

L'austérité va-t-elle démanteler le système sanitaire espagnol ?

vendredi 16 août 2013, par [Collectif / Signatures multiples](#), [LEGIDO QUIGLEY Helena](#) (Date de rédaction antérieure : 13 juin 2013).

Face à l'austérité, une série de « réformes » déconnectées pourraient, sans mesures correctrices, conduire au démantèlement effectif de grandes parties du système de santé espagnol, avec potentiellement des effets de détérioration de la santé.

Sommaire

- [Le système sanitaire espagnol](#)
- [Les coupes budgétaires. \(...\)](#)
- [Situation des communautés](#)
- [Protestations contre l'austérité](#)
- [Impact des coupes budgétaires](#)
- [Changements qui violent \(...\)](#)
- [« Ta santé est leur commerce »](#)
- [Alternatives](#)
- [Encadré 1 : Réformes sanitaire](#)
- [Encadré 2 : Professionnels de](#)

La crise financière a infligé un coup très dur à l'Espagne. Au commencement, étant donné le bas niveau de la dette publique espagnole, il semblait que le pays était à l'abri. Mais quand finalement a éclaté la bulle immobilière alimentée par les banques, l'Etat s'est vu obligé de venir à leur secours.¹ Au premier trimestre de l'année 2013, 27% de la population active était au chômage², mais 57% des moins de 25 ans. La pauvreté a augmenté : en 2012, 21% de la population espagnole vivait sous le seuil de pauvreté, avec des revenus annuels inférieurs à 7354 euros.³

En juin 2012, le gouvernement espagnol a négocié avec le Mécanisme de stabilité européen 100 milliards d'euros pour venir en aide aux banques espagnoles. En 2012, le déficit général de l'Etat a atteint 8,1% du PIB⁴, alors que l'objectif était de 5,3%, et la dette publique a passé de 26,7% du PIB en 2007 à 93,8% en 2012.⁵

Le système sanitaire espagnol

La dépense sanitaire publique en Espagne est relativement faible. Bien qu'en 2010 l'Espagne a dépensé 9,6% du PIB pour la santé, 26% de cette quantité provenaient de sources privées (6% des assurances maladies privées et les 20% restant payés par les personnes) et 74% provenaient donc du budget public, ce qui représente 7% du PIB, alors que la moyenne de l'Union européenne est de 7,6%.⁶ Mais, tel quel, le système sanitaire espagnol est jugé positivement par une grande partie de l'opinion publique. Une enquête réalisée en 2011 dans tout le pays a révélé que 73,1% des personnes interrogées ont répondu que le système fonctionnait bien ou assez bien.⁷ Avant la crise, les préoccupations concernaient l'insatisfaction des professionnels (attribuée aux bas salaires), les

problèmes d'approvisionnement et d'accès limité à certaines spécialités précises. Néanmoins le système sanitaire espagnol était plus efficace que ceux des pays voisins.⁸

Le Ministère de la santé est responsable du fonctionnement équitable du système, de la législation sur les médicaments, des questions de santé aux frontières et des relations internationales en matière sanitaire. Toutes les autres questions sont de la compétence des 17 communautés autonomes, qui gèrent 90% du budget de la santé.⁹ En réaction aux restrictions budgétaires qu'ont appliquées en 2012 plusieurs d'entre elles, le gouvernement central a créé un Fonds de liquidité régionale de 18 milliards d'euros pour assurer la durabilité financière du système ¹⁰, auxquels se sont ajoutés 23 milliards en 2013.

Les coupes budgétaires. Situation d'ensemble

En 2012, le budget de la santé et des services sociaux a été diminué de 13,65%, avec des coupes disproportionnellement fortes dans la formation professionnelle (75%) et dans les programmes de santé publique et de qualité (45%).^{11/12} Ces coupes budgétaires ont coïncidé avec une augmentation de la demande de prestations sanitaires, qui reflète en partie le lien entre chômage et mauvaise santé mentale, mais qui était aussi due à la diminution de 600 millions d'euros du fonds de la dépendance qui aidait les personnes âgées et invalides.¹¹

Ces coupes budgétaires se sont accompagnées d'un changement structurel qui, de manière insolite, a été introduit non pas à la suite d'un débat parlementaire mais par le moyen d'un décret-loi.¹³ Le Décret-loi royal 16/2012 est entré en vigueur en septembre 2012 et il a exclu de toutes les prestations sanitaires tous les immigrant·e·s sans papiers, mis à part les services d'urgence basiques et pédiatriques. C'était mettre fin au principe de la couverture universelle gratuite.

