



Les systèmes de santé en Europe

1

La santé - ainsi que la qualité des soins fournis – est l'une des premières préoccupations des citoyens européens. Fort heureusement, le modèle social européen en fait un droit fondamental accessible à tous et basé en principe sur la solidarité, ce qui nous permet de bénéficier de systèmes nationaux à vocation universelle relativement efficaces.

Au sein de l'Union européenne, les systèmes de santé s'efforcent de jouer des rôles à la fois curatif et préventif, de façon différente d'un pays à l'autre, *a fortiori* depuis que l'Union compte 27 membres. Si les Etats gardent toute leur autonomie en la matière, le rôle de l'UE dans la santé de ses citoyens est loin d'être négligeable. Bref tour d'horizon.

Avec le soutien de la Communauté française



Cette analyse est disponible en format pdf (carnet A5 ou A4) sur notre site www.vivre-ensemble.be. Elle peut être reproduite et publiée. Nous vous demandons de mentionner la source et de nous transmettre copie de la publication.

Vivre Ensemble Education, 2010

Au sein de l'Europe, on distingue principalement deux types de systèmes de santé: les systèmes de type bismarckien et les systèmes de type beveridgien, auxquels se sont greffés des systèmes plus hybrides au gré des années, de conditions historiques et sociologiques spécifiques et des élargissements graduels de l'Union européenne.

Les systèmes « bismarckiens »

Bismarck, chancelier de l'Empire allemand à la fin du XIX^e siècle, et pourtant conservateur, fut le premier à introduire en 1883 une caisse de retraite obligatoire couplée à une assurance maladie et accident pour les travailleurs. Il s'agissait à l'époque de calmer des troubles sociaux importants et persistants au sein de la classe ouvrière. Ce système a été adopté progressivement par l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France et dans la plupart des pays de l'Europe centrale. Il se caractérise par le principe de l'assurance. En effet, la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations sociales, qui sont financées à la fois par les salariés et les employeurs.

Au fil des années cependant, entre l'évolution des taux de chômage et la volonté d'égalité devant l'accès aux soins, les systèmes dits bismarckiens ont évolué vers une plus grande intervention de l'Etat, où les frais des soins sont généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion est parfois centralisée (comme en France) et parfois régionalisée (comme en Allemagne). Il est important de noter

par ailleurs que l'affiliation au système de santé est obligatoire et que la gestion de celui-ci est assurée par des partenaires sociaux.

L'offre de soins est en général à la fois publique et privée. Le modèle bismarckien accorde le plus souvent le droit aux patients de choisir leur médecin et garantit le statut de la médecine libérale.

Les problèmes posés par ce modèle résident dans l'absence de maîtrise des dépenses de santé qui entraînent des déficits persistants des caisses d'assurance maladie. L'augmentation des



Otto von Bismarck

cotisations et de la contribution des malades aux frais des soins ne suffit plus à enrayer les hausses trop importantes des dépenses de santé, qui ont par ailleurs également pâti de la récente crise financière mondiale. La régulation de l'offre des soins ainsi que l'introduction des méthodes de gestion privée figurent au cœur

des réformes dans ces pays.

Les systèmes « beveridgiens »

Le modèle anglais dit "beveridgien" est, quant à lui, issu du plan Beveridge¹ de 1942. Il assure le principe de la gratuité des soins étendue à

¹ Lord William Henry Beveridge (5 mars 1879 – 16 mars 1963), 1^{er} baron Beveridge de Tuggal, était un économiste et homme politique britannique. Il est surtout connu pour son rapport de 1942, *Social Insurance and Allied Services* (connu sous le nom de « Premier rapport Beveridge ») qui fournit les bases de réflexion à l'instauration du [Welfare State](#) par le gouvernement travailliste d'après-guerre.

l'ensemble de la population dans le but de garantir une couverture universelle de maladie. Ainsi, le bénéfice de la couverture du risque maladie est attaché à un critère de résidence sur le territoire national et non pas au critère du travail comme dans le système précédent. De cette protection universelle découle un financement assuré par l'impôt et une forte prédominance de l'Etat.

