



Master 2 Mention Santé publique

**Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique**

Promotion : 2020-2021

**Éducation, prévention et promotion à la santé et aux
droits sexuels et reproductifs en Suède en temps de
crise sanitaire : quels enjeux ?**

Clémence GERVAIS

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue lors de ce stage au sein du service Santé et Affaires Sociales de l'Ambassade de France en Suède.

Je souhaite tout d'abord remercier Eric Trottmann, conseiller aux Affaires Sociales pour les pays nordiques, de m'avoir accueilli au sein de son département et de m'avoir fait confiance tout au long de ce stage.

Je tiens également à remercier Fanette Caudron, adjointe aux Affaires Sociales, pour sa disponibilité et son accompagnement, ainsi que pour ses précieux conseils.

Je remercie également tous les membres de l'Ambassade pour leur accueil et leur bienveillance, et en particulier Matis Derouin pour son aide durant les dernières semaines de mon stage.

J'adresse mes sincères remerciements à Christine Ferron pour ses précieux conseils et son accompagnement à la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci à Arnaud Campéon pour sa présence bienveillante et ses encouragements en cette période difficile de crise sanitaire.

Enfin, merci à mes proches pour leur soutien tout au long de cette année de formation. Je tiens à remercier tout particulièrement mon compagnon, sans qui je n'aurais pas découvert ce merveilleux pays qu'est la Suède.

Sommaire

Liste des sigles utilisés	4
Introduction	5
Première partie : l'éducation, la prévention et la promotion à la santé sexuelle et reproductive en Suède, une histoire de coeur	13
1.1 La place historique de la santé et des droits sexuels et reproductifs au sein de la société suédoise, pionnière européenne	13
1.1.1 Fonctionnement historique du système de santé suédois	13
1.1.2 Des politiques de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs mises en place dès les années 1950	16
1.2 Aujourd'hui, un encadrement des politiques d'éducation, de prévention et de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs soutenant les objectifs gouvernementaux d'une santé "juste et égalitaire" pour tous	19
1.2.1 La vision suédoise d'une éducation à la SDRS, holistique et inclusive	19
1.2.2 Un programme national de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs inclusif, afin de parvenir aux objectifs gouvernementaux d'une santé "juste et égalitaire"	22
1.3 La place importante de la société civile dans l'éducation, la prévention et la promotion en SDRS, initiatrice d'actions en faveur des populations marginalisées	25
1.3.1 Des organisations et associations suédoises pour l'éducation, la prévention et la promotion aux SDRS ancrées au sein de la société suédoise	26
1.3.2 Promouvoir la santé sexuelle des personnes issues de l'immigration : l'exemple du projet Doula & kulturtolk	27
Deuxième partie : la SSR en temps de crise sanitaire, des défis à relever	31
2.1 La pandémie de Covid-19, une crise sanitaire mondiale aux conséquences considérables sur la santé et les droits sexuels et reproductifs	31
2.1.1 L'appel des organisations internationales à soutenir la santé et les droits sexuels et reproductifs en temps de crise sanitaire	31
2.1.2 Un engagement suédois à l'international en matière de santé sexuelle affirmé durant la pandémie de Covid-19	33
2.2 L'impact de la crise sanitaire sur la santé sexuelle et reproductive des suédois	35
2.2.1 Des mesures d'éducation, de prévention et de promotion en santé sexuelle et reproductive bouleversées par la pandémie de Covid-19	35
2.2.2 Une crise sanitaire touchant particulièrement les populations les plus vulnérables	37
2.3 Quelle promotion et éducation en SDRS mise en place par le gouvernement suédois durant la crise sanitaire ?	39
2.3.1 La volonté du gouvernement suédois féministe de promouvoir les SDRS en temps de crise	40

2.3.2 Des potentiels effets à long terme de la crise sanitaire sur la santé sexuelle des suédois nécessitant des politiques adaptées	41
Troisième partie : les cliniques pour jeunes, un service en santé sexuelle à destination de la jeunesse suédoise mis au défi de la crise sanitaire	43
3.1 Les cliniques pour jeunes : une particularité suédoise agissant pour une meilleure santé sexuelle et reproductive des jeunes	43
3.1.1 Un développement des cliniques pour jeunes répondant aux enjeux de la société suédoise	43
3.1.2 Aujourd’hui, des cliniques pour jeunes devant répondre aux besoins des jeunes en matière de sexualité dans une perspective salutogénique	46
3.2 Non épargnées par la pandémie, des cliniques pour jeunes pouvant être améliorées afin de garantir une bonne santé sexuelle et reproductive de tous les jeunes suédois	48
3.2.1 Une mesure difficile de l’impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents suédois	48
3.2.2 Impact de la pandémie sur le travail d’éducation et de promotion en santé des cliniques pour jeunes	50
3.3 Perspectives futures et enjeux d’amélioration des cliniques pour jeunes au regard de la pandémie de Covid-19	51
3.3.1 Une pandémie mettant en avant la nécessité de développer la promotion en santé sexuelle et reproductive via les outils numériques	52
3.3.2 Un enjeu suédois : comment toucher les jeunes les plus précaires ?	55
Conclusion	58
Bibliographie	60
Note réflexive	65

Liste des sigles utilisés

CAS : Conseil aux Affaires Sociales et à la Santé

CEDAW : Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

DMU : Dispositif Minimum d'Urgence

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FHM : Folkhälsanmyndigheten (Agence suédoise de santé publique)

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

IPPF : International Planned Parenthood Federation

IST : infections sexuellement transmissibles

LGBTQI+ : lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queer, intersexes et plus

MDM : Médecins du Monde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RFSL : Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner, queeras och intersexpersoners rättigheter (Association suédoise pour le droit des personnes homosexuelles, bisexuelles, trans, queer et intersexes)

RFSU : Riksförbundet för sexuell upplysning (Association suédoise pour l'éducation sexuelle)

SDSR : santé et droits sexuels et reproductifs

SIDA : Sveriges biståndsmyndighet (Agence suédoise de développement international)

SKR : Sveriges Kommuner och Regioner (Organisation des Communes et Régions Suédoises)

UMO : Ungdomsmottagning (clinique jeunesse)

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

“Rien n'est jamais définitivement acquis. Il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Votre vie durant, vous devrez rester vigilantes.” - Simone de Beauvoir

“La Suède, mouton noir de la pandémie” : ainsi titre le quotidien *La Presse* le 14 mars 2021 pour évoquer la stratégie suédoise de lutte contre le Covid-19. En effet, contrairement à la France, le pays scandinave n'a imposé aucun confinement, préférant recommander le recours au télétravail et à la distanciation sociale. Pour expliquer ce choix non coercitif, Anders Tegnell, épidémiologiste d'Etat, réfute les hypothèses qui avancent que la Suède souhaite mettre en place une immunité collective contre le virus, mais souligne l'importance donnée à la responsabilité personnelle des citoyens (Tegnell, 2021). Depuis mars 2020, la Suède a ainsi connu 14 658 décès liés au Covid-19, contre 111 331 en France, soit un taux de mortalité respectif d'1,32% contre 1,77% (CSSE, chiffres du 13 août 2021).

Cependant, même si la Suède n'a pas connu de confinement strict, les politiques de promotion et d'éducation en santé se sont tout de même vues bouleversées. En particulier, les politiques publiques d'éducation, de prévention et d'éducation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR), un des piliers phares de la stratégie de “santé juste et égalitaire pour tous” suédoise (Folkhälsomyndigheten, 2020), a dû faire face à des changements et annulations. En effet, les mesures de lutte contre la propagation de l'épidémie, en contribuant à l'isolement des populations et à la fermeture des lieux de soins, peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé publique. Ces conséquences peuvent, par ailleurs, persister durant plusieurs années après la fin de la situation de pandémie (Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin, 2020).

Selon l'Agence suédoise de gouvernance de la santé et du social *Socialstyrelsen*, “la santé publique désigne l'état de santé de la population. Une bonne santé publique signifie à la fois que le plus grand nombre possible a une bonne santé mentale, physique et sociale et que la santé est équitablement répartie entre les différents groupes de la société” (Socialstyrelsen, 2014). L'objectif national global de la politique suédoise de santé publique est de créer des conditions sociales afin de promouvoir une santé juste et égalitaire pour l'ensemble de la population et de combler les écarts de santé en

l'espace d'une génération (Socialstyrelsen, 2014). Cependant, depuis 2020, les objectifs de santé publique du gouvernement suédois sont mis au défi de l'impact de la pandémie de Covid-19.

Une pandémie est considérée comme une nouvelle maladie qui s'est propagée à un grand nombre de personnes dans le monde (OMS, 2010). Le 1er février 2020, le Covid-19 a été classé comme une maladie dangereuse en Suède et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré le Covid-19 comme pandémie le 11 mars 2020 (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Le coronavirus humain, communément appelé Covid-19, est une maladie causée par le virus SARS-CoV-2, provenant des chauves-souris. Le virus a été détecté pour la première fois à Wuhan, dans la province du Hubei en Chine, en décembre 2019 (Singhal, 2020). Le Covid-19 a été classé comme une *“maladie infectieuse aéroportée avec un risque élevé d'infection”* (Singhal, 2020).

Face au risque élevé de propagation du Covid-19, le gouvernement suédois a mis en place, dès mars 2020, des mesures de contrôle des contaminations sous la forme de lois, ordonnances, règlements et recommandations. Ces mesures visaient à limiter la propagation du virus, assurer la continuité des soins de santé, maintenir les activités sociales considérées comme importantes, limiter les impacts négatifs de la pandémie sur les citoyens et les entreprises, rassurer la population afin d'éviter un sentiment d'anxiété et mettre en place des solutions adaptées à la situation épidémiologique. Les mesures de contrôle des contaminations ont ainsi pris la forme de limitation de rassemblements, interdiction de visites au sein des EHPAD, recommandations d'isolement en cas de symptômes, de distanciation physique, ou encore incitation au télétravail (Socialstyrelsen, 2021). Par ailleurs, de nombreuses associations œuvrant dans le domaine des SDR ont dû arrêter ou restreindre leurs actions en raison de la pandémie.

La santé sexuelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme *“un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités”* (OMS, 2011). L'OMS souligne également que *“la santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés”* (Kettling et al., 2013).

Selon la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la santé reproductive, quant à elle, *“[...] implique que les gens soient capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité et qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et combien de fois de le faire”*.

Les droits sexuels sont définis par le gouvernement suédois comme le fait que *“toute personne, indépendamment de son sexe, de son âge, de son origine ethnique, de son handicap, de son identité de genre ou de son orientation sexuelle, a droit à son propre corps et à sa sexualité”* (Ministère de la Santé, Suède, 2006).

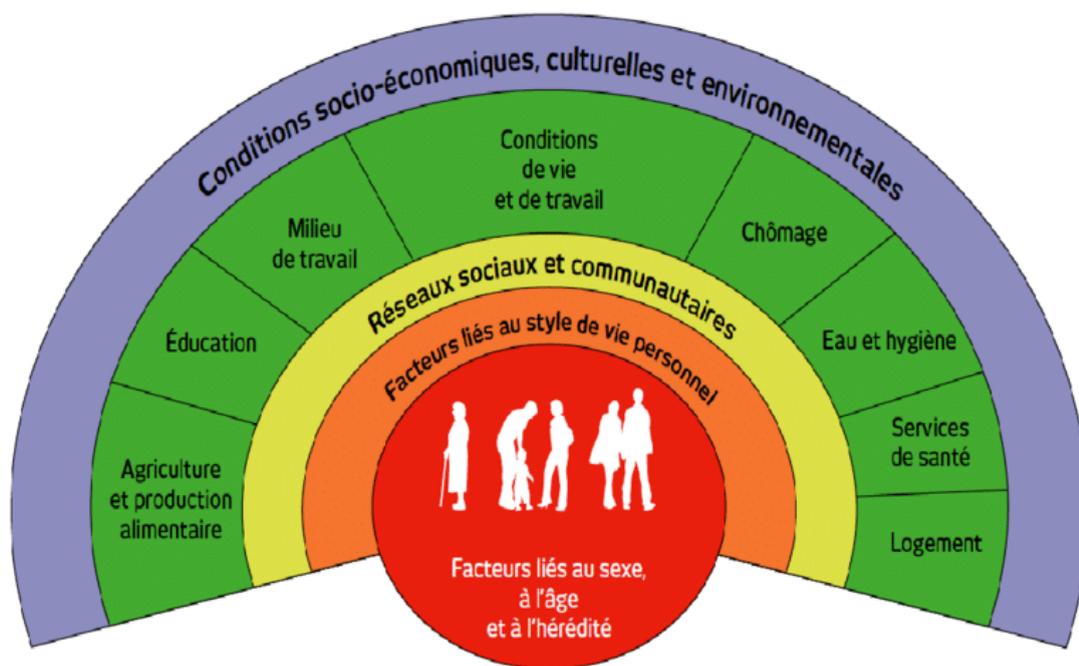
Les droits reproductifs, quant à eux, sont définis par La Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) comme *“le droit fondamental de tous les couples et de tous les individus de décider librement et de manière responsable du nombre de leurs enfants, de l'espacement et du moment de leur naissance, et de disposer des informations et des moyens nécessaires à cet effet, ainsi que du droit d'atteindre le meilleur niveau de santé sexuelle et reproductive. Cela inclut également leur droit de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition et violence, comme l'expriment les documents relatifs aux droits de l'homme”* (CEDAW, 1979).

En Suède, comme en France, la santé publique, dont la santé sexuelle fait partie, est encadrée au niveau gouvernemental à travers des grandes directives, ainsi qu'au niveau local et régional à travers des actions d'éducation, de prévention et de promotion (Bonnin et al., 2001).

L'éducation en santé est *“tout un ensemble d'activités d'informations et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir et à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin”* (OMS, 2021). La prévention, quant à elle, est un ensemble de mesures ayant pour but d'éviter ou de réduire la gravité des maladies ou des accidents. Finalement, la promotion en santé est définie par l'OMS comme *“une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé [...] et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison”* (OMS, 2016).

Ainsi, les actions d'éducation, de prévention et de promotion en SDR mises en place en Suède doivent être mises en place en tenant compte des déterminants de santé tels que définis par Dahlgren et Whitehead (1991). En effet, la santé publique est déterminée par les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales, les conditions de vies, les réseaux sociaux et communautaires, et les habitudes de vies des individus, ainsi que par l'âge, le sexe et les conditions génétiques (voir figure 1).

Figure 1 : déterminants de santé de Dahlgren et Whitehead, 1991. Source : Researchgate



Par ailleurs, la crise sanitaire actuelle influence chacun de ces déterminants de santé. En effet, les mesures de contrôle des contaminations liées à la pandémie de Covid-19 peuvent avoir un impact sur les conditions socio-économiques (augmentation des inégalités), les conditions de vie (télétravail), les réseaux sociaux et communautaires (distanciation sociale) ainsi que les habitudes de vie (sédentarité), et peuvent donc aggraver les inégalités en matière de santé (Socialstyrelsen, 2021). Concernant les SDR en particulier, il convient également de souligner le fait que les contextes de crise exacerbent les inégalités de genre, et par là même la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles, qui ont un accès plus difficile encore à une prise en charge adaptée à leurs besoins en termes de santé, et notamment de santé sexuelle et reproductive (Médecins du Monde, 2020).

Ainsi, il s'agira dans ce mémoire de s'intéresser aux politiques d'éducation, de prévention et de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) en Suède en 2020, durant la pandémie

de Covid-19. En particulier, il s'agira de déterminer si les politiques suédoises en faveur des SDSR ont été impactées par la crise sanitaire, et si oui, dans quelle mesure. Seront également relevées les actions mises en place par les acteurs associatifs ou privés afin de continuer le travail de promotion en SDSR durant l'année 2020.

En Suède, les premières actions en matière de SDSR remontent aux années 1930, avec notamment la création de l'Association Suédoise pour l'Education Sexuelle (Boethius, 1985). En 1942, sous la pression des associations féministes et de médecins radicaux, le gouvernement suédois recommande pour la première fois de mettre en place des actions d'éducation à la sexualité au sein des écoles. En 1945, un programme à destination des enseignants est distribué dans les écoles du pays.

Depuis cette première action en faveur de la santé sexuelle et reproductive des suédois, le gouvernement a développé de nombreuses politiques de santé publique en la matière. Ainsi, en 2003, le Parlement suédois a approuvé une nouvelle politique de santé publique comportant onze domaines cibles, dont deux concernant la santé sexuelle et reproductive (Danielsson et al., 2012). En 2005, la santé reproductive devient une catégorie de santé à part entière, puis la santé sexuelle l'est en 2009 (Danielsson et al., 2012).

Aujourd'hui, la prévention, promotion et éducation en SDSR est intégrée au projet gouvernemental d'une *"santé sûre et égalitaire pour tous"* (Gouvernement, Suède, 2014). De nombreuses actions locales et régionales sont mises en place afin d'arriver à cet objectif, toujours sous les directives du gouvernement et de ses agences de santé publique. En dehors des acteurs institutionnels locaux, régionaux et nationaux, les SDSR sont également promus par des acteurs du secteur associatif et privé, qui mettent en place des actions ponctuelles ou de moyen et long terme, généralement en collaboration avec les communes et régions suédoises.

Une des particularités suédoise, particulièrement intéressante en matière d'éducation, de prévention et de promotion en SDSR, est l'existence de cliniques pour jeunes, tenues par des sages-femmes. Ces cliniques ont pour objectif d'accompagner les jeunes suédois entre 12 et 23 ans en matière de sexualité, contraception ou consentement entre autres. Les quatre missions principales des cliniques pour jeunes sont les suivantes : renforcer l'identité et le développement de la personnalité ; prévenir les problèmes de santé ; promouvoir une santé sexuelle saine et sûre ; détecter précocement la maladie mentale et les problèmes sociaux. En plus de ce travail de prévention, les cliniques participent également à la promotion et à l'éducation en SDSR en diffusant des connaissances sur le

sexe, la sexualité et la façon dont les jeunes devraient faire pour prendre le moins de risques possibles concernant leur santé sexuelle (Region Stockholm, 2021). En tout, il existe près de 250 cliniques réparties dans toute la Suède, prenant en charge chaque année 200 000 suédois âgés de 12 à 23 ans (UMO, 2021).

Problématisation :

Ce mémoire représente ainsi une analyse de la santé publique suédoise en matière de SDSR durant l'année 2020, marquée par l'arrivée du virus Sras-Covid-2 en Europe et le développement d'une pandémie. Pays leader en matière d'éducation, de prévention et de promotion à la santé sexuelle et reproductive, la Suède a, comme le reste du monde, dû faire face à un bouleversement important de ses politiques de santé publique en raison du Covid-19. Les périodes de crise sanitaire sont, en effet, des moments cruciaux en matière de santé et droits sexuels et reproductifs. Ce mémoire s'intéresse ainsi à l'impact de la crise sanitaire actuelle sur les politiques en matière de Santé et de Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR) au sein d'un pays considéré comme ayant l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, possédant une population éduquée et un faible niveau de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Il s'agira ainsi de se demander : **comment la Suède, pays leader en matière de SDSR, est-elle parvenue à surmonter les défis lancés par la pandémie de Covid-19 en matière de prévention, promotion et éducation à la santé sexuelle et reproductive en 2020 ?**

Ce questionnement soulève d'autres questions : quelle est la place de la promotion en santé sexuelle et reproductive en Suède hors pandémie ? Quel a été l'impact de la pandémie sur la santé publique suédoise en 2020 ? Peut-on mesurer tous les impacts de la pandémie sur les SDSR des suédois ? Les conséquences de la pandémie sont-elles déjà toutes connues et/ou mesurables ? Quelles ont été les actions mises en place par le gouvernement, les régions et communes suédoises, ainsi que par les associations et organisations privées afin de maintenir les SDSR des suédois ?