Des changements ont été apportés à la franchise que doit payer le patient pour un médicament (copago = co-paiement) ; désormais, les retraité·e·s qui ont les meilleurs revenus doivent payer 10% du prix de tous les médicaments, tandis que les plus modestes devront payer entre 8 et 60 euros par mois en fonction de leur pension. Les personnes qui ont un emploi pourront être amenées à payer jusqu'à 60% de plus pour leurs médicaments, en fonction de leurs revenus ; celles qui gagnent moins de 18'000,00 euros par an devront payer 40% du prix de leurs médicaments. Le copago a été étendu aux prothèses, aux produits diététiques et aux voyages en ambulance non urgents : concrètement les personnes invalides devront payer 5 euros pour un transport en ambulance.¹⁴ L'achat des médicaments va être centralisé au niveau national ¹¹ et un groupe de travail central a entrepris de réviser la liste des produits et services remboursés que fourniront les communautés autonomes et on prévoit qu'il va recommander des nouvelles coupes budgétaires.¹⁵

Finalement, le gouvernement central a annoncé un nouveau coup de ciseaux de 3,134 milliards d'euros en 2013 ¹⁶, dont une nouvelle diminution de 1,108 milliard du Fonds de la dépendance pour les personnes âgées et invalides, dont 571 millions d'euros vont retomber sur les communautés autonomes.¹¹

Situation des communautés autonomes

Certaines des communautés autonomes ont résisté à l'austérité imposée par le gouvernement central en tentant de protéger les immigré·e·s et d'autres secteurs de la population privés de couverture sanitaire. D'autres, comme Madrid et la Catalogne, sont allées plus loin (Voir dans l'encadré 1). Ces deux communautés avaient déjà en 2011 diminué leurs budgets sanitaires de 10%,

respectivement 7%. Les deux ont également proposé une taxe de 1 euro par ordonnance et les deux ont promu la gestion privée des hôpitaux. La privatisation est une mesure qui est considérée entachée par des conflits d'intérêts qui supposent une menace pour la distribution équitable des prestations et qui ne se base pas sur des preuves qui démontreraient qu'elle permet une économie grâce à une efficacité supérieure. Cette perception est basée sur le coût modeste et l'efficacité relative du système public espagnol en comparaison avec les autres pays européens. Les coupes budgétaires se sont accompagnées en Catalogne d'une augmentation de 43% entre 2010 et 2011 du nombre de patients sur les listes d'attente, ce qui donne lieu à des retards dans l'obtention du traitement. Durant la même période, le nombre des interventions chirurgicales a diminué de 15%¹⁶. Dans de nombreuses régions de Catalogne, les services d'urgences ont été fermés.

Dans la Communauté valencienne et celle de Castille-La Manche, les pharmaciens ont fait grève pour protester contre l'incapacité ou le manque de volonté de ces gouvernements autonomiques pour leur rembourser les médicaments prescrits et que les pharmacies doivent acheter aux compagnies pharmaceutiques.

Protestations contre l'austérité

Tant le Parti socialiste ouvrier espagnol (PSOE) que le Parti populaire (PP), après qu'il eut gagné les élections anticipées de 2011, ont introduit une série de paquets d'austérité qui comprennent la réduction des salaires des fonctionnaires, des coupes budgétaires dans l'éducation, la recherche scientifique, la santé et les services sociaux, des lois du travail plus restrictives et des hausses d'impôts, parmi elles celle de la TVA qui a passé de 16% en 2010 à 21% en 2012.

Ces mesures ont suscité un ample mécontentement populaire. Les manifestations du 15 mai 2011 ont donné naissance au mouvement du 15M. Les « Indignés » qui ont protesté ont accusé les partis traditionnels de ne pas représenter les points de vue des citoyens, de n'apporter aucune solution à la crise et d'être incapables de contrôler les excès des banques et des grandes entreprises. Ensemble avec d'autres mouvements sociaux, les indignés se sont vus poussés en avant par un nouveau réveil de la conscience populaire et ont organisé des manifestations en défense du système sanitaire public. En particulier, la fameuse « marée blanche » des médecins et infirmiers et infirmières. Des centres sanitaires ont été occupés. Certains considèrent qu'on assiste au démantèlement du système sanitaire espagnol.

