(FHM) a la responsabilité de coordonner l'ensemble des décisions et des actions lorsqu'il s'agit d'identifier une maladie infectieuse et d'y répondre, c'est donc notre rôle de coordonner tout cela. Il y a, en Suède, une loi sur les maladies infectieuses (*Communicable Diseases Act*²) qui donne aux agences une sorte de pouvoir de réglementation, ce qu'elles font et, une fois de plus, elles ont une grande possibilité d'agir et de différentes manières.

Au niveau national, les agences suédoises ont donc, je dirais, un mandat plus étendu que les mêmes agences, en France par exemple.

Nous pouvons introduire certaines demandes du ressort de la loi, principalement auprès du Parlement, puis le Parlement donne son avis au gouvernement et le gouvernement peut nous donner mandat pour préparer les détails des lois.

Par exemple, s'il y a une loi qui dit que nous pouvons encadrer le fonctionnement des restaurants, ensuite l'agence publie les détails, indiquant par exemple que les restaurants ne peuvent pas accueillir plus de quatre personnes par table et doivent ensuite respecter une distance de deux mètres entre les tables. C'est le partage habituel des missions entre le gouvernement et les agences, de sorte que les agences déclinent en détail les décisions prises par le gouvernement.

Les agences sont très indépendantes, le directeur d'une agence est aussi très indépendant du pouvoir central. Nous agissons dans le cadre défini par la loi (qui régit par exemple les critères sur les tests PCR pour l'entrée en Suède), mais celui-ci est, encore une fois, très peu précis. Donc en tant qu'agence, ce que nous faisons en général, c'est coordonner les décisions et faire en sorte qu'elles soient mises en œuvre. Comment nous le faisons, combien de fois nous le faisons, c'est décidé dans une large mesure par le directeur de l'agence.

Voilà donc, en termes généraux, la structure dans laquelle nous travaillons.

RFAS : Peut-être pourriez-vous dire quelques mots sur le Socialstyrelsen³, car c'est une institution très spécifique à la Suède, dont nous n'avons pas l'équivalent en France.

AT : Il existe dans notre pays plusieurs agences différentes qui travaillent maintenant sur la réponse au Covid 19. Bien sûr, l'agence des produits médicaux fait ce que font habituellement toutes les agences qui traitent de ce sujet. Il y a aussi une agence permanente de protection civile (*Swedish Civil Contingencies Agency – MSB*) qui a principalement un rôle de soutien et de coordination, mais pas un rôle opérationnel.

Et puis il y a ce Conseil national de la gouvernance sanitaire et sociale (*Socialstyrelsen*) qui encadre notamment les établissements (critères et nombre d'établissements autorisés à dispenser des soins hautement qualifiés et coûteux) et les professions de santé (autorisations d'exercice pour ces dernières). Ce conseil remplit différentes missions : il donne des conseils relatifs aux soins de santé, notamment sur la façon de traiter certaines maladies – ce sont des recommandations de bonnes pratiques –, et il suit le processus de soin jusqu'à ses résultats (pour savoir par exemple combien de personnes ont été traitées pour le diabète) – ce sont les statistiques et l'évaluation

¹ L'agence suédoise de la santé publique (ndlr).

²<https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/communicable-disease-control/surveillance-of-communicable-diseases/notifiable-diseases/>

³ Conseil national de la santé et du bien-être social (ndlr).

des politiques sanitaires et sociales. Il agit de même pour les affaires sociales. Mais ce n'est pas le *Socialstyrelsen* qui veille à la bonne application des normes et recommandations en vigueur, cette mission incombe à l'*Inspektionen för vård och omsorg*⁴ (ou IVO) qui effectue les contrôles appropriés. S'agissant du FHM, nous avons un mandat très large dans le domaine de la santé publique et nous sommes plus près du terrain que le *Socialstyrelsen* et les autres agences.

RFAS : Travaillez-vous également avec l'Agence de protection civile ("Myndigheten för samhällsskydd och beredskap"- MSB)?

