



HAL
open science

Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers

Noëlle Burgi

► **To cite this version:**

| Noëlle Burgi. Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers. 2014. hal-01967945

HAL Id: hal-01967945

<https://hal.science/hal-01967945>

Submitted on 1 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

[Retour](#)
[Facebook](#)
[Twitter](#)
[Instagram](#)
[Youtube](#)
 [S'abonner à la lettre d'information](#)

Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers, par Noëlle Burgi

Mis à jour le 16/04/2014

Introduction

Le secteur de la santé est un de ceux à pâtir le plus des mesures d'austérité infligées à la population grecque depuis 2010. La réforme impulsée par les autorités au motif de rationalisation a conduit à une réduction dramatique de la qualité des prestations de soins sans pour autant résoudre les dysfonctionnements propres au système, notamment le statut des personnels médicaux ; parmi eux, les médecins dont nombre ont émigré. Mais ce fiasco a aussi suscité, par réaction, de courageuses solutions alternatives.



Foire aux emplois à Thessalonique organisée par l'Agence européenne pour l'emploi, Eures. Des visiteuses grecques s'informent au stand de l'Allemagne sur le recrutement de médecins pour ce pays (mai 2012).
Sakis Mitrolidis

Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers, par Noëlle Burgi*

Alors que les services publics font partout en Europe l'objet de coupes budgétaires sévères, notamment dans les pays dits périphériques au sud et à l'est, certains observateurs ont espéré que la profession médicale serait le « dernier bastion » de résistance à l'austérité(1). Or, les politiques de compression des dépenses publiques menées ces dernières années dans le cadre des « réformes structurelles » ont eu des effets lourds sur l'hôpital public et les systèmes nationaux de santé. Bien qu'il s'agisse d'un domaine dans lequel l'Union européenne (UE) n'est pas compétente pour intervenir, elle adresse depuis 2011 des recommandations spécifiques toujours plus détaillées à un nombre croissant de pays : à trois États membres en 2011, à six en 2012 et à seize en 2013, sans compter les pays sous programme d'ajustement économique (Grèce, Portugal, Irlande et Chypre (2)). Il en résulte une remise en question de la vocation universelle des systèmes de soin et d'assurance maladie, spécificité de l'Europe dans le cadre de la mondialisation et distinguant favorablement cette dernière des États-Unis et des grands pays émergents.

La restructuration et l'ouverture à la concurrence des institutions de santé publique ne sont certes pas récentes, mais elles avaient été conduites en Europe occidentale jusqu'en 2010 de façon graduelle, avec plus ou moins d'intensité selon les États. Cependant, depuis la crise financière de 2008, on assiste à une déconstruction des systèmes nationaux de santé et de sécurité sociale plus accélérée et intense, notamment dans les pays les plus fragiles du Vieux Continent. En Grèce, dont le Produit intérieur brut a chuté de plus de 25 % au cours des cinq années passées, et qui a mené des politiques pro-cycliques de compression drastique des dépenses publiques, les effets sont aigus. Comme le reconnaît l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans une synthèse récente où elle évoque une situation « d'urgence », le « système de protection sociale [grec] était mal préparé » à une crise économique et sociale qui a vu « les revenus des ménages chuter d'un tiers entre 2007 et 2012 ». Depuis 2007-2008, ajoute le document, « les dépenses totales de protection sociale et de santé ont chuté de 18 % en termes réels, alors qu'elles ont augmenté en moyenne de 14 % dans les pays de l'OCDE »(3). Si, comme on le verra, le système national de santé grec avait besoin de réformes, leur mise en œuvre sous la pression d'échéances rapprochées et de restrictions budgétaires intenses a fini par accentuer plutôt que d'éliminer les défauts du système.