Méthodologie :

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche d'observation et d'analyse d'un système de santé, travail réalisé tout au long de mon stage auprès du conseiller pour les affaires sociales de l'ambassade de France à Stockholm. Le travail réalisé ici ne repose donc pas sur une mission en particulier, mais sur

un ensemble de missions, travaux d'analyse, questionnaires et visioconférences réalisées lors des quatre mois passés au sein de l'ambassade¹.

Au sein de l'Ambassade de France à Stockholm, le service des Affaires Sociales et de Santé a trois missions principales : préparer des notes et des questionnaires concernant l'actualité sociale et en santé suédoise pour le ministère des Solidarités et de la Santé ainsi que pour le Ministère de l'Emploi, organiser des visites officielles pour les institutions françaises souhaitant étudier des politiques suédoises en profondeur, et réaliser les "Chroniques Nordiques", un mensuel regroupant l'actualité sociale et en santé en Suède, Danemark, Finlande et Norvège à destination des institutions françaises et des ambassades des pays nordiques. Durant mon stage, j'ai pu participer à chacune de ces missions, accompagnée par les autres membres du service. J'ai ainsi eu l'occasion de travailler sur de nombreuses thématiques, toutes liées à la santé ou aux affaires sociales en Suède.

Ainsi, le choix de ce sujet de résulte pas d'un facteur extérieur particulier, mais d'un choix personnel, basé sur un intérêt pour la promotion en santé sexuelle et pour les politiques de santé publiques suédoises. La mise en perspective de ce sujet avec la pandémie de Covid-19 actuelle apparaît ensuite comme une évidence, au vu de l'impact de cette dernière sur de nombreux - si ce n'est la totalité - aspects de la société, française comme suédoise.

Pour la réalisation de ce mémoire, effectuée durant un contexte particulier de crise sanitaire, je me suis basée sur des entretiens réalisées avec des sages-femmes suédoises dans le cadre de mon stage, sur des rapports et enquêtes de l'Agence suédoise de santé publique *Folkhälsomyndigheten* et de l'Agence nationale de gouvernance de la santé et du social *Socialstyrelsen*, ainsi que sur des revues de presse et de littérature effectuées au cours de mon stage.

En raison de la pandémie, les personnes évoluant au sein des agences suédoises de santé publique travaillaient dans leur totalité en télétravail. Il n'était également pas possible de se rendre au sein de cliniques pour jeunes, centres de santé et hôpitaux, en raison des restrictions sanitaires. Ainsi, la totalité des entretiens réalisés au cours de mon stage le fut donc par visioconférence.

La réalisation de ce mémoire s'appuie également sur une revue de littérature, en majorité en anglais, quelquefois en suédois, réalisée en amont et durant le stage. Cette dernière mêle aspects politiques, historiques, sociologiques et épidémiologiques, afin d'appréhender le sujet de manière holistique.

¹ En raison de la confidentialité des travaux et entretiens réalisés au sein de l'ambassade, ces derniers ne pourront malheureusement pas être présents en annexe.

Concernant la réalisation du stage, du temps était consacré chaque semaine à la réalisation de ce mémoire. Les différentes missions attribuées relatives aux SDSR m'ont permis d'étoffer cette étude. Ce travail de recherche et de rédaction s'est effectué, pour sa majorité, en autonomie.

Annnonce de plan :

Afin de comprendre comment la crise sanitaire actuelle a bouleversé la prévention, la promotion et l'éducation en SDSR en Suède, il convient tout d'abord de se pencher sur la place des SDSR dans les politiques publiques suédoises de manière historique (I). Dans un deuxième temps, les pratiques de promotions des SDSR suédoises seront analysées à la lumière de la crise sanitaire durant l'année 2020 (II). Finalement, il s'agira de prolonger la réflexion menée en s'intéressant à un dispositif particulier en matière de promotion en SDSR, celui des cliniques pour jeunes (III).

Première partie : l'éducation, la prévention et la promotion à la santé sexuelle et reproductive en Suède, une histoire de coeur

Afin de comprendre dans quelle mesure la crise sanitaire a pu avoir un impact sur les politiques suédoises de promotion en santé sexuelle et reproductive, il convient tout d'abord de souligner l'importance historique donnée à l'éducation sexuelle dans ce pays, pionnier en la matière au niveau mondial (1.1). Puis, dans un second temps, sera développée la place donnée à l'éducation sexuelle au sein des écoles ainsi que la promotion en SDR, en particulier depuis l'arrivée du gouvernement social-démocrate dirigé par Stefan Löfven, en 2014 (1.2). Finalement, sera étudié le rôle important de la société civile en matière de promotion et d'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, en particulier auprès des populations les plus fragiles (1.3).

1.1 La place historique de la santé et des droits sexuels et reproductifs au sein de la société suédoise, pionnière européenne

Afin d'appréhender l'importance des SDR en Suède, il convient tout d'abord d'effectuer une présentation historique du fonctionnement du système de santé suédois (1.1.1), avant de s'intéresser aux origines et évolution des politiques suédoises de promotion et éducation en santé sexuelle et reproductive (1.1.2).

1.1.1 Fonctionnement historique du système de santé suédois

Le Royaume de Suède, pays d'Europe du Nord, a une superficie de 449 964 km² pour 10 313 447 habitants (Statistics Sweden, 2019). Selon la typologie d'Esping-Andersen, le système suédois est universaliste (également appelé social-démocrate) et se caractérise par une protection sociale élevée et indépendante du revenu et de la situation familiale de l'individu, une importance des services publics, un financement de la protection sociale par l'impôt, ainsi qu'un système ciblant l'individu en dehors de son statut familial (Nezoci, 2016). La finalité de ce système de protection sociale réside dans l'égalité entre les citoyens, assurée grâce à la redistribution sociale.

Ainsi, le système de santé suédois se caractérise par un accès au soins universel et un financement public dans sa très grande majorité. Concernant l'organisation des soins, ces derniers sont décentralisés. En conséquence, la gestion des soins hospitaliers et ambulatoires, ainsi que le financement de ces derniers, est effectuée par les conseils régionaux et, dans une moindre mesure,

les enjeux de santé publics les plus importants afin de lutter contre les problèmes de santé des suédois.

Le système de santé suédois est globalement perçu comme performant. Le pays bénéficie en effet d'une espérance de vie élevée et d'une bonne santé générale de sa population. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a positionné la Suède 23ème au sein de son classement des meilleurs soins de santé au monde en 2000. Par ailleurs, *Health Consumer Powerhouse*, une organisation privée effectuant chaque année un classement des meilleurs systèmes de santé européens, a classé en 2018 le système de santé suédois à la 8ème place. Finalement, l'hôpital universitaire Karolinska, situé à Stockholm, a été classé au septième rang des meilleurs hôpitaux du monde lors du classement établi par *Newsweek/Statista* en mars 2021.

Concernant les coûts en santé et soins médicaux, ces derniers représentent en 2019 11% du PIB de la Suède (Statistics Sweden, 2019). La grande majorité de ces coûts, comme vu précédemment, sont financés par les impôts locaux et régionaux, associés aux contributions nationales et, dans une plus faible mesure, aux frais payés par les patients. En 2020, les dépenses publiques en matière de santé, soins médicaux et aides sociales se sont élevées à 102 milliards de couronnes suédoises, soit environ 10,2 millions d'euros. Il convient cependant de préciser que les dépenses en santé furent tout particulièrement importantes en 2020 en raison de la pandémie de Covid-19 (Ministère de la Santé, Suède, 2021).

Un des enjeux principaux actuels du système de santé suédois est la prise en charge des personnes âgées, la population suédoise vivant de plus en plus longtemps. En outre, la durée de vie moyenne se situe à 84,29 ans pour les femmes et à 80,6 ans pour les hommes. Par ailleurs, environ une personne sur cinq a 65 ans ou plus (Statistics Sweden, 2021).

Ainsi, la Suède est vue à bien des égards comme un pays ayant un système de santé modèle, garantissant une bonne santé aux Suédois. Les raisons historiques de la bonne santé de la population suédoise et de son faible taux de mortalité peuvent être trouvées dans la situation de paix et de croissance économique dans laquelle le pays se trouve, mais également dans l'importance historique donnée aux sages-femmes. En effet, en finançant la formation et la mise en activité de sages-femmes professionnelles sur son territoire dès 1711, la Suède a permis de réduire drastiquement la mortalité des femmes en couches (Rehn et al., 2013). Ainsi, alors que le taux de mortalité des femmes en couches était d'environ 1 sur 100 au 18ème siècle, le taux est descendu à 250 décès pour 100 000

naissances vivantes au 20^{ème} siècle. Aujourd'hui, la mortalité maternelle en Suède est parmi les plus faibles au monde : moins de 3 bébés sur 1 000 et moins de 4 femmes sur 100 000 meurent en couches (Statistics Sweden, 2021). Par ailleurs, l'Association suédoise des sages-femmes (*Svenska Barnmorskeförbundet*), créée en 1886, a une forte influence en Suède, et milite afin de développer les compétences professionnelles des sages-femmes, de promouvoir la santé sexuelle et reproductive des femmes et d'améliorer les soins reproductifs et périnataux (Rehn et al., 2013).

1.1.2 Des politiques de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs mises en place dès les années 1950

Comme vu précédemment, la Suède a une longue histoire avec la santé sexuelle et reproductive. Ainsi, en plus du rôle important des sages-femmes suédoises dans la lutte contre la mortalité des femmes en couche, il convient également de souligner l'influence majeure des féministes de la Première Vague dans la mise en place d'une véritable éducation à la santé sexuelle et la promotion des droits sexuels et reproductifs, dès les années 1930. Associée au gouvernement social-démocrate et avec le soutien de médecins radicaux, les militantes féministes conduiront en effet à la création d'une politique d'éducation sexuelle dans les écoles suédoises dès les années 1950, une première européenne (Devieille, 2013).

La Suède des années 1930 était caractérisée par une grande pauvreté et un taux élevé d'avortements illégaux, en raison de l'absence de contraception et d'une éducation sexuelle quasi-inexistante (Nycop et al., 1973). C'est dans ce contexte qu'a été créée en 1933 l'Association suédoise pour l'éducation sexuelle (*Riksförbundet för sexuell upplysning* - RFSU) par Elise Ottesen-Jensen, connue sous le nom d'Ottar, une militante, journaliste et syndicaliste norvégo-suédoise. Cette association, encore présente aujourd'hui, a joué un rôle majeur dans le milieu de la santé sexuelle et reproductive suédoise en conduisant, entre autres, à la réforme des lois sur la contraception et l'avortement. RFSU, avec le soutien de médecins, dont en particulier la première femme médecin suédoise, Karolina Widerström, et d'économistes tels que Knut Wicksell, stockholmien et keynésien, a également lutté pour l'introduction de l'éducation sexuelle au sein des écoles suédoises (Nycop et al., 1973).

Grâce à ces combats, les programmes scolaires ont inclus dès 1942 un cours d'éducation sexuelle au sein des écoles élémentaires et est créé en 1945 le premier manuel officiel d'éducation sexuelle à destination des enseignants. De la même manière, en 1954, une émission destinée à l'éducation est diffusée pour la première fois sur les ondes suédoises. En 1955, la Suède devient finalement le

premier pays européen à mettre en place une obligation à l'éducation sexuelle au sein des écoles, c'est-à-dire sans possibilité pour les parents de refuser l'accès à ces cours à leurs enfants (Loeber et al., 2010).

Par ailleurs, depuis ces premières politiques en faveur de l'éducation en santé sexuelle et reproductive, la Suède met en place des normes minimales pour l'éducation sexuelle au sein du programme scolaire national et souligne les domaines qui doivent être couverts. Des politiques et des lignes directrices sont publiées par l'Agence nationale suédoise pour l'éducation (*Skolverket*), et sont actualisées au fur et à mesure des années.

Depuis les années 1950, la Suède met en place une politique en matière de santé et droits sexuels et reproductifs. Ces derniers ont pour objectif de préparer les jeunes à une sexualité sûre, de lutter contre les infections sexuellement transmissibles et de garantir une vie sexuelle épanouie et sans danger pour la totalité de la population. Pour arriver à ces objectifs, la Suède a garanti depuis 1974 l'accès à l'avortement gratuit sur demande (après plusieurs législations plus contraignantes datant de 1938, 1946 et 1963). Durant les années 70, la Suède a également mis en place - toujours sous l'influence de RFSU - des cliniques de planning familial afin de garantir des conseils en matière de vie affective et sexuelle gratuits, notamment concernant la contraception. Ont été également introduits au sein de ces cliniques des dépistages de l'infection génitale à chlamydia. Les pharmacies proposent des contraceptifs oraux depuis 1964, des préservatifs à bas prix, ainsi que la contraception d'urgence. Par ailleurs, en 1967, la Suède a réalisé la première enquête sur la sexualité basée sur la population dans le monde (RFSU, 2021). Toutes ces mesures ont permis une réduction drastique des grossesses chez les adolescentes. Ainsi, en 2020, environ 34 600 avortements ont été pratiqués. Cela correspond à 18 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans (Socialstyrelsen, 2020).

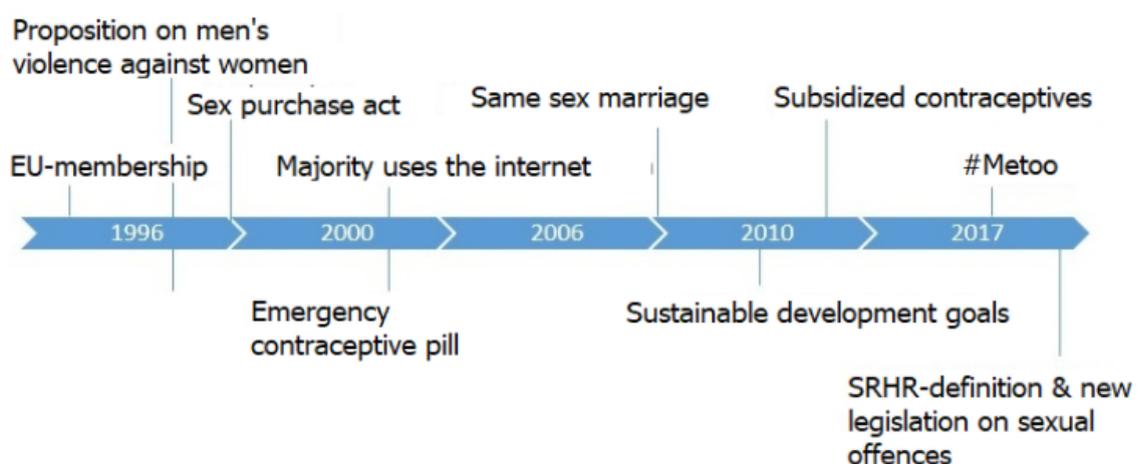
Cependant, la Suède a assisté durant les années 1990 à une augmentation des problèmes de santé sexuelle et reproductive, en particulier chez les jeunes. On peut expliquer cette recrudescence par la période de stagnation économique qu'a connu le pays, mais également toute l'Europe, à cette période. En effet, en raison de cette stagnation, les écoles suédoises ont subi des coupes budgétaires conduisant à une diminution de l'enseignement en éducation sexuelle. Cela a eu pour conséquence une augmentation de la ségrégation sociale, de l'absentéisme scolaire, du tabagisme et de la toxicomanie. Le taux d'avortement chez les adolescentes a augmenté, passant de 17/1000 en 1995 à 22,5/1000 en 2001. De la même manière, les infections génitales à chlamydia sont passées de 14 000 cas en 1994 à 22 263 cas en 2001, dont 60% chez les jeunes (Edgardh, 2002). En réponse à ces enjeux

de santé publique et après dix ans de préparation, l'ancien Institut de santé publique de Suède a entrepris, sur mandat du gouvernement, l'étude "Sex in Sweden" en 1996. Cette étude est souvent citée concernant les questions de sexualité et de santé, en grande partie en raison du manque d'études de grande envergure sur le sujet.

Aujourd'hui, les actions en matière de SDRS sont axées sur l'équité, l'égalité des sexes et les droits de l'homme, y compris les droits sexuels (Ministère de la Santé, Suède, 2021). Cette politique a été mise en place depuis l'épidémie de VIH, qui a permis de mettre en lumière les inégalités en santé, et particulièrement concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs. En 2006, une stratégie nationale de prévention du VIH a été mise en place, incluant des actions de promotion des droits sexuels et minoritaires pour les groupes les plus fragiles, dont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les groupes de migrants et les jeunes et jeunes adultes (Ministère de la Santé, Suède, 2006).

Finalement, en 2017, une nouvelle enquête nationale d'envergure a été réalisée par *Folkhälsomyndigheten* concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs des suédois. La frise chronologique ci-dessous, issue de ce dernier rapport, présente une sélection des principaux changements sociétaux ayant eu lieu entre les deux études (voir figure 3) (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Figure 3 : Frise chronologique présentant les changements sociétaux majeurs en termes de SDRS entre 1996 et 2017. Source : Folkhälsomyndigheten



Ainsi, la mise en place de systèmes éducatifs dès les années 1950, de services de santé et de cadres juridiques évoluant avec les changements sociétaux est considérée comme une condition importante du succès des politiques SDRS en Suède (Politique internationale en matière de santé et de droits

reproductifs, 2006). La politique en SDR est mise en œuvre de diverses manières et par différents canaux. Cependant, aujourd'hui, l'éducation sexuelle suédoise occupe une place importante et transmet des informations sur la santé sexuelle et reproductive telles que l'anatomie, les fonctions sexuelles, les orientations sexuelles, les IST, le VIH/SIDA, l'avortement, les relations et les contraceptifs entre autres.

1.2 Aujourd'hui, un encadrement des politiques d'éducation, de prévention et de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs soutenant les objectifs gouvernementaux d'une santé "*juste et égalitaire*" pour tous

Afin de parvenir à ses objectifs d'une santé "*juste et égalitaire*" pour toute sa population en matière de SDR, le gouvernement suédois actuel, dirigé par le social-démocrate Stefan Löfven, s'appuie tout d'abord sur une politique d'éducation sexuelle basée sur une vision holistique de la santé et détachée des normes de genre (1.2.1), mais également sur un important programme de promotion en SDR faisant de la santé sexuelle un des grands enjeux de santé publique actuels (1.2.2).

1.2.1 La vision suédoise d'une éducation à la SDR, holistique et inclusive

Depuis l'apparition des premiers programmes en matière d'éducation sexuelle au sein des écoles, l'éducation à la santé et reproductive a évolué d'une vision biologique à une vision holistique de la sexualité, avec des programmes se voulant inclusifs. En effet, depuis 2006, les enfants suédois bénéficient d'une protection légale contre la discrimination, le harcèlement et les autres traitements dégradants fondés sur le sexe, l'identité ou l'expression transgenre, l'origine ethnique, la religion ou d'autres croyances, le handicap, l'orientation sexuelle et l'âge (SFS 2006:67, remplacé ensuite par SFS 2008:567 ; SFS 2010:800). Par ailleurs, l'Agence nationale pour l'éducation (*Skolverket*) met en place les programmes en matière d'éducation sexuelle au sein des écoles suédoises, après que le Parlement et le gouvernement suédois définissent les objectifs et les lignes directrices pour l'école maternelle, primaire et secondaire par le biais, entre autres, de la loi sur l'éducation et des programmes scolaires (*Skolverket*, 2021).