AT : Oui. L'agence permanente de protection civile (MSB) a principalement un rôle de soutien en matière de sécurité et protection civile. Elle veille à la bonne préparation [des opérations] mais ne fait pas tellement de gestion de crise, qui revient normalement aux agences. La loi suédoise relative à la gestion de crise stipule que quiconque est responsable d'une activité en temps normal est également responsable de la même activité pendant une crise. Il n'y a donc pas de changement de responsabilité. Ainsi, puisque nous sommes l'agence responsable de la prise en charge ou du contrôle des maladies infectieuses en temps normal, nous sommes également l'agence qui s'occupe d'une pandémie.

RFAS : Travaillez-vous avec l'association des communes et des régions (Swerige Kommuner och Regioner - SKR) ?

AT : Oui. Ce n'est pas une agence, c'est une association qui fédère les différentes régions et communes de Suède. Ainsi, son rôle est principalement d'agir pour ses membres, et de défendre les intérêts des régions et des communes de Suède au niveau national. Mais cette association n'a aucun pouvoir pour inciter l'un de ses membres (commune ou région) à faire quoi que ce soit. Son rôle est de coordonner certaines choses avec le gouvernement, par exemple, pour le compte de ses membres. Pour la gestion de cette crise, le gouvernement a conclu des accords spéciaux avec les régions pour les soutenir et la SKR veille à la bonne coordination de ces accords.

RFAS : N'y a-t-il pas une situation particulière en Suède : il me semble que vous n'aviez pas, jusqu'à une période récente, de lois d'exception, comme en France ?

AT : Non, il n'existe pas de loi spécifique pour le Covid 19. Mais, il y a une loi très récente (*pandemilagen*) qui concerne aussi toutes les pandémies. Elle autorise le gouvernement à encadrer le fonctionnement de certains lieux, comme les grands magasins, les installations sportives, les marchés, les transports.

RFAS : Quelle est votre approche, les objectifs que vous poursuivez et le fondement de votre stratégie ?

AT : L'objectif principal est vraiment que, en Suède, nous essayons de parvenir à contrôler la pandémie autant que possible pour en réduire les incidences. Nous faisons un peu différemment des autres pays, mais principalement la façon dont nous agissons ressemble à ce que font les autres. Et je pense que si nous arrivons à faire face à cette nouvelle vague, c'est parce que notre façon de faire donne très clairement beaucoup de responsabilités à l'individu (qui peut être passible d'une décision de justice) pour éviter de transmettre la maladie.

Nous suivons vraiment la tradition suédoise qui est basée sur la responsabilité et la volonté individuelle, à la fois en ce qui concerne les mesures de lutte contre les maladies infectieuses, mesures qui sont presque toutes volontaires, mais aussi pour toutes sortes d'activités de santé publique. Ici, en Suède, nous nous basons presque toujours sur le volontariat. La politique de vaccination, par exemple, est un programme qui repose entièrement sur le consentement de la population, sans aucune restriction. Ainsi les régions sont obligées de proposer la vaccination à tous les parents, mais ceux-ci sont libres de choisir s'ils veulent l'accepter ou non. Et au bout du

⁴ L'inspection de la santé et des soins, l'équivalent de l'Inspection générale des affaires sociales en France.

compte, plus de 9 parents sur 10 acceptent que leurs enfants soient vaccinés. Donc, je pense que, avec cette tradition, nous pouvons espérer et obtenir un haut niveau de confiance entre la population, les professionnels de santé et les agences. Cela a été possible.

RFAS : Est-ce que ce niveau de confiance est plus faible en ce moment qu'au début de la pandémie ?

AT : Je pense que ça monte et descend. La confiance a augmenté au début, quand la pandémie est devenue très forte et qu'on a eu une incidence très élevée de cas, puis a baissé un peu, puis a ré-augmenté pendant l'été et l'automne. Maintenant elle redescend un peu, après la vague récente, qu'on a eue juste avant Noël. En fait, nous avons vu dans nos mesures du mois dernier (février, *ndlr*) que le taux de confiance envers notre politique reste élevé. C'est toujours plus de 60 à 70% : c'est très élevé et, si vous comparez, beaucoup plus élevé que pour les hommes politiques et la plupart des autres agences du pays. Dans le contexte suédois, c'est un niveau de confiance très élevé.

