



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-neuvième session**

Copenhague, 14-17 septembre 2009

Point 7 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC59/7
+EUR/RC59/Conf.Doc./2
24 juillet 2009
90419
ORIGINAL : ANGLAIS

**La santé en période de crise économique mondiale :
incidences pour la Région européenne de l'OMS**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui s'emploie constamment à recenser et à mettre en évidence les liens qui existent entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité, suit et évalue les effets de la crise économique et financière actuelle sur les systèmes de santé et la santé des populations de la Région européenne de l'OMS. Le présent document présente une synthèse et une mise à jour des travaux réalisés au cours de l'année écoulée et passe en revue la situation actuelle, afin de contribuer à définir les questions et les options qui devraient faire l'objet de discussions complémentaires lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe. Il se fonde également sur les résultats de la conférence de haut niveau sur le thème « La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS », organisée par le Bureau régional et le gouvernement norvégien, et tenue à Oslo les 1^{er} et 2 avril 2009. Le document de référence établi en vue de cette conférence, intitulé *Vue d'ensemble de la situation dans la Région européenne de l'OMS*, est joint en annexe, de même que des recommandations établies pour examen lors de cette conférence.

Fondamentalement, la thèse développée dans le présent document est qu'en temps de crise, les systèmes de santé peuvent et doivent continuer à fournir des soins essentiels à tous, en ajoutant de la valeur au capital humain et à la formation de valeur, et en se comportant en acteur économique avisé pour contribuer à la reprise globale. À cette fin, ce document présente les informations factuelles disponibles pour que le Comité régional puisse examiner les principales options de politique de santé qui sont présentées dans le projet de résolution joint.

Sommaire

page

Introduction.....	1
Une crise grave et pluridimensionnelle.....	2
Incidences constatées et potentielles de la crise sur la santé et les systèmes de santé	7
Surmonter des temps particulièrement difficiles.....	9
Bibliographie.....	20
Annexe 1. Vue d'ensemble de la situation dans la Région européenne de l'OMS	21
Annexe 2. Recommandations générales concernant les programmes anticrise	35

Introduction

1. Le monde est en proie à une grave crise économique et financière qu'il convient de gérer et de surmonter, et doit en outre faire face à d'importants problèmes démographiques (vieillesse, migrations), sociaux (inégalités croissantes entre les « nantis » et les « laissés pour compte ») et environnementaux (changements climatiques).

2. Les symptômes, l'ampleur et les effets de cette crise – qui est la récession économique la plus prononcée depuis la Seconde Guerre mondiale – varient considérablement d'une région et d'un pays à l'autre. Le ralentissement économique est particulièrement marqué dans les pays économiquement avancés, mais s'étend de plus en plus aux pays émergents fortement orientés vers l'exportation.

3. Grâce aux mesures prises par les gouvernements et les banques centrales, un effondrement financier systémique a pu être empêché. Cependant, malgré le soutien accru de l'État à l'activité économique (grâce à des programmes d'investissement et à des mesures visant à stimuler la consommation), l'économie mondiale reste léthargique et vulnérable à d'autres chocs. Dans de nombreux pays développés et pays à revenu élevé orientés vers l'exportation, le chômage a fortement augmenté. Pour ce qui est de l'avenir, les perspectives économiques restent incertaines et l'augmentation de la dette publique risque de peser de façon appréciable sur les finances publiques au cours des années à venir.

4. Dans ce contexte, le niveau de vie de millions de personnes et de familles de la Région européenne de l'OMS a déjà été affecté ou est gravement menacé, de même que les recettes des régimes d'assurance maladie et de protection sociale. Les effets de la crise sur la santé sont mal connus et il faudra un certain temps avant qu'ils se manifestent. Cependant, il est probable que la crise engendrera des changements tant positifs que négatifs des normes sociales, des modes de vie et de la propension à recourir aux soins, et augmentera de ce fait le manque d'équité en matière de santé. Il faut intensifier le suivi et l'analyse, et mieux surveiller ces changements, en portant tout particulièrement son attention sur les couches pauvres et vulnérables de la population européenne.

5. Pour surmonter la crise, il faudra déployer en temps voulu des efforts bien ciblés, échelonnés de façon appropriée et totalement coordonnés. Il est bien entendu nécessaire d'adopter de bonnes politiques macroéconomiques et budgétaires. Cependant, santé et prospérité vont de pair et il convient d'empêcher à tout prix l'érosion du capital humain, afin de prévenir une dégradation de la situation sociale et financière dans l'avenir. L'investissement dans la santé et les systèmes de santé est plus que jamais indispensable en période de crise et devrait constituer un élément essentiel de l'action menée par la société pour lutter contre la crise.

6. La Conférence d'Oslo¹, qui s'est tenue au début du mois d'avril 2009, a été l'une des réunions organisées ou soutenues par l'OMS dont l'objet était d'examiner les effets potentiels de la crise économique sur la santé et les systèmes de santé, et d'étudier des options d'action viables à court et à long terme. Elle s'est déroulée après une consultation de haut niveau sur les conséquences sanitaires de la crise financière, qui a eu lieu à Genève le 19 janvier 2009 et a permis de préparer les discussions relatives à la santé dans le contexte de la crise économique qui ont lieu au cours de la session actuelle du Comité régional. Les responsables de la santé présents à Oslo ont tous préconisé de protéger les budgets de santé, pour pouvoir faire face efficacement aux menaces qui pèsent sur la santé publique, élargir l'accès à des services sanitaires essentiels, réduire les inégalités de santé et améliorer les prestations et l'efficacité des systèmes de santé.

¹ La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS. Oslo (Norvège), 1^{er} et 2 avril 2009.

7. Le présent document constitue une synthèse et une mise à jour des travaux accomplis dans la Région européenne au cours de l'année écoulée, et passe rapidement en revue la situation afin de contribuer à définir les questions et les options à retenir en vue de discussions complémentaires lors de la session. Il doit être lu parallèlement à un autre document destiné à la Conférence d'Oslo et intitulé *Vue d'ensemble de la situation dans la Région européenne de l'OMS* (annexe 1).

8. Outre la présente introduction, ce document comprend trois parties : la première d'entre elles décrit la situation actuelle, tandis que la deuxième analyse les effets de la crise sur la santé et les systèmes de santé. En se fondant sur les recommandations de la Conférence d'Oslo, la dernière partie propose un certain nombre de stratégies et de propositions pour d'éventuelles mesures anticrise en matière de santé et de systèmes de santé.

Une crise grave et pluridimensionnelle

9. Depuis 2008, la forte réduction de la demande mondiale de produits de base, de biens et de services en raison de la crise de liquidités et la perte de confiance dans le secteur financier et bancaire aux États-Unis et en Europe ont provoqué un important ralentissement de l'économie mondiale. Selon le Fonds monétaire international (FMI), la production mondiale devrait baisser de 1,4 % en 2009, mais se redresser graduellement en 2010 pour atteindre un taux de croissance de 2,5 %. Les prévisions concernant la zone euro, l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants sont moins optimistes, puisqu'il est prévu que la production se réduise de 4,8 %, 5 % et 5,8 % en 2009, respectivement, avant de se redresser légèrement en 2010 ; cependant elle resterait négative dans la zone euro (- 0,3 %), serait modeste en Europe centrale et orientale (1 %) et un peu plus encourageante dans la CEI (2 %).

10. Alors que l'économie mondiale se redresse lentement grâce à des interventions publiques, la reprise sera anémique dans l'ensemble et variera considérablement, en fonction de la santé du secteur financier.

- La stabilisation aux États-Unis, au Japon et dans d'autres pays économiquement avancés devrait être plus prononcée que dans la zone euro et le reste de la Région européenne de l'OMS. Aux États-Unis et au Japon, la production devrait commencer à croître à nouveau en 2010.
- La croissance dans les pays émergents et en développement a ralenti en 2008, mais les prévisions de croissance en Asie pour le reste de 2009 et l'année 2010 ont récemment été révisées à la hausse, pour atteindre 5,5 % en 2009 et 7,0 % en 2010. Elles restent cependant nettement inférieures en Amérique latine, au Moyen-Orient et en Afrique.
- Bien que les politiques mises en œuvre aient empêché un ralentissement plus marqué, les pays de l'Union européenne (UE) connaissent encore une profonde récession. En 2009, le produit intérieur brut (PIB) devrait baisser de 4,2 % dans la zone euro et de 4,9 % dans les pays émergents d'Europe, mais d'environ 10 % dans les États baltes. Il faudra du temps pour que la reprise se produise. D'autres ajustements structurels du marché du travail seront peut-être nécessaires pour maîtriser les dépenses publiques dues au vieillissement, mais il faudra s'adapter à une diminution de la richesse.

11. Les crises financière et économique ont engendré la dépréciation d'un certain nombre de monnaies. Depuis novembre 2008, la livre sterling, par exemple, s'est dépréciée d'environ 30 % contre l'euro en moins d'un an ; parmi les autres monnaies qui se sont dépréciées, on peut mentionner le zloty polonais (32 %), la couronne tchèque (18 %), le leu roumain (17 %) et le forint hongrois (15 %). D'autres modifications des taux de change seront inévitables, au fur et à mesure que les pays réviseront leurs politiques monétaires. Les nouveaux membres de l'UE qui font partie de l'Europe centrale et orientale devront continuer à procéder à des ajustements

structurels dans les secteurs public et bancaire, étant donné que leur aptitude à attirer des fonds bon marché s'est fortement réduite.

12. Une baisse relativement limitée de la demande mondiale a entraîné l'effondrement du cours de certains produits de base. Par exemple, les cours du pétrole et du blé ont baissé de plus de 60 % depuis janvier 2008, bien que le cours du pétrole se soit depuis lors redressé en prévision de perspectives de croissance plus positives. D'autres cours ont stagné ou ont légèrement augmenté seulement. Selon le FMI, l'inflation dans les pays économiquement avancés devrait être ramenée au niveau historiquement bas de 0,1 % en 2009 et de 0,9 % en 2010. Le risque de déflation ne peut être totalement exclu dans certains pays de l'UE.

13. La forte réduction des investissements et de la production industrielle au cours de cette récession économique mondiale a engendré une augmentation rapide du chômage. Des millions d'emplois dans le secteur industriel et celui des services ont été perdus ou sont menacés. L'Organisation internationale du travail (OIT) estime que le taux de chômage mondial pourrait atteindre 7,1 % en 2009. Dans l'UE, le taux de chômage devrait s'élever à 9,5 % en 2010 (contre 7,5 % en 2007) et environ 20 millions d'emplois pourraient être perdus. Le taux de chômage dans les pays d'Europe centrale et méridionale qui n'appartiennent pas à l'UE et les pays issus de l'ex-Union soviétique devraient augmenter en 2009 (ils se situaient à 8,8 % en 2008).

14. Les réactions relativement rapides et les efforts extraordinaires déployés par les banques centrales et les gouvernements ont contribué à éviter un effondrement mondial des secteurs financier et bancaire, mais l'architecture financière mondiale reste vulnérable. Certaines banques courent encore un risque élevé de ne pas pouvoir faire face à leurs engagements ; dans certains cas, une nationalisation – au moins partielle – peut devenir nécessaire. Les compagnies d'assurances et les fonds de pension ont aussi été durement touchés. Moins affectées au début, de nombreuses banques et compagnies d'assurances d'Europe centrale et orientale doivent s'adapter à une forte réduction des flux de capitaux provenant de banques d'autres régions d'Europe dont elles sont les filiales.

15. Les gouvernements (et, à travers ces derniers, les contribuables et la collectivité) accomplissent également des efforts remarquables pour offrir une aide financière à divers autres secteurs économiques afin de stimuler la consommation, de protéger l'emploi et de fournir une assistance sociale à des chômeurs de plus en plus nombreux. Dans les pays européens les plus riches, un grand nombre de programmes de relance économique ont été élaborés et leur mise en œuvre a commencé. Dans d'autres pays, les pouvoirs publics n'ont que des possibilités limitées de lutter contre la crise par des réductions d'impôts et l'assouplissement de la politique budgétaire.

16. À cause de la récession économique et du prix de ces programmes de relance, on s'achemine rapidement vers une détérioration des finances publiques, caractérisée par de fortes augmentations des déficits publics et des dettes des États. C'est déjà le cas dans presque tous les pays développés et émergents, et la situation pourrait bientôt devenir encore plus critique dans les pays à revenu intermédiaire. Par exemple, une forte détérioration des équilibres budgétaires est prévue pour 2009 dans les États baltes et les pays d'Europe centrale et orientale. Il faut s'attendre en 2010 à une poursuite de la détérioration de la situation budgétaire dans la plupart des pays européens (y compris les membres de l'UE).

17. Les crises antérieures ont montré que ce sont les pauvres et les plus vulnérables qui souffrent généralement le plus en temps de crise. En effet, une proportion importante de la population de la Région européenne de l'OMS court déjà le risque de devenir pauvre. Dans l'UE, par exemple, 16 % de la population courent le risque de connaître la pauvreté telle qu'elle est définie officiellement, même après les transferts sociaux (la proportion varie de 10 % dans les pays nordiques à près de 25 % en Italie ou dans les États baltes). On sait également que le niveau de vie des personnes pauvres est très variable d'un endroit à l'autre de la Région, et que la

pauvreté a tendance à être plus grande dans les pays qui comptent le plus de pauvres. Les enfants et les personnes âgées courent souvent un risque plus élevé que le reste de la population d'être confrontés à la pauvreté : d'après les informations disponibles, le chômage semble toucher plus d'hommes que de femmes, ainsi que plus particulièrement les personnes de moins de 24 ans et de plus de 50 ans, probablement parce que le secteur industriel est le plus durement touché.

18. Heureusement, la plupart des gouvernements d'Europe semblent continuer à accorder beaucoup d'attention à la cohésion sociale et à la protection sociale. Il semble clair que la crise non seulement affectera les conditions et les modes de vie, mais accélérera aussi les changements et déclenchera des modifications des normes sociales ou de la politique économique. Par exemple, la nécessité d'une régulation mondiale coordonnée du secteur financier et bancaire est aujourd'hui mieux reconnue, et l'accroissement des déficits publics et des ratios d'endettement (qui était auparavant tabou) est désormais considéré comme un mal nécessaire.

19. Le débat politique et technique qui a lieu actuellement est également centré sur la dimension éthique de la crise financière et économique. À l'heure où les individus se sentent plus vulnérables, la perception des inégalités sociales semble se modifier et devenir moins abstraite dans de nombreux pays, allant bien au-delà des primes des opérateurs financiers ou des « parachutes dorés » des dirigeants d'entreprise. Les sondages d'opinion et les baromètres sociaux indiquent un pessimisme et un sentiment d'injustice largement répandus ; beaucoup de personnes exigent que la dimension éthique de la crise devienne un aspect plus important du débat politique et des solutions budgétaires. Il faut noter que le souci d'accroître la justice sociale occupe une place de plus en plus prépondérante parmi les préoccupations du personnel politique, et ce au moment où la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé souligne les inégalités existantes en matière de santé et appelle à combler les écarts.