Selon les programmes mis en place par *Skolverket*, l'éducation sexuelle fournie à l'école doit permettre de fournir des informations sur la sexualité d'un point de vue structurel (les normes et la législation) ainsi qu'individuel (le corps, la sexualité et les relations interpersonnelles). Ces

informations reposent sur des valeurs fondamentales définies par l'ordonnance (SKOLFVS 2010 : 37). Ainsi, les élèves suédois, de la maternelle au lycée, reçoivent des informations sur la santé sexuelle, la grossesse et la contraception, ainsi que sur l'égalité des sexes, les droits LGBTQI+ et les relations interpersonnelles. Le directeur de chaque établissement est responsable de l'enseignement de l'éducation sexuelle. Le travail d'amélioration de l'éducation sexuelle est soutenu par une évaluation de la qualité effectuée par l'inspection scolaire, par des améliorations apportées par l'autorité scolaire et par les directives internationales de l'UNESCO et de l'OMS Europe en matière d'éducation sexuelle (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Les programmes d'éducation sexuelle sont variés et peuvent être effectués à travers de nombreux enseignements. Ces derniers sont cependant principalement divisés en trois aspects principaux : l'intégration du sujet (*subject integration*), les efforts quotidiens (*everyday efforts*) et les leçons individuelles ou journées à thème (*individual lessons or themed days*). L'intégration du sujet correspond à l'éducation sexuelle dispensée à travers l'enseignement des matières à l'école, tels que l'histoire ou la science. Elle représente la part la plus importante du travail d'éducation sexuelle au sein des écoles suédoises. Les efforts quotidiens, quant à eux, sont considérés comme des opportunités de discuter de sexualité, santé et droits sexuels durant les événements se passant durant la journée (harcèlement, traitements inégaux). Finalement, les leçons individuelles sont des journées destinées spécialement à l'éducation sexuelle, durant lesquelles les élèves ont la possibilité d'apprendre et d'échanger autour de la santé et des droits sexuels et reproductifs (Skolverket, 2021).

Comme mentionné précédemment, l'éducation sexuelle à l'école est organisée dès la maternelle et se poursuit jusqu'au lycée. Tout d'abord, les établissements préscolaires permettent à chaque enfant de comprendre que tous les êtres humains sont égaux, indépendamment de leur origine sociale, de leur sexe, de leur appartenance ethnique, de leur religion ou de toute autre croyance, de leur orientation sexuelle ou de leur handicap. Ils ont également pour mission de s'opposer aux stéréotypes et rôles traditionnels liés au genre. Les établissements d'école obligatoire, c'est-à-dire les établissements primaires et secondaires doivent, quant à eux, fournir une éducation transversale concernant l'égalité entre les sexes, la sexualité et les relations interpersonnelles, les discriminations, les expressions de genre et notamment la transidentité, tout en luttant activement contre les stéréotypes de genre. Il existe de nombreuses ressources disponibles sur Internet à destination des encadrants et professeurs, permettant de faciliter la communication autour de la sexualité. Chaque enseignant, quelle que soit sa matière, doit en effet inclure une perspective d'éducation sexuelle au sein de son enseignement. La Suède choisit ainsi une vision holistique de l'éducation à la SDSR, tout

comme son approche de la santé publique en général. Par ailleurs, de nombreuses ressources sont réalisées en partenariat avec l'Association suédoise pour l'éducation sexuelle, RFSU. Une des vidéos les plus utilisées, "Sex på kartan" (Littéralement : Sexe à la carte) est un film à destination des jeunes parlant franchement de sexualité, en se basant sur les questions des jeunes eux-mêmes (voir figure 4). Le film est destiné à être utilisé dans le cadre de l'éducation sexuelle dans les écoles secondaires. Il a été produit en 2011 par RFSU et UR avec le soutien du Fonds du patrimoine national suédois.

Figure 4 : Capture d'écran de la vidéo "Sex på kartan". Source : Youtube.com



Ainsi, l'éducation sexuelle dispensée au sein des écoles suédoise se veut inclusive et met en avant une pédagogie critique à l'égard des normes. Ce paradigme, développé depuis une dizaine d'années, est le résultat des travaux réalisés par des militants, médecins et universitaires et des critiques émises par les féministes queer et les défenseurs de la pédagogie anti-oppressive (Kumashiro 2002, cité par Devieille, 2013). En particulier, il convient de se détacher de la "pédagogie de la tolérance", selon laquelle la majorité est éduquée à l'acceptation des minorités dans le cadre du travail sur l'égalité (Langmann 2013, cité par Devieille, 2013), pour questionner la normalité, se rendre compte des oppressions et favoriser une pensée critique des élèves.

Des limites à cette éducation à la sexualité persistent cependant. Il convient ainsi de souligner le fait que les groupes les plus fragiles de la société suédoise n'ont pas un accès égal aux outils et savoirs prodigués par l'éducation sexuelle comparé au reste de la population. Ainsi, les jeunes issus de l'immigration constituent un groupe prioritaire pour l'éducation sexuelle en Suède (*Nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar*, 2017). Il convient alors pour la Suède de mettre en place une éducation à la SDSR réellement culturellement inclusive (Devieille, 2013).

Une réforme en matière d'éducation est actuellement en cours et sera appliquée à partir de la rentrée 2022. Cette réforme a pour objectif de renforcer les enseignements dans le domaine de l'éducation sexuelle en les rendant obligatoires de manière régulière. De plus, l'étendue des enseignements sera désormais inscrite clairement au sein des programmes. Ainsi, l'éducation sexuelle au sein des écoles devra *“promouvoir la santé et le bien-être des élèves ; renforcer la capacité de faire des choix conscients et indépendants ; contribuer à la compréhension de ses propres droits et de ceux des autres ; transmettre le sens du consentement ; inclure la connaissance des structures de pouvoir liées à la violence et à l'oppression liées au genre et à l'honneur ; développer les approches critiques des élèves sur les représentations des relations et de la sexualité”* (Skolverket, 2021). Finalement, au sein du programme d'éducation destiné aux adultes (personnes n'ayant pas fini leur éducation primaire ou secondaire, ainsi que personnes prenant des cours de suédois seconde langue), un paragraphe a été ajouté sur la sexualité, les relations et la santé, qui souligne que l'éducation fournie doit contribuer à la compréhension de ses propres droits et obligations et de ceux des autres, doit transmettre l'importance du consentement et du respect et doit examiner les structures de pouvoir liées à la violence et à l'oppression liées au genre et à l'honneur.

1.2.2 Un programme national de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs inclusif, afin de parvenir aux objectifs gouvernementaux d'une santé “juste et égalitaire”

Comme vu précédemment, la Suède a une longue tradition en matière d'éducation, prévention et promotion en matière de santé et droits sexuels et reproductifs (voir partie 1.1.2). Si historiquement, les SDR se sont essentiellement concentrés sur la prévention en matière de santé sexuelle (grossesses non désirées, IST, VIH et violence sexuelle), la promotion et l'éducation en santé a néanmoins fait rapidement son apparition au sein des programmes nationaux. En particulier, avec la création de la stratégie internationale pour la santé et les droits sexuels et reproductifs de 2006 (Ministère de la Santé, Suède, 2006), puis la stratégie nationale pour l'égalité des droits et des chances de 2014 (Ministère de la Santé, Suède, 2014) la Suède a développé un programme de santé publique large, incluant la santé sexuelle et reproductive comme déterminant de santé et promouvant une égalité des droits indépendamment de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou de l'expression de genre.

Cette tournure est à mettre en lien avec l'arrivée au pouvoir du gouvernement social-démocrate dirigé par Stefan Löfven en 2014. En effet, le gouvernement suédois a développé une approche

politique ciblée et féministe (faisant de la Suède le premier gouvernement féministe au monde) (Gouvernement, Suède, 2014) promouvant des politiques et des stratégies d'égalité telles que l'intégration nationale du genre dans les agences gouvernementales et les universités, une stratégie nationale de prévention de la violence des hommes envers les femmes et d'autres mesures visant à intégrer les vastes objectifs gouvernementaux en matière d'égalité des sexes dans l'agenda politique. Ces mesures s'inscrivent également dans le cadre des travaux en cours concernant l'Agenda 2030 (Areskoug-Josefsson et al, 2019). La politique féministe du gouvernement suédois a également contribué à influencer les objectifs nationaux de santé publique, et particulièrement en matière de santé et droits sexuels et reproductifs, aboutissant en octobre 2020 à la publication d'une stratégie nationale pour la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Selon le site Internet du gouvernement (2021), la population suédoise *“doit se voir offrir des soins de santé adaptés aux besoins, efficaces et de bonne qualité. Ces soins doivent être équitables, égaux entre les sexes et accessibles. L'objectif global de la politique de santé publique est de créer des conditions sociétales pour une santé bonne et égale pour l'ensemble de la population et de combler les écarts de santé impressionnables en une génération.”* Ainsi, les objectifs gouvernementaux en matière de santé publique sont basés sur une approche holistique, comprenant la santé comme une état influencé par un ensemble de facteurs sociaux et sociétaux, ainsi que sur le principe fondamental de non-discrimination (Gouvernement, Suède, 2021). Pour parvenir à son objectif d'une santé *“sûre et égalitaire pour tous”*, le gouvernement s'appuie sur l'Agence suédoise de santé publique, dont une des missions principales est de compiler, analyser et diffuser des connaissances pour soutenir la promotion de la santé et le travail de prévention sanitaire, notamment en matière de santé sexuelle. Concernant ce domaine, l'Agence a la responsabilité de trois missions principales : la prévention du VIH et des IST, la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) et la santé des personnes LGBTQI+ (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Afin d'élaborer sa stratégie nationale en matière de SDSR, le gouvernement social-démocrate suédois a tout d'abord demandé à l'Agence de santé publique de réaliser une enquête nationale sur l'état de la santé sexuelle et reproductive de la population suédoise, nommée *SRHR2017* et présentée en mai 2019. Cette étude est la troisième étude nationale en matière de SDSR en Suède, les deux premières ayant été réalisées en 1967 et 1996 (voir partie 1.1.2). On a ainsi une véritable volonté du gouvernement suédois de créer une stratégie nationale en SDSR éclairée, basée sur des observations récentes et documentées de l'état de santé de la population suédoise.

A travers l'enquête *SRHR2017*, il a pu être avancé que la santé sexuelle et reproductive des suédois est "*relativement bonne mais inégalement répartie*". En effet, des différences existent en fonction du sexe, de l'âge, des conditions socio-économiques et de l'identité sexuelle des personnes étudiées. A titre d'exemple, la publication montre que les femmes sont beaucoup plus touchées par la violence sexuelle que les hommes. Cependant, il a également été avancé que les femmes suédoises se sentent généralement plus libres de refuser des relations sexuelles que les hommes (Folkhälsomyndigheten, 2017).

A partir de cette enquête, l'Agence suédoise de santé publique a élaboré, au nom du gouvernement, une Stratégie nationale pour la santé et les droits sexuels et reproductifs, basée sur les objectifs gouvernementaux d'une santé équitable et égale pour l'ensemble de la population suédoise. Cette stratégie contient quatre sous-objectifs réalisables à long terme et sept domaines principaux d'action, assurés par un suivi régulier basé sur plusieurs indicateurs de réussite (Folkhälsomyndigheten, 2017). Au sein de cette stratégie, la SDSR est incluse au sein d'une vision holistique de la santé publique, devant assurer le bien-être physique, mental et social de la population tout au long de leur vie.

La stratégie gouvernementale pour la SDSR met en place des grandes lignes directives en matière de prévention et de promotion en santé sexuelle et reproductive, tout en soulignant qu'il revient aux régions et municipalités de mettre en place de manière opérationnelle des actions de prévention et de promotion. Ainsi, la stratégie souligne que "*la promotion et la prévention des travaux de santé publique visent à modifier les conditions sous-jacentes qui affectent la santé et visent, entre autres, à améliorer les facteurs sociétaux et sociaux qui renforcent la capacité d'assimilation des droits de l'individu. Une attention particulière devrait être accordée à ceux qui sont moins en mesure de faire respecter leurs droits et à ceux qui ont ou risquent de développer une mauvaise santé*".

En effet, conformément à la loi sur la santé et les soins médicaux (*Health and Medical Care Act*), les régions sont responsables de la santé et des soins médicaux, et doivent garantir l'accès à des mesures de promotion et de prévention en santé, notamment en santé sexuelle et reproductive. Les municipalités, quant à elles, sont responsables de l'accompagnement des individus selon la loi sur les services sociaux. Cela comprend notamment le soutien des personnes en situation de handicap, des personnes âgées, des jeunes, des personnes en situation de migration, des personnes en situation de vulnérabilité sociale et économique et des personnes en situation de toxicomanie, ainsi que la mise

en place de services sociaux. Ces services sociaux doivent avoir une approche de promotion de conditions de vie bonnes, ce qui inclut ainsi les SDSR (Folkhälsomyndigheten, 2021).

En juin 2021, le gouvernement Löfven a chargé l'Agence suédoise de santé publique d'élaborer un plan d'action pour les actions de prévention et promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Ce plan d'action, visant à être présenté en juin 2023, se présente sous la forme d'une plateforme de travail permettant un suivi continu des actions en faveur de la SDSR en Suède. Cette plateforme a également pour objectif de fixer les priorités d'actions, activités de promotion durant les dix prochaines années. On a ainsi ici une volonté du gouvernement suédois de se positionner en tant que coordinateur du programme de prévention et promotion en SDSR, en mettant en place des outils afin d'organiser les actions réalisées par les régions et municipalités suédoises (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Finalement, le gouvernement suédois doit cependant faire face à des défis afin de garantir les SDSR : plusieurs études montrent en effet que les inégalités socio-économiques conduisent à des inégalités d'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive. Les groupes les plus fragiles de la société suédoise, notamment les jeunes, les personnes issues de la migrations et les personnes LGBTQI+, doivent faire l'objet d'un suivi particulier, afin de garantir des actions de prévention et de promotion égales pour tous les suédois (Areskoug-Josefsson, 2019).

1.3 La place importante de la société civile dans l'éducation, la prévention et la promotion en SDSR, initiatrice d'actions en faveur des populations marginalisées

La société civile fut à l'origine de grandes avancées historiques en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs en Suède. Aujourd'hui, les associations suédoises jouent un rôle important en promotion des droits sexuels et reproductifs des suédois (1.3.1). Par ailleurs, des initiatives locales se développent afin de garantir ces droits aux populations les plus précaires. C'est le cas, par exemple, de *Doula och Kulturfolk*, qui accompagne les femmes nouvellement arrivées en Suède lors de leur grossesse (1.3.2).

1.3.1 Des organisations et associations suédoises pour l'éducation, la prévention et la promotion aux SDRS ancrées au sein de la société suédoise

La Suède a une longue tradition d'une société civile forte, fondée sur les droits. Ainsi, il existe plusieurs associations d'envergure nationale implantées au sein de la société et mettant en place des actions d'éducation, de prévention et de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs. Ces associations collaborent régulièrement avec les régions et municipalités suédoises, et fournissent des informations de qualité, reconnues par les Agences gouvernementales.

Rattachée à la Fédération internationale pour le planning familial, *Riksförbundet för Sexuell Upplysning* - RFSU (Association suédoise pour l'éducation sexuelle) effectue des actions sur le territoire suédois, mais également à l'international, afin de promouvoir les SDRS. L'association a été créée en 1933 par Elise Ottesen-Jensen, une éducatrice sexuelle, journaliste et anarchiste norvégo-suédoise (voir 1.1.2), dont la mission principale était de lutter pour le droit des femmes à disposer de leur corps et de leur sexualité (Gröndahl, 2007). Comme vu précédemment, RFSU a permis des avancées historiques en matière de droits sexuels et reproductifs en Suède, en défendant le droit à l'avortement et à la contraception, la dépénalisation de l'homosexualité, ainsi que la mise en place de programmes d'éducation sexuelle au sein des écoles suédoises (RFSU, 2021) (voir partie 1.1.2). Originellement, RFSU vendait des préservatifs afin de soutenir leurs activités de promotion d'une santé sexuelle égalitaire. Aujourd'hui, la vente de préservatifs existe toujours, et l'association effectue de nombreuses actions locales, nationales et internationales ainsi que des formations, conférences et débats afin de promouvoir leur vision d'une sexualité libre et éclairée. Les actions de prévention et de promotion effectuées par RFSU reposent sur la *"conviction du rôle central de la sexualité pour l'individu et la société"* (RFSU, 2021).

Chaque année et depuis 2010, RFSU publie son *"Baromètre Suède"*, un rapport mesurant les efforts de chaque région suédoise en matière de politiques, soins et santé concernant les SDRS. Tout particulièrement, le rapport veut souligner les lacunes en matière de SDRS afin d'influencer le gouvernement, les régions et les municipalités suédoises à mettre en place des actions en faveur de soins égaux pour toute la population. Ainsi, selon RFSU, *"le sexe est la santé publique, le sexe est le bien-être et le sexe est la politique"*. Le Baromètre 2019 porte sur la contraception. Ainsi, ce dernier souligne que, entre autres choses, des différences importantes subsistent entre les régions concernant l'accès à la stérilisation comme méthode de contraception, ce qui est à l'origine d'inégalités (RFSU, 2019).

La RFSU propose également une banque d'information complète à destination des éducateurs et professionnels, disponibles afin de fournir une éducation sexuelle à tout âge et dans 15 langues différentes. L'éducation sexuelle fournie par l'association se veut inclusive et a pour objectif de promouvoir une sexualité agréable et respectueuse, tout en luttant contre les discriminations (RFSU, 2021).

La Fédération suédoise pour les droits des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers et intersexes (*Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner, queeras och intersexpersoners rättigheter* - RFSL) est une organisation à but non lucratif fondée en 1950. L'objectif de RFSL est de garantir les droits des personnes LGBTQI+. L'association met également en place des activités de promotion et de prévention en santé, en Suède et à l'international à travers des partenariats. Parmi ces projets, on peut citer la mise en place d'une unité de soutien aux personnes victimes de violences sexuelles, des actions de prévention du VIH, ainsi que le projet *Newcomers*, un groupe de soutien pour les personnes nouvellement arrivées en Suède (RFSL, 2021).

Chaque année depuis 2016, RFSL réalise un rapport sur l'état des droits humains et des droits des personnes LGBTQI+ en Suède. Ce rapport détaille également les actions menées par les associations membres de RFSL durant l'année écoulée. RFSL réalise un travail important de promotion en santé sexuelle et reproductive pour les personnes issues de l'immigration, les personnes LGBTQI+, ainsi que les personnes âgées, considérées par l'association comme exclues des politiques publiques en matière de SDRS. Le travail réalisé par RFSL vient ainsi compléter celui réalisé par les agences gouvernementales et RFSU, en se concentrant sur les populations les plus fragiles de la société suédoise.

1.3.2 Promouvoir la santé sexuelle des personnes issues de l'immigration : l'exemple du projet *Doula & kulturtolk*

En Suède, comme dans l'ensemble des pays européens, la santé sexuelle et reproductive des personnes issues de l'immigration est moins bonne que celle du reste de la population. En effet, les populations issues de l'immigration ont généralement une culture sanitaire (définie comme un ensemble de compétences cognitives et sociales permettant d'accéder aux activités de promotion de la santé (Vallée, 2007)) moins bonne, en raison des barrières linguistiques et culturelles. Ainsi, un des défis majeurs pour la Suède est de parvenir à inclure ces populations au sein de sa politique de santé publique, en vue d'améliorer leurs connaissances en matière de santé et droits sexuels et reproductifs.