Des sources d'inefficience et d'inégalités

Loin d'être parfaites tant dans leur fonctionnement que dans leur organisation, les institutions grecques de santé formaient jusqu'ici un système tripartite mêlant des services publics et privés. Il comprenait un Système national de santé (ESY) à vocation universelle, de type Beveridge, financé par l'impôt. Créé en 1983, l'ESY assurait les soins pré-hospitaliers d'urgence, externes et internes dans des hôpitaux publics et dans quelque deux cents centres de soins situés dans les zones rurales et semi-urbaines. Il coexistait avec un système plus ancien de type Bismarckien financé par des cotisations sociales (employeurs et salariés), comportant quelque trente caisses (ou fonds) d'assurance sociale obligatoire structurées par branche ou par catégorie socio-professionnelle. Avant 2012, quatre grandes caisses d'assurance couvraient 95 % de la population : par ordre d'importance, l'IKA, organisation des salariés du secteur privé créée en 1934 (50 % de la population), l'OGA, celle des travailleurs du secteur agricole (20 %), l'OAEE, celle des professions indépendantes (13 %) et l'OPAD, celle des employés du secteur public (12 %). Placés sous la tutelle du ministère du Travail, ces fonds, qui avaient chacun leur propre régime d'assurance maladie, étaient les principaux acheteurs de services de l'ESY, à l'exception de l'IKA qui avait très tôt développé ses propres structures de soins, essentiellement dans les zones urbaines. Ils étaient également les principaux « clients » du secteur privé, troisième composante du système de santé comprenant des hôpitaux, des cabinets médicaux indépendants et des centres de diagnostic (en forte augmentation depuis 1985)(4).

La faible coordination entre ces différents services qui souvent se chevauchent, le nombre trop élevé de spécialistes et de dentistes dans le secteur privé et le poids de celui-ci dans l'ensemble du système (il absorbait à lui seul 39,7 % des dépenses totales de santé en 2007), le nombre insuffisant de généralistes, les différents régimes des fonds d'assurance

maladie et de réelles carences dans les structures de soins des zones rurales (en nombre insuffisant, mal équipées en personnel et en matériel), étaient source d'inefficacité et d'inégalités. A cela il faut en particulier ajouter la question essentielle du médiocre statut des personnels de l'ESY et du réseau des assurances sociales, notamment celui des médecins dont les salaires sont beaucoup trop modiques pour rendre le secteur public attractif. De là, une série de problèmes en chaîne : des difficultés permanentes de recrutement dans les hôpitaux, des sous-effectifs importants (médecins, et plus encore infirmiers, ce qui oblige les patients à recruter des infirmiers souvent non qualifiés pour les postes de jour ou de nuit), une pénurie très importante d'unités de soins intensifs et même leur fermeture faute de personnel médical, la constitution de longues files d'attente, et la tentation du public de glisser une enveloppe (*fakelaki*) entre les mains d'un docteur (quand il ne le demande pas lui-même), le plus souvent un chirurgien, pour passer devant les autres et si possible recevoir un meilleur traitement. Nonobstant la culture populaire du « cadeau en remerciement » offert au médecin – que l'actuel gouvernement aurait récemment admis comme légitime –, la faible rémunération des médecins hospitaliers et avec elle les dessous de table avaient motivé la légalisation, en janvier 2002, d'une double pratique (privée et publique), jusque-là interdite, sous la forme de consultations privées ouvertes l'après-midi dans l'hôpital public et payées à l'acte à un taux forfaitaire variant de 25 à 90 euros (ce qui n'empêchait pas certains médecins de créer par ailleurs un cabinet privé). Quant aux médecins embauchés par l'IKA – le seul employeur du pays à ne pas cotiser aux assurances sociales –, ils étaient payés 1 100 euros par mois sans perspective d'augmentation de salaire, mais pouvaient, s'ils le souhaitaient, ouvrir à mi-temps un cabinet privé. En pratique, ces arrangements conduisirent nombre de médecins à profiter du service public en redirigeant des patients vers leurs cabinets privés (légaux ou illégaux).

Les conditionnalités et leurs effets

Aucun système de santé n'est exemplaire. Malgré ses défauts, et tout en ayant un niveau de dépenses de santé par tête inférieur à la moyenne de l'OCDE (2 727 dollars ajustés en parité de pouvoir d'achat en 2007), celui de la Grèce avait contribué à une amélioration sensible de la santé publique, comme le révèlent certains indicateurs clés. En particulier, l'allongement constant de l'espérance de vie tenait pour l'essentiel, selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à une baisse de la mortalité évitable (parce que traitable par des soins médicaux), et surtout à un déclin remarquable entre 1980 et 2008 de la mortalité infantile (baisse de 17,94 à 2,65 décès pour 1000 naissances vivantes), néonatale (13,58 à 1,79 pour mille), post-néonatale et maternelle. Autre indicateur intéressant, dans son *Rapport sur la santé dans le monde* de l'an 2000 où l'OMS établissait un classement de ses 191 membres selon la qualité des soins médicaux dispensés, la Grèce figurait en quatorzième position, loin devant la Suède (23^e) ou l'Allemagne (25^e).

