

La santé publique en transition

25

Mélanie Heard
Pistes (Paris)

Les huit pays nouveaux membres de l'Union européenne appartenaient, avant la chute du Mur de Berlin, au bloc soviétique, et leurs systèmes politiques et économiques étaient construits sur le modèle intégré de l'Union soviétique. Ces pays ont connu ces dernières années une transition vers le libéralisme aux plans économique et politique. Cette transition concernait aussi la santé publique : l'avènement d'un marché ouvert et l'accession à la propriété ont concerné aussi les dépenses de santé. Ces pays ont entrepris d'importantes réformes de leur système de santé tout au long des années 1990. Ils sont passés d'un monopole étatique, plus ou moins fidèle au modèle soviétique, à un système ouvert et pluraliste dans lequel l'approvisionnement financier de la santé est multiple, sur le modèle libéral.

Les critères d'adhésion à l'Union européenne concernent la stabilité de la démocratie et de l'Etat de droit, la protection des droits de l'homme et des minorités, la viabilité d'une économie de marché plus ou moins concurrentielle avec les marchés occidentaux, et la capacité à intégrer la zone euro. Chaque pays doit également se rendre apte à respecter l'Acquis communautaire, c'est-à-dire la législation européenne. La législation communautaire en matière de santé publique étant minimale,

puisque la santé publique demeure une prérogative nationale, il n'existe pas à notre connaissance de critères d'adhésion en matière de santé, hormis le respect des droits de l'homme et la protection des minorités.

Cause ou conséquence ? les disparités entre ouest et est de l'Europe en matière de santé sont importantes, et concernent aussi bien la situation sanitaire elle-même que l'allocation des ressources et la culture de santé publique.

Une moins bonne situation sanitaire

En dépit d'améliorations récentes, dans la plupart des huit nouveaux pays adhérents de l'Union européenne à l'Est, la situation sanitaire est moins bonne que dans l'ex Europe des 15. La situation sanitaire se détériorait avant même le début de la transition. Mais dans la majorité de ces pays, la situation sanitaire est affectée par les effets pervers de la transition sur le plan social (crise fiscale, inégalités sociales accrues, creusement de l'écart des revenus, augmentation du taux de dépendance et de la criminalité), la multiplication des facteurs de risque tels

que l'alcool, les drogues et la pollution environnementale et la prévalence croissante des maladies transmissibles.

Selon les indicateurs de santé statistiquement les plus fiables (espérance de vie et mortalité infantile), la plupart des pays adhérents sont encore loin derrière l'Europe de l'Ouest. La différence d'espérance de vie entre la plupart des pays adhérents et l'Europe de l'Ouest, qui était de 2-3 ans en moyenne dans les années 1970, était en 1999 de plus de 6 ans. Quant aux données relatives à l'indicateur de développement humain (IDH) – qui combine l'espérance de vie, le niveau d'études et le PIB corrigé, elles montraient en 1999 une fourchette allant de 0,913 à 0,704 pour les pays adhérents ; ces derniers s'échelonnaient entre les 23^e et 92^e rangs du classement mondial, alors que les IDH des pays de l'Europe des 15 se situaient entre 0,946 à 0,892, tous figurant dans les 33 premières places.

L'incidence élevée de certaines maladies chroniques semble liée à une prévalence plus grande de facteurs de risques tels que le tabagisme, les déséquilibres alimentaires, les habitudes de vie et la pollution de l'environnement. La situation démographique des pays adhérents est caractérisée par un accroissement très limité, et même parfois une baisse significative, de la population. Le taux d'avortement très élevé (2 à 3 fois celui de l'Europe de l'Ouest) est peut-être associé à d'importants problèmes sociaux, ainsi qu'à une planification familiale et une éducation sanitaire insuffisantes. La conséquence à long terme de cette situation démographique sera un vieillissement de la population, similaire à celui qui touche l'Europe de l'Ouest, mais décalé dans le temps.

Quelle réforme pour les systèmes de soins ?

Les réformes des soins de santé ont progressé dans les pays adhérents. Avant même la fin des années 1980, les systèmes de santé intégrés des pays adhérents avaient commencé à souffrir d'un manque d'investissements et d'un financement insuffisant pour les activités courantes. La transition générale vers la démocratie et une économie de marché a à son tour engendré des défis importants.