En 2014, durant la crise migratoire européenne, la Suède fut le pays ayant enregistré le plus grand nombre de demandeurs d'asile en Europe par rapport à sa population, avec 33 000 personnes ayant obtenu le statut de réfugié (Eurostat, 2015). Les migrations actuelles représentent un défi considérable pour les systèmes de santé des pays d'accueil européens, et nécessitent la mise en place de nouvelles politiques de promotion et d'éducation en santé, et notamment en matière de SDR. En effet, l'expérience personnelle des migrants implique souvent des conflits et événements traumatisants et, en particulier pour les femmes, des violences sexuelles et sexistes. Ces populations sont ainsi soumises à des inégalités de santé importantes, renforcées par les mauvaises conditions de vie, le chômage et les discriminations (Hjern, 2012, cité par Svensson, 2017).

Par ailleurs, les populations issues de l'immigration sont généralement moins touchées par les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, en raison de connaissances plus faibles en matière de santé (Rechel et al., 2010). En particulier, les femmes migrantes présentent un risque plus élevé de mauvaise santé sexuelle et reproductive (grossesses non désirées, IST), en raison de la barrière de la langue, de connaissances limitées en matière de santé, ainsi que des possibles tabous culturels autour de la sexualité (ECDC, 2014). En Suède, les femmes issues de l'immigration ont généralement des accouchements plus difficiles, avec des complications surreprésentées. En outre, leurs enfants sont jusqu'à quatre fois plus susceptibles de mourir en couches que les enfants de femmes nées en Suède (Svensson, 2017).

Un des enjeux suédois actuels en matière de santé publique, et en particulier concernant la santé sexuelle, est de parvenir à effectuer des actions de promotion en santé visant les personnes issues de l'immigration, dont la culture est différente (Rechel et al., 2010). Pour cela, il existe plusieurs stratégies, dont une est utilisée en Suède, à travers le travail mené par le projet *Doula & kulturtolk* (Doula et interprète culturel), créé en 2008 à Göteborg. L'approche utilisée ici consiste à former professionnellement des femmes issues de l'immigration afin d'accompagner les femmes nouvellement arrivées en Suède durant leur grossesse. Cela permet d'améliorer la communication d'informations, de messages de prévention et de promotion avec ces dernières, en favorisant un sentiment d'appartenance entre l'éducateur et le receveur (Kreuter et al., 2003, cité par Svensson, 2017). Par ailleurs, il a été démontré que la transmission d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive à destination des femmes issues de l'immigration était plus efficace si le transmetteur avait également une expérience migratoire (Khoie et al., 2008, cité par Svensson, 2017).

Le projet *Doula och Kulturtolk* est un projet unique en Suède, présent au sein de deux associations : Mira à Stockholm et Tidigt Föräldrastöd à Göteborg. Il a pour objectif de soutenir les femmes ayant immigré récemment en Suède durant la durée de leur grossesse, pendant et après l'accouchement, en offrant la possibilité de soutien effectué par une doula parlant leur langue maternelle. Le projet est soutenu par l'Agence suédoise de santé publique.

Le mot doula vient du grec et signifie "*femme prodiguant des soins*". Une doula est une personne accompagnant une femme durant sa grossesse et son accouchement. Les doulas du projet possèdent des connaissances de la culture du pays d'origine de la femme enceinte et des soins de maternité suédois. La doula a également pour rôle de rassurer la parturiente et de faciliter la communication entre cette dernière et le personnel soignant. Ce service est totalement gratuit pour la femme enceinte, et la doula a un devoir de confidentialité (Doula och Kulturtolk, 2021).

L'accompagnement effectué par une doula a des effets positifs considérables, démontrés dans plusieurs études scientifiques internationales (Doula och Kulturtolk, 2021). Ainsi, selon l'Association des doulas et obstétriciens de Scandinavie, la présence d'une doula permettrait de réduire le nombre de césariennes de 50 %, la durée du travail de 25 %, le besoin des analgésiques médicaux de 30% et des demandes de péridurales de 60% (ODIS - Organisation for doulas and obstetricians in Scandinavia, 2009).

Dès 2009, le projet *Doula och Kulturtolk* a été évalué par le Dr. Sharareh Akhavan de l'Université de Skövde. Selon cette évaluation, le projet a permis aux femmes enceintes de recevoir un soutien significatif, et aux doulas de travailler au sein d'un environnement positif et faisant sens (Akhavan et al., 2009). L'Agence suédoise de santé publique a par ailleurs soutenu cette évaluation, en montrant qu'elle permettait de soutenir les objectifs gouvernementaux d'une santé bonne et égale pour tous les suédois (Folkhälsomyndigheten, 2009). Finalement, des études quantitatives sur la façon dont *Doula och Kulturtolk* permet des naissances plus sûres sont en cours de réalisation, en collaboration avec l'Institut Karolinska de Stockholm (Doula och Kulturtolk, 2021).

Ainsi, le projet *Doula och Kulturtolk* a permis d'améliorer la santé sexuelle de nombreuses femmes nouvellement immigrées en Suède. De plus, grâce à la confiance s'étant créée entre les doulas et les femmes accompagnées, d'autres actions de prévention en santé sexuelle et reproductive ont pu être

conduites à Stockholm et Göteborg, comme la création de groupes de discussions pour les femmes enceintes.

Deuxième partie : la SSR en temps de crise sanitaire, des défis à relever

Afin d'appréhender l'impact de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 sur les SDSR en Suède, il convient tout d'abord de se pencher sur les actions internationales mises en place par la Suède afin de garantir le maintien des droits sexuels et reproductifs au sein des pays les plus touchés par la crise sanitaire (2.1). Puis, dans un second temps, il sera nécessaire de discuter de l'impact de la pandémie et des mesures de restriction mises en place sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des Suédois (2.2). Finalement, sera étudiée la réponse du gouvernement Löfven afin de maintenir les SDSR de sa population en 2020 (2.3).

2.1 La pandémie de Covid-19, une crise sanitaire mondiale aux conséquences considérables sur la santé et les droits sexuels et reproductifs

En mars 2020, le Covid-19 a été considéré comme une pandémie. Provoquant des bouleversements conséquents au sein des systèmes de santé, les organisations internationales ont lancé la sonnette d'alarme afin que les Etats prennent les mesures sanitaires nécessaires au maintien de la santé et des droits sexuels et reproductifs de leur population (2.1.1). Les enjeux sont notamment particulièrement importants au sein des pays à faibles et moyens revenus, ce qui a poussé la Suède à renforcer ses actions en matière de développement international depuis 2020 (2.1.2).

2.1.1 L'appel des organisations internationales à soutenir la santé et les droits sexuels et reproductifs en temps de crise sanitaire

Dès le début de la pandémie, les organisations internationales ont mis en garde contre les impacts négatifs de la crise sanitaire sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, en particulier ceux des filles et des femmes. En effet, les contextes de crise exacerbent les inégalités de genre et la vulnérabilité des femmes. Ces dernières peuvent ainsi avoir un accès plus difficile à la santé, notamment sexuelle et reproductive (Médecins du Monde, 2020). En particulier, les pays à faibles ou moyens revenu, possédant des systèmes de santé plus fragiles, pourront être particulièrement affectés par les mesures de distanciation sociale et les contraintes budgétaires imposées par la pandémie (Riley et al., 2020).

Par ailleurs, les mesures de restriction des déplacements mises en place afin de lutter contre la propagation de l'épidémie peuvent conduire à une augmentation des violences domestiques à

destination des femmes. Elles contribuent à limiter l'accès aux centres de santé, et donc aux droits sexuels et reproductifs des femmes. Ainsi, selon Médecins du Monde (MDM), une attention toute particulière doit être portée aux femmes en situation de précarité, pour qui l'accès à l'information, à la prévention et aux soins est déjà faible et l'exposition aux violences élevées (voir figure 5). En Suède, les femmes issues de l'immigration sont ainsi considérées comme un groupe particulièrement à risque (voir 1.3.2).

Figure 5 : conséquences du Covid-19 sur les SDRS. Source : plaidoyer de Médecins du Monde



En avril 2020, l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) a réalisé une étude intitulée "Sexual and Reproductive Health and Rights during the COVID-19 pandemic" (Santé et droits sexuels et reproductifs durant la pandémie de Covid-19), faisant l'état des changements en matière de SDRS en Europe depuis l'arrivée de la pandémie.

Ainsi, l'IPPF souligne qu'en Europe, de nombreux services de santé sexuelle et reproductive ne sont plus disponibles en raison de la fermeture des services. Ainsi, sur les 18 organisations prestataires de services ayant répondu à l'enquête de l'IPPF, 17 (94%) ont signalé une diminution du nombre et de la fréquence des services et des activités de proximité depuis l'apparition du Covid-19. Par ailleurs, 78% des cliniques interrogées ont été fermées, et la peur des contaminations ou la baisse des revenus alloués à leur fonctionnement ont causé une baisse générale des visites. A titre d'exemple, l'IPPF montre que les centres de planning familial de Bruxelles ont connu une réduction des visites de l'ordre de 80%, ce qui peut conduire à terme à une augmentation des IST, de la demande d'avortements et des infections gynécologiques (IPPF, 2020). La pandémie actuelle peut également causer une baisse des dépistages du VIH et des IST, une baisse de la qualité des services de maternité et une baisse de santé des populations les plus marginalisées. Ainsi, en Norvège, les services spécialisés pour les travailleurs du sexe et les personnes séropositives ont été supprimés et on constate une baisse générale de la demandes de rendez-vous (IPPF, 2020).

Toujours selon l'IPPF, la Suède connaît depuis mars 2020 des difficultés au sein de ses services de SDRS alors que ces derniers ont été classés comme essentiels par le gouvernement. En particulier, le pays assiste à un manque de personnel important, problème qui existait déjà avant le début de la pandémie et qui risque de s'accroître encore plus d'ici 2035 (Statistics Sweden, 2021), en raison du détachement d'une partie des professionnels de santé des soins en santé sexuelle et reproductive vers les soins liés au Covid-19.

Afin de faire face à ces risques en matière de SDRS, les organisations internationales ont publié des recommandations, suivant celles de l'OMS qui définit les « *services de santé reproductive* » comme l'un des sept services essentiels pour lesquels les gouvernements doivent élaborer des plans de continuité (OMS, 2020). Ainsi, Médecins du Monde recommande la mise en place du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU), qui rassemble les activités prioritaires en matière de santé sexuelle et reproductive devant permettre une continuité des soins. Ces dernières sont les soins périnataux et obstétricaux, les soins post-accouchement, les avortements, la contraception, les cliniques pour victimes de violences liées au genre, la prévention et le traitement du VIH et des IST.

De plus, MDM recommande d'inclure la planification familiale comme service essentiel durant la pandémie, ainsi que le maintien des approvisionnements en contraceptifs, d'adapter les politiques et prestations de services afin de garantir l'accès aux SDRS à la population tout en assurant la sécurité du personnel via la télésanté et la distribution de produits et service en dehors des établissements de santé, de mettre en place des campagnes médiatiques afin de communiquer sur les SDRS, ainsi que d'inclure la lutte contre les inégalités de genre et les violences basées sur le genre dans la mise en place d'actions de prévention et promotion en santé durant la pandémie (Médecins du Monde, 2020).

2.1.2 Un engagement suédois à l'international en matière de santé sexuelle affirmé durant la pandémie de Covid-19

La Suède a une longue tradition en matière d'action internationale en santé. Ses premières actions internationales en matière de santé sexuelle et reproductive ont été lancées à la suite des conférences internationales des Nations unies, et en particulier suite à la Conférence internationale des Nations unies sur la population et le développement du Caire en 1994, ainsi qu'à la Conférence mondiale des Nations unies sur les femmes de Pékin en 1995. Par ailleurs, en décembre 2003, cet engagement international en faveur des SDRS a été intégré à la législation suédoise à travers la loi

"Responsabilité partagée - la politique de la Suède pour le développement mondial" (PGD). De par cette loi, la Suède ancre ainsi son approche de promotion en santé de manière internationale, en ayant pour objectif un *"développement mondial équitable et durable"* (Ministère de la Santé, Suède, 2021).

Ainsi, la Suède fournit une aide importante à l'international et mène de nombreuses actions d'aide au développement, à travers son agence de développement international *Sveriges biståndsmyndighet* (SIDA). Par ailleurs, elle fait partie des dix premiers pays donateurs en termes de dépenses totales (SIDA, 2021). En matière de santé, la Suède est également le premier donateur par habitant pour le financement extrabudgétaire de l'OMS, et est le huitième donateur mondial du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (SIDA, 2021). La Suède participe par ailleurs à de nombreux programmes internationaux de promotion en SDRS, tels que le Programme commun de lutte contre la mutilation génitale féminine et l'excision de l'UNFPA et de l'UNICEF et le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle et infantile de l'UNFPA (UNFPA; 2021). Ainsi, par exemple, la Suède via SIDA et l'UNFPA forment des sages-femmes en Somalie, où il existe un fort taux de mutilations génitales féminines et de manque de soins maternels (SIDA, 2021).

Cet engagement international fait partie du *Sverigebilden*, c'est-à-dire la vision de la Suède dans le monde. Cette vision inclut l'aide au développement dans le domaine de la santé, mais également la recherche des solutions concernant les problèmes de santé mondiaux, dont la santé et les droits sexuels et reproductifs font partie. Par ailleurs, les suédois sont très favorables à cette politique d'aide au développement international, 96% de la population estimant *"qu'il est important d'aider les populations des pays en développement"* (SIDA, 2020).

Durant la crise sanitaire, la Suède a effectué de nombreuses actions humanitaires en faveur des pays les plus fortement touchés par la crise sanitaire, notamment en matière de droits et santé sexuelle et reproductive, au sein desquelles elle a investi 140 millions de couronnes suédoises (environ 14 millions d'euros) (Gouvernement, 2021). Un grand nombre de ces actions a été mis en place à travers le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) (voire figure 6), qui *"œuvre à la réalisation de l'objectif d'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, y compris à planification familiale"* (UNFPA, 2021). Par exemple, en Moldavie, la Suède a travers l'UNFPA aidé à lancer un tableau de bord en ligne, mis à jour en temps réel, montrant le nombre de cas ventilés par lieu, sexe, âge et état de grossesse. En Ouganda, afin de faire face à la pénurie de contraceptifs dont le pays fait

face depuis le début de la crise sanitaire, l'UNFPA et la Suède ont créé une application, nommée *SafeBoda*, permettant de commander des moyens de contraception tels que des préservatifs depuis chez soi et de se les faire livrer à sa porte (UNFPA, 2021).

Figure 6 : action de l'UNFPA et de la Suède en Moldavie durant la pandémie de Covid-19. Source : UNFPA



2.2 L'impact de la crise sanitaire sur la santé sexuelle et reproductive des suédois

En Suède, la pandémie de Covid-19, et en particulier les mesures de contrôle des contaminations ont modifié les pratiques des institutions locales et régionales œuvrant dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs (2.2.1). La baisse des actions de promotion en santé sexuelle semble alors avoir particulièrement affecté les populations les plus précaires (2.2.2).

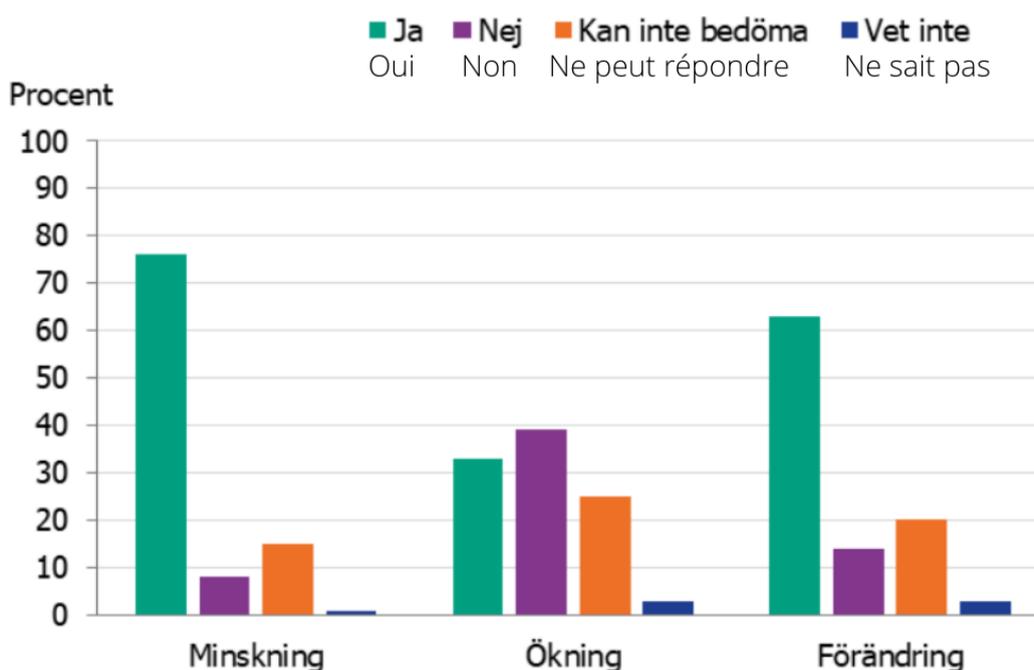
2.2.1 Des mesures d'éducation, de prévention et de promotion en santé sexuelle et reproductive bouleversées par la pandémie de Covid-19

En Suède, une grande partie du travail de santé publique est mené au niveau local et régional. Ainsi, la plupart des activités d'éducation, de prévention et de promotion en santé et droits sexuels et reproductifs avaient lieu dans les écoles, durant des événements ou encore au sein de locaux d'associations et des services sociaux municipaux. La pandémie de Covid-19, en obligeant le gouvernement suédois à mettre en place des mesures de lutte contre la contamination telles que la fermeture des locaux, l'annulation d'événements publics ou encore la fermeture des cliniques pour

jeunes, a contribué à bouleverser les programmes et actions en prévention, éducation et promotion en santé et droits sexuels et reproductifs.

Au sein de son rapport sur l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé publique en 2020 (voir partie 2.2.1), Socialstyrelsen a effectué une revue des activités de promotion en santé publique au sein des régions et municipalités suédoises, ainsi que de la part des associations. De manière générale, la population suédoise a dû faire face à une diminution des interventions en éducation, prévention et promotion en santé publique, dont celles concernant les SDSR (voir figure 7).

Figure 7 : Proportion de municipalités ayant signalé une diminution (Minskning), une augmentation (Ökning) ou un changement (Förändring) des actions de promotion en santé publique en 2020. Source : Socialstyrelsen



Ainsi, la majorité des régions suédoises ont été contraintes de diminuer leur offre d'actions en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment concernant les contrôles de grossesses et les conseils en matière de contraception, ainsi que l'offre de dépistage des IST, cancer de col de l'utérus et cancer du sein. De la même manière, plusieurs municipalités et régions suédoises ont dû suspendre leurs activités de promotion en santé à destination des nouveaux parents, notamment les rencontres entre femmes enceintes, afin d'éviter la propagation du virus. Selon RFSU, cela a pu avoir comme conséquence de créer de l'anxiété chez de nombreuses mères (RFSU, 2020).

Les municipalités et régions suédoises ont également dû réduire leurs efforts de promotion en santé à destination des groupes les plus vulnérables. En particulier, certaines initiatives ont été affectées

par un manque de ressources. Ainsi, la formation LGBTQI+ à destination du personnel de santé a été suspendue. Selon RFSU, les délais d'intervention à destination des personnes souhaitant pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG) ont augmenté, ce qui peut constituer un risque de grossesse non désirée pour les femmes suédoises (RFSU, 2021).