Encadré 1. Changements socioéconomiques et santé : les cas de l'Estonie (crise en 1990) et de la Finlande (crise de 1986 à 1994)

Il ne fait pas de doute que toute transition sociale et économique rapide a des conséquences sur la santé de la population. Cependant, l'ampleur, la gravité et la répartition de ces conséquences varient considérablement, selon la mesure dans laquelle la société et ses institutions sont en mesure de surmonter la crise et de faire face à ses conséquences. L'existence et la couverture de filets de sécurité sociaux et la vigueur de l'action menée par le système de santé (c'est-à-dire sa résilience face aux menaces qui pèsent sur ses valeurs fondamentales, ses capacités budgétaires et ses performances) semblent être des éléments essentiels. Les cas de l'Estonie et de la Finlande, deux pays qui ont des caractéristiques socioculturelles semblables mais des histoires récentes différentes sur le plan de l'organisation politique et sociale, mettent bien en évidence de telles différences.

Estonie

Il est manifeste que la transition politique et sociale qui a suivi la dissolution de l'Union soviétique a été spécifique à bien des égards. Elle ne peut être comparée à une autre crise économique, dans la mesure où elle englobait également des changements généraux de l'ensemble des réalités sociales. En outre, lorsqu'on étudie une telle crise, il est possible de tirer des conclusions erronées concernant les causes : des relations de cause à effet qui remontent à plusieurs décennies peuvent se manifester tardivement et être attribuées incorrectement à des périodes plus récentes. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance en Estonie en 1980 (69,1 ans) et en 1990 (69,5 ans) était en fait plus basse qu'en 1970 (70,0 ans). De même, les effectifs des catégories éducatives au sein de la population ont évolué dans la plupart des pays, ce qui influe sur toute comparaison.

Compte tenu de ces réserves, certaines études pourraient éclairer les conséquences de la tourmente économique qui s'est produite après que l'Estonie eut recouvré son autonomie politique en 1991. L'évolution des taux de mortalité par niveau d'instruction de 1989 à 2000, par exemple, a été analysée en vue d'évaluer les effets de cette évolution et les effets retardés de réalités antérieures à la transition sur les trois groupes de niveau d'instruction : élevé, moyen et inférieur. Au cours de la première décennie qui a suivi le retour à l'indépendance de l'Estonie, l'espérance de vie globale est restée stable, bien qu'elle ait été caractérisée par des taux de mortalité différents en fonction de la situation socioéconomique, mesurée principalement en fonction du niveau d'instruction. La mortalité due à toutes les causes a baissé dans tous les groupes d'âge, en particulier parmi les personnes âgées de plus de 60 ans, celles dont le niveau d'instruction était bas et moyen, mais elle a augmenté pour celles qui avaient un niveau d'éducation supérieur.

Aspect important, une amélioration de la structure des niveaux d'instruction a empêché une baisse plus importante encore de l'espérance de vie, c'est-à-dire que les Estoniens dotés d'un niveau d'éducation élevé peuvent potentiellement catalyser de plus larges progrès en matière de santé (en fait, les indicateurs sanitaires se sont depuis lors fortement améliorés : l'espérance de vie à la naissance a augmenté, pour passer à 70,9 et à 72,6 ans en 2000 et 2005, respectivement. Bien que les affections cardiovasculaires et les cancers restent des causes importantes de décès prématuré, les réductions de la mortalité infantile ont été remarquables, puisqu'on est passé de 12,4 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 8,4 en 2000 et à 6,0 en 2005).

Un important enseignement méthodologique a été tiré : les analyses des tendances en matière d'inégalités de santé en Europe centrale et orientale doivent tenir compte de l'évolution de la composition de la population. Comme cela a été indiqué plus haut, il n'est pas possible de tirer de conclusions nettes au sujet de déductions causales étant donné que, outre les perturbations sociales et l'augmentation des inégalités de patrimoine (qui sont des déterminants récents possibles), des tendances à long terme issues du passé pourraient aussi avoir contribué à un écart qui s'accroît. Dans le contexte du présent document, il est utile de mentionner l'hypothèse selon laquelle la détérioration de l'espérance de vie dans certains groupes (tendance qui n'a été signalée ni en Finlande ni en Espagne) pourrait être attribuée à l'absence de filets de sécurité sociaux, que le pays n'aurait pas eu le temps de mettre en place, et à l'effondrement même du système de santé. L'absence d'une telle détérioration en République tchèque, cependant, devrait être expliquée autrement. Des recherches plus approfondies sont nécessaires.

Finlande

Depuis les années 1950, la structure sociale de la Finlande a beaucoup évolué, notamment en raison d'une urbanisation extrêmement rapide. La proportion d'agriculteurs a fortement baissé et le groupe des employés de bureau et cadres (qui comprend une grande proportion de femmes) a augmenté pendant une longue période. Parmi les autres changements structurels sociaux simultanés, il convient de mentionner l'amélioration du niveau d'instruction tant parmi les hommes que parmi les femmes.

Au début des années 1990, il s'est produit une récession à la suite de laquelle le chômage est devenu un grave problème social pour la première fois depuis des décennies. Depuis la fin des années 1970, le chômage fluctue entre 3 et 8 %, mais il a bondi à 18 % en 1994. En particulier, le chômage de longue durée est passé à 27 % en 1994.

Malgré cela, la mortalité infantile en Finlande a baissé de 1986 à 1994, passant de 6,3 à 4,0 pour 1 000 naissances vivantes, et globalement, l'état de santé est resté stable ou s'est légèrement amélioré dans la population adulte. En d'autres termes, l'état de santé de la population finlandaise n'a guère été affecté par la récession et la crise du chômage.

Les changements qui se sont produits dans le domaine des inégalités sociales en matière de santé, mises en évidence par des différences de classes et de niveau d'instruction parmi les hommes et les femmes finlandais (mesurées en fonction de l'existence d'une maladie de longue durée invalidante et d'une santé ressentie inférieure à bonne), ont été essentiellement négligeables. Les personnes qui vivent dans la région métropolitaine d'Helsinki, qui est la plus modernisée du pays et compte environ un cinquième de la population, ont continué à jouir d'une meilleure santé que le reste de la population, mais les caractéristiques et l'ampleur des inégalités de santé sociales relatives sont généralement restées stables au cours de la période de huit années de l'étude. Les inégalités de santé des hommes et des femmes à la fin de l'étude étaient plus proches que huit ans auparavant. Les différences entre classes sociales, tant parmi les personnes titulaires d'un emploi que parmi les autres, n'ont guère évolué.

On ne peut que formuler des hypothèses pour expliquer les principales tendances observées en matière d'état de santé au cours d'une période de changement structurel en Finlande. Deux explications principales pourraient être avancées. En premier lieu, les conséquences sanitaires néfastes de la récession pourraient prendre un temps plus long pour se manifester – explication plausible pour des affections chroniques telles que les maladies de longue durée invalidantes, mais moins plausible pour l'élément très subjectif de santé auto-évaluée – ou des processus simultanés et différents (meilleur niveau d'instruction, moindre exposition à des lésions physiques, etc.) pourraient causer l'évolution observée. En outre, les tendances sanitaires négatives peuvent ne se manifester que dans des sous-groupes marginalisés et vulnérables. Deuxièmement, les observations pourraient être dues à l'existence d'une protection sociale, aux mesures économiques et politiques prises, et aux résultats obtenus grâce à la protection sociale dans le pays, autant d'éléments qui sont restés étonnamment stables pour certains indicateurs au cours de la période considérée. Dans l'optique de la protection sociale, cela indique que le pays a obtenu de bons résultats indépendamment des changements structurels.

Cela signifierait que, malgré les bouleversements socioéconomiques et les ajustements structurels qui en ont résulté, les valeurs, principes et éléments fondamentaux de l'État providence (caractérisé par un large filet de sécurité sociale et un système de santé offrant une couverture universelle pour l'ensemble des services essentiels) sont restés intacts et ont donc résisté aux menaces extérieures.

Certes, de telles généralisations sont susceptibles d'être entachées de biais et d'autres explications sont envisageables, de sorte que de telles attributions de causes sont pour le moins périlleuses. Cependant, ces exemples et enseignements nationaux et d'autres similaires nécessitent une meilleure compréhension du rôle d'amortissement des chocs que jouent des filets de sécurité sociale et des systèmes de santé forts, et la mise en œuvre d'une politique fondée sur des informations factuelles.

Sources

Koppel A et al. (2008). *Estonia: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 10, No. 1).

Lahelma E et al. (1997). Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986–1994. *Social Science and Medicine*, 44 (6):789–799.

Lahelma E et al. (2001). Changing health inequalities in the Nordic countries? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (suppl. 55):1–5.

Leinsalu M, Vågerö D, Kunst AE (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32:1081–1087.

Manderbacka K et al. (2001). Structural changes and social inequalities in health in Finland, 1986–1994. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29 (suppl. 55): 41–54.

Shkolnikov V et al. (2006). The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:875–881.

Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, published on line 8 July 2009 (DOI:10.1016/S0140-6736(09)61124-7).

Vuorenkoski L (2008). *Finland: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 10, No. 4).

Incidences constatées et potentielles de la crise sur la santé et les systèmes de santé

20. L'expérience nous apprend qu'en temps de crise, les résultats obtenus sur le plan de l'état de santé et le risque d'être exposé à des difficultés financières pour raisons de santé peuvent être influencés par une évolution des ressources qui sont à la disposition des systèmes de santé (ressources financières et humaines, médicaments et dispositifs médicaux, frais d'exploitation et infrastructures), par des changements des conditions de vie, des modes de vie et des comportements des consommateurs, ainsi que par des modifications des normes et valeurs sociales. Idéalement, le système de santé peut et doit faire trois choses : i) protéger les plus vulnérables ; ii) agir principalement dans les domaines dans lesquels il est efficace et produit une valeur ajoutée ; et iii) se comporter en acteur économique intelligent sur les plans de l'investissement, des dépenses et de l'emploi.

Encadré 2. Informations factuelles concernant les incidences des crises et récessions économiques sur la santé et les systèmes de santé

Dépenses de santé nationales

- Les dépenses de santé privées baissent presque toujours lorsque le revenu disponible des ménages diminue.
- Les dépenses de santé de l'État baissent souvent mais pas toujours, notamment parce que les recettes de l'État baissent ou que le budget de la santé est réduit de façon disproportionnée. Dans le passé, cependant, certains gouvernements ont augmenté les dépenses des secteurs sanitaire et social lors d'une récession.
- Les investissements en biens de production (infrastructure, matériel) sont différés, les fonds sont soit économisés soit transférés à d'autres catégories de dépenses plus importantes.
- Lorsque la monnaie nationale est dévaluée, les biens importés (par exemple, les médicaments et autres produits consommables) deviennent plus chers exprimés en monnaie locale et donc moins accessibles sur le plan financier.

Utilisation des services de santé

- Il se produit une baisse de l'utilisation des services de santé pour lesquels un paiement est attendu : il s'agit d'une constatation valable dans tous les pays.
- La population a tendance à utiliser davantage les établissements publics, subventionnés et à but non lucratif.
- On constate une augmentation du déséquilibre entre la demande de services de santé dans des établissements publics et le rationnement de l'offre, ainsi qu'une baisse de la qualité des soins en raison d'une diminution des ressources budgétaires et autres.

Mortalité et morbidité

- Des effets négatifs sur la santé sont fréquemment signalés.
- Dans les pays à faible revenu, on constate généralement une augmentation de la mortalité infantile et juvénile, et des carences en micronutriments et des anémies chez les femmes.
- Dans les pays à revenu élevé, on observe une augmentation de l'incidence des maladies mentales, des taux de suicide et parfois de la mortalité parmi les hommes.
- Une charge de morbidité plus élevée est imposée aux pauvres et aux personnes vulnérables.
- Dans les pays dotés d'un système de protection et d'assistance sociale, on observe des effets négatifs limités ou nuls sur la santé, en fonction de la gravité et de la persistance de la crise.

Source

Based on: Evans D (2009). *The impact of the economic and financial crisis on global health* (Presentation at the high-level consultation on the financial and economic crisis and global health, Geneva, 19 January 2009).

21. Pour les pays dont le système de santé est financé par les recettes fiscales générales, une diminution du PIB et de la production économique peut entraîner une baisse importante des recettes publiques affectées à la santé. D'un autre côté, pour les pays qui utilisent essentiellement des cotisations assises sur les salaires à des régimes d'assurance maladie, l'augmentation du chômage réduit probablement les recettes affectées à la santé. Les prix internationaux des médicaments et autres produits consommables peuvent augmenter en raison de l'inflation et de la dépréciation des monnaies. Ces pressions sur les recettes et le pouvoir d'achat peuvent persuader les décideurs politiques de réduire les budgets, d'adopter ou de majorer les paiements réclamés aux patients, les tickets modérateurs ou d'autres types de financement privé, de réduire les prestations ou de tolérer des délais d'attente plus longs.

22. Toutefois, même si des analyses et prévisions économiques détaillées et synthétiques sont publiées au moins tous les trimestres, les effets directs de cette crise pluridimensionnelle sur la santé restent peu clairs. Jusqu'à présent, les informations et bases factuelles relatives aux incidences exactes sur les personnes, les groupes vulnérables et le système de santé en général restent peu concluantes et fragmentaires. De plus, ce type de données s'avère difficile à rassembler et à analyser ; dans de nombreux pays, les systèmes d'information et de surveillance sanitaires sont assez inadaptés aux besoins des décideurs politiques concernant ces aspects essentiels.

23. Peu de changements ont été observés concernant les dépenses des systèmes de santé. Le secteur européen de la santé² (qui emploie quelque 10 % de la population active) semble ne pas avoir perdu beaucoup d'emplois et, en fait, apparaît comme un secteur stabilisant. Comme c'est le cas aussi aux États-Unis, la santé est, effectivement, l'un des très rares secteurs économiques qui continuent à créer des emplois. La crise du crédit semble avoir surtout touché les investisseurs privés actifs dans le secteur de la santé et les vendeurs de plans d'assurance maladie, et avoir sapé certains types de partenariats entre le public et le privé. Jusqu'à présent, des réductions ou mesures budgétaires affectant profondément le secteur de la santé ou d'autres secteurs à caractère social

² En gros, le secteur de la santé comprend le système de santé tel que défini par la Conférence de Tallinn sur les systèmes de santé, la santé et la prospérité (« Au sein du cadre politique et institutionnel de chaque pays, un système de santé est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé ; les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et des services à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. »), ainsi que les secteurs d'activité et les services généraux liés directement à ce système.

n'ont été observées que dans un petit nombre de pays – quoique certains signes indiquent qu'elles pourraient devenir plus fréquentes et plus draconiennes dans un proche avenir.