RFAS : Les recommandations et suggestions sont-elles différentes pour la deuxième vague de la pandémie ? La deuxième vague est-elle arrivée plus tard en Suède ?

AT : Les recommandations et restrictions que nous avons mises en place au printemps 2020 ont alors bien fonctionné : nous avons eu un pic de contaminations en avril, puis cela a continué à baisser et nous avons réussi à garder le contrôle sur les contaminations jusqu'à l'été (très peu de cas en août et en juillet), assez longtemps, et en automne beaucoup plus longtemps que d'autres pays. Puis cela a paru ne pas suffire. La seconde vague est arrivée, effectivement plus tard en Suède que dans la plupart des pays européens.

Les cas ont recommencé à augmenter en novembre, et c'est pourquoi nous avons été obligés d'ajouter des recommandations et des restrictions supplémentaires pour être en mesure de faire reculer le nombre de cas. Les contaminations pas augmenté de façon très spectaculaire, nous avons eu un pic juste avant Noël, puis les cas ont diminué très rapidement. Maintenant, malheureusement, on dirait que l'infection commence à repartir, avec une légère augmentation des cas de 2 ou 3 % en plus chaque semaine. On travaille beaucoup sur l'ajout de nouvelles restrictions et recommandations, quand on voit que le niveau des recommandations antérieures ne suffit plus.

RFAS : Comment avez-vous appliqué la doctrine « tester, tracer et isoler » ?

AT : Nous avons un certain nombre de réflexions différentes. En Suède, comme dans de nombreux autres pays, il est très difficile de comprendre quel est, parmi les différents facteurs, celui qui aurait le plus fort impact. Nous faisons des tests et nous traçons. Et nous isolons, bien sûr, comme d'autres pays. Cela fonctionne bien maintenant. Nous pensons que la décision la plus importante que nous ayons prise a été d'agir sur deux axes : le premier est d'amener beaucoup de gens à télétravailler. Dans certaines villes, près de 40 % de la population suédoise travaille actuellement à domicile et, comme nous savons que le lieu de travail est l'un des endroits les plus fréquemment infectés, je pense que cela a été très important. Nous avons constaté que lorsque les gens retournent au travail, nous observons une augmentation des cas. Le second axe, c'est de vous permettre de rester à la maison, quand vous êtes malade, dès que vous avez des symptômes, sans être pénalisé financièrement et ce dès le premier jour. Heureusement, le système suédois de sécurité sociale le permet. Lorsque vous êtes malade ou que votre enfant est malade, vous appelez votre médecin, vous pouvez vous reposer et vous continuez à recevoir votre salaire. Ces deux mesures nous ont vraiment permis de garder le contrôle de l'épidémie.

RFAS : Peut-on comparer la mortalité en Suède et en Finlande ?

AT : C'est une erreur de comparer les taux de mortalité des différents pays nordiques. Nous avons plutôt des taux comparables avec le reste de l'Europe et avec ceux de la France. Pour moi, nous

arrivons maintenant à mieux expliquer les différences : la Suède ressemble plus aux autres pays européens que la Finlande et la Norvège.

Pour revenir à la Finlande, ce n'est pas parce que deux pays sont voisins qu'ils se ressemblent. Il y a beaucoup plus de différences entre la Suède et la Finlande que ce que l'on imagine à l'étranger, même si nous faisons partie d'un même pays dans le passé et que nos systèmes de santé sont similaires. Les traditions, la culture, la densité urbaine sont très différentes. Les Suédois vivent principalement dans les grandes villes et dans le Sud du pays. Les Finlandais sont moins en contact avec des personnes d'autres pays. Il y a donc beaucoup de différences. La Finlande a beaucoup testé, mais le taux de positivité des tests est bien plus faible qu'en Suède.

Récemment, les études s'intéressent plus au taux de surmortalité (*excess mortality rate*), qui dépend beaucoup de votre capacité à tester et de la façon dont vous testez, de qui meurt du Covid-19 ou pour d'autres raisons. En Suède, on estime que le taux de surmortalité est de 25 % inférieur à ceux des autres pays européens, il est l'un des plus faibles d'Europe. C'est de la stratégie de test que vient la plus grande différence.