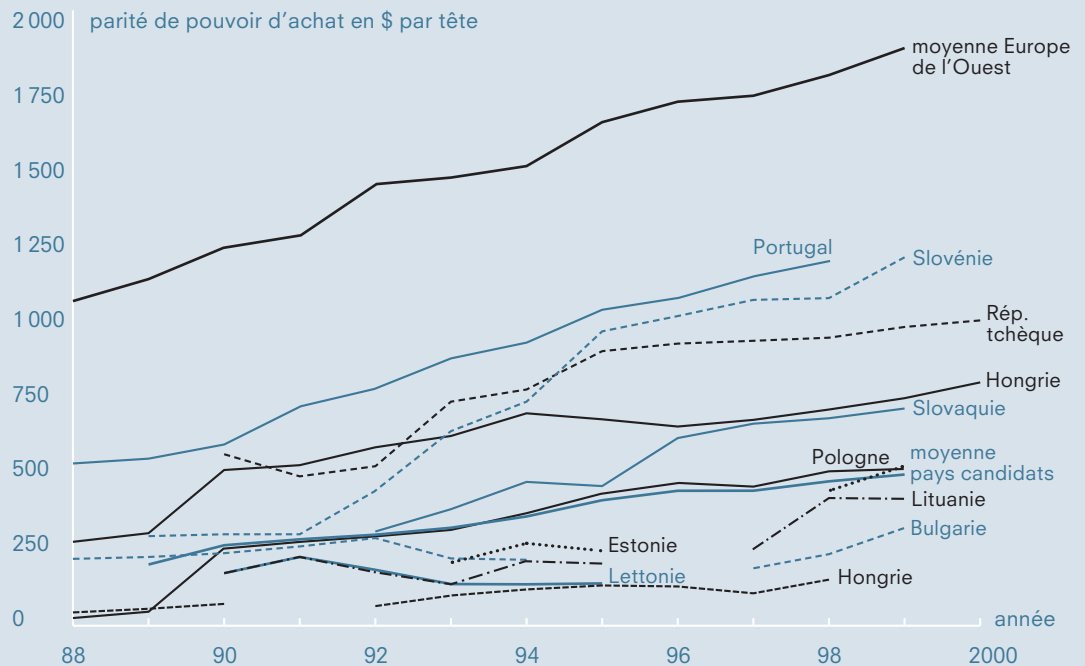
En 1999, la Commission européenne faisait part de son inquiétude : « *Certaines difficultés proviennent de la privatisation rapide, qui a radicalement transformé les systèmes existant auparavant. La plupart des pays adhérents se sont relevés de l'importante crise fiscale des débuts, mais bien que le PIB augmente de nouveau, la santé ne constitue pas une priorité lorsqu'il s'agit de répartir les ressources. Même si d'importants efforts sont accomplis en faveur de la réforme des soins de santé, les progrès sont retardés par des problèmes liés aux infrastructures vieillies et souvent mal entretenues, aux systèmes de gestion obsolètes et aux ressources limitées.* »

Paradoxalement, l'un des problèmes majeurs du système de santé de ces pays n'est autre que sa surcapacité héritée des structures intégrées. Le nombre de médecins travaillant dans le secteur de la santé est, dans pratiquement tous les pays adhérents, supérieur à celui de l'Europe de l'Ouest. Même si le nombre de lits d'hôpital et la durée moyenne d'hospitalisation ont diminué dans de nombreux pays, jusqu'à passer pour certains en dessous de la moyenne de l'Europe de l'Ouest, le problème n'a pas encore fait l'objet, selon Bruxelles, de mesures adéquates dans tous les pays adhérents. Les médecins, souvent mal payés et sous-employés, manquent en général de la motivation nécessaire. Ils sont souvent surspécialisés, possèdent une formation strictement clinique et manquent de connaissances plus larges relatives à la gestion de la santé, notamment en ce qui concerne la limitation des coûts dans les systèmes de santé modernes.

Des ressources limitées

Les ressources allouées à la santé et aux soins de santé sont limitées. En 2002, la part du PIB consacrée au secteur de la santé dans les pays adhérents était de 4,5 %, contre 8,5 % dans l'Europe de l'Ouest. Par ailleurs, la baisse du PIB et l'importance accordée à d'autres priorités au cours de la phase de transition compriment les dépenses en faveur de la santé. Les ressources proviennent de plus en plus de systèmes d'assurance sociale, basés sur les contributions salariales, cependant que l'Etat prend en charge les soins des jeunes, des personnes

Total des dépenses de santé



source : Bilan de l'état de santé des pays candidats, OMS, Union européenne, juillet 2002

1 - European Communities, WHO « Health status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to the european union » july 2002 http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/previous_programme/monitoring/monitoring_status_en.htm

2 - Commission européenne « Document de travail sur la santé et l'élargissement » juin 1999 http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/enlargement/enlarg_health01_fr.html

3 - Banque mondiale « Transition : the first ten years. Analysis and lessons for eastern Europe and the former Soviet Union » 2000

4 - McKee M, Mossialos E, Baeten R (eds) « Gateway to the european Union : health and EU enlargement » Eurohealth, 8(4), automne 2002 ; <http://euro.who.int/observatory/Publications>

âgées, et des groupes les plus vulnérables¹ (voir figure).

Or la mauvaise santé de la population constitue un fardeau accru pour le système de santé et limite la capacité d'un pays à produire des richesses. C'est un problème encore plus critique dans des périodes de transition économique et politique majeure, comme celle que continuent de traverser les nouveaux membres de l'Europe de l'Est.