Parmi les conditionnalités imposées à la Grèce depuis 2010 dans le cadre des plans d'ajustement structurel (ou Memorandums), les mesures très détaillées relatives à la restructuration du système de santé ont eu officiellement pour finalité de promouvoir la « qualité », l'« efficacité » et la « solidarité » des systèmes de soins. L'approche des créanciers du pays comme celle des gouvernements qui se sont succédé depuis à la tête de l'État, s'est cependant révélée très réductrice, focalisée exclusivement sur la baisse des coûts sans considération pour les effets sociaux et sanitaires du choc imposé au système. Le pays s'est vu imposer un plafond arbitraire et anormalement bas de dépenses de santé, fixé à 6 % du PIB par le premier Memorandum (2010) – un niveau de dépenses inférieur à celui du Burkina Faso et équivalent à celui de bon nombre de pays du « Tiers Monde » (données de la Banque Mondiale) –. Allant jusqu'à devancer en 2012 les objectifs de réduction des coûts de fonctionnement hospitaliers et des dépenses pharmaceutiques(5), le gouvernement a taillé dans le vif. Les données officielles les plus récentes révèlent que l'essentiel de la diminution des dépenses hospitalières a été obtenu, non comme le soutient le discours officiel grâce à une gestion financière plus efficace, mais au moyen d'une réduction de 75 % du coût de la masse salariale(6) (via d'importantes baisses de salaires, le gel permanent des recrutements, des licenciements et des mobilités forcées entraînant des mouvements massifs de personnels à l'intérieur de chaque région et à l'Agence régionale de santé).

D'autres outils furent mobilisés pour transformer, en Grèce comme ailleurs, le service public hospitalier en « hôpital-entreprise » et plus généralement pour faire baisser les coûts. En 2013, par exemple, de nombreuses restructurations et réorganisations conduisirent en un temps record à des fermetures d'hôpitaux, des fusions, regroupements et suppressions de structures médicales, d'unités et de programmes médicaux. Un an plus tôt, les fonds d'assurance sociale furent unifiés pour former un unique Organisme national de distribution de services de santé (EOPYY) (avec une forte baisse de salaire pour les médecins). Tenté depuis longtemps, mais jamais réussi, le regroupement *a priori* bienvenu des caisses de sécurité sociale se fit dans la précipitation et sans protéger les intérêts des assurés. Dès sa constitution, l'EOPYY était déficitaire car les caisses d'assurance sociale, légalement obligées de placer 77 % de leurs avoirs disponibles dans une réserve commune gérée et placée en obligations d'État par la Banque de Grèce, virent ces avoirs perdre 53,5 % de leur valeur en mars 2010, au moment de la première restructuration de la dette grecque, soit une perte d'environ 10 milliards d'euros en trois mois. En outre, la finalité du nouvel organisme dans le système de soins n'était pas clairement définie.

En février 2014, le ministre de la Santé, Adonis Georgiadis, imposa la fermeture des centres de santé de l'EOPYY du jour au lendemain, mettant en disponibilité quelque 8 000 médecins et contraignant les assurés, ou bien à consulter leur docteur dans un cabinet privé, ou à tenter leur chance à l'hôpital public – s'il n'est pas situé trop loin et sans grand espoir d'accéder aux services d'urgence hyperchargés –, ou à renoncer aux soins, ou encore à se tourner vers le réseau des cliniques et pharmacies solidaires qui accueillent tout le monde gratuitement, mais qui, avec des moyens très réduits(7) et un personnel composé exclusivement de volontaires, ne couvrent au mieux que 2 à 5 % des besoins de la population. En fermant l'EOPYY, A. Georgiadis avait promis la réouverture au bout d'un mois d'un organisme qui s'y substituerait, le Réseau national de soins du premier degré (PEDY). Le 27 mars 2014, un embryon de Réseau fut inauguré en Attique – région périphérique d'Athènes – (seulement), sans qu'il fût possible de dire ce que deviendrait cette structure et à quoi pourraient ressembler demain les services de soins primaires. Seuls quelque 2 500 à 3 000 médecins sur environ 8 000 semblent avoir pour l'instant accepté de rejoindre le PEDY qui, tout en n'offrant toujours pas de salaires attractifs, oblige les intéressés à fermer leur cabinet privé car la double pratique (jusque-là légale) y est désormais interdite. Quant aux autres médecins, ils se seront d'eux-mêmes, selon l'expression de mes interlocuteurs grecs, « auto-licenciés ».

