

# Voyage en PECO

Béatrice Majnoni d'Intignano

Publié par le *Collège des économistes de la santé*, juin 2004.

Les systèmes de santé des pays d'Europe centrale et orientale (Pecos) vérifient les deux principales lois de l'économie de la santé. 1) Il n'est de système généreux et efficace qu'adossé à une économie performante. Avant 1940, avant les progrès décisifs des techniques médicales, les Pecos avaient des systèmes de Bismarck, inspirés par celui de l'Allemagne. Après 1945, l'URSS leur a imposé la logique de Semashko, plus tard adoptée par Beveridge, universelle, généreuse au plan du droit aux soins et financés par le budget public ou les grands combinats d'Etat. Système dual où les membres du Parti bénéficiaient de circuits privilégiés. Ces principes avaient généré des systèmes de santé peu efficaces et injustes en fait pour l'ensemble de la population. Les droits universels aux soins gratuits n'engendrant pas naturellement un bon état de santé. Quand l'environnement est pollué, si les techniques de production sont propices aux accidents du travail, quand les médecins sont salariés et les hôpitaux hypertrophiés mais sous-équipés, l'offre de soins inadaptée, quand en plus il n'y a pas d'argent, la santé reste médiocre. Le graphique 1 rappelle cette réalité fondamentale. La différence d'espérance de vie entre les habitants de l'Union européenne et ceux des Pecos, de 3 ans environ en 1970, n'a cessé de croître jusqu'en 1990, pour atteindre 7 à 10 ans selon les pays. Remarquer deux situations extrêmes. Celle de la Hongrie, où l'espérance de vie n'a connu aucun progrès entre 1970 et 1990 ; celle de la Slovaquie, déjà plus riche et plus proche de l'Ouest que l'ensemble, donc mieux lotie. Puis, avec la transition économique du communisme au libéralisme et le redéploiement du commerce extérieur du Comecon vers l'Union européenne, les progrès du niveau de vie et l'arrivée des nouvelles technologies ont été rapides et très vite l'espérance de vie a progressé. Une pareille rupture est saisissante. Au contraire des Russes, dont la transition a raté et dont l'espérance de vie a régressé de 5 ans durant les années 1990. Toutefois, l'exception hongroise demeure : ce pays relativement avancé et à la transition économique douce reste défavorisé pour sa santé. Aujourd'hui, les Hongrois vivent en moyenne 7 ans de moins que nous et les Hongroises 5 ans de moins ; les Polonais 4 ans de moins, et les Polonaises 2 ans de moins.

2) Deuxième loi : la dépense de santé par habitant dépend du PIB par tête. Les Pecos s'y sont rangés. Les points représentant leurs pays étant déjà sur la droite d'ajustement classique sur le graphique 2, plus bas que les Européens de l'Ouest, mais à peu près là où se trouvaient l'Espagne et le Portugal vers 1981 et 1986, lors de leur propre entrée dans l'Union. Ils monteront sur la ligne au fur et à mesure qu'ils s'enrichiront et pourront alors dépenser plus pour se soigner.

La dépense de santé en pourcentage du PIB a explosé après 1990, comme en témoigne le graphique 3, à cause de deux phénomènes de rattrapage : la soif des habitants d'accéder à une médecine moderne et à ses techniques ; la nécessité de réévaluer les revenus des médecins. Ces derniers étant considérés comme des « bourgeois » par les régimes communistes, étaient en effet pénalisés et rémunérés plutôt au niveau des ouvriers qu'à celui des cadres. D'où des déficits impossibles à financer, comme en Hongrie. Ces pays ont donc par la suite, dans un premier temps et avec un admirable réalisme, stabilisé le rapport dépenses de santé/PIB, telle la Pologne, voire l'ont réduit, telle la Hongrie. Il leur a fallu donner la priorité aux investissements productifs pour générer de la croissance et du niveau de vie. Mais, compte tenu de leur succès rapide en ces domaines, la dépense de santé par habitant augmente maintenant à un rythme soutenu : surtout médicaments et consultations de ville. Ces pays pourraient sauter une étape par rapport à nous et adopter d'emblée des pratiques de soins modernes moins hospitalières et donc plus ambulatoires et médicamenteuses.

En quoi leur état de santé diffère-t-il du nôtre ? Le communisme avait bien diffusé les techniques médicales simples des années 1950 à 1970 comme les vaccins et les antibiotiques. Il a buté sur les techniques sophistiquées des années ultérieures qui exigent soit des appareils et des médicaments modernes soit une organisation sociale complexe, telle la prévention cardiovasculaire. Les Pecos sont donc aussi performants que nous pour la mortalité infantile et les maladies infectieuses ou parasitaires, dans la continuité des progrès réalisés sous le communisme. Ils souffrent moins d'accidents de la route, mais le fléau les rattrape avec la diffusion brutale des voitures individuelles avant l'apprentissage de la prudence. Ils sont en revanche très en retard pour la mortalité cerebro-

vasculaire, coronaire, les cancers respiratoires, les accidents ischémiques, enfin les maladies digestives graves. Les graphiques 4 et 5 illustrent ces différences ; il confirment la position défavorable de la Hongrie, et le retard des Pays baltes. La Slovénie affichant partout des résultats proches de ceux de l'Union européenne.