Au printemps nous n'avions pas beaucoup de capacités de tests en Suède par rapport à la Finlande. Cela a eu un impact. J'ai parlé avec mes collègues des soins intensifs des autres pays nordiques : je n'ai pas vu les chiffres, mais ils sont assez similaires aux nôtres.

En définitive, les taux de létalité des différents pays nordiques (hors Islande), de la France, de l'Allemagne, du Royaume-Uni et d'Italie ne sont pas si éloignés (de 0,88 % en Norvège à 3,4 % en Italie, avec la Suède à 1,98 % et la France à 2,33 %). La Suède est dans une meilleure situation que les autres pays européens en ce qui concerne les cas de décès en services de soins intensifs. Le taux de létalité est plus bas en Finlande, mais les Finlandais testent beaucoup plus encore que nous, c'est cela qui explique la différence.

RFAS : De quelles études disposez-vous sur la vulnérabilité et la précarité des personnes décédées ?

AT : Nous faisons en Suède les mêmes constats qu'en France, surtout pour les personnes originaires du Moyen-Orient et d'Afrique (qui sont nombreuses en Suède). Le taux de mortalité est bien plus important pour cette population, et c'est un problème que beaucoup de pays rencontrent. Par exemple, l'importante communauté somalienne a un taux de décès de 4 à 5 fois supérieur à la moyenne suédoise.

A la base, ce sont des problèmes sociaux-économiques : ces personnes vivent dans des logements exigus avec plusieurs générations ensemble et donc les personnes âgées sont plus exposées du fait de la proximité avec les jeunes ; elles occupent par ailleurs des emplois qui les amènent à rencontrer plus de monde, plus difficilement compatibles avec le télétravail ; nous faisons de gros efforts pour mieux les informer, mieux les tester, mieux les sensibiliser à la campagne de vaccination. C'est le fondement du contrôle de la pandémie.

RFAS : et les Finlandais en Suède ?

AT : Les groupes de migrants issus de Finlande sont âgés : ils sont venus dans les années 1950 et 1960 ; il y a eu un grand mouvement d'immigration dans ces années-là, car la demande de main d'œuvre était élevée. Notons un autre élément : en Finlande il y a aussi un haut niveau de maladies cardiaques, c'est génétique, donc c'est un groupe de personnes plus fragiles.

RFAS : Où en êtes-vous de l'immunité collective ?

Nous pensons que, avant la deuxième vague, en novembre, il y avait 10 % de personnes immunisées. Il y a des différences entre les grandes villes (taux élevé), le Sud (taux bas), les personnes âgées (taux bas), les tranches d'âge intermédiaires (taux plus élevés) et les populations les plus jeunes (taux bas). Après la deuxième vague, nous estimons que 20 à 30 % de la population serait immunisée, que 10 % ont été malades (testées et prouvées), que 1 personne sur 2 testée

avec un test PCR a été positive et que 5 % de la population est immunisée en développant naturellement des anticorps.

On compte 10 % de la population vaccinée à ce jour, avec la première injection. Plus de 90 % des personnes en long séjour (l'équivalent des maisons de retraite, *ndlr*) ont reçu la première injection et 80 % la deuxième injection. Nous avons été capables de protéger les plus vulnérables. Chez eux, la mortalité a beaucoup baissé dans les dernières semaines.

L'objectif de la vaccination, c'est de diminuer la mortalité et la morbidité.

Notre programme de vaccination prévoit 4 phases (voir tableau en annexe) :

1. Personnes en EHPAD (*elderly homes*), en soins continus (*constant cares*) à domicile ou en établissements de soin, ainsi que leurs soignants. Dispositif achevé.
2. Personnes de plus de 65 ans, incluant les groupes de personnes à risque. En cours.
3. Personnes de moins de 65 ans avec facteurs de risque. À venir.
4. Ensemble de la population. À venir.