24. Les dépréciations des monnaies font monter le prix des médicaments et dispositifs médicaux importés dans les pays concernés, ce qui provoque déjà des problèmes pour les moins riches des pays affectés. Déjà confrontée aux menaces que constitue l'expiration des brevets sur les médicaments vedettes et à des coûts croissants en matière de R-D, l'industrie pharmaceutique a signalé des difficultés d'accès au crédit et semble s'attendre à de nouvelles pressions à la baisse des prix des médicaments.

25. Qu'elle soit ou non liée au chômage, la réduction prévisible des revenus des ménages pourrait affecter les dépenses privées consacrées à la santé et la capacité des familles à payer les soins de santé. On sait que, dans le monde entier, 150 millions de personnes deviennent pauvres chaque année en raison de dépenses de santé ruineuses qui peuvent résulter de paiements effectués pour obtenir des services de santé, mais jusqu'à présent, malgré des signes sporadiques, il n'existe pas d'informations fiables sur une quelconque détérioration majeure de l'accessibilité financière des soins de santé en Europe (contrairement aux États-Unis, où certains signaux d'alarme ont déjà été observés), mais dans certains cas, on a rapporté une limitation de l'accès à l'assurance maladie complémentaire.

26. On sait qu'à long terme, une mauvaise observance des traitements médicaux pourrait augmenter la prévalence des maladies, les complications des affections chroniques et la résistance aux médicaments dans le cas des maladies infectieuses. Toutefois, on n'a observé que peu de changements quant au recours effectif aux services de santé et à la consommation de médicaments – fait important puisque, dans les pays européens à revenu intermédiaire, les dépenses relatives à des médicaments prises en charge par les personnes souffrant de maladies chroniques semblent être le principal « facteur de risque » de dépenses de santé ruineuses.

27. La progression du chômage, la détérioration des conditions de vie de millions de personnes et le stress supplémentaire provoqué par la crise pourraient être à l'origine de choix de modes de vie malsains ou de comportements risqués – comme une consommation accrue de drogues et d'alcool. On sait que même des changements minimes des comportements aujourd'hui pourraient, en s'accumulant dans le temps, avoir des répercussions sur la santé des années plus tard. Des signes montrant que des personnes modifiaient leur comportement de manière pouvant avoir un effet positif ou négatif sur la santé ont été rapportés. Par exemple, il a été signalé que la consommation de produits de restauration rapide, peu coûteux, était en augmentation, mais dans plusieurs pays, les gens semblent également rouler moins, se tournant vers les transports publics et augmentant leur activité physique.

28. Même s'il n'y a pas encore de statistiques claires concernant les effets de la crise sur les migrations, la situation actuelle est jugée susceptible de modifier les flux de migration et la mobilité ; dans cette hypothèse, les travailleurs (et leur famille) se déplaceraient vers les pays où les perspectives d'emploi sont les meilleures ou quitteront, pour revenir chez eux, des pays où les perspectives d'emploi se sont détériorées. On prévoit, en conséquence, un recul mondial des transferts de fonds de populations émigrées, mais celui-ci pourrait rester relativement limité (moins de 6 %), même si certains pays pourraient être plus sévèrement touchés. À ce jour, une évolution très limitée de la mobilité des personnels de santé a été observée.

Surmonter des temps particulièrement difficiles

29. Le FMI, la Banque mondiale, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Commission européenne et d'autres organismes font des prévisions économiques très similaires, selon lesquelles les taux de croissance mondiaux pourraient se rétablir

progressivement en 2010, sans atteindre cependant les niveaux observés en 2007 (jusqu'à 2 %). Toutefois, dans le climat économique actuel, tous les experts s'accordent sur le fait que les incertitudes liées à toute prévision sont très grandes – les risques sont nombreux, il faudra du temps avant que l'état des marchés financiers se normalise, quelle que soit la stratégie adoptée, et les entreprises licencient plus vite qu'elles ne recrutent. Non seulement les perspectives sont mauvaises, mais on ne peut exclure le risque d'une longue et profonde récession, voire d'une dépression.

30. À mesure que la crise évolue, les méthodes et mesures de nature à la résoudre soulèvent un certain nombre de questions. Certaines ont trait à la priorité relative qu'il convient de donner à l'investissement, par opposition à la stimulation de la consommation dans le cadre des programmes de reprise économique, les moyens de réduire autant que possible les dégâts sociaux et de protéger les groupes les plus vulnérables, et même le rôle que le secteur de la santé pourrait jouer, en tant que secteur économique, pour aider les pays à sortir de la crise. Les États membres examinent des démarches différentes pour améliorer les performances et se demandent s'il faudrait utiliser la crise comme une occasion d'apporter des changements radicaux, souvent différés depuis longtemps, dans certaines fonctions et dans l'architecture globale de leurs systèmes de santé.

31. Les effets sanitaires de la rapide détérioration des finances publiques se feront sans doute pleinement sentir à la fin de cette année, quand les budgets pour 2010 seront examinés. Au vu des niveaux de dette publique, il est plus que probable que la marge de manœuvre budgétaire restera limitée. La détérioration des finances publiques et son corollaire, la limitation des moyens d'action budgétaires, pourraient forcer les gouvernements à procéder à des ajustements radicaux et à adopter des mesures d'austérité. Les systèmes de santé pourraient subir de fortes contraintes budgétaires dans les années à venir ; les autorités sanitaires et les parties prenantes de ce secteur devront naviguer en eaux particulièrement troubles dans un avenir proche et se préoccuper notamment de ce qui se passera après la crise (en premier lieu, les dettes devront être remboursées).

Encadré 3. Hongrie : enseignements divers tirés de la réaction du système de santé à la crise financière de 1995

Après la transition politique qui s'est produite au début des années 1990, l'augmentation des dépenses publiques de la Hongrie a été plus élevée que la croissance de l'activité économique. Bien que le PIB n'ait pas baissé, une grave crise financière a commencé en 1995. Pour équilibrer le budget de l'État, il a fallu réduire considérablement le budget du secteur de santé. De 1994 à 1998, le total des dépenses publiques affectées à la santé (à l'exclusion des investissements et de la santé publique) a baissé de 26 % en termes réels. Les prestations en espèces versées par le régime d'assurance maladie ont baissé de plus de 50 % en termes réels et les prestations relatives aux soins dentaires ont diminué de 30 %. Les dépenses affectées aux soins des patients hospitalisés ont été réduites de 15 % et le nombre de lits d'hôpital a baissé de 20 % (sans réduction importante du nombre d'établissements ni du montant des dépenses fixes). Le budget affecté aux soins primaires et aux soins prodigués par des spécialistes aux patients utilisant les services de consultations externes a également été réduit de 24 %. Cependant, le nombre de contacts entre les médecins et les patients n'a pas diminué dans le secteur des soins primaires et a même augmenté dans le domaine hospitalier (en d'autres termes, la productivité des hôpitaux a augmenté sous la pression des difficultés budgétaires).

Selon l'interprétation la plus largement retenue, les incitations financières incorporées dans un système nouveau et perfectionné relatif aux soins dispensés aux patients hospitalisés (tarification à la pathologie) ont joué un rôle important dans l'obtention de ce résultat ; une meilleure gestion de la production a été la cause principale de l'augmentation de la productivité. Cependant, les investissements publics en biens d'équipement ont baissé de presque 40 %, ce qui a retardé des investissements et des réparations nécessaires. On a observé des problèmes en matière de qualité des services (y compris dans certains cas de qualité des soins cliniques). La satisfaction vis-à-vis du système de santé a diminué.

Les dépenses affectées aux médicaments sont restées stables malgré un plan qui visait à les réduire de 10 %, peut-être en raison des pressions exercées par l'industrie pharmaceutique et de leurs activités de marketing. En conséquence, leur part dans les dépenses totales dans le secteur public a augmenté (aux dépens des services de santé). La participation des patients aux dépenses a également augmenté, principalement à la suite d'une augmentation des tickets modérateurs relatifs aux médicaments. En raison de ce phénomène, combiné à l'évolution décrite plus haut, les ventes totales de produits pharmaceutiques ont continué à augmenter au cours de la crise budgétaire. Les services de dialyse ont représenté le seul domaine dans lequel une poursuite de l'augmentation des dépenses a été observée ; ils sont presque exclusivement fournis par des prestataires privés (ceux-ci ont réussi à négocier des augmentations de prix alors que même les soins d'urgence ont fait l'objet de fortes réductions budgétaires).

Aucune détérioration majeure de la santé de la population n'a cependant été observée à la suite de ces réductions. Bien que l'espérance de vie moyenne à la naissance en Hongrie était et reste éloignée des taux les plus favorables enregistrés en Europe – on observe en particulier une mortalité élevée due aux cancers et aux maladies hépatiques parmi les hommes d'âge mûr – l'espérance de vie des personnes de sexe masculin à la naissance a stagné pendant plus de deux décennies (passant de 66,3 ans en 1970 à 65,5 ans en 1980, pour s'établir à 65,0 ans en 1991 et à 64,5 ans en 1993) et a ensuite commencé à augmenter assez lentement (pour atteindre 65,3 ans en 1995, 66,4 ans en 1997, 66,3 ans en 1999 et 68,2 ans en 2001). La mortalité infantile était également et reste supérieure à la moyenne de l'UE (23,2 pour 1 000 naissances vivantes en 1980 et 15,6 en 1991 ; elle a été ramenée à 12,5 en 1993, à 10,7 en 1995, à 9,9 en 1997, à 8,4 en 1999 et à 8,1 en 2001).

Certains autres enseignements intéressants semblent se dégager d'une analyse des dépenses de santé au cours de la crise. En premier lieu, le point de départ compte : des prestations en espèces généreuses et un secteur hospitalier surdimensionné ont facilité des réductions budgétaires sans nuire ni aux résultats sur le plan de l'état de santé ni à l'utilisation des services. Deuxièmement, de solides mécanismes de maîtrise des dépenses effectuées par le payeur unique grâce à une tarification plafonnée à la pathologie ont permis de rationaliser considérablement l'utilisation des ressources, ce qui s'est traduit par une amélioration de la productivité des hôpitaux (bien que le système de prestation de services n'ait pas été restructuré par la suite). Troisièmement, la relative faiblesse de la réglementation publique a engendré une baisse de l'efficacité dans le domaine des dépenses médicamenteuses, comme cela ressort des volumes et des prix relativement élevés, alors que ces derniers se situaient déjà à un niveau élevé dans le contexte de l'Europe occidentale.

Sources

Gaál P (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 6, No. 4).

National Health Insurance Fund Administration of Hungary (1994–1999). [Statistical yearbooks]. Budapest.

Orosz É et al. (1998). Hungarian health care system in transition: the unfinished agenda. In: Bokros L, Dethier J, eds. *Public finance reform during the transition: the experience of Hungary*. Washington DC, World Bank.

32. Jusqu'à présent, et même si certains programmes de relance comprennent occasionnellement un élément « investissements verts » qui aurait des répercussions potentiellement positives sur la santé à moyen ou à long terme, on trouve peu de sous-programmes portant spécifiquement sur la santé. Dans de nombreux pays, les possibilités offertes par la première vague de programmes de relance économique n'ont pas été exploitées, dans la mesure où un grand nombre d'entre eux ont reporté à plus tard l'action relative aux problèmes de santé et d'environnement. Or des investissements utiles pour la santé et l'environnement pourraient contribuer à économiser l'énergie, à réduire la pollution, à réduire les risques inhérents aux maladies transmissibles, à répondre de façon plus efficiente aux besoins des personnes âgées et des personnes vulnérables, et à

réduire de façon appréciable certains coûts pour les ménages et la société dans son ensemble. En particulier, il est possible d'étudier les possibilités de procéder à des investissements dans l'infrastructure sanitaire afin d'améliorer l'efficacité énergétique et de réduire ainsi les frais de fonctionnement des hôpitaux et des systèmes de santé en général. Cela permettrait d'affecter une plus grande partie des ressources publiques disponibles à des fournitures variables destinées au traitement des patients (par exemple, des médicaments et des fournitures) plutôt qu'à des dépenses fixes (par exemple, chauffage ou électricité).

33. Les effets de la crise sur la santé et les systèmes de santé seront très variables d'un pays à l'autre, en fonction de la structure de l'économie, du degré de dépendance par rapport aux exportations ou des fluctuations de la monnaie nationale, ainsi que des politiques menées par le gouvernement. Il n'y aura assurément pas de stratégie unique ou toute tracée. Dans un tel contexte, les solutions devront être adaptées au cas par cas pour répondre aux besoins propres à chaque pays. Il faudra sans aucun doute un échange d'informations et d'expérience entre les pays et une coordination des activités, mais la priorité absolue doit aller à l'aide pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes spécifiques à chaque pays.

34. En fait, vu les éléments d'appréciation recueillis lors des crises précédentes, la confiance en l'avenir est de mise, ainsi que la détermination dans l'action. Le pire n'est jamais certain, et les crises ont aussi fourni aux pouvoirs publics des occasions d'imposer des réformes qui auraient peut-être été irréalisables en temps normal, pour des raisons politiques. Dans ce sens, comme à d'autres égards, les crises peuvent avoir des répercussions à la fois positives et négatives sur les résultats obtenus sur le plan de l'état de santé et sur les systèmes de santé. Certains éléments indiquent aussi que des individus ont élaboré, pour gérer la crise, des stratégies très efficaces qui, comme on l'a vu, ont conservé leur efficacité bien après la tempête. En bref, bien que le mot « crise » évoque une aggravation de la maladie et des souffrances, il faudra exploiter les possibilités qui ne manqueront pas de se présenter.

35. De plus, et ce n'était pas le cas lors des crises antérieures, les pouvoirs publics sont désormais plus sensibles à l'importance cruciale du secteur sanitaire et au rôle de la santé dans l'économie. Grâce à des campagnes visant la prise en compte des soins de santé primaires, de la Santé pour tous et de la santé dans toutes les politiques, grâce aux travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et à la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé pour la santé et la prospérité, beaucoup de décideurs politiques de la Région européenne de l'OMS reconnaissent désormais que l'une des manières les plus efficaces et les plus efficaces de réduire la pauvreté et les inégalités sociales est de rendre les services de santé accessibles, et qu'investir dans la santé est bon pour la stabilité sociale et pour l'économie. Comme on l'a déjà constaté en Finlande au cours de la crise qui s'est produite dans les années 1990, il se confirme chaque jour qu'en période de catastrophe économique, des systèmes de santé solides protègent les citoyens et épargnent à un grand nombre d'entre eux des dépenses de santé ruineuses.