Au delà du financement fiscalisé, l'organisation des structures de santé se caractérise par un système national, dans lequel les hôpitaux appartiennent aux collectivités publiques et les médecins hospitaliers ont un statut de salariés. Les médecins généralistes sont soit sous contrat avec le *National Health Service* britannique, soit employés directement par des centres de santé locaux comme en Suède et en Finlande. On rattache généralement le Danemark, la Finlande, la Suède, l'Irlande au modèle anglais. Dans ce système, de fortes différences existent, notamment sur le degré de décentralisation dans la gestion des soins. Si en Grande-Bretagne, par exemple, la responsabilité principale de la gestion des soins relève de l'Etat, elle incombe par contre aux municipalités dans les trois pays scandinaves (Danemark, Finlande, Suède).

Le financement public implique que la régulation du système de santé soit étatique. Si le fait d'allouer des budgets de santé à des gestionnaires a permis d'alléger les dépenses publiques, cela a également pour conséquence un rationnement quantitatif des soins. La principale faiblesse de ce type de modèle

est donc la longueur des listes d'attente, le manque d'investissement et la lourdeur organisationnelle du système. La réponse à ces difficultés s'est traduite dans les années 1990 par l'introduction de mécanismes de marché, notamment la mise en concurrence entre les acteurs de santé, des rémunérations plus incitatives des médecins et une plus grande responsabilisation des gestionnaires de santé.

Les systèmes mixtes d'assurance maladie

Avec des systèmes instaurés entre la fin des années septante et le milieu des années quatre-vingt sur une base beveridgienne, certains pays européens du Sud (Espagne, Italie, Portugal, Grèce) peuvent difficilement être classés dans une catégorie ou l'autre puisqu'ils ont des caractéristiques qui relèvent des deux modèles (base étatique, ensemble préexistant de régimes de sécurité sociale ajouté à des anciens réseaux de mutuelles constitués sur des bases socioprofessionnelles).

En effet, en voulant uniformiser leur système national de santé pour le fonder sur un principe de couverture universelle des soins, ces pays-là, déjà pénalisés par un retard économique certain sur l'Europe du Nord, ont dû pallier de nombreuses difficultés (par exemple des infrastructures hospitalières accessibles uniquement dans les grandes villes, des inégalités de répartition des richesses entre régions, de grands dysfonctionnements dans les structures

Dans le système beveridgien, la couverture du risque maladie est liée à un critère de résidence sur le territoire national et non au critère du travail comme dans le système bismarckien.

publiques...) qui engendraient une inégalité certaine face aux soins. Ils ont dû en outre faire face presque simultanément dans les années 80 à une récession économique, qui a vu diminuer le financement public. La mise en place de ces systèmes s'est donc effectuée dans la douleur et s'est matérialisée par l'instauration d'une mosaïque de systèmes hybrides complexes, à la fois étatiques et basés sur une régionalisation.

Il en résulte que dans ces quatre pays, malgré la volonté des responsables politiques d'aller vers un meilleur équilibre, les disparités régionales restent encore relativement fortes. En Grèce par exemple, on dénombrait en 1997 plus de 239 compagnies et sociétés d'assurance sous le contrôle de six ministères différents. (fournisseurs, salaires du personnel médical...).

Suite à cette défaillance du secteur public, en proie à de nombreuses grèves, les Grecs se tournent désormais vers la médecine privée qui, si elle permet une prise en charge immédiate, pratique des tarifs très sélectifs. Sans une réforme du système de santé actuel, la situation ne devrait pas s'améliorer puisque, pour satisfaire aux impératifs du pacte de stabilité européen, la Grèce devra prendre des mesures d'austérité afin de réduire ses déficits publics. Ce plan inclura nécessairement de tailler dans les dépenses sociales de santé. Or, comparée aux autres pays européens, la part des financements attribués à la santé dans le budget national (5,6%) était déjà très faible. Selon le Dr. Plessia, du centre

hospitalier Evangelismos à Athènes² « Nous vivons déjà une médecine à deux vitesses. Les plus riches iront dans le privé, et les plus pauvres subiront ces coupes, avec des hôpitaux surchargés et abandonnés. »