Le coût du changement

À quel prix le gouvernement grec et ses créanciers ont-ils fait baisser le coût de la santé publique ? La réponse est l'objet de débats. Nombreux sont les analystes qui ont souligné la difficulté à cerner les effets des récessions et dépressions économiques sur la santé en raison de facteurs tels que les décalages temporels entre santé, morbidité et mortalité, l'existence de tendances contradictoires ou la singularité de chaque crise économique. Cependant, les recherches empiriques comparatives les plus récentes, historiques, sociologiques et épidémiologiques, ont vérifié sur la base d'études conduites dans le monde entier un lien de causalité et non une simple corrélation entre l'état de santé d'une population et la qualité des institutions de protection sociale dans les configurations de crise économique. Lorsqu'il est fait le choix de préserver, voire de renforcer ces institutions, l'impact des chocs économiques sur la santé publique est non seulement réduit ou nul, mais peut même se traduire par son amélioration. En revanche, on constate partout que l'affaiblissement de la protection sociale, surtout s'il se produit à un rythme soutenu, ne conduit jamais à des résultats positifs(8).

La Grèce ne fait pas exception. Comme l'indiquent les recherches scientifiques effectuées par des équipes internationales et/ou par mes interlocuteurs sur place, on y constate depuis quatre ans une augmentation inquiétante des suicides, des homicides, des maladies cardiovasculaires, des maladies infectieuses, des dépressions majeures (12,5 % de la population aujourd'hui contre 3,5 % en 2009), de problèmes psychosomatiques chez les enfants (+ 30 % depuis 2007), des violences intrafamiliales (augmentation estimée entre + 30 et + 35 % depuis 2010), de la malnutrition, de la consommation d'alcool.

Ces indicateurs et d'autres encore confirment l'importance des déterminants sociaux de la santé. Dans ce pays de douze millions d'habitants, pratiquement la moitié de la population est au seuil de pauvreté ou en-dessous ; quelque 4 millions de personnes, dont 60 % de jeunes, sont privés d'emploi ; 60 % de la population ne peut pas payer ses impôts ; 3 millions de personnes n'ont plus d'assurance sociale. Certains médicaments vitaux ne circulent plus, ou ils sont inabornables tandis que 40 % des malades atteints de pathologies chroniques ont cessé de se soigner. Enfin, 70 % de répondants à une enquête conduite en Achaïe (sud du pays) disent ne pas avoir suffisamment de revenus pour acheter les médicaments prescrits par leur docteur ; certains prennent des doses de médicaments réduites pour faire des économies. Un médecin témoigne : « On a donc beaucoup de cancers avec métastases et une grande détérioration de la santé des patients atteints de maladies chroniques ».

La restructuration des institutions de santé publique a accentué plutôt que réduit les défauts du système. Dans les hôpitaux publics où les admissions augmentent au moment même où les budgets sont réduits de 60 %, les difficultés de recrutement (médecins et infirmiers) se sont accrues (des postes sont à pourvoir mais personne ne se présente) ; le matériel médical, souvent obsolète, n'est ni renouvelé ni entretenu ; le niveau des effectifs est situé en-dessous de la « limite de sécurité ». La réorganisation anarchique des anciens fonds d'assurance sociale (IKA, EOPYY, PEDY) a mécaniquement transféré aux hôpitaux une bonne partie de la couverture des soins primaires, gaspillant les ressources hospitalières. Comme le dit la directrice du département d'hématologie à l'hôpital Alexandra à Athènes, « nous travaillons en permanence comme si nous étions en grève et devons assurer un service d'urgence ». En s'allongeant de plus en plus, les listes d'attente entretiennent les dessous de table, mais aussi les inégalités entre groupes sociaux et entre ville et campagne. Les femmes et les migrants sont les premières victimes de ces inégalités. Selon cette directrice, il est arrivé que des administrateurs essaient de retenir des bébés en otage dans des maternités parce que leur mère n'était pas en mesure de payer l'accouchement ! Mais la classe moyenne étant aussi touchée, le secteur privé n'est pas à l'abri de cette « grande régression(9) ». La demande de soins privés tend à baisser, en quantité comme en qualité (sauf pour une petite frange de privilégiés). Par exemple, des antidépresseurs sont demandés en guise de psychothérapie.