36. Il reste encore une possibilité, dans les prochaines semaines et les prochains mois, de mieux préparer les systèmes de santé à la tempête qui s'annonce. Comme dans toute période caractérisée par de grandes difficultés budgétaires, les décisions de rationnement (report ou réexamen des investissements, exclusion de certains services, augmentation des tickets modérateurs ou temps d'attente plus longs) seront peut-être inévitables. Les ministères de la Santé doivent convenir des domaines, des services et des activités de base à protéger intégralement, afin d'acquiescer à une bonne compréhension de la crise et de parvenir à un consensus sur des solutions entre principales parties prenantes du secteur de la santé, et dans de nombreux cas, afin d'adopter rapidement des réformes essentielles difficiles mais nécessaires depuis longtemps. Ce document comprend quelques pistes de réflexion sur de telles possibilités.

Encadré 4. Kirghizistan : la création d'un système universel de financement de la santé en vue de crises futures

Depuis son indépendance, le Kirghizistan a dû faire face à plusieurs crises économiques, dont certaines ont engendré une instabilité sociale : la « révolution des tulipes » de mars 2005, par exemple, a renversé le gouvernement alors au pouvoir.

En 1995, en raison de la contraction budgétaire, le total des recettes publiques ne s'est élevé qu'à 15 % du PIB (contre 41 % en 1989) ; en 1998, le niveau réel des dépenses publiques de santé a été deux fois moins élevé qu'en 1991 ; à la fin des années 1990, le Kirghizistan était classé par la Banque mondiale parmi les pays à faible revenu, comme c'est encore le cas aujourd'hui. La situation est devenue intenable : en 2000, plus de 21 % des crédits relatifs à la santé inscrits au budget de l'État étaient affectés aux dépenses concernant l'électricité, le chauffage et d'autres services essentiels, de sorte qu'il ne restait plus beaucoup de fonds pour financer l'achat de médicaments et d'autres fournitures.

Il était impossible de restructurer l'infrastructure, en raison de deux caractéristiques importantes du système hérité du passé : le financement reposant sur des normes fondées sur les moyens mis en œuvre et une structure fragmentée (chaque niveau de l'État finançait et gérait son propre système de santé). Prises ensemble, la réduction du budget et les dimensions importantes de l'infrastructure ont créé un écart considérable entre le besoin de financement et les fonds disponibles. De ce fait, bien que les soins de santé étaient officiellement gratuits, des paiements informels réclamés aux patients ont constitué un important obstacle aux soins et un grand fardeau financier pour les ménages.

En 1997, le pays a entrepris une réforme, en constituant la caisse d'assurance maladie obligatoire en organisme capable de rassembler des fonds sur le plan national et d'utiliser les nouveaux systèmes informatiques pour passer d'une méthode de paiement reposant sur les moyens mis en œuvre à une méthode axée sur les résultats. On a également créé un système informatique hospitalier unique pour tous les patients, quel que soit leur régime d'assurance. Cela a permis le passage à un système universel en 2001, par l'adoption de la réforme axée sur le payeur unique : tous les fonds budgétaires généraux des administrations locales affectés aux soins de santé ont été mis en commun dans chaque région (ou chaque département régional de la caisse d'assurance maladie obligatoire), qui a utilisé ces fonds pour offrir une couverture universelle à l'ensemble de la population de la région, en utilisant des méthodes de paiements axées sur les résultats et en accroissant l'autonomie des prestataires de soins, grâce à une suppression de la fragmentation et à des incitations qui favorisaient le développement des capacités.

La réforme axée sur le payeur unique a été mise en œuvre dans chaque région en 2004. En 2006, une nouvelle réforme a centralisé les fonds au niveau national. Elle combine de façon complémentaire des caractéristiques des systèmes de Beveridge et de Bismarck en assurant une couverture universelle sur la base de la citoyenneté ou de la résidence, tout en offrant un avantage complémentaire (diminution des tickets modérateurs et éventail de médicaments pour les patients non hospitalisés) sur la base du versement d'une cotisation pour la population « assurée ». Il s'agissait d'une adaptation au contexte d'une économie caractérisée par de faibles niveaux d'emploi formel. En 2007, par exemple, 84 % des fonds publics provenaient du budget de l'État central et 16 % d'un impôt sur les salaires. En regroupant ces deux sources d'une façon complémentaire, cependant, le Kirghizistan a accompli des progrès rapides vers la création d'un système universel.

En réduisant la fragmentation du système et en remédiant à des incitations budgétaires mal coordonnées, les réformes ont engendré des améliorations, qui ont entraîné un accroissement de l'équité : à la suite de la centralisation des fonds en 2006, l'écart de financement public par habitant entre la capitale et les autres régions a été réduit dans l'ensemble de ces dernières à l'exception d'une seule ; les obstacles financiers aux soins (selon une analyse de 2001 et des enquêtes auprès des ménages effectuées en 2004 et 2007) ont aussi diminué régulièrement et les dépenses laissées à la charge des patients ont baissé, tout particulièrement dans le cas de ceux qui appartenaient aux deux quintiles les plus pauvres ; et la proportion de patients qui procédaient à des paiements informels a nettement baissé pour toutes les catégories de dépenses. On a également observé une amélioration de l'utilisation des ressources : le nombre de bâtiments hospitaliers sous utilisés a baissé de plus de 30 % au cours de la première année et la part des recettes hospitalières consacrée aux moyens de traitement des patients (médicaments, fournitures, aliments) a doublé. Enfin, la transparence a augmenté : la charge financière supportée par le patient, notamment pour les médicaments et des fournitures médicales, a diminué et les paiements informels ont été remplacés par des tickets modérateurs officiels.

Manifestement, des progrès considérables devront encore être accomplis au Kirghizistan, étant donné que, eu égard à l'insuffisance du financement public, la part des dépenses qui reste à la charge des patients est importante. De nouvelles réformes du financement des soins de santé devront encore améliorer la protection financière.

Sources

Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A (2007). *Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan*. Bishkek, World Health Organization (Policy research paper 46, MANAS health policy analysis project).

Kutzin J et al. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:549–554.

Meimanaliev et al. (2005). *Kyrgyzstan: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 7, No. 2).

Ministry of Health (2008). *Mid-term review report: Manas Taalimi health sector strategy*. Bishkek.

37. Comme il est essentiel de disposer de systèmes de santé solides pour pouvoir surmonter la tourmente, il est plus nécessaire que jamais que les États membres de la Région européenne de l'OMS s'engagent à renforcer leur système de santé en se fondant sur les valeurs et principes consacrés dans la Charte de Tallinn (« promouvoir les valeurs de solidarité, d'équité et de participation dans les politiques de la santé, dans l'affectation des moyens et dans d'autres actions, en veillant à ce que les besoins des pauvres et des autres groupes vulnérables reçoivent l'attention nécessaire »). Il conviendra de tenir dûment compte du contexte social pour déterminer la façon exacte d'agir en faveur d'améliorations de la santé équitables, d'une protection financière, d'une bonne réactivité et d'une amélioration de l'efficacité. Il faut que les États membres examinent soigneusement la manière dont ils fournissent des services, créent les moyens nécessaires, financent leurs services et assurent la direction de l'ensemble des organismes et ressources publics et privés nécessaires pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé dans le cadre politique et institutionnel de chaque pays.

38. Comme les ministères de la Santé sont chargés de diriger leurs systèmes de santé respectifs, ils doivent faire une proposition raisonnable aux autres parties prenantes et préconiser des politiques publiques qui représentent une position centrale concernant la fonction de direction en matière de santé et le financement de la santé, et défendre une démarche favorable à la santé et aux personnes pauvres dans tous les secteurs. Ils devront assurément agir de la sorte lors des discussions avec les ministères des Finances, dans le contexte de plans de relance économique, en ce qui concerne la part du budget à allouer à la santé et à d'autres secteurs sociaux. Ce budget ne

devrait pas être axé uniquement sur la croissance ou sur la protection immédiate d'emplois existants.

39. Les États membres demandent à l'OMS de jouer un rôle crucial dans cet environnement en donnant des impulsions, en fournissant des services adaptés aux besoins des pays et des informations utilisables et à jour dans le domaine de la santé, et en donnant des conseils grâce à un dialogue de politique générale avec les pays qui soit novateur et offre une valeur ajoutée. Un grand nombre d'entre eux recommandent : i) une recherche comparative des meilleures méthodes pour les pays qui le souhaitent ; ii) des activités en réseau menées par les pays intéressés sur des thèmes déterminés ; iii) le partage des informations par tous ; et iv) un ensemble minimal d'indicateurs communs pertinents qui permettent une surveillance de la suite donnée.

Encadré 5. Espagne : la crise des années 1990 dans le contexte de la décentralisation après une transition politique

Au cours des trois décennies écoulées, l'Espagne a beaucoup changé. Elle a notamment connu une transition vers la démocratie parlementaire et une large décentralisation politique. Dix-sept communautés autonomes ont été créées et ont assumé de larges responsabilités en matière de prestation et de gestion des services publics, y compris les soins de santé.

L'Espagne a également dû faire face à des turbulences économiques au cours de cette période et a notamment été confrontée à une grave crise économique au début des années 1990, en plus d'un ajustement structurel (« reconversion industrielle »). Après une croissance annuelle du PIB de -0,4 % en 1979, un autre chiffre négatif (-1,1 %) a été enregistré en 1993. Les données officielles concernant le chômage provenant de l'enquête sur la population active, publiée chaque trimestre par l'Institut national de statistique, ont révélé un taux de chômage à deux chiffres (11,41 %) pour la première fois en 1980 ; le chômage a atteint 21,45 % en 1985 et un maximum de 24,11 % en 1994. Le taux de chômage officiel est resté à deux chiffres par la suite et, malgré une vigoureuse croissance économique, le pays n'est revenu à un taux à un chiffre (9,13 %) qu'en 2005.

Pendant toute cette période, cependant, les indicateurs sanitaires de l'Espagne se sont améliorés. La mortalité infantile, par exemple, est passée de 20,78 pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 12,41 en 1980, 7,6 en 1990, 4,38 en 2000 et 3,46 en 2007. L'espérance de vie à la naissance a augmenté en conséquence, puisqu'elle est passée de 72,88 ans en 1970 à 75,6 en 1980, 77 en 1990, 79,49 en 2000 et 80,34 ans en 2007.

Bien que les chiffres officiels espagnols concernant le chômage suscite souvent des doutes, ils traduisent probablement avec une certaine exactitude les effets de la crise. Rien ne permet de penser que, quel que soit le biais qui puisse exister, il ait été différent au cours d'une période quelconque.

Qu'est-ce qui explique alors la discordance entre les données économiques et relatives au chômage d'une part et les données concernant la santé de l'autre ? Elle est due très probablement aux mécanismes de protection sociale. L'Espagne offre des services de santé gratuits lors de leur utilisation à l'ensemble de la population quelle que soit l'évolution de la situation économique. L'assurance obligatoire des travailleurs (« sécurité sociale ») a été instituée en 1943 et s'est développée depuis lors, pour finir par couvrir les indigents en 1989 et à atteindre une couverture universelle vers 1991.

Le transfert des services aux communautés autonomes, territoires régionaux dotés de gouvernements élus, garantit légalement un accès aux soins de santé pour tous et inclut un engagement à corriger les inégalités de santé. Les effets précis de la décentralisation sur le plan de la réduction des inégalités de santé restent mal définis. Une étude réalisée de 1980 à 2001, qui a utilisé l'espérance de vie à la naissance et la mortalité infantile comme indicateurs, révèle que la décentralisation n'a pas influé sur les rapprochements entre entités géographiques en matière de santé ou engendré des écarts. En effet, dans le cas de la mortalité infantile, certaines provinces dans lesquelles les indicateurs étaient initialement peu favorables ont amélioré leur situation, dépassant celles dont la situation initiale était meilleure. Cependant, on constate en définitive que les écarts se sont creusés. Selon les auteurs de cette étude, les conclusions de celle-ci « doivent être corroborées par d'autres études (...) reposant sur d'autres indicateurs ou sur des méthodologies différentes, mais elles constituent un premier pas vers la compréhension du lien complexe qui existe entre les résultats sur le plan de l'état de santé et la décentralisation territoriale, du moins dans des contextes institutionnels de couverture universelle et de financement du système de santé reposant sur l'impôt ».

Sources

Duran A et al. (2006). *Spain: Health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, Vol. 8, No. 4).

Freire Campo JM (2005). La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento [Couverture démographique du système national de santé : importance et défis de l'universalisation et de l'équité en matière d'assurance]. In: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible* [Un nouveau contrat social pour un système national de santé viable]. Barcelone, Ariel:61–99.

Montero-Granados R et al. (2007). Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980–2001). *Social Science and Medicine* 64:1253–1264.

SESPAS (2000). Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo [Rapport SESPAS 2000 : La santé publique face aux défis d'un siècle nouveau]. Grenade, Escuela Andaluza de Salud Pública (http://www.sespas.es/ind_lib04.html, accessed 22 July 2009).

40. Afin d'anticiper les risques, il sera capital d'effectuer des analyses régulières de la situation économique et sociale à l'échelon national et international, ainsi que des effets de cette situation sur la santé et les systèmes de santé. Dans de nombreux cas, les systèmes d'information existants des États membres pourraient ne pas être en mesure de fournir en temps voulu les renseignements sanitaires dont ont besoin les décideurs et les autres parties prenantes. Un réseau et un lieu d'échange virtuels, ainsi qu'un « téléphone rouge » financés par l'OMS sont en train d'être mis en place au niveau régional pour aider les ministères et les autres parties concernées à accéder à des informations et à des conseils pertinents. Par ailleurs, les ministères ou autres autorités responsables de la santé pourraient avoir besoin de fonctionner en mode « gestion de crise » et de mettre l'accent sur le recueil d'informations (y compris d'ordre non scientifique), d'analyser la situation régulièrement, de définir clairement des options stratégiques et de suggérer des mesures et des interventions anticrise.

41. Avec le peu d'informations disponibles, comme indiqué, il est difficile de prévoir avec une quelconque exactitude comment la population des États membres sera affectée. Cependant, l'expérience acquise lors de crises antérieures et les enseignements qui en ont été tirés aident à diriger l'attention vers des questions précises afin d'anticiper les difficultés, d'étudier les options possibles et de préparer des mesures anticrise. L'annexe 2 comprend un ensemble de recommandations assez générales en vue de susciter des idées que les États membres pourraient utiliser dans leurs propres contextes pour élaborer des propositions de programmes anticrise pour la santé et les systèmes de santé. On a utilisé ces idées pour faciliter les discussions avant la réunion qui s'est tenue à Oslo en avril.