La plus récente vague d'élargissement a vu notamment rentrer dans l'Union européenne des pays issus de l'ex-bloc soviétique (Lettonie, Lituanie, République tchèque, Pologne, Hongrie ...) historiquement dotés de systèmes hypercentralisés des régimes communistes. Ces systèmes dits de Siemaszko ont vite été jetés aux

oubliettes dès lors que ces États se sont débarrassés de la tutelle idéologique de leur puissant voisin soviétique. Ces pays, en général enthousiastes à l'idée d'adhérer à l'UE, ont fait figure de bons élèves sur tous les tableaux en matière de réformes et de gestion du cahier des charges économiques, mais il est à noter qu'ils ont tous fait de

la santé l'une de leur priorité en matière de politique publique, la considérant comme un facteur essentiel et significatif de progrès social.

Ces pays se sont principalement inspirés, probablement par mimétisme de proximité, du modèle de leur voisin allemand avec la création de caisses, plus ou moins autonomes, et ils ont tous plus ou moins privatisé à un moment ou à un autre l'un des maillons de la chaîne du secteur de la santé. Si ces mesures ont permis d'améliorer dans l'ensemble les indicateurs de santé et de rationaliser le

En Grèce, depuis 2009, aux prises avec une crise économique sans précédent, le système public de santé s'effondre puisque l'Etat n'est plus en mesure de payer ses dettes.

² Voir article http://www.humanite.fr/2010-03-05_International_En-Grece-le-secteur-de-la-sante-est-mis-au-regime-spartiate

système, elles ont laissé, par manque de moyens et de financements, perdurer plusieurs difficultés, selon le Rapport d'information sur les réformes de l'assurance maladie en Europe produit par Edouard Landrain pour l'Assemblée nationale française³: la persistance de sureffectifs importants (lits d'hôpitaux notamment), le caractère encore surdimensionné de la médecine spécialisée, une action de prévention et de dépistage insuffisante, des infrastructures de santé jugées souvent surdimensionnées, obsolètes ou en mauvais état, des conditions de travail, de formation et de rémunération des professionnels de santé peu motivantes, une responsabilisation insuffisante des acteurs et des problèmes persistants de maîtrise des dépenses et de financement. Pour l'instant, en raison des termes de l'adhésion à l'UE, aucun de ces pays n'a ainsi réussi à stabiliser une réforme dans le domaine de la santé.

Un processus de réformes permanent

Bien que des pays comme la France, la Belgique ou encore la Suède jouissent d'excellentes réputations dans ce domaine, il n'existe pas pour l'heure dans le monde un système de santé idéal, qui concilie à la fois universalité de l'accès à des soins de qualité, équilibre des finances publiques et capacité à faire de la prévention. Les systèmes de santé européens sont fréquemment confrontés à des problèmes

de solvabilité, et doivent ainsi se conformer à un processus permanent de réformes pour s'adapter à un monde en évolution.

La récente crise économique mondiale a par exemple engendré des inquiétudes réelles quant à la capacité des systèmes en place d'absorber de réelles pressions économiques. A l'instar de la situation dramatique de faillite dans laquelle se retrouve actuellement la Grèce, l'OMS (Organisation mondiale de la santé) avait dès 2009 exprimé de profondes inquiétudes à ce sujet.

Il n'existe pas pour l'heure dans le monde un système de santé idéal, qui concilie à la fois universalité de l'accès à des soins de qualité, équilibre des finances publiques et capacité à faire de la prévention.

En effet, selon Margaret Chan, directrice de l'OMS, dans de nombreux pays européens, les citoyens, par manque de moyens, se détournent de la santé privée – plus coûteuse – au profit des structures publiques de santé. Or, dans nos sociétés où la corrélation entre un faible niveau socio-économique et la mauvaise santé est forte, ces structures publiques, saturées, risqueraient alors de se concentrer sur la gestion immédiate de cette demande de soins au détriment de la prévention. Ceci serait une

conséquence hautement dommageable pour l'état de santé des populations. Selon Mme Chan, « cette tendance va intervenir alors que le secteur public de la santé est déjà largement débordé et insuffisamment financé dans beaucoup de pays (...) Le ralentissement de l'activité économique accroît le risque que les gens hésitent à se faire soigner et négligent la prévention. La diminution des soins préventifs est particulièrement gênante avec le vieillissement de la population et

³ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000268/index.shtml>

l'importance croissante des maladies chroniques partout dans le monde ».⁴

Selon Richard Newfarmer, économiste principal et représentant de la Banque mondiale auprès de l'ONU⁵, en réponse aux contraintes économiques, les gouvernements vont creuser leur déficit budgétaire pour soutenir temporairement l'économie. Ils risquent ensuite, d'ici 2011, de devoir mettre en œuvre des mesures d'austérité pour rétablir leur équilibre financier, au détriment des dépenses sociales.