Pourtant, il est évident que les questions de santé publique ont perdu de leur importance dans ces pays. Selon la Commission européenne en 1999, « les stratégies modernes de santé publique n'y sont pas développées, pas plus qu'il n'existe de concepts ni de structures adéquats capables de mieux répondre aux importants défis et menaces auxquels la santé doit faire face »². La Banque mondiale, dans son rapport d'analyse sur la transition économique à l'Est, qualifiait en 2000 les dépenses de santé des pays d'Europe centrale et orientale d'« inadéquates », au point de « saper des réalisations certaines du socialisme en santé publique ». Du point de vue de la transition économique, le problème identifié par la Banque mondiale est la rationalisation du système, soit la réallocation optimale des ressources existantes, et notamment d'un personnel soignant

en surnombre. Mais cela ne peut se faire sans que les gouvernements « décident réellement du système de santé qu'ils veulent »³.

Et la santé publique ?

La pratique de la santé publique était dans le passé socialiste réservée à la profession médicale. Les concepts modernes de santé publique, notamment la pluridisciplinarité, n'ont pas encore été totalement intégrés à l'élaboration de la politique sanitaire dans les pays adhérents.

Toujours selon la Commission européenne en 1999, « l'une des conséquences les plus négatives des anciens systèmes de soins de santé était qu'ils déresponsabilisaient les citoyens vis-à-vis de leur propre santé. L'absence d'associations de citoyens actifs, au niveau tant national que local, et d'une société civile autonome, était à la fois la cause et le symptôme d'une situation caractérisée par une attitude passive vis-à-vis des questions que l'Etat était censé prendre totalement en charge ». Les signes récents d'une émergence de la société civile, et en particulier l'apparition d'ONG dans les secteurs sanitaire et social, sont néanmoins reconnus aujourd'hui comme des signes encourageants⁴. S'agissant de l'épidémie de sida, la Commission précisait encore : « les pays adhérents ne

sont pas habitués à affronter les menaces modernes telles que le sida, la toxicomanie et à la nécessité de s'adapter rapidement à de nouveaux défis. L'attitude des citoyens, et des professionnels de la santé en particulier, vis-à-vis de ces patients n'est pas toujours adaptée. Il faut traiter ces problèmes sur le plan humain, social et éthique ».

D'autant que l'extension de l'épidémie constitue bel et bien une menace pour le développement humain dans ces pays. L'économiste Tony Barnett suggère que l'impact à venir de l'épidémie de VIH dans ces pays pourrait bien être comparable à celui que connaît le Botswana. « La prévalence dite "faible" dans ces pays est celle que nous observons en Afrique il y a 10 ou 20 ans. Tel est l'horizon dans lequel devraient réfléchir les chercheurs et les décideurs de ces pays, qu'ils soient instables ou bien sur le point d'intégrer l'Union européenne. (...) En outre, nous devons nous souvenir que nos connaissances sur l'épidémie dépendent des systèmes de surveillance de chaque pays. Les conditions pour une épidémie large et destructrice sont réunies dans toute la région, et aucun pays n'est immunisé. Ceci pourrait être une épidémie majeure, aux confins de l'Europe, et les acteurs politiques européens devraient s'y intéresser »⁵.

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

Gageons que cet apprentissage éthique de la santé publique sera promu grâce à la création, le 21 avril dernier, du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies⁶. Ce centre s'annonce en effet comme un atout majeur pour l'intégration des politiques de santé publique, et en particulier des politiques de lutte contre le sida. Sa mission est double, puisqu'elle concerne à la fois la surveillance épidémiologique, et l'expertise en matière de prévention et de contrôle des maladies humaines. L'intégration de la surveillance épidémiologique impliquera à court terme le renforcement de la coordination entre pays, et l'harmonisation des instances locales de surveillance. Mais le centre aura aussi pour mission d'assurer « l'échange d'informations, de

compétences et de meilleures pratiques, et de faciliter la définition et l'exécution d'actions communes ». Surtout, la création du centre, à la veille de l'adhésion des nouveaux membres, symbolise une volonté politique forte de la part de la Communauté européenne : « se fixer comme priorité de protéger et d'améliorer la santé humaine, en prévenant les maladies humaines, en particulier les maladies transmissibles, ainsi que de faire face aux menaces pouvant peser sur la santé afin d'assurer un niveau élevé de protection de la santé des citoyens européens ». Une première réponse de Bruxelles à la menace annoncée par Peter Piot à Dublin en février 2004 : « Il est urgent que les ministres européens élargissent et montent des programmes effectifs de prévention et de traitement du sida. Puisque l'Union européenne va devenir le plus grand marché au monde, avec plus de 500 millions d'habitants, il est dans son intérêt d'éviter que l'épidémie de sida ne vienne paralyser son développement économique et social » ? - **Mélanie Heard**

5 - Barnett T, « HIV/AIDS, Human Development and the Coming Epidemic in the Balkans, Baltic, Russian Federation, and the CIS », in Moatti JP (dir), *Economics of AIDS*, ANRS, 2003

6 - Règlement (CE) n°851/2004 du 21/04/2004 instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, *Journal officiel de l'Union européenne* 30/04/2004