Encadré 6. Royaume-Uni : enseignements tirés du rationnement mis en œuvre lors de la crise précédente – coûteuses économies ?

Lorsque les décideurs sont aux prises avec des difficultés budgétaires, ils sont souvent tentés de recourir à l'une des solutions à court terme suivantes, qu'il faudrait en réalité éviter.

Laissons les listes d'attente s'allonger. La réduction du volume des services en vue d'une diminution des coûts (variables) peut à court terme engendrer des économies souvent modestes mais ne permet généralement pas de maîtriser les dépenses à long terme. En effet, i) elle réduit l'efficacité, car moins de services sont fournis par unité de coûts fixes ; ii) lorsque les soins sont différés, il peut en résulter une aggravation de la maladie et donc une augmentation de coûts globale ; iii) les patients peuvent chercher à se faire soigner ailleurs, soit dans le secteur privé, soit à l'étranger, ce qui réduit à néant les économies ; iv) cela diminue fortement la satisfaction des patients et accroît donc les coûts de transaction ; v) il en résulte des réactions politiques négatives, ce qui entraîne une réorganisation ou une vaste réforme qui n'est peut-être pas vraiment nécessaire comme le montre la récente mise en question des « valeurs fondamentales » et des « briques élémentaires » du Service national de santé au Royaume-Uni.

Transiger sur la qualité. Si l'on n'offre pas une gamme complète de services médicaux essentiels dont l'efficacité est attestée par des informations factuelles solides (par exemple, traitement standard et protocoles de prise en charge coordonnée des affections), les dépenses ne sont pas réduites mais au contraire augmentées en raison d'effets différés sur la santé (erreurs médicales, par exemple) et de conséquences sur les soins de santé (par exemple, augmentation des taux de réadmission pour la même affection), sans compter de graves risques pour la santé du patient (infections iatrogènes, par exemple) et la santé publique (résistance aux antibiotiques), ainsi que la diminution de la confiance de la population dans le système.

Réduire les dépenses à tout va. Des réductions de dépenses décidées à mauvais escient sont inefficaces et néfastes, car elles sont axées sur les coûts et non la valeur, et risquent même d'être dangereuses. Peut-on songer à renoncer totalement à des travaux de rénovation ou d'entretien d'un hôpital au risque d'accroître les infections post-chirurgicales ? En outre, il est probable que de telles réductions des dépenses pénalisent les structures efficaces et ne permettent pas à celles qui ne le sont pas de réaliser de véritables économies.

Réduire les rémunérations. Il se peut que le niveau des rémunérations doive être adapté, mais il ne faut pas fortement réduire ces dernières, pour éviter le départ des meilleurs éléments et la démotivation de ceux qui restent. En outre, il en résulte à court terme une augmentation du nombre d'heures de travail pour ces derniers, une baisse de la productivité, une augmentation de l'absentéisme, etc. et, à plus long terme, la nécessité de recruter et de former de nouveaux salariés, de redonner le moral au personnel et d'améliorer les prestations.

Diminuer la formation. L'expérience montre que des réductions peu avisées de la formation non seulement compromettent la qualité et donc augmentent les dépenses globales, mais entraînent également des pénuries évitables lorsque la situation s'améliore et qu'il faut recruter plus de personnel, car cela entraîne une inflation des rémunérations à long terme.

Réduire la prévention. La réduction des dépenses de santé publique en vue d'une protection des services curatifs est toujours une erreur et peut être même désastreuse.

Source

Adapted from: NHS Confederation (2009). *Dealing with the downturn: The greatest ever leadership challenge for the NHS?* London (Future of leadership series, Paper 4).

42. Les recommandations présentées ci-après sont le résultat de la Conférence de haut niveau qui a eu lieu à Oslo les 1er et 2 avril 2009.

1. Distribuer la richesse dans un esprit de solidarité et d'équité

Les autorités sanitaires de l'Europe tout entière craignent que le système économique actuel ne distribue pas la richesse conformément aux valeurs de solidarité et d'équité, ce qui empêche une amélioration des résultats obtenus sur le plan de l'état de santé. Les dirigeants dans le domaine de la santé demandent des modifications du système économique qui favorisent une amélioration de la santé.

2. Accroître l'aide publique au développement pour protéger les plus vulnérables

Les pays pauvres sont les plus vulnérables à une détérioration de la santé en temps de crise. La crise actuelle ne doit pas inciter à réduire l'aide publique au développement mais plutôt à l'augmenter.

3. Investir dans la santé pour améliorer la prospérité ; protéger les budgets de santé

Investir dans la santé, c'est investir dans le développement humain, le bien-être social et la prospérité. Une meilleure santé accroît le bien-être. Des investissements dans la santé créent de la prospérité. Il faut protéger les budgets de santé, la couverture d'assurance maladie et l'emploi pendant toute la récession économique. Il faut incorporer des investissements liés à la santé et à l'environnement dans les plans de reprise économique.

4. « Chaque ministre est un ministre de la Santé »

Préconiser la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. Envisager les effets en matière de santé et de répartition de toutes les réformes politiques.

5. Protéger une santé publique efficace par rapport à son coût et les services de soins de santé primaires

Si l'on réduit les dépenses de santé, il faut :

- préserver les dépenses affectées aux programmes de santé publique ;
- préserver les dépenses affectées aux soins de santé primaires ;
- réduire les dépenses affectées aux services les moins efficaces par rapport à leur coût. Ces derniers figurent normalement parmi les services les plus coûteux qui ont la plus forte composante technologique dans les hôpitaux. Il convient de retarder les plans d'investissement relatifs aux installations coûteuses et favoriser l'utilisation des médicaments génériques.

6. « Plus d'argent pour la santé et plus de santé pour l'argent »

Affecter plus d'argent à la santé et obtenir plus de santé pour l'argent. Améliorer la qualité grâce à un suivi transparent et à une évaluation des performances. Renforcer la médecine fondée sur les preuves et veiller à ce que les services de santé soient plus sûrs.

7. Renforcer l'accès universel aux programmes de protection sociale

La crise doit être l'occasion de renforcer l'accès universel à des programmes de protection sociale d'une façon mieux coordonnée.

8. Assurer un accès universel aux services de santé

La crise doit être l'occasion d'assurer un accès universel aux services de santé. Il faut offrir des filets de sécurité sociaux aux groupes sociaux les plus vulnérables.

9. Favoriser des modalités universelles, obligatoires et redistributives de perception de recettes

Veiller à l'équité dans le financement des services de santé grâce à des modalités universelles, obligatoires et redistributives de perception de recettes.

10. Envisager d'augmenter les taxes sur le tabac, l'alcool, le sucre et le sel ou de taxer ces produits s'ils ne le sont pas

Envisager d'améliorer la santé de la population en adoptant des réformes de santé publique qui reposent sur des méthodes structurelles. Par exemple, il est possible d'augmenter les taxes sur le tabac, l'alcool et les produits contenant beaucoup de sucre ou de sel. Cela pourrait contribuer à financer le système de protection sociale, tout en ayant des incidences positives sur la santé publique.

11. Améliorer la formation des professionnels de santé et assurer un recrutement conforme à l'éthique

Même en période de crise, nous devons tenir compte des pénuries actuelles de personnel de santé et du fait que, dans l'avenir, nous aurons besoin de plus de professionnels de santé. Il faut développer la formation des professionnels de santé de façon appropriée, notamment sur le plan local. La crise est une occasion d'attirer de nouveaux professionnels de santé. Il faut continuer à soutenir l'élaboration d'un code de recrutement éthique sur les plans intersectoriel et international.

12. Favoriser une participation active de la population à la conception de mesures visant à atténuer les effets de la crise économique sur la santé

Les autorités de santé demandent une plus grande consultation de la population et sa participation accrue à la définition de décisions relatives à la crise, à leur mise en œuvre et à la surveillance de leur exécution. La participation de la population peut être directe (débats publics, consultations) ou indirecte, via des organisations représentatives, des associations et des syndicats.

Bibliographie³

European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2009). *Interim forecast, January 2009*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim_forecast_jan_2009_en.pdf).

Direction générale de la Commission européenne pour l'Emploi, les affaires sociales et l'égalité des chances (2009). *Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2009*. Bruxelles, Commission européenne (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_fr.htm#2009).

Organisation internationale du travail (2009). *Tendances mondiales de l'emploi – Janvier 2009*. Genève, Organisation internationale du travail (<http://labordoc.ilo.org/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?v1=1&ti=1,1&Search%5FArg=Tendances%20mondiales%20de%20l%27emploi&SL=None&Search%5FCode=TALL&CNT=30&PID=RNwZKNA1e3RfiMM-BIER0P1AQ&SEQ=20090629103603&SID=4>).

Fonds monétaire international (2009). *Perspectives de l'économie mondiale, Diffusion 28 janvier 2009*. Washington DC.

International Monetary Fund (2009). *Regional Economic Outlook: Europe, addressing the crisis, May 2009*. Washington DC.

Fonds monétaire international (2009). *Rapport sur la stabilité financière dans le monde, actualité des marchés, 28 janvier 2009*. Washington DC.

International Organization for Migration (2009). *The impact of the global financial crisis on migration*. Geneva (http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/policy_documents/policy_brief_jan2009.pdf).

World Bank (2009). *EU 10 Regular economic report*. Washington DC.

Organisation mondiale de la santé (2009). *La crise financière et la santé dans le monde. Rapport d'une consultation de haut niveau, 19 janvier 2009*. Genève.

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2008). *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*. Copenhague (http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2008/20080627_1?language=French).

Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26 (4):972–983.

³ Tous les sites Web ont été consultés le 22 juillet 2009.

Annexe 1

Vue d'ensemble de la situation dans la Région européenne de l'OMS

La présente annexe constitue une synthèse des derniers développements liés à la crise économique et financière mondiale dans la Région européenne de l'OMS depuis le moment où la situation a commencé à se dégrader, en 2008. Elle vise à présenter les diverses évolutions et tendances relatives aux secteurs ayant le plus d'influence sur la santé et se base sur une série d'exemples fournis par les États membres, ainsi que sur des informations disponibles publiquement en février 2009.

Cette annexe est divisée en deux parties. La première, consacrée aux aspects économiques et sociaux, rend compte des évolutions observées en matière de croissance économique, de dette publique, de monnaies, d'emploi et d'incidences sociales, et présente de manière synthétique les réactions des gouvernements enregistrées à ce jour. La seconde partie aborde l'aspect « secteur de la santé » et plus particulièrement le financement du secteur, les ressources des systèmes de santé, et la fourniture et l'utilisation des soins de santé.

Cette annexe fait usage des données les plus récentes disponibles au niveau international, avec les réserves suivantes : premièrement, elle ne vise pas à faire une analyse exhaustive de la situation. Deuxièmement, il existe des différences notables entre les données économiques et d'emploi présentées par les gouvernements et celles disponibles auprès des sources internationales. Troisièmement, les données présentées n'ont été validées ni par l'OMS ni par ses États membres. Au vu de l'évolution rapide de la situation et en l'absence de validation statistique, il est par conséquent recommandé d'utiliser avec prudence toutes ces informations.

Aspects économiques et sociaux

Tendances en matière de croissance économique

La croissance économique a connu un ralentissement considérable dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS, où la plupart des pays sont entrés en récession au cours du quatrième trimestre 2008.

Dans de nombreux pays de la Région, la production industrielle baisse à la suite de la contraction de la demande intérieure et extérieure. Certains secteurs sont plus affectés que d'autres : l'industrie automobile est en difficulté dans de nombreux pays d'Europe occidentale et centrale, notamment en Allemagne, en France, en Italie, au Portugal, en République tchèque, en Slovaquie et en Suède ; le marché immobilier s'est sensiblement détérioré au Danemark, en Espagne, en France, en Islande, au Royaume-Uni et en Suède ; et l'essor qu'avait connu le secteur de la construction au cours de la décennie écoulée et qui avait contribué à la forte croissance économique, s'est aujourd'hui inversé dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale, au nombre desquels l'Arménie, la Géorgie, la Hongrie, la Pologne et la République tchèque.

Au cours des six derniers mois, les prévisions internationales en matière de croissance du produit intérieur brut (PIB) pour 2009 ont été continuellement revues à la baisse dans la majorité des pays de la Région (Economist Intelligence Unit, 2009). L'Islande et la Lituanie ont été particulièrement touchées, l'économie de ces deux pays ayant subi un ralentissement de 12 % ; on s'attend également à une décroissance importante en Estonie, en Irlande et en Lettonie (tableau 1).

Dettes publiques et déficits publics

La crise économique et financière a (et continuera probablement à avoir) des effets majeurs sur les finances publiques de nombreux pays d'Europe. Premièrement, la baisse de la croissance et la chute des prix des produits de base affectent les recettes des États. Deuxièmement, les gouvernements consentent des efforts extraordinaires pour soutenir le secteur financier, que ce soit via des injections de capital, le rachat d'actifs, l'octroi de lignes de crédits à des établissements financiers ou la garantie du passif du secteur financier. Troisièmement, les gouvernements ont pris des mesures budgétaires de relance qui mettent en danger leur équilibre budgétaire et contribuent à l'accroissement de leur dette, une constatation valable pour les pays à revenu élevé comme à revenu intermédiaire (Fonds monétaire international, 2009a).

De toute la Région européenne de l'OMS, l'Italie est actuellement le pays dont le ratio de la dette publique sur le PIB est le plus important (plus de 100 %). Elle est sur ce plan suivie de la Grèce, de la France, de la Belgique, d'Israël, de la Norvège et de la Hongrie. On estime qu'au moins 12 pays auront une dette publique représentant plus de 60 % de leur PIB en 2009, notamment en raison des engagements financiers qu'ils auront pris pour faire face à la crise. En Islande, la dette publique devrait dépasser les 100 % du PIB en 2009. Cette évolution de la dette publique aura des effets à long terme sur les dépenses publiques de nombreux pays d'Europe, notamment en matière de santé.

Selon les prévisions de la Commission européenne, le déficit public de l'Union européenne (UE) devrait plus que doubler en 2009, passant de 2 % du PIB en 2008 à 4,5 % en 2009. Plusieurs États membres devraient continuer à dépasser la valeur de référence de 3 % du PIB en 2009 (Commission européenne, 2009).

Dynamique monétaire

La dépréciation considérable des monnaies de certains pays d'Europe centrale et orientale provoque la hausse des prix des biens liés à la santé, notamment les produits alimentaires, les dispositifs médicaux et les produits pharmaceutiques. Cette dépréciation touche l'Albanie, l'Arménie, la Fédération de Russie, la Hongrie, le Kazakhstan, la Pologne, la Roumanie et la Serbie. À titre d'exemples, depuis 2008, le zloty polonais a perdu environ 30 % de sa valeur par rapport à l'euro et la hryvnia ukrainienne, 60 % par rapport au dollar américain. On observe un phénomène similaire en Islande et au Royaume-Uni.