Mais la crise économique n'est pas seule à défier la solidité des systèmes de santé en place en Europe. Les crises sanitaires sont un autre défi. La récente crainte de pandémie grippale avec le virus AH1N1 a engendré une chaîne de réactions souvent très critiquées en Europe.

Tout comme les questions environnementales, les virus ne connaissent pas de frontières. En cela,

Quel rôle pour l'Europe ?

La santé reste une prérogative intouchable des Etats. Gouvernements, syndicats et même (surtout) les citoyens n'apprécient guère que les *bureaucrates de Bruxelles* s'ingèrent dans ce domaine ; ils s'accrochent au principe de subsidiarité,

⁴ Allocution prononcée à la consultation de haut niveau sur la crise économique et financière et la santé dans le monde à Genève (Suisse) le 19 janvier 2009 par Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé - http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/fr/index.html

⁵ http://www.onu-tn.org/document/2009-01-26_WHO_2009_financial_crisis_report_fr_.pdf

par la simple référence à l'article 152 du Traité de Maastricht (1992) instituant la Communauté européenne⁶. Enfin, du moins tant que ça les arrange !

L'évolution logique, en concordance avec le développement de l'Europe, vers un accroissement de soins transfrontaliers et

L'UE peut jouer un rôle important en matière de prévention et de coordination en réponse à une crise sanitaire.

la mobilité des travailleurs, implique de plus en plus qu'une instance régisse ou réglemente ces domaines. L'UE est amenée de plus en plus fréquemment à intervenir en complément des politiques nationales. Elle a par ailleurs été largement critiquée pour sa prétendue « inertie » lors des crises du sang contaminé, de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB ou vache folle), des risques épidémiologiques liés au SIDA, au SRAS, et plus récemment à la grippe aviaire. Enfin, afin de réduire les principaux facteurs de risque environnementaux (y compris le manque de salubrité de l'eau et de l'assainissement, la pollution de l'air et les substances chimiques dangereuses) et les nouvelles menaces au niveau mondial

⁶ Prévues à l'article 152 du traité instituant la Communauté européenne, l'action de la Communauté en matière de santé publique porte sur la prévention des maladies, y compris la toxicomanie. Elle favorise la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé. En particulier, un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. Introduite par le traité de Maastricht, l'action de la Communauté en matière de santé publique a été renforcée par le traité d'Amsterdam. (Source :

http://europa.eu/legislation_summaries/glossary/public_health_fr.htm)

Voir plus de détails sur l'évolution politique santé dans les traités : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/politique-union-europeenne.shtml>)

(comme le changement climatique), une action concertée doit être menée au niveau européen et plus largement au niveau international. S'il semble que l'Union européenne ne pourra jamais s'ingérer dans la gestion des systèmes nationaux de santé par les Etats, elle a désormais au moins pour ambition de s'attaquer aux défis extérieurs qui les menacent.

Isabelle Arcis
Vivre Ensemble Education
Avril 2010

IRDES : Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf>
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Bibliographies/Themes/ComparaisonsInternationales.html>

Sources

Les services de la santé en Europe en 2007 : quels enjeux ? Arnaud Senn

http://www.robert-schuman.eu/question_europe.php?num=qe-72

Site de l'Union européenne

http://ec.europa.eu/health/overall_mission_fr.htm

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/europe-centrale.shtml>

http://www.robert-schuman.eu/question_europe.php?num=qe-25

<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-29/ad291618.pdf>

<http://www.ac-limoges.fr/ses/spip.php?article729>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/cahiers-francais/2005/sommaire324.shtml>