En raison de cette diminution des actions en matière de promotion en SDSR, RFSU a lancé un appel au gouvernement suédois, afin que ce dernier réalise une enquête sur les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs en Suède, et alloue plus de ressources afin de faire face aux conséquences de la pandémie sur ce sujet. En effet, selon RFSU (2021), “[même si] la Suède a récemment adopté une stratégie de SDSR, bon nombre des objectifs de la stratégie sont compromis à la suite de la pandémie”.

2.2.2 Une crise sanitaire touchant particulièrement les populations les plus vulnérables

En mai 2021, l'Agence suédoise de gouvernance de la santé et du social *Socialstyrelsen* a publié un rapport de 180 pages intitulé “Comment la santé publique a-t-elle été affectée par la pandémie de Covid-19 ?”. Au sein de ce rapport, *Socialstyrelsen* présente une évaluation globale des conséquences de la pandémie de Covid-19 et des mesures de contrôle des contaminations sur la santé publique suédoise, en se basant sur des recherches empiriques suédoises et internationales, ainsi que sur le témoignage d'associations suédoises oeuvrant pour la santé².

Le rapport de *Socialstyrelsen* montre que les groupes présentant un risque accru de mauvaise santé ont été particulièrement touchés durant la pandémie, notamment les femmes, les personnes LGBTQI+, ainsi que les personnes issues de l'immigration. Ce constat est également partagé par plusieurs rapports d'organisations internationales, et en particulier ceux de l'Unicef, de l'Organisation de Développement et de Coopération Économiques (OCDE), du *Center for Global Health Inequalities Research* (CHAIN), de la Banque mondiale et de *Save the Children*. En effet, les mesures de lutte contre la propagation des contaminations ont eu pour conséquence une augmentation du chômage et un accès restreint aux soins de santé, ainsi qu'une augmentation de la fracture numérique et de la xénophobie (Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin, 2020).

² Les organisations ayant participé à l'enquête de *Socialstyrelsen* sont les suivantes : Bris, Unizon, KSAN, FFFF, Stadsmission, Caritas, Attention, FUB, FARR, Klubben 1,6 million, Croix-Rouge, Verdandi, IOGT-NTO, Gambling Addiction Group, RSFL.

Tout d'abord, les associations *Unizon* (Association nationale des refuges pour femmes suédois), *Stadsmissionen* (Association de soutien des personnes précaires), RFSL (Association de soutien aux personnes LGBTQI+), *Bris* (Association de protection de l'enfance) et KSAN (Association de prévention contre les drogues et l'alcool), interrogées par *Socialstyrelsen*, mettent en évidence que les mesures de distanciation sociales, obligeant les familles et en particulier les femmes à rester à l'intérieur du foyer, ont pu conduire à une augmentation des violences conjugales en 2020. *Unizon* constate ainsi une augmentation des signalements de violences graves, à la fois physiques et sexuelles. Cependant, les associations ont dû faire face à des faits contradictoires en 2020 : s'attendant à une augmentation du nombre de femmes victimes de violences en foyers, elles n'ont cependant remarqué aucun changement en 2020 par rapport aux années précédentes. Cependant, selon *Unizon* et *Stadsmissionen*, les femmes victimes de violence peuvent avoir plus de difficulté à faire appel aux associations lorsqu'elles sont isolées avec leur agresseur. Par ailleurs, les appels en raison de violences ou de menaces de violence ont augmenté en Suède en 2020, selon la *Women's Peace Line*. Ainsi, en 2020, 128 appels par jour ont été recensés, contre 116 appels par jour en 2019.

Par ailleurs, les services de gynécologie ont été bouleversés par l'augmentation des patients atteints de Covid-19. Ainsi, l'Association suédoise de gynécologie a dénoncé la baisse du niveau des soins en gynécologie en 2020. La présidente de la Fédération suédoise des soins de santé suédois (*Vårdförbundets förbundsordförande*), Sineva Ribeiro, estime ainsi que les soins de santé à destination des femmes ont été laissés pour compte pendant la pandémie en raison de la relocalisation du personnel et que cela peut avoir un impact négatif sur la santé des femmes et des filles suédoises (Nilsson, 2021).

Toute personne qui ne respecte pas les normes et les attentes fondées sur l'identité de genre, l'expression de genre ou l'orientation sexuelle peut se retrouver dans l'exclusion et être exposée et stigmatisée. Ainsi, en Suède, 80% des personnes homosexuelles déclarent éviter de se tenir la main en public, et 5% des personnes LGBTQI+ déclarent subir de la discrimination au travail (Etude de l'Agence de l'Union Européenne pour les Droits Fondamentaux, 2020). Selon RFSL, interrogé par *Socialstyrelsen*, de nombreuses personnes issues de la communauté LGBTQI+ sont entrées en contact avec l'association afin de recevoir de l'aide. En particulier, il a été difficile pour certaines personnes d'entrer en contact avec les services de santé suédois en 2020, en raison des mesures de contrôle des contaminations (les centres de santé affichaient "*en cas de symptômes, restez chez vous*"). Selon RFSL, de nombreuses personnes ont ressenti un isolement et une solitude accrue en

2020, ainsi qu'une augmentation des problèmes d'anxiété en raison de la fermeture des lieux de rencontre, de soutien et de loisirs.

Les personnes issues de l'immigration, les demandeurs d'asile et les mineurs non accompagnés sont un groupe ayant une faible culture en santé sexuelle et reproductive. Ainsi, selon une étude de *Social and Reproductive Healthcare* datant de 2019, environ un tiers des femmes suédoises issues de l'immigration ont déclaré ne pas savoir où s'adresser pour obtenir des conseils en matière de contraception. Le manque de soutien social affectif et le fait de ne pas avoir eu d'enfants étaient associés à ce manque de connaissances. Une proportion encore plus élevée (56 %) ne savait pas où s'adresser pour passer un test de dépistage du VIH, ce qui était associé au fait de ne pas avoir participé à un examen de santé. Près de 25% ont déclaré que leur culture les empêchait d'utiliser la contraception (Åkerman, 2019). D'après *Socialstyrelsen*, ce groupe a également été particulièrement touché par les mesures liées à la pandémie de Covid-19 en 2020. Ainsi, il a été plus difficile d'entrer en contact avec les agences suédoises telles que l'Office suédois des migrations (*Migrationsverket*), le Service public suédois de l'emploi (*Arbetsförmedlingen*), l'Agence suédoise d'assurance sociale (*Skatteverket*) et les services sociaux. Par ailleurs, l'augmentation du délai de traitement des dossiers en raison de la baisse du personnel a pu être source de stress, notamment financier, pour ces personnes. Les associations suédoises ont témoigné d'une augmentation de la pauvreté de ces personnes, notamment pour les demandeurs d'asile sans permis de travail. Finalement, la numérisation a rendu plus difficile l'accès aux soins des personnes n'ayant pas un accès à Internet stable, notamment pour prendre un rendez-vous médical.

Ainsi, *Socialstyrelsen* constate au sein de son rapport que les inégalités de santé persistent en Suède, et ont été exacerbées durant la pandémie. L'Agence constate alors la nécessité de renforcer et de prioriser la promotion et la prévention en santé afin de maintenir une bonne santé publique et de réduire les inégalités (Folkhälsomyndigheten, 2020).

2.3 Quelle promotion et éducation en SDR mise en place par le gouvernement suédois durant la crise sanitaire ?

Dès le début de la pandémie de Covid-19, le gouvernement social-démocrate suédois, se présentant comme le premier gouvernement féministe au monde, a annoncé sa volonté de poursuivre, voire de renforcer, ses actions en matière de SDR durant la crise sanitaire (2.3.1). Cependant, la pandémie de Covid-19 peut engendrer des effets à long terme sur la santé sexuelle et reproductive des suédois, qui nécessite, selon certaines organisations, des mesures gouvernementales plus poussées (2.3.2).

2.3.1 La volonté du gouvernement suédois féministe de promouvoir les SDR en temps de crise

Dès le début de la crise sanitaire, le gouvernement suédois, mené par le social-démocrate Stefan Löfven, a inscrit la santé et les droits sexuels et reproductifs comme essentiels durant la pandémie.

En 2020, la Suède a mis en place un plan de lutte contre les violences faites aux femmes et aux jeunes en situation de vulnérabilité, en confiant des missions à différents organismes publics suédois, tels que l'Agence pour l'éducation (*Skolverket*), l'Agence de gouvernance de la santé et du social (*Socialstyrelsen*) ou encore le Centre national de connaissances sur la violence à l'encontre des enfants (*Barnafrid*). Ces missions ont pour but de répondre aux besoins de soutien de ces populations durant et après la crise sanitaire, qui touche particulièrement les populations les plus fragiles (voir partie 2.2.1). Ainsi, les différentes agences gouvernementales sont chargées, depuis le début de la pandémie de Covid-19, de développer et diffuser des connaissances sur la violence liée à l'honneur, de mettre en place des actions de prévention de la violence auprès des garçons (en particulier concernant les normes de masculinité dangereuses), d'effectuer un travail d'éducation au sein des services de santé et des services sociaux concernant la violence des hommes envers les femmes et la violence liée à l'honneur, ainsi que de financer le fonctionnement de la ligne d'assistance téléphonique *Choose to Stop (Välj att sluta)* destinée aux personnes voulant arrêter leurs comportements violents auprès d'un membre de leur famille.

Finalement, en 2021, des critiques de la part des associations et médias sur l'inaction du gouvernement après l'assassinat de trois femmes par leur compagnon ou ex-compagnon en moins de trois mois ont conduit la Suède à allouer un budget de 240 millions de couronnes suédoises (environ 24 millions d'euros) aux efforts de lutte contre la violence faite aux femmes et les crimes d'honneur. Fut également accordé 130 millions de couronnes suédoises (environ 13 millions d'euros) aux

municipalités et régions suédoises afin de soutenir les actions de ces dernières. Ce budget permettra notamment à Barnafriid de mener des actions éducatives concernant la violence liée à l'honneur et contre les mariages d'enfants et mariages forcés, ainsi que contre les mutilations génitales féminines. Sera également renforcée la prévention en SDSR pour les travailleuses du sexe, les jeunes, les personnes nouvellement arrivées en Suède et les demandeurs d'asile, ainsi que la lutte contre le trafic d'être humain. Finalement, le gouvernement suédois a mis en place des subventions publiques à destination des centres d'accueil pour femmes et jeunes filles, des organisations nationales luttant contre la violence à l'égard des femmes et des enfants, ainsi qu'à destination des personnes LGBTQI+ victimes de violences (Gouvernement, Suède, 2021).

2.3.2 Des potentiels effets à long terme de la crise sanitaire sur la santé sexuelle des suédois nécessitant des politiques adaptées

Malgré les mesures mises en place par le gouvernement suédois afin de maintenir la santé et les droits sexuels et reproductifs de sa population durant la pandémie de Covid-19, les crises sanitaires précédentes ont montré que les SDSR des Suédois pourraient être affectés sur le long terme. Ainsi, le Centre d'épidémiologie et de médecine communautaire de Stockholm (*Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin*) a réalisé en mai 2020 une prévision des effets possibles de la pandémie de Covid-19 sur les SDSR en Suède.

Selon le Centre, la pandémie de Covid-19 pourrait tout d'abord conduire à une baisse des naissances. En effet, durant les périodes de crise, la natalité a tendance à diminuer. L'augmentation du chômage ayant eu lieu en Suède dès 2020, entraînant une augmentation des troubles financiers, pourrait amener davantage de personnes à renoncer à avoir des enfants.

Les dépistages des maladies pourraient également baisser, ce qui conduirait à terme à une augmentation du nombre de maladies pouvant être prévenues. En effet, de nombreux frottis gynécologiques, qui représentent une partie importante du travail de prévention en santé sexuelle, ont été annulés en raison de la pandémie de Covid-19. Par exemple, dans la région de Stockholm, la totalité des frottis ont été annulés à partir du 16 mars 2020. Sachant que le risque de développer un cancer du col de l'utérus est réduit d'environ 90 pour cent pour les femmes réalisant régulièrement des frottis, l'arrêt de ces derniers peut conduire à terme à une augmentation de ces cancers (Monsonogo, 2006).

A la fin des mesures d'isolement et de distanciation sociales mises en place afin de lutter contre la pandémie, davantage de personnes exposées à la violence au sein de leur foyer seront en mesure de

demander de l'aide. En conséquence, la Suède pourra faire face à une importante demande d'assistance sur les lignes de téléphones spécialisées, au sein des refuges pour femmes et des centres pour personnes victimes de violences. Par ailleurs, des études réalisées au sein d'autres pays montrent que les besoins au sein des refuges pour femmes ont augmenté depuis le début de la pandémie.

De manière générale, la baisse des actions de prévention en matière de SDRS pourra entraîner une baisse de la santé sexuelle et reproductive des suédois, ainsi qu'une augmentation des inégalités. En effet, comme vu précédemment, les mesures de prévention et de promotion en santé ont été modifiées ou annulées (voir partie 2.2.2), dont, par exemple, des formations, des réunions d'information ou des groupes de soutien. Certaines réunions physiques ont pu être remplacées par des activités numériques. Cependant, la numérisation des soins peut conduire à une exclusion de certains groupes fragiles. Ainsi, les personnes sans titre de séjour, n'ayant pas de numéro de sécurité sociale suédois, peuvent rencontrer des difficultés à se connecter aux plateformes de soins numériques, qui nécessitent parfois une identification via son numéro de sécurité sociale. De la même manière, les outils numériques peuvent conduire à une augmentation des barrières linguistiques, en empêchant l'accès à un interprète. À terme, ces difficultés peuvent conduire à une augmentation des inégalités en matière de SDRS.

Afin de lutter contre ces effets à long terme de la pandémie sur les SDRS, le Centre d'épidémiologie et de médecine communautaire de Stockholm a produit une série de conseils à destination des municipalités et régions suédoises. Ces conseils concernent principalement le passage au numérique, qui représente à la fois une opportunité pour les personnes isolées, mais également une limite pour les groupes fragiles n'ayant pas accès à Internet, ainsi que le renforcement des actions de prévention et de soutien à destination des groupes vulnérables tels que les personnes LGBTQI+, les femmes exposées à la violence et les travailleuses du sexe. Ces recommandations sont également défendues par l'Association suédoise pour l'éducation sexuelle RFSU, ainsi que l'Association suédoise pour les personnes LGBTQI+, qui insistent sur l'importance de toucher les jeunes suédois.

Troisième partie : les cliniques pour jeunes, un service en santé sexuelle à destination de la jeunesse suédoise mis au défi de la crise sanitaire

Finalement sera mis en avant au sein de cette dernière partie une particularité suédoise en matière de promotion, prévention et éducation en SDR en Suède. Ainsi, après une présentation historique des cliniques et de leur fonctionnement actuel (3.1), sera développé l'impact de la pandémie sur le fonctionnement des cliniques pour jeunes (3.2). Finalement, dans une dernière partie, il conviendra de s'intéresser aux perspectives futures des cliniques pour jeunes, au vu des enjeux soulevés par la pandémie de Covid-19 (3.3).

3.1 Les cliniques pour jeunes : une particularité suédoise agissant pour une meilleure santé sexuelle et reproductive des jeunes

Afin d'appréhender la place des cliniques pour jeunes au sein du système de santé et de soins suédois, il convient tout d'abord de se pencher sur la naissance et le développement de ces dernières, qui représentent une réponse aux enjeux d'éducation et de prévention à la santé sexuelle auprès des jeunes suédois (3.1.1). Aujourd'hui, les cliniques pour jeunes sont au cœur des politiques de promotion en santé sexuelle à destination des jeunes et travaillent dans une perspective salutogénique (3.2.2).

3.1.1 Un développement des cliniques pour jeunes répondant aux enjeux de la société suédoise

Les cliniques pour jeunes, appelées *ungdomsmottagningar*, sont nées en Suède dans les années 1970. Ayant pour but de permettre aux jeunes suédois de recevoir une éducation sexuelle en plus de celle dispensée dans les écoles, elles sont fondées sur la collaboration entre les soins de maternité et les services sociaux. Ainsi, l'objectif initial de ces cliniques était la prévention des grossesses non désirées et la prévention en santé sexuelle et reproductive, particulièrement à destination des filles et des femmes (Ville de Stockholm, 2021).

Par ailleurs, en Suède, le terme de "clinique" ne renvoie pas à une institution d'ordre privée, mais bien à une maison de santé publique financée par la région, au sein de laquelle les soins et conseils à l'égard des jeunes sont dispensés de façon totalement gratuite. Les prestations dispensées au sein des cliniques sont les suivantes : conseils en matière de contraception et sur la sexualité et le corps,

tests de grossesses, tests pour les IST, dispense de la “pilule du lendemain”, dispense de préservatifs, rendez-vous avec des professionnels concernant des problèmes tels que la dépression, le stress, les relations interpersonnelles, etc. (Ville de Stockholm, 2021).

La sexualité est considérée comme particulièrement importante durant l’adolescence. En effet, en ayant un impact sur le développement identitaire et sociale des jeunes, elle affecte également leur santé sexuelle tout au long de leur vie. De manière générale, les jeunes ont plus de partenaires sexuels que le reste de la population et ont une sexualité comportant plus de risques (IST, grossesses non désirées, harcèlement) (UNESCO, 2020).

La première clinique pour jeunes a ouvert en 1970 dans la commune de Borlänge, située dans le centre-ouest de la Suède, grâce à la réunion de sage-femmes, médecins et autres professionnels de la santé et du secteur social militant pour une meilleure éducation et prévention à la santé et reproductive des jeunes. La clinique était ouverte un soir par semaine et était composée de deux médecins, d’une infirmière scolaire, d’un conseiller, d’un psychologue, d’une sage-femme et d’un gynécologue. Selon Gustaf Högberg, pédiatre et investigateur de la clinique de Borlänge, la création de la clinique faisait suite à son expérience au sein de son cabinet de pédiatre, comme il l’explique dans un entretien donné au quotidien suédois *Dagens Nyheter* le 11 février 1990 :

« Ce n’était pas seulement les parents avec de jeunes enfants qui venaient me voir. Il y avait aussi beaucoup de jeunes. De plus, on assistait dans les années 60 et 70 à une libération sexuelle, ce qui conduisit les jeunes à avoir beaucoup de liberté à bien des égards, mais sans recevoir aucune aide pour faire face à cette nouvelle liberté. Ils avaient des difficultés. De plus, il est vrai que ce qui a été caché durant l’enfance est souvent découvert pendant la puberté. » (Höjeberg, cité en 2018).

Malgré la motivation des professionnels de santé à développer les cliniques pour jeunes, un premier rapport de l’Agence nationale de gouvernance de la santé et du social (*Socialstyrelsen*) n’apparaît pas comme positif. Il est effet avancé que les cliniques pour jeunes n’auraient une influence suffisante sur le santé des jeunes, et qu’elles pourraient priver de ressources financières d’autres actions ou établissements de santé (Höjeberg, 2018).

Cependant, les avancées législatives rapides concernant les droits sexuels et reproductifs, associées à la libéralisation des mœurs, conduisent les cliniques pour jeunes à se développer dans toute la Suède. En 1972, les sages-femmes sont autorisées à prodiguer des conseils sur la contraception. Puis,

en 1975, la loi sur l'avortement gratuit entre en vigueur. La légalisation de l'avortement conduit de plus en plus de jeunes femmes à se rendre au sein de cliniques afin de se faire avorter. Est alors mise en évidence la nécessité de mettre en place des actions d'éducation, de prévention et de promotion en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes. De nombreuses cliniques ouvrent ainsi dans toute la Suède, sous l'impulsion de professionnels de santé et avec le soutien de l'Etat suédois et de ses Agences de santé publique, consciente de l'impact positif important de ces cliniques sur la santé de la population (Höjeberg, 2018).