Effets sur le marché du travail et en matière sociale

Le chômage est en hausse dans la plupart des pays de la Région européenne de l'OMS.

De nombreuses entreprises ferment ou réduisent considérablement leurs activités, mais ce sont le secteur de la construction et l'industrie manufacturière qui enregistrent la majeure partie de la baisse de l'emploi, les hommes étant plus touchés que les femmes. La Belgique fait état de près de 3 000 faillites rien qu'au cours du dernier trimestre 2008, tandis qu'en Croatie, 30 000 personnes ont perdu leur emploi au cours des deux premiers mois de l'année 2009. Par ailleurs, en Serbie, on rapporte un nombre croissant de licenciements dans les secteurs dépendant des exportations (production alimentaire, caoutchouc et plastiques, métaux et produits chimiques).

D'après Eurostat (2008) (Office statistique des Communautés européennes), l'UE comptait 17,2 millions de chômeurs (7,1 % de la population active) en octobre 2008, soit plus d'un demi-million de plus qu'en juillet de la même année. Les hausses les plus marquées et les plus rapides ont été observées en Estonie (dont le taux de chômage est passé de 4,1 à 7,5 %) et en Espagne (de 8,5 à 12,8 %). La France a en outre perdu plus de 80 000 emplois lors du dernier trimestre 2008, sans parler des coupes sombres en matière de travail temporaire.

On estime qu'en 2009, le taux de chômage devrait approcher ou dépasser 12 % dans les pays suivants : Albanie, Croatie, Espagne, Géorgie, Irlande, Lettonie et Turquie, et dépasser 9 % en Allemagne, en France, en Pologne et au Portugal. Selon l'Unedic, l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, la disparition de 450 000 emplois est à craindre rien qu'en France. Dans certains pays comme l'Autriche, le Portugal ou la Suède, le chômage touche plus durement les jeunes et les personnes âgées et est particulièrement élevé parmi les personnes n'ayant terminé que l'enseignement de base.

En Bosnie-Herzégovine, le taux de chômage approche 30 %, alors qu'il est de 33 % dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et de 17 % en Serbie. Dans ce dernier pays, le chômage des jeunes touche surtout les plus qualifiés, et environ 50 % des jeunes femmes sont sans emploi. L'ampleur du chômage est probablement sous-estimée dans certains pays d'Europe orientale, où nombreuses sont les personnes qui ne déclarent pas la perte de leur emploi ou sont envoyées en congé sans solde. En Serbie toujours, on note une forte augmentation du nombre d'indépendants, un segment de la population considéré comme plus susceptible de s'appauvrir que les employés du secteur public.

On assiste également à une chute du niveau moyen des salaires dans la Région européenne de l'OMS. Les salaires réels ont baissé de 10 % en Islande et l'État estonien a réduit de 7 % la rémunération de ses fonctionnaires. La Hongrie a également diminué les salaires de ses fonctionnaires, ainsi que les prestations de retraites. La Roumanie fait état de baisses de salaires pour la première fois depuis l'an 2000. En Irlande, les coupes salariales dans le secteur public ont fait l'objet de protestations mais restent envisageables ; elles sont probables en Albanie, au Bélarus, en Bosnie-Herzégovine et en Lettonie. Les possibilités d'emploi pour les travailleurs immigrés devraient se raréfier dans les pays comme la Fédération de Russie, qui accueille régulièrement des travailleurs saisonniers provenant d'Arménie, d'Azerbaïdjan, du Bélarus, de la République de Moldova et d'Asie centrale.

En Pologne et dans de nombreux autres pays d'Europe centrale, l'émigration professionnelle baisse et le retour des émigrés vers l'emploi qu'ils détenaient dans leur pays d'origine pose problème en raison de l'étroitesse du marché du travail (Banque mondiale, 2008a).

Depuis la crise financière, de nombreux pays de la Région ont du mal à atteindre leurs objectifs en matière de réduction de la pauvreté. Selon la Banque mondiale, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan font partie des 40 pays les plus vulnérables à une hausse du taux de pauvreté liée à la crise financière (Banque mondiale, 2009). En Serbie, la paupérisation de la population et la part importante de celle-ci vivant sous le seuil de pauvreté sont particulièrement inquiétantes. Le pays doit également faire face à un nouveau phénomène : la progression de la pauvreté urbaine. En Slovaquie, le nombre de pauvres (c'est-à-dire, selon la définition nationale, toute personne dont les revenus sont inférieurs à 221,70 euros par mois) a augmenté d'environ 10 % depuis novembre 2008, passant de 40 450 personnes à 44 340 personnes, soit plus de 2 % de la population. L'Islande, quant à elle, a connu en termes de richesse l'une des chutes les plus vertigineuses de la Région.

La hausse du chômage, la dégradation des conditions de vie et de travail ainsi que le mécontentement de la population concernant les initiatives des gouvernements pour faire face à la crise risquent de provoquer des troubles dans l'ensemble des États membres de la Région européenne de l'OMS.

Tableau 1. Perspectives macroéconomiques¹

Pays	Croissance du PIB (évolution en %)		Dette publique (% du PIB)		Chômage (%)	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Année	(b)	(c)	(a)	(b)	(a)	(b)
Référence ²	(b)	(c)	(a)	(b)	(a)	(b)
Albanie	6	4	51,2		12,5	12,0
Allemagne	1,3	-2,4	64,2	69,8	7,8	9,2
Andorre						
Arménie	6,8 (a.)	1,1			6,3	
Autriche	1,6	-1,6	60,3	62,1	3,8	4,3
Azerbaïdjan	10,8	2,5	5,9	7,1	0,8	1,0
Bélarus	8,1	10,3			1,6	
Belgique	1,2	-2,0	85,7	88,2	7,9	7,8
Bosnie-Herzégovine	5,0	1,5	40,0	43,0	29	
Bulgarie	5,4	-0,6	14,9	16,5	6,3	6,9
Chypre	3,5	1,0	49	48	3,8	4,1
Croatie	2,2	0,4	48,9		13,7	14,9
Danemark	-0,9	-2,5	23,2	25,4	1,9	3,7
Espagne	1,1	-2,9	39,9	51,9	11,3	14,8
Estonie ³	-2,8	-5,0	4,3	5,8	5,3	7,3
Ex-République yougoslave de Macédoine	4,9	1,0	29		33,5	35
Fédération de Russie	5,6	-2,0	6,7	12,5	6,3	8,0
Finlande	1,6	-1,3	32,5	38,9	4,1	1,2
France	0,7	-2,5	65,4	71,0	7,4	9,0
Géorgie	7,0	2,5	29 ³	27,4 ³	13,6	14,0 ³
Grèce	1,1	-1,8	93,4	96,5	7,8	8,6
Hongrie	0,4	-3,0	68,6	69,3	7,8	8,5
Irlande	-2,8	-4,8	31,8	48,2	6,9	11,9
Islande	-3,5	-12,3	29	109	1,8	8,7
Italie	-0,6	-2,5	105,4	110,3	6,7	8,5
Israël	4,1	0,4	79,7	83,9	6,1	7,6
Kazakhstan	3,2	0,3	9,0	15,7	6,6	7,6
Kirghizistan	8,5	7,6	52,2	47,2	18	
Lettonie	-4,6	-12,0	14,0	36,0	5,3	13,0
Lituanie ³	3,2	-8,0	12,8	12,9	4,5	8,6
Luxembourg	0,6	-2,8	6,5		4,7	6,8
Malte	2,5				6,4	
Monaco						
Monténégro	6,5	2,0	26,8	32 ³	14,7	
Norvège	1,5	-1,0	67,6	88,8	2,6	4,0
Ouzbékistan ³	8,6	2,5	13,5	13,7	0,9	1,2
Pays-Bas	2,0	-2,1	41,7	43,6	4,0	5,2
Pologne ³	4,8	0,7	44,8	45,8	9,8	10,4
Portugal	0,3	-2,0	64,5	69,1	8,9	9,1
République de Moldova	7,2	-1,0	21,9	28,8	1,5	2,6
République tchèque	3,5	-2,0	27	30,2	5,4	7,3
Roumanie	7,7	-1,8	14,1	15,4	4,4	7,6
Royaume-Uni	0,7	-3,6	52,6	62,8	5,7	8,0
Saint-Marin						
Serbie	5,4	0,0	38,0	35,0	17,6	20,3
Slovaquie	6,8	2,0	35,3	37,9	7,7	9,0
Slovénie	4,0	0,5	23,0	28,5	6,7	8,1

¹ Ce tableau fait usage des informations les plus récentes disponibles au niveau international, mais il existe en termes d'économie et d'emploi des différences notables entre les données provenant des sources nationales et celles disponibles auprès des sources internationales. Les données contenues dans le tableau 1 ne sont pas nécessairement représentatives de la position de l'OMS.

² Economist Intelligence Unit. Country Report February 2009 (ou dernière version disponible) ; a – données réelles ; b – estimations ; c – prévisions.

³ Données provenant de sources nationales.

Pays	Croissance du PIB (évolution en %)		Dettes publiques (% du PIB)		Chômage (%)	
Suède	0,5	-2,1	37,1	42,4	6,3	7,9
Suisse	1,8	-1,8	44,0	44,8	2,6	4,1
Tadjikistan	5,8	2,5			2,4	
Turkménistan	3,0	2,0			33,5	35
Turquie	1,5	-1,5	39,6	40,3	10,2	11,0
Ukraine	2,1	-6,0	10,0	11,4	3,0	4,0

Réactions des gouvernements

Au niveau mondial, l'ensemble des mesures financières prises pour faire face à la crise sont estimées à une valeur totale de 2 800 milliards de dollars des États-Unis. De nombreux pays d'Europe occidentale, notamment l'Allemagne, la Belgique et la Suède, ont apporté un soutien financier immédiat à leurs banques, sous la forme de garanties de crédit ou de mesures de stabilisation visant à résoudre les problèmes de liquidité du secteur. La Suède, qui a connu le rétablissement de ses établissements financiers après une crise vécue au début des années 1990 (encadré 1), se base sur son expérience.

Encadré 1 : Suivre l'exemple de la résolution de la crise bancaire suédoise de 1992

En 1992, la Suède a connu une crise bancaire qu'elle a correctement gérée en transférant les actifs douteux à un organisme de surveillance indépendant chargé de les liquider et de résorber les dettes du secteur. Après la crise, l'État suédois a récupéré les sommes investies en revendant les actifs qu'elle avait nationalisés. L'expérience suédoise est considérée aux États-Unis comme un modèle pour l'élaboration des plans visant à résoudre la crise financière (Dougherty, 2008).

La plupart des pays d'Europe occidentale ainsi que plusieurs pays d'Europe centrale et orientale ont pris des mesures de soutien à l'économie, lesquelles représentent 0,3 % du PIB en Italie (où des mesures supplémentaires sont encore attendues), 1,3 % du PIB jusqu'en 2010 en France, 3,4 % du PIB jusqu'en 2010 en Allemagne et 1,5 % du PIB au Royaume-Uni (Fonds monétaire international, 2009b). Le poids de ces mesures s'élève à 1,5 % du PIB en Azerbaïdjan, à 2 % en République tchèque et à pas moins de 15 % au Kirghizistan. Le plan kirghize comprend des mesures à court terme en matière de sécurité alimentaire, d'énergie, de politique sociale et de financement du secteur de la santé. Chypre s'est engagée à consacrer 1 % de son PIB à un ensemble de mesures de relance économique. La Serbie, de son côté, a débloqué 1,2 milliard d'euro à cet effet (environ 0,5 % de son PIB).

Les mesures prises visent pour la plupart à soutenir les investissements publics, l'emploi et le crédit ainsi qu'à stimuler la consommation des ménages, en particulier à l'aide de réductions fiscales (y compris en matière d'impôt sur le revenu et de sécurité sociale). Les pays de l'UE-10⁴ ont immédiatement pris des mesures visant à assurer la liquidité de leurs établissements financiers (Banque mondiale, 2008a), mais leur capacité financière à investir dans des plans de relance économique est plus limitée. À ce niveau, les plans élaborés par l'Allemagne, la Hongrie et la République tchèque prévoient la réduction des cotisations d'assurance maladie versées par les employeurs (Hongrie) ou par les salariés (Allemagne, République tchèque). La Finlande a adopté des réductions fiscales d'ordre général afin de stimuler l'emploi, tandis que la France, la Grèce et Israël ont adopté des diminutions d'impôts pour les groupes de population à revenu faible ou moyen. La Pologne a décidé de créer un fonds de solidarité financé par l'augmentation des accises sur l'alcool et les importations automobiles. Les destinataires des prestations ainsi financées seront

⁴ Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie et Slovénie.

probablement les groupes les plus vulnérables de la population. La Slovénie, quant à elle, a décidé d'accroître ses accises sur l'alcool, le tabac et le carburant.

Le plan italien, plus modeste en termes de dépenses en raison des inquiétudes du gouvernement face à son déficit public, est un bon exemple de plan visant les groupes vulnérables (encadré 2).

Encadré 2 : Un plan de soutien économique aux populations vulnérables et à certains groupes en Italie

Le plan italien comprend une série de mesures destinées aux familles et individus à faible revenu, comme la création d'un fonds de garantie pour les couples avec enfants en bas âge, des allocations familiales supplémentaires, des aides à l'achat de lait et de couches, des aides à la location, un gel de la hausse des tarifs ferroviaires régionaux ainsi que des péages autoroutiers. Concernant le volet de l'emploi, 1,2 milliard d'euros ont été affectés au soutien des instruments de protection sociale et des incitations fiscales ont été octroyés aux professeurs et aux chercheurs travaillant à l'étranger et décidant de rentrer en Italie.

Les experts en écologie ont commencé à préconiser que les frais encourus dans le cadre des mesures de soutien soient liés à « l'économie verte », ce qui permettrait de réduire les émissions de carbone tout en atteignant une série d'objectifs à court terme (créer des emplois, aider les ménages à se loger et à faire face à la volatilité du prix de l'électricité) comme à plus long terme (soutenir l'emploi de manière durable, réduire les émissions de gaz à effet de serre, accroître l'efficacité énergétique, promouvoir les exportations des « industries vertes »). Les émissions de gaz à effet de serre auront des effets à long terme sur la santé. En 2007, l'UE a étendu les engagements qu'elle avait pris dans le cadre du Protocole de Kyoto à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, acceptant de réduire ses émissions de gaz à effet de serre de 20 % par rapport à 1990 d'ici 2020 ; de faire passer à 20 % de son bouquet énergétique global la part des sources d'énergie renouvelable d'ici 2020 ; et d'améliorer son efficacité énergétique de 20 % d'ici 2020 (Banque mondiale, 2009). À ce jour, il n'existe aucune information sur un éventuel report de mise en œuvre de ces projets suite à la crise économique.