L'écart d'espérance de vie par rapport à l'Ouest ne doit pas être imputé au seul système de santé puisqu'il est moins important pour les femmes qui bénéficient du même système de santé que les hommes dans chaque pays. La consommation d'alcool est pire en Tchéquie qu'en France, mais inférieure ailleurs. Ne disons plus : « saoul comme un Polonais » ! Le tabagisme s'y développe sous la pression des fabricants de cigarettes et des lobbies soi-disant promoteurs du « mode de vie capitaliste » et de la liberté individuelle. Ces épidémies industrielles se comparent à celles que nous avons connues dans les années 1960-70 et contre lesquelles nous luttons enfin, mais sont plus brutales à l'Est où les comportements à risque sont perçus comme liés au mode de vie capitaliste si longtemps désiré. Tout comme le cinéma d'Hollywood, avec son héros cigarette au bec ou au volant d'une voiture de sport, a illustré pour nous le mode de vie Américain dans les années 1960. Les lobbies de plus en plus tenus en échec et mal accueillis dans l'Union Européenne, fabricants de tabac ou de motos, se redéploient activement à l'Est depuis 1990. La surmortalité des hommes, en partie liée à une crise de la masculinité et à ses modes d'expression, est parfois effrayante. Drame lié au tabagisme, à l'alcoolisme, à la violence, aux suicides, surtout en Hongrie, qui souffre de toutes ces causes plus que les autres pays. Cette surmortalité masculine déforme la pyramide des âges, gonflée de femmes âgées. Leur situation sociale et sanitaire devrait inquiéter d'autant plus les autorités politiques que beaucoup d'entre elles seront « sans famille » l'âge venu puisque la fécondité a baissé jusqu'à 1,2 dans Pecos depuis 1990.

Nos nouveaux membres ont engagé des réformes de leurs systèmes de santé radicales quand à la philosophie, rapides, et hardies au plan politiques. Depuis 1990 ils ont séparé le financement de la santé du budget de l'Etat en créant des Fonds d'Assurance maladie financés par prélèvement sur les salaires et les entreprises plus une participation directe des intéressés et une dotation publique pour les pauvres. Ce faisant, certains ont cédé à la tentation de jeter le bébé avec l'eau du bain en diffusant un sentiment d'insécurité et d'inégalité. Ils rencontrent de nombreuses difficultés pour collecter les fonds auprès d'entreprises jeunes, souvent informelles, avec un chômage nouveau et un emploi instable ; d'où de forts déficits. Ils ont intelligemment fait leur marché avec l'aide de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé, et glané un peu partout à l'Ouest les mécanismes de régulation et de rémunération jugés performants. Ils ont rapidement privatisé les médecins de ville et les pharmacies. Du Nord de l'Europe, la Pologne, la Hongrie, la Tchéquie et deux Baltes ont retenu la régionalisation et parfois le rôle essentiel que peuvent jouer les municipalités dans la gestion de la médecine de proximité. Du Royaume-Uni et des HMO américains la Pologne, la Hongrie la Slovénie se sont inspirées pour implanter des médecins référents rémunérés par un mélange de capitation et de forfaits ou de paiements à l'acte incitatifs. Des conseils appuyés de l'OMS la Pologne et les Pays Baltes ont retenu de privilégier le développement des soins primaires. De l'Amérique, la Hongrie, la Slovénie et encore les Baltes tentent de transposer les normes de qualité des soins et l'accréditation des organisations. De l'Amérique encore la Hongrie et d'autres tentent de transposer le financement des hôpitaux par un forfait par pathologie. Et souvent on va vite. Avec modestie on revient parfois en arrière. Telle la Pologne qui, après une expérience malencontreuse de régionalisation en 1999, destinée à desserrer l'étau de la pression politique sur son système de santé, a très vite rétabli le pouvoir central après avoir constaté les effets néfastes de son abandon. Toutefois le bakchich perdure en bien des endroits. La Hongrie paraît la plus avancée et la plus hardie dans sa réforme : elle a créé des Organismes de gestion des soins passant contrat avec les généralistes pour le respect de bonnes pratiques médicales et transposé le principe anglais des mécanismes de marché dans les relations entre le payeur et les soignants.

Au fond, nos nouveaux membres se montrent parfois plus hardis que nous dans la réforme de leurs systèmes de santé. Leur entrée dans l'Union va nous pousser dans tous les domaines à nous projeter vers l'avenir et à innover. En ce sens, elle pourrait nous rajeunir.