Dans les années 1980, l'apparition du VIH et la transformation des IST en enjeu de santé publique conduisent les cliniques pour jeunes suédoises à intégrer des activités de dépistage de ces infections en leur sein, ainsi qu'à mettre en place des actions de prévention à destination des jeunes suédois. En raison de cette transformation, les jeunes hommes deviennent également un nouveau groupe-cible pour les cliniques (Ramakoloi, 2008). Dans cette perspective, une nouvelle activité, nommée "*Killmottagning*" (La clinique pour mecs) fut créée dans les années 1990. Cette dernière constituait en un accueil réservé aux jeunes hommes une fois par semaine avec la possibilité de rencontrer du personnel ayant des compétences en andrologie et sexologie (Gottlieb, 1998).

En 1989, les cliniques pour jeunes se rassemblent et créent l'Association des cliniques pour jeunes de Suède (*Föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar* - FSUM), sous l'impulsion de l'Association suédoise de gynécologie pour la planification familiale (FARG), ainsi que du réseau suédois des gynécologues et sages-femmes (TONARG). Les missions de la nouvelle association sont de favoriser le développement des connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes, d'appuyer le développement et soutenir les cliniques pour jeunes nouvellement ouvertes, de contribuer à la collecte et diffusion d'information sur les SDRS à destination des jeunes suédois, de faciliter l'échange d'expériences entre les cliniques et de contribuer à la formation continue des professionnels de santé en leur sein. C'est également avec la création de l'association que les cliniques pour jeunes adoptent une vision holistique des soins et de la santé sexuelle et reproductive des jeunes (Höjeberg, 2018). Ainsi, alors que les cliniques travaillaient auparavant à combattre les maladies et les grossesses non désirées, elles deviennent à partir de 1989 un lieu d'écoute, d'échanges et de conseil en santé physique, mais également psychologique.

Durant la période de récession économique des années 1990, les cliniques pour jeunes ont dû faire face à des menaces de fermeture, le gouvernement incitant les régions et municipalités suédoises à effectuer des coupes budgétaires importantes. Avec le soutien de l'Association des cliniques pour

jeunes suédoises, de nombreux professionnels travaillant au sein des cliniques décidèrent de s'organiser politiquement afin de militer contre la fermeture de ces dernières. En 1992, l'Association rédigea ainsi son premier programme politique, réaffirmant par ailleurs la vision holistique du rôle des cliniques pour jeunes. Finalement, en 2000, le gouvernement suédois met en place un Programme pour les cliniques pour jeunes suédoises (*Policy Program for Sweden's Youth Centers*), permettant un encadrement des cliniques au niveau national. De nouveaux professionnels de santé intègrent également les cliniques pour jeunes, tels que des vénérologues, sexologues et diététiciens (FSUM, 2018).

Le modèle des cliniques pour jeunes tel que développé en Suède a pu susciter un intérêt au niveau international. Ainsi, des pays d'Afrique, d'Europe et d'Asie ont pu effectuer des visites et ont reçu un soutien de la Suède (via la Croix-Rouge suédoise, l'Agence suédoise de développement international SIDA, ou encore l'institut Karolinska) à la mise en place de cliniques pour jeunes sur leur propre territoire (SIDA, 2018). Aujourd'hui, il existe 250 cliniques pour jeunes en Suède, dont l'efficacité en matière d'éducation, de prévention et de promotion en matière de SDR a été étudiée et démontrée (Thomé, 2016).

3.1.2 Aujourd'hui, des cliniques pour jeunes devant répondre aux besoins des jeunes en matière de sexualité dans une perspective salutogénique

Le fonctionnement des cliniques pour jeunes suédoises est encadré par l'Association suédoise des cliniques pour jeunes (FSUM). Ainsi, chaque clinique doit avoir un personnel de santé composé au minimum d'une sage-femme, d'un assistant social ou d'un psychologue et d'un médecin travaillant au moins 10 heures par semaine au sein de la clinique (FSUM, 2018). Si les professionnels de santé ne sont pas tenus de travailler exclusivement au sein des cliniques, ils doivent cependant avoir des heures de travail spécifiquement réservées à cette dernière et doivent être impliqués dans le développement des activités et actions de la clinique, et non seulement du personnel consulté en cas de besoin (FSUM, 2018). Par ailleurs, les cliniques peuvent être contactées en ligne, par téléphone ou en se rendant sur place. Un rendez-vous programmé doit être proposé lors du premier contact avec le centre, et chaque jeune doit pouvoir recevoir de l'aide immédiatement. Les visites aux centres de jeunesse sont toujours gratuites.

Aujourd'hui, la direction de la plupart des cliniques pour jeunes est publique. Ainsi, pour 43,6% des cliniques, la direction est effectuée par la région, contre 10,5% pour la commune, et 5,9% des cliniques ont une direction privée. Cependant, le financement des cliniques est toujours d'origine

publique, émanant soit des régions, soit des municipalités (SKR, 2021). L'Association des cliniques pour jeunes édite de manière régulière un registre contenant des informations sur chaque clinique contenant horaires d'ouverture, limite d'âge pour l'accueil des jeunes, équipe de direction, etc.

Comme mentionné précédemment, l'objectif principal des cliniques pour jeunes est de promouvoir la santé physique, mentale et sociale des jeunes de 12 à 25 ans, dans une vision holistique, afin que ces derniers puissent profiter d'une sexualité épanouie, tout en se protégeant contre les grossesses non désirées, les IST et le VIH (FSUM, 2018). Ainsi, dans un entretien réalisé dans le cadre d'une étude de l'université de Göteborg, une sage-femme évoluant au sein d'une clinique pour jeunes donne cette définition de son travail :

« Dans nos cliniques, nous visons à promouvoir la santé sexuelle auprès des jeunes. Nous nous intéressons également au renforcement de l'identité des adolescents en leur donnant une éducation en groupe ou en leur parlant individuellement. Enfin, nous nous intéressons à la promotion de la santé sexuelle entre les jeunes, hommes et femmes. » (Ramakoloi, 2008).

Par ailleurs, la collaboration entre les écoles et les cliniques pour jeunes est importante, et les connaissances et activités fournies par les deux institutions se complètent. Ainsi, chaque élève suédois, durant sa 8ème année (correspondant à la classe de 4ème en France), sera amené à visiter une clinique pour jeunes afin d'en comprendre le fonctionnement et recevoir des informations en matière de santé et droits sexuels et reproductifs. Durant cette visite, sont organisées des conversations de groupe sur le thème de la santé ayant pour but de promouvoir un mode de vie sain auprès des élèves et d'évoquer les déterminants sociaux de la santé (Ramakoloi, 2008).

Une part importante du travail effectué au sein des cliniques pour jeunes consiste en des sessions de conseil individuel à destination des jeunes. Ces sessions sont réalisées à la demande du jeune souhaitant recevoir des informations en lien avec la sexualité. Les thèmes abordés sont larges, de la contraception au renforcement de l'estime de soi. Le personnel des cliniques a un devoir de confidentialité, et doit fournir des informations dans une perspective anti-raciste et détachée des stéréotypes de genres, visant l'empowerement des jeunes femmes et l'importance de l'implication des jeunes hommes dans leur sexualité.

Finalement, la dernière mission principale des cliniques pour jeunes consiste à réaliser des campagnes de promotion en santé sexuelle et reproductive. En particulier, des campagnes

promouvant l'usage du préservatif sont effectuées chaque année au printemps, ainsi que des campagnes de prévention contre le VIH.

Ainsi, les cliniques pour jeunes, tout comme les cours d'éducation sexuelle dispensés au sein des écoles suédoises, ont ainsi un véritable rôle d'empowerment des jeunes, en leur fournissant informations, écoute et conseils afin de prendre des décisions éclairées. En partageant des connaissances et en éduquant sur l'estime de soi, les cliniques doivent permettre aux jeunes de développer leurs capacités de décision et d'autodétermination, afin d'avoir une sexualité sûre et choisie (Centerwall, 1996). Par ailleurs, comme souligné par l'Association des cliniques pour jeunes suédoises, les stratégies de promotion en santé sexuelle et reproductives développées au sein des cliniques pour jeunes sont toujours pensées dans une perspective salutogénique telle que pensé par le sociologue Aaron Antonovsky, à savoir se concentrant sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être physique, mental et social, plutôt que sur les origines des maladies (FSUM, 2018).

3.2 Non épargnées par la pandémie, des cliniques pour jeunes pouvant être améliorées afin de garantir une bonne santé sexuelle et reproductive de tous les jeunes suédois

Si la pandémie de Covid-19 a touché toute la population suédoise de manière plus ou moins importante, il convient cependant de noter que les jeunes ont été considérés comme particulièrement impactés par les mesures de lutte contre l'épidémie. La santé sexuelle et reproductive des jeunes suédois a pu ainsi être affectée depuis le début de la pandémie (3.2.1). De plus, les cliniques pour jeunes ont dû recourir à des changements de pratiques en 2020, ce qui a pu mettre à mal leurs actions en matière de promotion en santé sexuelle et reproductive (3.2.2).

3.2.1 La santé sexuelle et reproductive des jeunes suédois à l'épreuve du Covid-19

Comme le souligne l'ONU, la pandémie de Covid-19 a eu un impact considérable sur les jeunes. En effet, les mesures de restriction des déplacements, dont la fermeture des universités, clubs de sports et lieux de rencontre ont réduit les possibilités d'apprentissage et de socialisation. Cela a eu des conséquences non négligeables sur leur santé, physique et mentale. De plus, les jeunes ont beaucoup été considérés par l'opinion publique comme principaux transmetteurs du virus (appelés "*superspreaders*"), ce qui a pu contribuer à stigmatiser ces derniers (ONU, 2021).

Le 17 mars 2020, l'Agence suédoise de santé publique *Folkhälsomyndigheten* a publié des recommandations incitant les régions et municipalités suédoises à mettre en place l'enseignement à distance pour les étudiants de l'enseignement supérieur, les adultes fréquentant des cours délivrés par les municipalités (suédois langue étrangère, enseignement pour les adultes n'ayant pas fini l'école secondaire) et les étudiants en écoles ou universités. De nombreuses activités à destination des jeunes adultes, telles que les activités sportives ou les concerts, ont également été annulées ou limitées. Les recommandations de restriction des contacts sociaux ont également contribué à limiter la socialisation des jeunes Suédois. Finalement, la Suède a dû faire face à une augmentation des licenciements et du chômage des jeunes, en particulier pour les jeunes vacataires du tourisme, commerce et de la restauration (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Ainsi, selon le rapport de *Socialstyrelsen* nommé "Comment la pandémie de Covid-19 a influencé la santé publique suédoise ?", ce sont les jeunes de 16 à 29 ans qui ont été le plus touchés par la pandémie. Cependant, ce dernier rapport souligne également le fait qu'en 2020, aucune étude internationale n'a été réalisée sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents durant la pandémie de Covid-19. Ainsi, si *Socialstyrelsen* note une diminution des infections sexuellement transmissibles que sont la gonorrhée et la chlamydia, l'Agence met cependant en garde sur des conclusions hâtives, car il est difficile d'évaluer si la prévention de ces infections a été affectée. En outre, le 10 juin 2021, le Forum politique sur les connaissances comportementales et culturelles, organisé par l'ONU et réunissant les Etats-Membres, a permis de mettre en évidence le fait que les systèmes de santé ont eu des difficultés à répondre aux besoins des jeunes durant la pandémie.

Par ailleurs, RFSL fait également part des difficultés rencontrées par les jeunes membres de la communauté LGBTQI+ durant la pandémie de Covid-19. Ces derniers témoignent ainsi d'un mal-être et d'une anxiété accrue, notamment en raison de la solitude et de l'isolement causés par les mesures de lutte contre la propagation des contaminations. Les cours à distance contribuent à renforcer ce sentiment d'isolement, en particulier pour les jeunes LGBTQI+ habitant chez un ou plusieurs membres de leur famille qui ne les soutiennent pas. De plus, un isolement prolongé chez un membre de la famille homophobe ou transphobe peut entraîner un risque de violence envers le jeune LGBTQI+. Finalement, RFSL alerte sur le fait qu'en raison des recommandations de restriction des déplacements, il a été plus difficile pour certains jeunes de trouver un endroit sûr pour passer des appels vers des lignes d'écoute ou de soutien.

Finalement, l'association de sensibilisation *Sexexperter* (Les experts sexuels), qui s'adresse principalement aux personnes transgenres ainsi qu'aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, constate une augmentation des demandes de conseils sur l'anxiété et sur les relations sexuelles avec un partenaire temporaire. Les cliniques pour jeunes, qui ont pour mission de fournir ces conseils, n'ont cependant pas été épargnées par les mesures relatives à la pandémie de Covid-19.

3.2.2 Un impact marquant de la pandémie sur le travail d'éducation et de promotion en santé des cliniques pour jeunes

En raison des mesures sanitaires restrictives ayant été mises en place en 2020, de nombreuses cliniques pour jeunes ont été forcées de modifier leur mode de fonctionnement. Ainsi, si certaines cliniques ont modifié leurs horaires d'ouverture, avec par exemple une annulation des visites sans rendez-vous (UMO, 2021), d'autres ont dû fermer leurs portes au printemps 2020, en particulier dans la région de Stockholm, région la plus touchée par la pandémie de Covid-19. Dans certains cas, il a été mis en place des rendez-vous par téléphone et par visioconférence afin de garantir un certain accompagnement des jeunes.

Ainsi, selon le rapport de *Socialstyrelsen* sur l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé publique, la majorité des changements en matière de promotion en santé ont pu toucher les jeunes, à travers en autres les changements opérés au sein des cliniques pour jeunes. Plusieurs municipalités suédoises témoignent d'une baisse des efforts concernant la santé des jeunes, afin d'éviter la propagation des contaminations, mais également en raison d'une relocalisation du personnel de santé vers les soins liés au Covid-19. Afin de faire face à ces diminutions, les municipalités ont préféré s'orienter vers des solutions numériques. Pour cela, elles ont pu présenter des films sur l'éducation sexuelle à la place des visites des cliniques pour jeunes (Socialstyrelsen, 2021).

La fermeture des cliniques pour jeunes a pu avoir des conséquences sur le travail d'éducation et de promotion en santé pour les jeunes suédois. Ainsi, selon *1177 Vårdguiden*, l'équivalent suédois de l'Assurance Maladie, il a été enregistré à l'été et l'automne 2020 une augmentation de la commande par Internet de test de dépistage de la chlamydia à effectuer à domicile (1177 Vårdguiden, 2021). De la même manière, la région de Stockholm, qui distribue des préservatifs gratuits aux cliniques pour jeunes et aux écoles, a enregistré une baisse de 38% des commandes de préservatifs au cours de la période mars-septembre 2020 comparé à la même période l'année précédente (Région de Stockholm, 2020). Si l'augmentation des tests de dépistage en ligne peut être liée à la fermeture des cliniques pour jeunes, et donc à la nécessité des jeunes de se faire dépister par leurs propres

moyens, on peut également craindre une augmentation des comportements à risque des jeunes en lien avec une baisse du travail de prévention effectuée par les cliniques pour jeunes durant la pandémie de Covid-19. De la même manière, la baisse des commandes de préservatifs peut avoir un impact négatif sur la santé des jeunes, en particulier des jeunes précaires. En effet, la fermeture des cliniques peut empêcher les jeunes de se fournir en préservatifs de manière gratuite, ce qui peut conduire ces derniers à avoir des comportements à risque en matière de sexualité (Larsson et al., 2006).

Concernant le personnel travaillant au sein des cliniques pour jeunes, certains professionnels de santé ont vu leurs missions changer durant la pandémie de Covid-19 en raison de la fermeture des cliniques pour jeunes. Ainsi, un article de presse datant de novembre 2020 relate le fait qu'à Göteborg, deuxième ville du pays, exceptionnellement peu de sages-femmes continuaient de travailler au sein des cliniques pour jeunes. Au lieu de cela, elles étaient réquisitionnées par la région Västra Götaland afin de réaliser des missions de traçage des infections. Selon l'article, si cette mesure n'a pas modifié les capacités d'accueil des cliniques pour jeunes, les sages-femmes espèrent tout de même que cette mesure n'aura pas d'effets négatifs sur la santé des jeunes (Pettersson, 2020). En effet, réduire le nombre de sages-femmes travaillant au sein des cliniques pour jeunes peut mener à une baisse des capacités d'accueil de ces dernières, ainsi qu'à une qualité des soins moindre.

Finalement, au sein de la province d'Åland, la pandémie de Covid-19 a souligné les difficultés qu'ont les professionnels de la santé à effectuer des actions de prévention et de promotion en santé sexuelle et reproductive auprès des jeunes. Ainsi, dans une lettre à l'éditeur datée du 2 décembre 2020, un groupe de travail autour de la dépendance effectue un plaidoyer pour la création d'une clinique pour jeunes dans la région. Ainsi, selon le groupe de travail, *"après les six derniers mois touchés par le Covid-19, il est très difficile de créer et de maintenir des contacts avec des jeunes que nous ne pouvons pas rencontrer physiquement. Il est également difficile de créer une relation de confiance seulement par Internet ou par téléphone"* (ANDTS, 2020). Les cliniques pour jeunes ont ainsi une mission importante, renforcée depuis la pandémie. Elles doivent cependant faire face à de nouveaux défis afin de toucher les jeunes les plus vulnérables.

3.3 Perspectives futures et enjeux d'amélioration des cliniques pour jeunes au regard de la pandémie de Covid-19

Si la pandémie de Covid-19 a eu un impact négatif sur la santé publique suédoise, et notamment sur le fonctionnement des cliniques pour jeunes, elle a cependant permis de souligner la nécessité de développer les outils numériques à destination de la jeunesse suédoise (3.3.1). Finalement, la crise sanitaire a contribué à creuser les inégalités d'accès à l'information et aux soins des jeunes les plus vulnérables, ce qui représente désormais un enjeu important pour les cliniques pour jeunes suédoises (3.3.2).

3.3.1 Une pandémie mettant en avant la nécessité de développer la promotion en santé sexuelle et reproductive via les outils numériques

Malgré les difficultés causées par la pandémie de Covid-19 sur le fonctionnement et la continuité des activités des cliniques pour jeunes suédoises, les modifications des habitudes de travail du personnel des cliniques a permis de souligner l'importance d'une solution présente depuis 2008 en Suède : la prévention, éducation et promotion en santé sexuelle et reproductive par le biais d'Internet.

Selon Waldman et Amazon-Brown (2016), les plateformes en ligne d'éducation sexuelle attirent des millions d'utilisateurs, et ont donc une visibilité plus grande que les éducateurs en SDSR intervenant en face-à-face avec les jeunes (Waldman et Amazon-Brown 2016, cités par l'UNESCO). Cependant, en raison du manque d'études sur le nombre de personnes ayant reçu des informations ou une éducation à la santé sexuelle et reproductive, il est difficile de déterminer si l'éducation sexuelle en ligne permet un plus grand partage d'informations que les cours en face à face (Jolly et al., 2020). Malgré cette limite, il a été démontré que l'éducation sexuelle via les plateformes numériques permettent de toucher des populations lésées ou difficile à atteindre au sein des stratégies traditionnelles de promotion de la santé. Ainsi, selon Holstrom (2015) cité par l'UNESCO, *"les jeunes qui peuvent se sentir marginalisés dans leur ville d'origine peuvent trouver un espace sûr en ligne pour le partage d'informations"*.