Le Programme des Nations Unies pour l'environnement considère les plans de relance chinois et sud-coréen comme les plus avancés en termes écologiques (PNUE, 2009). Environ 13 et 7 % du volume financier des plans de relance allemand et britannique, respectivement, sont affectés aux activités liées à l'environnement.

Mesures internationales de soutien aux gouvernements

Le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale et l'UE ont octroyé une aide rapide d'un montant de 20 milliards d'euros à la Hongrie, qui continuera également à recevoir jusqu'en 2013 des fonds européens destinés au financement de plusieurs programmes de santé publique (cancer, maladies cardiovasculaires, santé infantile), du développement des prestations de soins de santé (médecine générale, soins ambulatoires) et de l'informatisation. La Lettonie a reçu une aide similaire d'un montant de 7,5 milliards d'euros.

L'octroi d'une aide à la Roumanie est actuellement à l'étude et, en raison de la crise financière, la coopération internationale s'est également intensifiée en Bosnie-Herzégovine, où l'UE prévoit d'injecter 40 millions d'euros pour soutenir les PME et le développement des infrastructures. La mise en œuvre des projets en cours financés par la Banque mondiale va également s'accélérer, tandis que les négociations relatives à de nouveaux projets et les consultations avec les autres institutions financières internationales vont s'intensifier.

L'Arménie a reçu une aide de 35 millions de dollars visant à soutenir l'emploi dans les zones rurales par la construction de routes et l'investissement dans les infrastructures (Banque mondiale, 2009).

L'Ukraine et le FMI se sont accordés sur l'octroi d'un prêt de 16 milliards de dollars devant couvrir les insuffisances de financement que connaît actuellement le pays. La Serbie recevra aussi un prêt du FMI, d'un montant de 518 millions de dollars, et cherchera à obtenir d'autres aides internationales afin de limiter la croissance de son déficit budgétaire. Le Bélarus recevra un prêt à 15 mois d'un montant de 2,46 milliards de dollars, l'Islande a obtenu le soutien du FMI sous la forme d'un prêt de 2,1 milliards de dollars et la Géorgie a demandé l'aide financière de plusieurs institutions.

Bien qu'un certain nombre de mesures aient été prises afin de soutenir individuellement les pays dans le besoin, il est également clair que les transferts internationaux de fonds effectués par des immigrants diminueront dans l'avenir.

Aspect « secteur de la santé »

Financement du secteur de la santé

Budgets des États et des soins de santé

Une révision à la baisse du budget de l'État en 2009 et au-delà est à prévoir dans de nombreux pays en raison de la réduction des recettes.

La Belgique, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie, le Portugal, la République tchèque et la Slovaquie ont déjà annoncé la révision de leur budget suite à l'enregistrement de recettes inférieures aux prévisions. L'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie et la Roumanie ont également annoncé des coupes budgétaires ou leur intention de réduire les dépenses dans le secteur des soins de santé afin d'équilibrer leur budget. L'Ukraine maintient son budget santé au niveau de 2008 malgré une inflation de 21 % et une dépréciation de sa monnaie en 2008. Le Monténégro a réduit ses dépenses dans le domaine de l'assurance maladie d'environ 3 %, en partie via une diminution de la couverture de base relative aux soins primaires (essentiellement la prise en charge des frais liés aux soins dentaires), suite à la poursuite de la réforme de son système de soins de santé. Des ajustements budgétaires sont également attendus au Bélarus, en Bulgarie et en République de Moldova, ainsi qu'en Azerbaïdjan, bien que dans le cas de ce dernier pays, on espère que le Fonds pétrolier d'État compensera les éventuelles baisses de recettes et que le budget des soins de santé restera une dépense prioritaire.

Certains pays avaient initialement prévu d'augmenter leur budget en 2009 : c'était notamment le cas de l'Arménie (qui avait annoncé une hausse d'environ 20 %), de l'Albanie (environ 4,7 %), de la Géorgie (environ 21 %), de la Lituanie (13 %) et de la République de Moldova (30 %), ainsi que de l'ex-République yougoslave de Macédoine, du Kirghizistan et de la Turquie. Malheureusement, la plupart de ces budgets ont été établis sur la base de prévisions de recettes et de dépenses qui ont depuis lors radicalement évolué. Nul ne peut dire si ces augmentations seront maintenues, sachant que certains des pays précités n'engrangeront que la moitié des recettes attendues lors de l'élaboration des projets budgétaires.

Mesures prises face au problème du financement des systèmes de santé

Selon la nature de leur système de santé, les pays d'Europe occidentale semblent actuellement étudier différentes possibilités pour contrer les baisses de recettes et faire face aux déficits prévus, allant de l'augmentation des subventions aux régimes d'assurance maladie à l'adoption de nouvelles formules de distribution des financements régionaux en passant par la limitation des dépenses de santé. Face à la crise, la décentralisation du financement du système de santé,

par exemple en Suède ou en Italie, nécessitera peut-être des ajustements en termes de transfert des fonds depuis le centre et de redistribution entre les régions (encadré 3).

Encadré 3 : Compenser la diminution du financement des soins de santé au niveau régional en Suède et en Italie

En Suède, la majeure partie des dépenses de santé est supportée par les municipalités et les comtés, dont les impôts locaux sont la principale source de recettes. La plupart des comtés avaient déjà décidé d'augmenter leurs impôts en 2008. D'après les budgets approuvés et en tenant compte de la révision à la baisse des recettes courantes prévues, ceux-ci devraient subir des déficits budgétaires en 2009, lesdites baisses étant plus importantes qu'initialement prévu en 2008. Les déficits en question devant être rattrapés l'année suivante, l'évolution de la situation en 2010 sera déterminante et il importera de vérifier comment les comtés et municipalités parviennent à rééquilibrer leur budget. Il sera également essentiel d'observer la propagation des risques financiers de comté à comté et de ne pas perdre de vue les différentes options en matière de gestion de ces risques.

En Italie, certaines régions se sont vues octroyer des ressources supplémentaires destinées à financer leur budget santé. Le pays a également commencé à appliquer de nouvelles normes visant à faire en sorte que les régions ne dévient pas des objectifs nationaux en matière de santé.

La République tchèque a abaissé le niveau des cotisations au régime d'assurance maladie, une voie qu'étudie également la Hongrie et qui avait déjà été adoptée par le Monténégro en 2007, année où le pays a ramené le niveau des cotisations d'assurance maladie de 12 à 10,5 %. Les États allemand et autrichien ont décidé de subventionner le déficit croissant de leur système d'assurance maladie (encadrés 4 et 5).

Encadré 4 : Mesures visant à compenser la chute des recettes du régime d'assurance maladie en Autriche

Les caisses d'assurance sociale autrichiennes ont annoncé un déficit cumulé d'environ 1,2 milliard d'euros en 2008, et plusieurs d'entre elles s'attendent à un déficit supplémentaire en 2009 en raison d'une nouvelle croissance des dépenses et de la baisse des recettes provoquées par le ralentissement économique actuel. Le gouvernement prévoit d'augmenter ses subventions à partir de 2010 (pour un montant total de 450 millions d'euros) et de dégager 100 millions d'euros par an pour un fonds structurel dont les recettes seront redistribuées aux caisses d'assurance maladie en fonction de leur efficacité.

Encadré 5 : En Allemagne, un nouveau fonds centralisé donne au gouvernement plus d'influence sur l'assurance maladie

En Allemagne, la crise a coïncidé avec la création, au 1^{er} janvier 2009, d'un nouveau fonds centralisé qui rassemble au niveau fédéral l'ensemble des cotisations d'assurance maladie. Un taux commun (15,5 % du revenu brut plafonné à un certain niveau) avait été fixé au départ, mais les recettes prévues, calculées en octobre 2008 à l'aide des chiffres de 2007, ont été revues à la baisse afin de refléter la diminution de la masse salariale totale, des salaires moyens et de l'emploi. Le deuxième plan de relance prévoit l'injection fiscale de financements supplémentaires visant à ramener le taux des cotisations à 14,9 %. L'emprunt d'État devant servir à subventionner le régime d'assurance maladie sera progressivement augmenté, pour atteindre 14 milliards d'euros en 2012 (ministère fédéral allemand de la Santé, 2009). La création du fonds centralisé facilite le suivi des recettes d'assurance maladie et augmente les possibilités d'effectuer des transferts au départ des sources taxées ; la crise financière pourrait bien constituer une phase de test importante dans sa mise en œuvre.

La couverture des services et des différents groupes de population sera fortement affectée par la crise : certains pays ont prévu de l'étendre, d'autre de la réduire. La Géorgie, par exemple, a étendu son Programme d'assistance médicale (un système de chèques-santé entièrement subventionné et couvrant un ensemble de services de soins de santé essentiels dont la liste est établie par le gouvernement) à 200 000 personnes supplémentaires vivant sous le seuil de pauvreté. La Slovénie a lancé en janvier 2009 une prise en charge des cotisations d'assurance maladie par l'État pour les groupes de population vulnérables. La Serbie, à l'inverse, risque de devoir éliminer la couverture prise en charge par l'État de certains groupes de population vulnérables en raison de difficultés financières, même si le ministère de la Santé continue à appliquer son plan d'action visant à protéger la santé de sa population rom, qui est l'un de ses groupes les plus vulnérables. La République de Moldova examine en ce moment la possibilité de revoir la participation de l'État aux cotisations d'assurance maladie afin de mieux cibler les groupes les plus vulnérables.

Il reste une inquiétude particulière, qui concerne le rôle du financement privé dans la compensation des déficits des systèmes de santé publics. Certes, au Portugal, il a été proposé au niveau politique de réduire voire de supprimer totalement la participation des malades aux soins hospitaliers et aux urgences, et la Slovénie étudie la possibilité de réduire la participation des utilisateurs des services de soins de santé en général, mais dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, les sources de financement privées augmenteront. L'Estonie, par exemple, a commencé à appliquer une politique de maîtrise des dépenses qui comprend une compression des dépenses dans l'administration publique et une diminution des indemnités de maladie. Elle a par ailleurs commencé à soumettre les produits pharmaceutiques à la TVA. La Hongrie envisage de relever son taux de TVA et ses accises. La Croatie prévoit d'alourdir la participation des patients au coût des produits pharmaceutiques (encadré 6). La Lettonie augmente ou introduit la participation privée aux soins de santé primaires et secondaires ainsi que le ticket modérateur pour les médicaments. La Géorgie, quant à elle, lance un système d'assurance maladie volontaire et subventionné par l'État (encadré 7).

Encadré 6 : L'État croate prévoit d'augmenter la partie des frais de soins de santé à charge des patients ainsi que les honoraires à la prescription et de promouvoir les assurances complémentaires

Dans le but de réduire le déficit de son système de sécurité sociale, le gouvernement croate prévoit d'augmenter le ticket modérateur pour les médicaments et la participation des patients aux frais de soins de santé dans une proportion pouvant aller jusqu'à 20 % et de promouvoir la souscription d'assurances maladie complémentaires. Certains groupes de population, en particulier les personnes vulnérables ou socialement démunies, en seront toutefois exemptés. Les frais supplémentaires s'appliqueront donc aux participants au régime d'assurance maladie ne disposant pas d'une couverture publique supplémentaire. Les primes liées à cette dernière, basées sur le revenu, vont s'alourdir. Ce plan d'action doit néanmoins faire face à la résistance de certains partis d'opposition ainsi que d'environ la moitié des médecins généralistes du pays, qui craignent que la hausse des honoraires à la prescription et des primes d'assurance maladie complémentaire n'incite les patients à renoncer aux soins dont ils auraient besoin.

Encadré 7 : Système d'assurance maladie privé subventionné par l'État en Géorgie

En mars 2009, la Géorgie a lancé un système d'assurance maladie volontaire subventionné par l'État qui couvre les soins d'urgence ainsi qu'une série de prestations de soins de santé primaires. Elle s'adresse aux citoyens géorgiens de 3 à 60 ans et est distribuée par des compagnies d'assurance maladie privées. L'État prend en charge les deux tiers de sa prime.

Ressources du secteur des soins de santé

Ressources humaines

En matière de ressources humaines pour la santé, le tableau est très varié. Dans de nombreux pays d'Europe occidentale, le secteur de la santé est l'un des rares à avoir vu le nombre de ses professionnels s'accroître en 2008. La région autrichienne du Tyrol, par exemple, mentionne pour 2008 une hausse de 10 % du taux d'emploi des professionnels de santé, et l'Allemagne signale une augmentation globale du taux d'emploi dans ce secteur (33 000 nouveaux salariés, + 3,2 %). L'agence fédérale allemande pour l'emploi note toutefois une tendance à la hausse du taux de chômage parmi les médecins, les dentistes et d'autres professionnels de santé depuis novembre 2008 (données non désaisonnalisées).

Concernant la hausse du niveau de revenus des professionnels de santé, les mesures varient. La Bulgarie et la Hongrie ont gelé les salaires de ceux-ci au ministère de la Santé et dans les hôpitaux publics, et la Hongrie a même annoncé une légère baisse des salaires des professionnels de santé dont les revenus dépassent un certain seuil, alors que la Finlande et la Grèce ont augmenté les niveaux de salaires des travailleurs de la santé suite à un accord avec les syndicats. De même, la rémunération des professionnels de santé en Roumanie devrait s'accroître de 7 % (Economist Intelligence Unit, 2009). La Slovénie, enfin, met en application une hausse des salaires des professionnels de santé qui avait été décidée avant la crise et qui, d'après les estimations, devrait maintenant peser sur le budget de la sécurité sociale.

Prestataires de soins de santé

Rien ne semble pour l'instant indiquer que la crise financière ait provoqué une réduction de la capacité des prestataires de soins. La Lettonie examine en ce moment la possibilité de diminuer sa capacité hospitalière en milieu rural, mais ce projet fait l'objet d'une opposition considérable.

Face à la crise, le Portugal devrait normalement poursuivre les réformes qu'il a entreprises et qui affectent les prestataires de soins de santé primaires, secondaires et de longue durée, celles-ci étant censées engendrer des économies budgétaires (ministère portugais des Finances et de l'Administration publique, 2009). La plupart des pays de la Région prévoient de continuer à appliquer leurs programmes de réforme de leur système de santé malgré la crise.

Plusieurs plans de relance mis en œuvre en Europe occidentale (notamment les plans allemand, danois et français) portent avant tout sur une stimulation des investissements publics dans l'infrastructure, ce qui est susceptible de permettre des investissements dans des établissements de santé (encadré 8). La Grèce soutient les partenariats entre le privé et le public via son programme d'investissement dans les infrastructures (ce qui inclut les hôpitaux), mais les fonds publics pouvant y être consacrés sont limités.