Le système qui se profile à l'horizon est celui d'une organisation de la santé publique de mauvaise qualité, avec un personnel mal payé et mal formé. La recherche médicale est menacée d'extinction ; ne trouvant pas des conditions décentes pour effectuer leur spécialisation, les jeunes diplômés en médecine partent, s'ils le peuvent, à l'étranger ; au moins 7 500 médecins ont déjà quitté le pays – une fuite de cerveaux profitant avant tout à l'Allemagne (où on en dénombre quelque 2 556 dans les hôpitaux publics). Les jeunes médecins restés en Grèce ne pourront plus ouvrir un cabinet. Ils ont pour perspective d'entrer dans le réseau PEDY en acceptant les conditions de travail évoquées plus haut, et/ou d'assurer les gardes dans un hôpital privé, là où les médecins en poste qui ont une bonne clientèle, préfèrent se décharger de ce travail. Le citoyen ordinaire, lui, risque de ne voir aucun changement par rapport à la situation présente. Comme le résume un neurologue : « Avant 2008, le citoyen grec était critique à l'égard de son système de santé, mais il s'attendait – avec une petite question sur le montant du *fakelaki* – à pouvoir guérir quand il était malade et à bénéficier de prestations couvertes par une assurance sociale. Maintenant, il n'attend rien. Maintenant, c'est : si tu as de l'argent, tu peux être soigné, sinon, non ».

Notes

1. Cet article est rédigé à partir d'une enquête préliminaire de terrain en Grèce dans le cadre du Labex TEPSIS (Transformations de l'État, Politisation des sociétés, Institution du social), et qui bénéficie d'un contrat de préfiguration, prélude à la mise en œuvre d'une recherche.
2. Comme le relève Rita Baeten, analyste politique à l'Observatoire social européen (OSE), spécialiste de l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes nationaux de santé.
3. OCDE, *Society at a glance*, mars 2014.
4. Pour une analyse détaillée du système de santé jusqu'en 2010, voir C. Economou, « Greece: Health system review », *Health Systems in Transition*, Vol. 12, n° 7, 2010, European Observatory on Health Systems and Policies. On se reportera notamment à la revue *The Lancet* pour l'analyse des données les plus récentes.
5. Voir A. Kendikelenis *et alii*, « Greece's health crisis : from austerity to denialism », *The Lancet.com*, vol. 383, 22 février 2014, p. 748.
6. Voir E. Kondilis *et alii*, « Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care : The Greek Case », *American Journal of Public Health*, 18 avril 2013.
7. Provenant de dons. En France, le collectif Solidarité France-Grèce pour la santé joue un rôle très important de diffusion de l'information et de soutien à ce réseau. Se reporter à leur site : <http://solidaritefrancogrecque.wordpress.com/>. Voir également les articles d'Amélie Poinssot, notamment « Grèce. Un système de santé en crise », *P@ges Europe*, 16 janvier 2012 – La Documentation française © DILA.
8. Pour une synthèse de ces travaux, voir D. Stuckler et S. Basu, *The Body Politic: Why Austerity Kills*, New York, Basic Books, 2013.
9. N. Burgi (dir.), *La Grande régression. La Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, 2014.

* Chercheure CNRS au Centre européen de sociologie et de science politique (CESSP-CRPS), Université Paris I.

Pour citer cet article : Noëlle Burgi, « Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers », *P@ges Europe*, 15 avril 2014 – La Documentation française © DILA