En Suède, fut lancée en novembre 2008 la plateforme Internet UMO.se, réunissant des informations sur la santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes de 13 à 25 ans. La plateforme rassemble également les adresses, horaires d'ouverture et d'autres informations sur les cliniques pour jeunes de Suède. Ce site Internet a été créé à l'initiative de l'Association suédoise des cliniques pour jeunes, FSUM, avec le soutien et le financement du gouvernement suédois.

Selon l'Association suédoise des cliniques pour jeunes, le site Internet UMO.se doit contenir « *des textes de qualité sur la santé sexuelle et reproductive, les relations, les rôles de genre, le développement corporel, le stress, la santé mentale, des sujets liés au mode de vie et sur la violence des hommes à l'égard des femmes, y compris la violence liée à l'honneur et l'oppression et la violence dans les relations homosexuelles* ». Sur le site Internet, on retrouve plusieurs sortes de documents en lien avec les SDSR : des articles, films et diaporamas, mais également des podcasts durant lesquels des jeunes suédois partagent leurs expériences, ainsi que des témoignages écrits sur divers sujets.

Tout comme les cliniques pour jeunes, le site Internet doit permettre de fournir des informations fiables sur la sexualité et les relations interpersonnelles afin de permettre aux jeunes de développer l'estime de soi et l'assertivité, dans une perspective holistique et salutogénique. Le contenu du site Internet doit être dispensé en s'affranchissant des stéréotypes de genre (UMO, 2021).

Par ailleurs, a été créé en 2016 le site internet YOUMO.se, destiné aux jeunes récemment arrivés en Suède. Ce site fournit des informations en matière de santé sexuelle et reproductive de manière simple en arabe, dari, somali, tigrinya, suédois et anglais. La création de ce site constitue la réponse à un besoin d'informations en SDSR des jeunes nouveaux arrivants tels que définis par le rapport « *De quoi les jeunes nouveaux arrivants ont-ils besoin ?* » (*Vad behöver unga nyanlända?*) mandaté pour UMO.se par l'Organisation des Communes et Régions Suédoises (*Sveriges Kommuner och Regioner - SKR*).

Le site Internet UMO.se propose également des discussions par chat avec des professionnels de santé (sages-femmes, assistants sociaux ou autres membres du personnel des cliniques pour jeunes) de manière totalement anonyme et gratuite. Avec la fermeture ou la restriction des horaires d'ouverture des cliniques pour jeunes, ainsi que la fermeture ponctuelle des écoles, certaines cliniques pour jeunes se sont tournées vers les solutions numériques afin de maintenir leurs activités à distance, en association avec le site Internet UMO.se.

Durant la pandémie de Covid-19 en 2020, de nombreuses cliniques pour jeunes se sont ainsi tournées vers les solutions numériques, dont en particulier les discussions via chat et les rendez-vous par téléphone ou visio.

Ainsi, la région de Blekinge a mis en place en juillet 2020 une application, "*Digital Care Region Blekinge*", permettant aux habitants de la région de réaliser des rendez-vous médicaux par vidéo. Cette solution a notamment été adoptée par la clinique pour jeunes locale. Déjà testée en 2019, l'application avait été abandonnée rapidement. Cependant, la pandémie de Covid-19 a poussé la région à recommencer le processus afin de garantir des soins aux personnes isolées. Par conséquent, a été rapidement mis en place ce "*centre de santé numérique*" permettant d'accueillir des jeunes via Internet (Cederberg, 2020).

Ainsi, la pandémie de Covid-19 a mis en avant la nécessité pour les régions de développer leurs actions en matière de SDRS en ligne, à travers notamment le site Internet UMO.se, ainsi que la mise en place de rendez-vous médicaux en ligne de la part des cliniques pour jeunes. Cet enjeu a par ailleurs été soulevé par l'UNESCO et l'UNFPA lors du Symposium international "*Switched on: Sexuality education in the digital space*" (Branché : L'éducation sexuelle dans l'espace numérique) ayant eu lieu à Istanbul en février 2020, alors que le Covid-19 faisait son apparition sur la scène médiatique internationale (Jolly et al., 2020). En particulier, selon le rapport de l'UNESCO, il convient de concevoir les médias numériques de manière à atteindre les jeunes les plus exclus, tels que les personnes vivant en zone rurale, les personnes LGBTQI+ ainsi que celles en situation de handicap, alors que de nombreuses interventions se concentrent principalement sur les jeunes femmes. L'éducation en santé sexuelle et reproductive est donc en constant besoin d'amélioration. Dans le contexte de la pandémie actuelle, la Suède en particulier doit fournir des efforts afin de toucher ses populations les plus précaires, qui sont également celles ayant un risque important d'infection au virus.

En effet, le rapport de *Socialstyrelsen* montre que selon plusieurs associations suédoises, il a été plus difficile pour les jeunes, et notamment les jeunes issus de l'immigration dont les mineurs non accompagnés font partie ainsi que pour les jeunes LGBTQI+, d'entrer en contact avec les services sociaux et les services de santé. La Croix-Rouge suédoise souligne par ailleurs que déjà avant la pandémie, ces groupes avaient des difficultés plus importantes à entrer en contact avec ces services (barrière de la langue, peur, stigmatisation, etc.). Pour les associations interrogées par Socialstyrelsen, la numérisation des services de santé, dont les activités des cliniques pour jeunes, a pu contribuer à isoler ces jeunes en les privant de lieux de socialisation et en empêchant les conversations avec les professionnels de santé. De la même manière, la numérisation a contribué à renforcer la fracture numérique, beaucoup de jeunes en situation de migration n'ayant plus un accès au WiFi depuis la fermeture des lieux publics. Ainsi, ces personnes peuvent être empêchées

d'accéder à des actions de promotion en SDSR en raison de la numérisation des cliniques pour jeunes (Socialstyrelsen, 2021). Finalement, RFSU dénonce le fait que des régions suédoises ont effectué des remboursements de soins plus faibles lorsque les rendez-vous médicaux étaient effectués via une plateforme numérique. RFSU (2020) dénonce finalement la baisse de financement des cliniques pour jeunes durant la pandémie, en concluant par : *“la transition vers les réunions numériques ne doit pas être utilisée comme une excuse pour réduire le travail avec les SDSR”*.

3.3.2 Un enjeu suédois : comment toucher les jeunes les plus précaires ?

Finalement, le rapport de *Socialstyrelsen* montre les limites du système de santé suédois, de manière générale, mais en particulier concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs : ce sont toujours les populations les plus précaires qui sont touchées le plus fortement en cas de crise sanitaire. Un des principaux enjeux actuels des cliniques pour jeunes suédoises est ainsi de parvenir à mettre en place des actions de prévention, éducation et promotion en SDSR en période de crise sanitaire.

Dès 2014, le gouvernement suédois soulignait dans sa Stratégie en matière de santé et droits sexuels et reproductifs que les jeunes constituaient un groupe prioritaire devant faire l'objet d'efforts importants en matière de promotion en santé. Le gouvernement met également en évidence que les jeunes peuvent appartenir à plusieurs groupes fragiles (personnes en situation de migration, de précarité financière, en situation de handicap, LGBTQI+, etc.) et que l'exclusion sociale et institutionnelle dont sont victimes ces groupes peuvent conduire les individus à ne pas solliciter de soins ou de soutien, ni participer aux activités de promotion en santé (Socialstyrelsen, 2014).

De la même manière, l'enquête réalisée en 2016 pour la création du site Internet YOUMO.se montre que les jeunes nouvellement arrivés en Suède ont un grand besoin de connaissances de base sur le corps, la santé, le sexe, les relations, les droits, l'égalité des genres, la santé mentale, les codes sociaux et la possibilité d'obtenir de l'aide. La plateforme en ligne fut la solution adoptée afin de fournir ces connaissances, dans la mesure où les jeunes issus de l'immigration sont des utilisateurs de smartphones et ont accès à Internet (Rubulis, 2016).

Cependant, malgré la volonté du gouvernement suédois de promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive des jeunes en situation de précarité économique ou sociale, les associations et professionnels de la santé suédois dénoncent des difficultés rencontrées afin de toucher cette population particulièrement vulnérable, en particulier depuis le début de la pandémie de Covid-19.

Ainsi, selon RFSU, de nombreux jeunes immigrants arrivant en Suède ont des connaissances limitées, voire inexistantes, en matière de santé sexuelle et reproductive. Avant la pandémie, l'association mettait en place des cours d'éducation sexuelle à destination des jeunes demandeurs d'asile et des mineurs non accompagnés, notamment au sein des foyers collectifs. Cependant, les mesures de restrictions sanitaires mises en place en Suède durant l'année 2020 ont forcé l'association à mettre en pause ses activités d'éducation sexuelle (IPPF, 2020). De plus, comme souligné dans le rapport de Socialstyrelsen sur les effets de la pandémie sur la population suédoise, les jeunes issus de l'immigration récente, et en particulier les mineurs non accompagnés, sont particulièrement isolés depuis le début de la crise sanitaire, et n'ont pas forcément accès à Internet, qui offre la possibilité d'accéder à des informations en matière de santé sexuelle et reproductive (voir partie 3.3.1) (Socialstyrelsen, 2020). Ainsi, l'exclusion numérique a pu se trouver renforcée depuis la mise en place de mesures de lutte contre l'épidémie en Suède.

Par ailleurs, selon RFSU, de nombreux jeunes LGBTQI+ manquent de lieux de rencontre sûrs depuis la pandémie. Les cliniques pour jeunes, entre autres, pouvaient être un des seuls endroits au sein duquel les jeunes pouvaient se sentir en sécurité (Socialstyrelsen, 2021).

Selon une étude d'Alizadeh et. al, les jeunes femmes suédoises évoluant au sein de relations familiales marquées par la culture de l'honneur ont une propension plus grande à éviter de s'adresser aux cliniques pour jeunes que le reste des jeunes femmes, en raison d'une peur d'être découvertes au sein d'un lieu associé aux relations sexuelles et à la contraception. De la même manière, cette étude montre que les sages-femmes des cliniques pour jeunes n'étaient pas informées des démarches à suivre afin d'accueillir des jeunes femmes marquées par la culture de l'honneur dans les meilleures conditions possibles (Alizadeh et al., 2011). Durant la pandémie de Covid-19, la Suède a fait face à une augmentation des crimes d'honneur, définis par Rochelle L. Terman (2010) comme « *un meurtre commis dans le but de restaurer l'honneur, non pas d'une seule personne mais d'un groupe, [ce qui] présuppose l'approbation d'un auditoire prêt à récompenser le meurtre par l'honneur* », ainsi que des féminicides. Après un certain battage médiatique, cette problématique a été intégrée au gouvernement et a fait l'objet d'un plan d'action contre les crimes liés à l'honneur en Suède.

Ainsi, selon Dr. Camilla Starck, les institutions de santé suédoises ne sont pas adaptées aux personnes souffrant d'oppression liée à l'honneur, alors même que l'Agence nationale de gouvernance de la

santé et du social (Socialstyrelsen) ait publié des directives et que le Centre national de protection des femmes (*Nationellt Centrum För Kvinnofrid*) ait publié son manuel "Rencontrer des patients se préoccupant de l'honneur". Dr. Starck dénonce ainsi un manque de sensibilisation aux questions d'honneur des professionnels de santé, alors que la violence liée à l'honneur est très difficile à détecter et peut apparaître rapidement (Ruin, 2019).

Statistics Sweden montre également dans son rapport « Ne laissez personne de côté, tableau statistique de la mise en œuvre de l'Agenda 2030 en Suède, octobre 2020 » que les femmes et les enfants ont été davantage exposés à la violence et à la violence sexuelle au cours des mois de pandémie en Suède.

Finalement, RFSU dénonce le manque de moyens alloué aux cliniques pour jeunes afin de toucher les populations les plus fragiles durant la pandémie : *"[...] le gouvernement a fourni d'importants programmes de soutien à plusieurs secteurs. Mais tous les membres de la société n'ont pas les mêmes possibilités de demander à l'État d'agir. Chaque personne qui n'a pas pu se faire dépister pour une maladie sexuellement transmissible lorsque les centres de consultation sont fermés n'écrit pas un article d'opinion. Les femmes qui ont manqué des frottis, des mammographies ou qui n'ont pas bénéficié du soutien de leur partenaire pendant la grossesse et au cours de l'importante période postnatale ne font pas preuve d'un esprit de dépassement. Les jeunes qui n'ont pas pu obtenir de soutien et de conseils sur des questions importantes auprès de la clinique de la jeunesse ne sont pas non plus entendus dans le débat"* (RFSU, 2021).

Conclusion

En définitive, ce mémoire a pour objectif de dresser un premier bilan non exhaustif concernant l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les politiques suédoises de prévention, promotion et éducation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs en Suède en 2020. En effet, l'éducation sexuelle occupe une place centrale en Suède, ce pays étant le premier à avoir instauré un programme d'éducation sexuelle à destination des enseignants dans les années 1950 et promouvant aujourd'hui une éducation sexuelle pour tous, dans une vision holistique, anti-raciste et remettant en cause les normes de genre. La promotion en santé sexuelle et reproductive constitue par ailleurs une des priorités du gouvernement social-démocrate dirigé par Stefan Löfven, se présentant comme un gouvernement féministe. En effet, ce dernier a mis en place dès son arrivée en 2014 une Stratégie nationale de santé publique incluant les SDRS comme déterminants de santé avant de publier, en octobre 2020, sa Stratégie nationale en matière de santé et droits sexuels et reproductifs. Finalement, la société civile suédoise joue un grand rôle en matière de promotion en SDRS, en particulier à travers ses deux principales associations en la matière, RFSU et RFSL, fondées respectivement en 1933 et 1950. Cependant, au sein des grandes villes, des projets locaux se développent afin de promouvoir une santé sexuelle et reproductive à destination des personnes les plus fragiles. C'est l'objectif, entre autres, de *Doula och Kulturtolk*, qui forme des doulas issues de l'immigration afin d'accompagner des femmes enceintes nouvellement arrivées en Suède.

Ainsi, l'arrivée de la pandémie de Covid-19 en mars 2020 a entraîné des modifications importantes des politiques de santé publique suédoise, au niveau local et national, mais également au niveau international. En effet, la Suède mène de nombreuses actions de promotion en SDRS à l'étranger, à travers son agence de développement international SIDA, en particulier à destination des pays les plus pauvres. Les premières études nationales et internationales montrent que la pandémie de Covid-19 a contribué à exacerber les inégalités de genre et le manque de soins et actions en santé sexuelle et reproductive, en particulier à destination des filles et des femmes. L'appel des organisations internationales à mettre en place des actions afin de garantir les SDRS au sein des pays à faibles et moyens revenus a ainsi poussé le gouvernement suédois, à travers son agence SIDA, à renforcer ses actions de promotion en SDRS. Cependant, au sein d'un pays riche tel que la Suède, la crise sanitaire impacte également la santé et les droits sexuels et reproductifs de sa population. Les groupes les plus fragiles, tels que les jeunes, les personnes en situation de migration ou les personnes LGBTQI+, sont notamment particulièrement touchés par la pandémie et voient leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs baisser. De plus, les mesures de restriction mises en place afin de lutter contre la propagation des contaminations, ainsi que les transferts de budgets vers les unités

traitant avec le Covid-19 ont contribué à bouleverser les mesures de promotion, prévention et éducation en santé sexuelle et reproductives déployées par les municipalités, les régions, ainsi que par les associations suédoises. En conséquence, le gouvernement suédois a mis en place des actions et des financements afin de parvenir à maintenir les SDR de sa population en 2020. Cependant, certaines organisations regrettent un manque de moyens, en particulier afin d'aider les populations les plus précaires.

Finalement, la crise sanitaire a également affecté les actions de promotion en santé sexuelle et reproductive effectuées par les cliniques pour jeunes. Particularité suédoise née en 1970, les cliniques pour jeunes sont des locaux tenus entre autres par des médecins, sages-femmes et assistants sociaux ayant pour mission de promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive des jeunes âgés de 13 à 23 ans. Durant la pandémie, ces cliniques ont dû faire face à une baisse de personnel, de moyens et à une diminution voire un arrêt de leurs activités. Remplaçant certaines prestations telles que les rendez-vous par les outils numériques, les cliniques pour jeunes ont dû cependant faire face à un enjeu important : parvenir à atteindre les jeunes appartenant aux groupes les plus fragiles de la société.

En conclusion, la pandémie de Covid-19 a permis de souligner les enjeux auxquels la Suède doit faire face concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs. Pays leader en la matière, ayant une expérience historique en éducation sexuelle et oeuvrant pour une meilleure santé des pays à faibles et moyens revenus, elle doit cependant travailler à une meilleure inclusion de ses populations les plus fragiles au sein de ses politiques en matière de SDR, et en particulier les personnes en situation de migration et les jeunes appartenant aux groupes fragiles de la société suédoise. Si des actions à l'échelle locale se développent, telles que celle menée par l'association *Doula och Kulturtolk*, une véritable politique nationale à destination des groupes fragiles reste cependant nécessaire afin de parvenir aux objectifs gouvernementaux d'une santé "*juste et égalitaire*". Finalement, il conviendra de prendre en compte les effets à moyen et long terme de la pandémie sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des Suédois, qui ne seront observables que d'ici plusieurs années. Ces effets à long terme pourront soulever de nouveaux enjeux en matière de SDR pour la Suède, ses municipalités et régions, ainsi que pour son travail à l'international.

Bibliographie

Ouvrages

Lewin, B. F. M., Helmius, K., Lalos, G., & Ann Månsson, S. A. (2000). *Sex in Sweden-On the Swedish sexual life*. National Institute of Public Health.

Nezosi, G. (2016). *La protection sociale*. La Documentation française.

Nycop, C.-A., Sörlin, G., Swanberg, L., & Riksförbundet för sexuell upplysning (Sweden). (1973). *40 år med RFSU: Sexualupplysning i Sverige från 30-talet till idag. Preventivfrågan, abortfrågan, sexualundervisning i skolan, RFSU idag*. Textmaterialet insamlat och bearbetat av Carl-Adam Nycop, Lena Swanberg och Greta Sörlin. Stockholm: RFSU.

Articles scientifiques

Akhavan, Sharareh (2009) Utvärdering av projektet: Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar. Västra Götalandsregionen: Folkhälsokommittén

Alizadeh, V., Törnkvist, L., & Hylander, I. (2011). Counselling teenage girls on problems related to the 'protection of family honour' from the perspective of school nurses and counsellors. *Health & social care in the community*, 19(5), 476-484.

Areskoug-Josefsson, K., Schindele, A. C., Deogan, C., & Lindroth, M. (2019). Education for sexual and reproductive health and rights (SRHR): a mapping of SRHR-related content in higher education in health care, police, law and social work in Sweden. *Sex Education*, 19(6), 720-729.

Boethius, C. G. (1985). Sex education in Swedish schools: the facts and the fiction. *Family Planning Perspectives*, 17(6), 276-279.

Bonnin, F. & Palicot, A. (2001). L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé: Proposition du réseau des comités d'éducation pour la santé. *Santé Publique*, 13, 287-294. <https://doi.org/10.3917/spub.013.0287>

Edgardh, K. (2002). Adolescent sexual health in Sweden. *Sexually transmitted infections*, 78(5), 352-356.

Danielsson, M., Berglund, T., Forsberg, M., Larsson, M., Rogala, C., & Tydén, T. (2012). Sexual and reproductive health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 9. *Scandinavian journal of public health*, 40(9_suppl), 176-196.