Encadré 8 : Deuxième plan de relance : possibilités d'investissement dans les hôpitaux en Allemagne

Ces dernières années, les hôpitaux allemands ont souffert d'une suspension des investissements équivalente à plusieurs milliards d'euros. Le deuxième plan de relance économique du pays comprend un programme d'investissement de 50 milliards d'euros, dont 10 milliards ont été affectés à des projets d'investissements locaux pouvant être consacrés à des hôpitaux, quelle qu'en soit la forme de propriété. On estime que les régions, qui sont responsables du financement en capital des hôpitaux, devraient prendre en charge 25 % des dépenses d'investissement (ministère fédéral allemand de la Santé, 2009).

Produits pharmaceutiques

La crise financière affecte le marché pharmaceutique dans la mesure où elle pousse les prix des médicaments à la hausse. En Lituanie (encadré 9), la hausse des prix est liée à celle de la TVA, mais au Kazakhstan, en République de Moldova et en Ukraine, on note un renchérissement pouvant atteindre 30 %. Cette hausse généralisée des prix dans l'ensemble de la Région est en outre exacerbée dans certains pays par la dépréciation de la monnaie locale, comme c'est par exemple le cas en Arménie (encadré 10).

Encadré 9 : La hausse de la TVA en Lituanie augmente les prix des produits pharmaceutiques et les dépenses de soins de santé

En décembre 2008, la Lituanie a cessé d'appliquer aux produits pharmaceutique son taux de TVA réduit (5 %) pour le remplacer par son taux standard de 19 %, ce qui a entraîné une hausse de près de 14 % du prix des médicaments ainsi qu'une augmentation de 10 % des dépenses de santé par rapport à décembre 2007.

Encadré 10 : Inflation en Arménie

En Arménie, la hausse des prix à la consommation s'élevait à 9 % en 2008, ce qui représente un niveau relativement élevé, avant de retomber à 5,3 % à la fin de l'année. Toutefois, au début du mois de mars 2009, le pays a mis fin au taux de change fixe du dram arménien et introduit un taux de change flottant, ce qui a immédiatement provoqué une augmentation de 20 à 30 % du prix de produits de base tels que le pétrole ou les denrées alimentaires. On craint que cette flambée des prix ne touche également des médicaments essentiels tels que les antibiotiques ou les vaccins.

Fourniture et utilisation des soins de santé

Des craintes concernant les effets de la crise sur l'utilisation des soins de santé commencent seulement à se manifester. En Italie, le risque d'exclusion des patients des soins dentaires, risque généralement associé à une forte participation des patients aux frais de santé et au poids financier de la santé dans le budget des ménages, a conduit au lancement d'une initiative régionale visant à assurer aux groupes de population vulnérables l'accès aux soins dentaires (encadré 11).

Encadré 11 : Initiative régionale visant à combattre le risque d'exclusion des patients des soins dentaires en Italie

La Société italienne des soins dentaires a indiqué que la crise actuelle avait déjà commencé à influencer sur le nombre de patients demandant des traitements dentaires, attisant ainsi les craintes relatives aux effets négatifs de la crise sur la santé de la population à moyen et long terme. En décembre 2008, le Conseil régional du Latium a lancé un « programme social de soins dentaires » visant à répondre aux besoins des personnes connaissant des difficultés financières.

Dans la partie orientale de la Région européenne, on note par ailleurs une inquiétude profonde quant au renchérissement des prestations de soins de santé et des produits pharmaceutiques. En Ukraine, par exemple, les prix des soins ont augmenté de plus de 30 % au cours des deux premiers mois de l'année 2009 par rapport à la même période en 2008. Dans de nombreux pays de la Région, ces hausses de prix ont une influence considérable sur les dépenses de santé privées (participations officielles aux frais, tickets modérateurs, coûts des médicaments et paiements informels) et font craindre que certains patients ne renoncent à des soins dont ils auraient besoin en raison de leur coût trop élevé. Avant même la crise, en 2005, l'OMS notait que les dépenses de santé privées représentaient plus de 50 % des dépenses totales en Albanie, en Arménie, en Azerbaïdjan, à Chypre, en Géorgie, en Grèce, au Kirghizistan, en Ouzbékistan

et au Tadjikistan (OMS, 2008). Diverses conséquences de la crise, qui a notamment pour effet de faire baisser les dépenses publiques et d'accroître le prix de certains intrants clés (comme les médicaments), risquent déjà d'engendrer dans la Région une plus grande dépendance vis-à-vis des sources de financement privées.

Influence des changements de mode de vie sur la santé

L'une des craintes grandissantes est que le renchérissement des produits de base essentiels ne force les consommateurs à adopter un mode de vie susceptible d'affecter leur santé. La Banque mondiale fait état de la double menace que constitue la hausse du prix du pétrole et des produits alimentaires depuis 2006, celle-ci menaçant la santé des ménages qui consacrent entre 50 et 90 % de leurs revenus à l'alimentation. La situation alimentaire est essentielle pour la santé des enfants et des jeunes ainsi que pour les femmes enceintes et allaitantes (Banque mondiale, 2008b). Bien que les cours du pétrole aient diminué entre la mi-2008 et le début de l'année 2009, ils devraient à nouveau augmenter considérablement au fur et à mesure du développement de la crise (PNUE, 2009). Cette augmentation des cours du pétrole accentuera encore la hausse des prix des denrées alimentaires en raison de ses effets sur la production, la distribution et le transport. La crise alimentaire actuelle a accru l'inflation d'environ 40 % en Ouzbékistan et 30 % au Kirghizistan (encadré 12).

Encadré 12 : Hausse des prix des aliments en République de Moldova et au Kirghizistan

Suite à une sécheresse subie en 2007, les prix des aliments en République de Moldova ont grimpé de 60 % entre janvier 2007 et janvier 2008. En mai 2008, l'inflation dans le secteur alimentaire était estimée à 24 %. Les dépenses alimentaires représentent 80 % des revenus pour les ménages les plus pauvres. En 2007, le gouvernement a accordé une subvention forfaitaire unique à tous les agriculteurs afin de soutenir le secteur agricole.

Au Kirghizistan, la hausse des prix des aliments a atteint environ 32 % en 2007, ce qui constitue le pourcentage le plus élevé de toute la Région européenne. Le gouvernement a lancé des programmes de distribution de compléments nutritionnels et de versement en espèces ciblant les populations pauvres et vulnérables, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. On estime que la crise alimentaire, les importations saisonnières de combustible et la modernisation du secteur agricole nécessiteront l'apport de 400 à 475 millions de dollars (Banque mondiale, 2008b).

Dans la Région européenne de l'OMS, la charge de morbidité causée par l'alcool, les drogues et les affections mentales fait déjà l'objet d'inquiétudes et risque encore d'être aggravée par la crise : on estime ainsi qu'en Suède, environ 30 % de la population souffre de l'un ou l'autre problème de santé mentale (ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2009).

L'usage des stupéfiants engendre aussi des craintes : en Italie, par exemple, on signale une relation possible entre la crise financière et l'augmentation de la consommation d'héroïne (encadré 13).

Encadré 13 : L'augmentation des saisies d'héroïne en Italie est-elle liée à la crise économique ?

On avance une possible relation de cause à effet entre la crise actuelle et la consommation d'héroïne en Italie, basée sur l'argument selon lequel les vendeurs de drogue semblent encourager la consommation de drogues fortement addictogènes, telles que l'héroïne, afin de s'assurer des revenus plus stables. Cette hypothèse semble confirmée par la multiplication des saisies d'héroïne effectuées par la police et l'augmentation de la demande de prestations liées à la dépendance dans les centres de soins.

Dans l'ensemble, les effets de la crise économique et financière sur la santé et les systèmes de santé restent pour l'instant peu visibles dans la Région, ce qui indique sans doute la nécessité de procéder à des observations systématiques supplémentaires.

Références⁵

Dougherty C (2008). Stopping a financial crisis, the Swedish way. *New York Times*, 22 September 2008 (http://www.nytimes.com/2008/09/23/business/worldbusiness/23krona.html?_r=4&em&oref=slogin).

Economist Intelligence Unit (2009). *Country reports*. London (http://countryanalysis.eiu.com/country_reports). (Remarque : le paiement des frais d'inscription est nécessaire pour accéder aux rapports.)

European Commission (2009). *Interim forecast January 2009*. Brussels (http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim_forecast_jan_2009_en.pdf).

Eurostat (2008). Le chômage en hausse à 7,7 % dans la zone euro. *Communiqué de presse Eurostat : euroindicateurs*, 28 novembre 2008:167 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-28112008-BP/FR/3-28112008-BP-FR.PDF).

Bundesministerium für Gesundheit [ministère fédéral allemand de la santé] (2009). *Maßnahmenpaket der Regierung stabilisiert Gesundheitssektor in schwierigen Zeiten*. Bonn (http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/pm27-01-09.html?__nnn=true) (communiqué de presse du 27 janvier 2009).

International Monetary Fund (2009a). *The state of public finances: outlook and medium term policies after the 2008 crisis*. Washington DC (<http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/030609.pdf>).

International Monetary Fund (2009b). *The size of the fiscal expansion: an analysis for the largest countries*. Washington DC (<http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/020109.pdf>).

Ministry of Health and Social Affairs (2009). *Sweden's strategy report for social protection and social inclusion 2008-2010*. Stockholm (<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/11/42/69/1009c964.pdf>).

Portuguese Republic. Ministry of Finance and Public Administration (2009). *Stability and Growth Programme 2008-2011. January 2009 update*. Lisbon (http://www.min-financas.pt/inf_economica/PEC_2008-2011_En.pdf).

UNEP (2009). *The environmental food crisis*. Nairobi (http://www.unep.org/pdf/FoodCrisis_lores.pdf).

WHO (2008). *National health accounts*. Geneva (http://www.who.int/nha/country/nha_ratios_and_percapita_levels_2001-2005.xls).

World Bank (2008a). *EU10 regular economic report, October 2008*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/258598-1225385788249/EU10+Main+Reportoct08.pdf>).

⁵ Toutes les URL ont été consultées le 24 mars 2009.

World Bank (2008b). Rising food and fuel prices: addressing the risks to future generations. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMMEXT/Resources/Food-Fuel.pdf> ?resourceurlname=Food-Fuel.pdf).

World Bank (2009). *The global economic crisis: Assessing vulnerability with a poverty lens*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/NEWS/Resources/WBGVulnerableCountriesBrief.pdf>).

Annexe 2

Recommandations générales concernant les programmes anticrise

- Créer au sein du ministère de la Santé un programme anticrise capable de recueillir et d'analyser des informations en temps réel, d'étudier rapidement des options stratégiques et d'examiner (en cas de nécessité) la faisabilité technique et l'économie politique de mesures pratiques potentielles. Veiller à la réorientation des activités et à la réaffectation des ressources dans la mesure du possible, pour faire en sorte que les activités essentielles soient protégées et que les mesures favorables aux pauvres soient amplifiées ou prolongées.
- Veiller à ce que les parties prenantes soient tenues informées, car les processus sont parfois aussi importants que le fond. Concevoir les arguments pour soutenir les efforts de sensibilisation menés auprès d'autres services gouvernementaux, des principales parties prenantes et des partenaires, même avant que vous ayez établi un plan anticrise bien défini. Maintenir un dialogue permanent avec les syndicats, les associations de consommateurs et d'autres organismes, afin de contribuer à parvenir à un consensus et, en tout état de cause de « sentir le pouls » de la société en ce qui concerne la crise.
- Si bonnes quelles soient déjà, améliorer les lignes directes de dialogue à l'intérieur du gouvernement et maintenir des liens particulièrement étroits entre les ministères de la Santé et des Finances. Préconisez la protection des budgets de santé et l'inclusion d'investissements dans la santé et dans l'environnement – en particulier les investissements de réduction des dépenses – dans les plans de relance économique.
- Réviser les plans et les programmes de développement, afin de réduire les investissements dans du matériel et des infrastructures de pointe, et accroître le soutien aux activités utilisant plus de main-d'œuvre. Réexaminer la combinaison de compétences et actualiser les qualifications du personnel pour que celui-ci s'acquitte mieux de ses tâches en période de crise.
- Suivre soigneusement l'emploi dans le secteur de la santé et, lorsque cela se justifie, efforcez-vous de le maintenir. Étudier des options efficaces par rapport à leur coût qui permettent d'associer le personnel à des services de soins préventifs et primaires. Négocier avec les syndicats et des représentants du personnel, et concevoir des initiatives pour favoriser les soins à domicile et d'autres services destinés aux personnes âgées et aux plus vulnérables.
- Se préparer en vue d'une réaffectation des ressources aux principales priorités de santé et relatives aux systèmes de santé. Plus précisément, réaffecter les fonds en faveur de la prévention des maladies transmissibles, y compris la vaccination et la prévention des flambées épidémiques.
- Veiller à ce que toutes les parties prenantes soient prêtes à rationaliser leurs activités et à obtenir de meilleurs résultats avec moins d'argent. Plus précisément, étudier des options et prendre des mesures pour réduire le coût des médicaments et des dispositifs médicaux. Lancer des campagnes « antigaspillage » pour favoriser tous les types d'économies (énergie, médicaments, etc.) parmi les professionnels de santé. Rationaliser les activités et les structures organisationnelles en évitant les doubles emplois. Étudier des économies d'échelle et une coordination des efforts.
- Favoriser la création ou l'amélioration d'équipes de soutien de la gestion des installations, afin d'établir des lignes directrices techniques précises et d'aider directement les gestionnaires des hôpitaux, des centres de soins primaires et d'autres établissements de santé à s'adapter au contexte nouveau en réduisant les dépenses tout en protégeant la qualité et la sécurité.

- Étudier et repérer les options permettant de maintenir et d'élargir l'accès à des services médicaux nécessaires. Chaque fois qu'il le faut, réexaminer les régimes de prestations pour supprimer les prestations non essentielles, si nécessaire, de façon à ce que les services les plus efficaces par rapport à leur coût soient disponibles pour tous. Utiliser les travaux de recherche pour clarifier des décisions controversées, si cela se justifie.
- Rappeler à tous l'importance d'une action contre les manques d'équité en matière de santé (comme cela a été souligné par la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et dans la Charte de Tallinn), et notamment analyser et surveiller leurs causes grâce à des indicateurs sanitaires solides. Rappeler aussi qu'il importe d'améliorer l'accès aux services de santé, afin de réduire le risque de pauvreté. Les politiques sociales et économiques ont des effets sur la mesure dans laquelle la santé est répartie équitablement dans l'ensemble de la société et sur le degré de protection contre les désavantages liés à une mauvaise santé.