Nous avons pour objectif d'avoir proposé la vaccination à tout le monde d'ici fin juin. Sur le plan des vaccins, nous n'avons pas encore reçu toutes les doses promises. Nous avons reporté la vaccination Astra Zeneca : nous faisons une pause et procédons à des investigations sur les effets secondaires, pour savoir si nous pouvons continuer d'ici quelques jours et avec quels groupes de la population nous devons reprendre.

RFAS : Quelle organisation pour cette vaccination ?

AT : Ce sont les régions qui sont en charge des vaccinations, mais le type d'organisation dépend de la phase du processus. Pour la première phase, nous avons vacciné dans les maisons de retraite. Pour la deuxième, cela passe par une prise de rendez-vous par internet, via la plateforme 1177 dédiée à la santé ou par téléphone, dans des centres de vaccination. Pour le reste de la population, nous allons faire fonctionner de plus grands centres. Nous avons aussi un système d'authentification numérique pour la prise de rendez-vous.

Sur le plan de l'équipement, notamment des lits de soins intensifs et de réanimation, nous avons toujours gardé 20 % de lits disponibles et, pour éviter tout risque de pénurie, nous avons doublé le nombre de lits. Nous avons toujours cherché à éviter le recours aux soins intensifs. Beaucoup de patients ont ainsi pu être traités en "*normal beds*".

RFAS : Quel bilan tirez-vous [de cette pandémie] ? quelles [sont ses] conséquences économiques ? psychologiques ?

AT : Nous allons avoir encore des mois difficiles et sommes encore très préoccupés pour les prochaines semaines. Je ne peux pas répondre à la question sur les conséquences économiques. Pour les conséquences psychologiques, la grande différence par rapport à d'autres pays, c'est que les enfants ont continué à aller en crèche et à l'école (obligatoire jusqu'à 16 ans) depuis le début de la pandémie.

ANNEXE – Ordre de priorités des quatre phases de vaccination contre la Covid-19

Phase	Ordre de priorité	Groupes concernés	Objectifs de la vaccination
1	1	Résidents d'EHPAD et personnes âgées recevant une aide à domicile	Protéger rapidement les personnes qui ont un risque élevé de tomber gravement malade et de décéder de la covid-19
1	2	Personnel de soins et de santé et autres personnels travaillant au contact des personnes du groupe de priorité 1.	Protection indirecte et renforcée des personnes du groupe 1.
1	3	Contacts proches (ménage) des personnes recevant une aide à domicile.	Protection indirecte et renforcée des personnes du groupe 1.
2	1	Personnes de 65 ans et plus. Au sein de ce groupe, la priorisation se fait par âge décroissant.	Protéger rapidement les personnes qui ont un risque élevé de tomber gravement malade et de décéder de la covid-19
2	2	Personnes à risque élevé de contracter une forme grave en raison d'une dialyse ou d'une greffe. Les membres du ménage de ces personnes seront vaccinés au même moment.	Protéger les personnes qui ont un risque élevé de tomber gravement malade.
2	3	Personnes en situation de handicap qui vivent en institutions ou reçoivent des soins à domicile.	Protéger les personnes qui ont un risque plus élevé de contracter la covid-19 et qui ont donc potentiellement plus de risque de développer une forme grave.
2	4	Personnel de soins et de santé qui travaillent au contact des patients et des personnes appartenant au groupe mentionné plus haut.	Renforcer la protection des patients et des personnes qui reçoivent des soins ; garantir le bon fonctionnement du système de santé.
3	1	Personnes de 60 à 64 ans avec un facteur de risque.	Protéger les personnes qui ont un risque élevé de tomber gravement malade.
3	2	Personnes de 60 à 64 ans.	Protéger les personnes qui ont un risque élevé de tomber gravement malade.
3	3	Personnes de 18 à 59 ans avec un facteur de risque.	Protéger les personnes qui ont un risque élevé de tomber gravement malade.

3	3 Personnes de 18 à 59 ans qui ont des difficultés à suivre les recommandations (démence, handicap psychique, exclusion sociale, etc.)	Protéger les personnes qui ont un risque élevé de contracter la covid-19
4		