Rehn, M., & Boström, D. (Eds.). (2013). 300 Years in the Service of Life. *Swedish Association of Midwives*.

Devieille, E. (2013). Représentations du genre et des sexualités dans les méthodes d'éducation à la sexualité élaborées en France et en Suède (Doctoral dissertation, Université de Caen).

- Gottlieb, C., Christiansen, I., Von Segebaden, C., & Wiksten-Almströmer, M. (1998). Lyckat försök med pojkmottagning. *Lakartidningen*, 3418-3419.
- Gröndahl, B. (2007). "SAC Syndikalisterna: Elise Ottesen-Jensen" (in Swedish). SAC.
- Jolly, S., Oosterhoff, P., Faith, B., Braeken, D., & Shephard, K. (2020). A Review of the Evidence: Sexuality Education for Young People in Digital Spaces.
- Ketting, E., Lenoir, M. A., Dortch, A., & Winkelmann, C. (2013). Sexual health: a public health challenge in Europe. *Sexual Health: a Public Health Challenge in Europe*, 171-174
- Kumashiro, K. (2002). *Troubling education: " Queer" activism and anti-Oppressive pedagogy. Routledge.*
- Langman, L. (2013). Occupy: A new social movement. *Current Sociology*, 61(4), 510-524
- Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R., & Tydén, T. (2006). Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(2), 124-131.
- Loeber, O., Reuter, S., Apter, D., van der Doef, S., Lazdane, G., & Pinter, B. (2010). Aspects of sexuality education in Europe—definitions, differences and developments. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(3), 169-176.
- Monsonogo, J. (2006). Prévention du cancer du col utérin: enjeux et perspectives de la vaccination antipapillomavirus (Cervical cancer prevention: the impact of HPV vaccination). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34, 189-201.
- Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., & Biddlecom, A. (2020). *Estimations de l'impact potentiel de la pandémie de COVID-19 sur la santé sexuelle et reproductive dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.* Guttmacher.
- Singhal, T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The indian journal of pediatrics*, 87(4), 281-286
- Svensson, P., Carlzén, K., & Agardh, A. (2017). Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Culture, health & sexuality*, 19(7), 752-766.
- Terman, R. L. (2010). To specify or single out: Should we use the term "honor killing"?. *Muslim World Journal of Human Rights*, 7(1).
- Tegnell, A. (2021). En Suède, les agences de sécurité sanitaire disposent de larges pouvoirs. *Revue française des affaires sociales*, (2), 125-132.
- Thomé, S., Malm, D., Christianson, M., Hurtig, A. K., Wiklund, M., Waenerlund, A. K., & Goicolea, I. (2016). Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services—a qualitative study

from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reproductive health*, 13(1), 1-13.

Vallée, L. & Delion, P. (2007). La culture professionnelle de l'action médico-sociale précoce: Un essai de cohabitation entre culture sanitaire et culture médico-sociale associative. *Contraste*, 27, 149-160. <https://doi.org/10.3917/cont.027.0149>

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health?. *Lancet*, 338(8774), 1059-1063.

Åkerman, E., Larsson, E. C., Essén, B., & Westerling, R. (2019). A missed opportunity? Lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 19, 64-70.

Etudes et rapports

Association des cliniques pour jeunes de Suède (2018). Directives nationales de la FSUM pour les cliniques pour jeunes de Suède.

Bjornberg, A. (2018). 2018 Euro Health Consumer Index. *PharmacoEconomics & Outcomes News*, 796, 31-10 : <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

Centerwall, E. (1996). " Love! You can really feel it, you know!": talking about sexuality and personal relationships in school: referencematerial from Sweden's National Agency for Education. Skolverket.

Folkhälsomyndigheten. (2017). Sexual and Reproductive Health and Rights in Sweden 2017 : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-sweden-2017/?pub=61789>

Gouvernement de Suède. (2006). Sweden International Policy on sexual and reproductive health and rights : <https://www.government.se/49b74f/contentassets/184b53554f8448a3a8ebde6fe41f3da1/swedens-international-policy-on-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

Höjeberg, P. (2010). og Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar [FSUM]. L'histoire de la FSUM : Les fanatiques des cliniques jeunesse : <http://fsum.nu/wp-content/uploads/2018/03/fsumhistoria.pdf>

Nations Unies (1994). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13.

Newsweek. (2021). Newsweek World's Best Hospitals : <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2021>

Organisation Mondiale de la Santé (2000).Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant.

Organisation mondiale de la Santé. (2017). Rapport de la première réunion du Sous-comité du Programme du Comité régional (No. EM/RC64/9). Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour la Méditerranée orientale.

<http://sangonet.com/FichActualInterAfric/ClassementOMS.html>

Politique internationale en matière de santé et de droits reproductifs, 2006

Ramakoloi, B. K. (2008). Sexuality Education in Sweden-A study based on research and young people's service providers in Gothenburg.

Rechel, B., & Devillé, W. (2010). Workshop: migration and health in the European Union.

(ODIS - Organisation for doulas and obstetricians in Scandinavia, 2009),

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality_en.pdf

Statistics Sweden (2020). « Lämna ingen bakom, statistisk tabell om genomförandet av Agenda 2030 i Sverige, oktober 2020 »

UMO (2016). Vad behöver unga nyanlända? En studie av ensamkommandes och andra unga nyanländas behov när det gäller frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och psykisk hälsa. Stockholm: UMO.

Articles de presse

Bérubé, N. (2021, 14 mars). COVID-19 | *La Suède, mouton noir de la pandémie*. La Presse. <https://www.lapresse.ca/international/europe/2021-03-14/covid-19/la-suede-mouton-noir-de-la-pandemie.php>

Cederberg, J. (2020, 10 juillet). *Pandemin skyndade på Blekinges digitala vård*. Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/07/pandemin-skyndade-pa-blekinges-digitala-varld/>

Nilsson, M. (2021, 20 mars). *Hårt tryck på kvinnosjukvården : "Påfrestande i längden"*. SVT Nyheter. https://www.svt.se/nyheter/inrikes/hart-tryck-pa-kvinnosjukvarden-under-pandemin-tvingas-prioritera?utm_medium=email&_hsmi=117142045&_hsenc=p2ANqtz-9cPJpIGWo_L6R3lhZSrYiETKvcugf7jjk8Jy_gSRziY2defW-bZiDWuGl4NCBPiO547kDwm0d45XxZ_XPK5tZJ5a5sJ1WVoQr94slnWdZ5zp2wDw&utm_content=117142045&utm_source=hs_email

Operativa samverkans och referensgruppen för ANDTS-arbete på Åland (2020, 20 décembre). *Det behövas en fysisk ungdomsmottagning*. Ålands tidningen. <https://www.alandstidningen.ax/opinion/insandare/behovas-fysisk-ungdomsmottagning>

Pettersson, M. (2020, 6 novembre). *Ungdomsmottagningarnas bidrag i kampen mot corona*. gp.se. <https://www.gp.se/nyheter/g%C3%B6teborg/ungdomsmottagningarnas-bidrag-i-kampen-mot-corona-1.36701556>

Ruin, P. (2019, 11 février). »Det räcker inte att några av oss åker runt och föreläser«. Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/02/det-racker-inte-att-nagra-av-oss-aker-runt-och-forelaser/>

Sitographie

Site Web de l'Agence Nationale de gouvernance de la santé et du social : <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/>

Site Web de l'Association Doula och Kulturtolk : doulakulturtolk.se

Site Web des Communes et Régions Suédoises (SKR) : <https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner.431.html>

Covid-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) : <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Site Web de l'ECDC : ecdc.com

Eurostat : eurostat.com

Médecins du Monde : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/sante-sexuelle-et-reproductive-ssr>

Site Web de l'Organisation des Nations Unies : <https://www.euro.who.int/en/countries/sweden>

RFSL : rfsl.se

RFSU : rfsu.se

Statistics Sweden : scb.se

UMO : umo.se

Ungdomsmottagningar : <https://www.ungdomsmottagningar.sll.se/om-oss/>

Site Web de 1177 Vårdguiden : 1177.se

Documents audiovisuels

Vidéo "Sex på Kartan". (2011). RFSU, via Youtube : <https://www.youtube.com/watch?v=EWVWxcMI4AI>

Note réflexive

1. Commandes et missions au cours du stage

Comme mentionné au cours de ce mémoire, le poste de stagiaire au sein du service des Affaires Sociales et de Santé (CAS) de l'Ambassade de France en Suède est bien défini. En effet, ce poste est occupé quasi en permanence par des étudiants, venant pour leur grande majorité d'Instituts d'Etudes Politiques. Le stagiaire a un rôle important au sein du service, ce dernier étant très petit (composé du Conseiller aux Affaires Sociales et de ses deux adjoint.es à Stockholm et Copenhague) et couvrant non seulement la Suède, mais également la Finlande, la Norvège et le Danemark.

Mes missions, en tant que stagiaire, étaient ainsi définies au préalable et étaient donc fortement encadrées. Tout d'abord, la rédaction des Chroniques Nordiques, mensuel de l'actualité des pays nordiques en matière de santé et d'affaires sociales, me prenait quelques heures par semaines. Afin de les rédiger, je devais feuilleter les revues de journalières ou hebdomadaires envoyées par les ambassades de Suède, Finlande et Norvège afin de repérer les brèves d'actualité concernant le service du CAS, reformuler ces dernières si nécessaire et les réunir au sein des chroniques. Cette mission, si elle peut sembler simple et quelque peu répétitive (et elle l'était parfois), m'a toutefois permis de suivre avec attention d'actualité en santé et affaires sociales des pays nordiques, mais également de l'Europe, la Suède étant, par exemple, fortement opposée à la mise en place d'un salaire minimum à l'échelle européenne.

Une part importante de mes journées à l'ambassade constituait à traiter des questionnaires envoyés par différentes institutions françaises. Ces questionnaires, se présentant sous la forme de questions à répondre concernant un thème particulier à traiter pour la Suède (les mineurs non accompagnés, le système de retraite ou encore les sages-femmes), représentent une des missions principales du CAS. Les questionnaires sont généralement demandés lorsqu'une agence française réalise une étude sur un sujet particulier et souhaite recevoir une perspective internationale. Beaucoup des questionnaires reçus sont ainsi également envoyés aux CAS d'autres pays européens, comme celui de Madrid, Berlin ou Londres (au sein duquel mon camarade de promotion Eliott Bohringer a par ailleurs réalisé son stage). La réalisation de ces questionnaires était particulièrement intéressante, car elle me permettait de "creuser" un sujet en profondeur, tout en sachant que le fruit de mes efforts serait lu par les personnes travaillant à Paris. Par ailleurs, j'ai eu l'occasion de recevoir plusieurs mails de

remerciements, ce qui fut réellement gratifiant. Travailler sur les conditions de travail des sages-femmes fut ainsi d'une grande utilité à la réalisation de mon mémoire.

Cependant, la réalisation des questionnaires ne fut pas toujours un travail facile. Tout d'abord, il m'a fallu affronter la barrière de la langue : même si je prenais des cours de suédois et que l'anglais est courant en scandinavie, de nombreux documents me permettant de répondre aux questionnaires (textes de loi, rapports gouvernementaux ou régionaux, plaidoyers d'associations) n'étaient disponibles qu'en suédois. La traduction de ces derniers effectuée par les traducteurs automatiques étant parfois quelque peu imprécise, je courais le risque d'un contresens. Ainsi, de nombreuses heures de mon stage étaient perdues à effectuer des traductions de documents. Il existe aujourd'hui de nombreux logiciels de traduction de documents plus fiables que ceux disponibles gratuitement en ligne, et je crois que le CAS gagnerait beaucoup de temps à offrir un de ces logiciels à ses stagiaires.

Un autre problème a pu se poser lors de la réalisation des questionnaires : la différence entre le système de santé français et suédois. En effet, plusieurs questionnaires demandaient d'effectuer une comparaison France-Suède, sans rendre compte de la différence entre les deux systèmes de santé. Dans ce cas, deux options s'offraient à moi : réaliser une comparaison très poussée, en reprenant les deux systèmes de santé et expliquant leurs différences, ou ne pas répondre à la question posée en arguant que la comparaison n'était pas possible en raison de la différence de systèmes.

Lors de mon stage, il m'a également été demandé de réaliser des notes sur des sujets suédois, norvégiens ou finlandais en rapport avec l'actualité sociale et sanitaire de ces pays. Ces notes, distribuées au sein des services de l'ambassade ainsi qu'à l'ambassadeur, sont composées de deux à trois pages résumant une actualité dans ses grandes lignes. Ce travail fut également intéressant à réaliser et, tout comme les questionnaires, m'ont permis de travailler des sujets d'actualité dans leur profondeur.

La dernière mission principale de mon stage consistait en l'organisation de visites officielles. Cependant, en raison du contexte sanitaire, je n'ai pu assister à aucune visite, même si j'ai eu l'occasion d'en préparer deux. L'organisation de ces visites requiert plusieurs compétences : la capacité à organiser un emploi du temps chargé, une bonne connaissance des agences, organisations non gouvernementales et associations suédoises, ainsi qu'une bonne capacité de communication. Cet exercice fut intéressant et m'a permis de me rendre compte que, contrairement aux administrations françaises, les agences suédoises sont très disponibles et répondent facilement

aux mails et appels. Cette facilité de communication est également renforcée par le travail de diplomatie effectué par le Conseiller aux Affaires Sociales, proche de nombreux membres des agences suédoises, dont Anders Tegnell, épidémiologiste d'Etat.

Finalement, en raison de la situation sanitaire, une nouvelle mission m'a été confiée : le suivi de l'épidémie de Covid-19, des mesures sanitaires prises par l'Agence de santé publique suédoise afin d'endiguer sa propagation, ainsi que le suivi de la vaccination contre le virus en Suède. Cette mission était réalisée en grande partie par Fanette Caudron, l'adjointe du CAS à Stockholm, mais il m'arrivait de la réaliser en cas d'absence de cette dernière ou de charge de travail importante. A travers ce travail, il m'a été permis d'observer une des limites du système français : le manque de communication entre les agences, et parfois même entre les membres de l'ambassade de France. En effet, il est arrivé à plusieurs reprises que des notes concernant la vaccination soient réalisées en double, par le CAS et le service économique, ou que des données soient demandées par un service français alors qu'un service voisin avait effectué la même demande quelques jours auparavant. Ces doublons ont pu causer, en plus d'une certaine frustration, une perte de temps considérable en cette période de crise sanitaire caractérisée par un besoin de rapidité et fluidité dans la communication d'informations. Il a été ainsi souvent discuté au sein du CAS la lourdeur du système administratif français, comparé à celui suédois, résultant à son inefficacité.

2. Travailler au sein d'une ambassade : la diplomatie, une compétence particulière

Les ambassades sont des lieux particuliers. Fenêtre française à l'étranger, elles doivent représenter ce pays et son excellence. Ses missions principales sont donc les relations internationales, et en particulier la diplomatie. Ainsi, le Conseiller aux Affaires Sociales passe de nombreuses heures à tisser des liens avec les membres du parlement suédois, les personnes travaillant au sein des agences nationales et régionales, les journalistes, les partenaires sociaux suédois, ainsi qu'avec les français de l'étranger travaillant dans le secteur de la santé. Ce travail requiert des capacités d'écoute, de compréhension, d'adaptation et une forte empathie et sociabilité, qu'il m'a été intéressant d'observer. Une forte culture générale, associée à un suivi documenté de l'actualité est nécessaire, afin de pouvoir prendre part aux discussions et changer de sujet sans difficultés.

Au sein de l'ambassade, le travail n'était pas sans frictions. Selon mon référent de stage, il y aurait en France trop de fonctionnaires au sein de l'administration centrale, conduisant à une situation où il y aurait *"trop peu de travail pour trop de personnes"*. J'ai pu partager, dans une certaine mesure, ce

postulat lorsque j'ai réalisé une note sur une mesure sanitaire norvégienne. Cette dernière fut envoyée à l'ambassade de France à Oslo, ce qui a valu au CAS un retour froid, l'ambassadeur de Norvège n'ayant pas apprécié que Stockholm ait réalisé un travail qui, selon lui, devait être effectué au sein de ses services. En conséquence, le CAS a été privé de revue de presse norvégienne durant plusieurs semaines. Après cette mésaventure, je me suis assurée de demander une relecture à chaque fois qu'une note traitait d'un autre pays de la Suède ou présentait un aspect économique.

3. Mise en perspective du stage au vu de la formation PPASP et apports personnels

Ce stage m'a permis d'utiliser des connaissances et compétences acquises durant mon année de Master 2, et fut également l'occasion d'en acquérir de nouvelles. Comme souligné par M. Trottmann, le fait de réaliser ce stage en étant en master en santé publique me permet de réaliser des notes et questionnaires plus problématisés que mes collègues stagiaires en licence, en y incluant des apports théoriques et des références aux positions françaises.

De ce fait, j'ai également reçu plus de travail à réaliser que d'autres stagiaires, mon référent de stage ayant une grande confiance en mes capacités de travail et mon autonomie. J'ai grandement apprécié cette confiance, étant par nature plutôt autonome dans mon travail. Cependant, j'aurais apprécié recevoir plus d'accompagnement à la réalisation de mon mémoire, notamment lors de mes demandes d'entretiens. Je pense en effet que plusieurs entretiens personnels avec des sages-femmes ou chercheurs m'ont été refusés par manque de temps, mais également car les personnes sollicitées ne me connaissaient pas. En ayant eu le soutien du Conseiller au Affaires Sociales, j'aurais peut-être eu une réponse positive.

Ce stage m'a permis de renforcer mes connaissances du système de santé suédois, de ses agences et de ses organisations non gouvernementales. Les contacts que j'ai pu avoir avec les acteurs de la santé publique suédoise, dont Anders Tegnell, furent particulièrement précieux, car ils m'ont permis de me constituer un premier réseau professionnel en Suède.

Finalement, ce mémoire pourra être utilisé par le service des Affaires Sociales et de Santé de l'ambassade de France en Suède afin d'en apprendre plus sur la promotion en santé sexuelle en Suède durant la pandémie de Covid-19.

GERVAIS	Clémence	31/08/2021
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Promotion et éducation à la santé sexuelle et reproductive en Suède en temps de crise sanitaire : quels enjeux ?		
Promotion 2020-2021		
<p>Résumé :</p> <p>Depuis mars 2020, la pandémie de Covid-19 a entraîné des modifications importantes des politiques de santé publique suédoises, au niveau local et national, mais également au niveau international. Les premières études scientifiques montrent en effet que la pandémie de Covid-19 a contribué à exacerber les inégalités de genre et le manque de soins et actions en santé sexuelle et reproductive. La Suède a alors entrepris des actions internationales de promotion en SDR. Des actions locales ont également été mises en place, en particulier envers les groupes les plus fragiles tels que les jeunes, les personnes en situation de migration ou les personnes LGBTQI+. Cependant, certaines organisations regrettent un manque de moyens, en particulier afin d'aider les populations les plus précaires. Ainsi, les cliniques pour jeunes, agissant pour la bonne santé sexuelle et reproductive des jeunes suédois, ont subi une baisse de personnel, de moyens, une diminution voire un arrêt de leurs activités. Remplaçant certaines prestations telles que les rendez-vous par les outils numériques, les cliniques pour jeunes ont dû cependant faire face à un enjeu important : parvenir à atteindre la population des 12-23 ans appartenant aux groupes les plus fragiles de la société.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Suède - Covid-19 - Santé et droits sexuels et reproductifs - pandémie - éducation en santé - prévention en santé - promotion en santé - crise sanitaire - clinique pour jeunes</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