Impact des coupes budgétaires et réactions

L'impact des coupes budgétaires dans la santé a été peu étudié. Une étude comparative de patients qui ont consulté les centres d'attention primaire en 2006-2007 (n = 7'940) et après l'éclatement de la crise, en 2010-2011 (n = 5'876), a détecté une augmentation significative du nombre qui souffrent de dépression (19,4%) et d'autres troubles mentaux, y compris l'anxiété et les troubles liés à l'alcool. Le chômage individuel ou familial était le facteur causal de 23% du risque de la population de souffrir une dépression importante en 2010-2011, et le retard dans le paiement des mensualités des emprunts hypothécaires y ajoutait un 11% de plus.¹⁷ Une étude interdépartementale réalisée avec 20'000 personnes donne des résultats similaires, en montrant une augmentation de 17,5% des symptômes de dépression dans la population adulte entre les deux dates du sondage, en 2006 et 2010.¹⁸ La police indique que les suicides ont augmenté de 10% en Catalogne entre 2010 et 2011, passant de 492 à 541, tandis que les tentatives ratées augmentaient de 1953 à 2379.¹⁹

Au début de 2012 nous avons réalisé 34 interviews qualitatives parmi un échantillon accessible de

médecins et infirmiers et infirmières de 18 hôpitaux et 16 centres d'attention primaire en Catalogne (Voir l'encadré 2 où est exposée la méthodologie et où figurent les citations frappantes). Bien que les personnes interviewées ne puissent pas être considérées représentatives, leurs opinions nous ont paru cohérentes avec les enquêtes d'opinion publique.

Se basant sur un échantillon d'environ 2500 adultes de 18 ans et plus chaque année, les baromètres successifs d'opinion nationale indiquent que le système sanitaire fonctionne comme il faut et ne nécessite aucune réforme (environ 24.2% des réponses). Presque 50% des personnes interrogées jugent qu'il fonctionne bien mais qu'il nécessite quelque changement. La majorité des Espagnols appuient une augmentation des dépenses sanitaires dans le domaine de l'attention primaire (87%), ce qui suggère un rejet des coupes budgétaires appliquées.²⁰ Quand on demande aux personnes interrogées qu'elles choisissent parmi une liste des principaux problèmes auxquels s'affronte l'Espagne, c'est le chômage qui apparaît en premier lieu, avec 77%, suivi par la crise économique, avec presque 40%, et les politiciens, 30%. Il faut souligner qu'en quatrième position figure la corruption et la fraude, avec 17%. Le système sanitaire figure en cinquième position avec 13%, mais connaît un saut à 17% entre septembre et décembre 2012, soit la période qui coïncide avec les réformes les plus récentes introduites dans ce domaine.^{21/22}

La préoccupation parmi les personnes que nous avons interviewées au sujet de cas de corruption et de conflits d'intérêts est également corroborée par des nouvelles de presse qui souvent évoquent la perception qu'il existe une porte tournante entre l'entreprise privée et la fonction publique. Des exemples récents en Catalogne²³, à Madrid²⁴ et à Valence²⁵ ont alimenté des spéculations à propos de certaines décisions en matière de réforme de la santé qui obéiraient à l'intention de détourner des ressources vers le secteur privé.^{25/26}

Changements qui violent les principes de la santé espagnole

L'exclusion des immigré·e·s sans papiers, l'expansion du copago et la privatisation des services constituent les trois changements principaux.

Le Décret royal empêche qu'environ 500'000 immigré·e·s sans papiers²⁷ de 18 ans et plus puissent accéder à toutes les prestations sanitaires en Espagne. Depuis que la mesure a été annoncée, le gouvernement a déclaré que les services d'attention primaires seraient à la disposition de ceux de moins de 65 ans qui payeront une cotisation mensuelle de 59,20 euros, qui monte à 155,40 euros pour ceux de plus de 65 ans.²⁸ Ces sommes peuvent être impossibles à payer pour beaucoup et sont plus chères que les polices d'assurance-maladie privées en Espagne, ce qui peut laisser soupçonner à certains que cette politique est conçue pour favoriser le secteur privé. La situation est changeante : en décembre 2012, le Tribunal constitutionnel a ratifié le droit du Pays Basque de donner des soins gratuits aux immigrés sans papiers. Le tribunal a donné la priorité à la santé sur la question financière et a signalé que le gouvernement central n'avait pas démontré comment sa politique allait apporter une quelconque économie de dépenses. On présume que le gouvernement central va faire recours.

Certaines communautés autonomes (Catalogne, Andalousie, Asturies, Îles Canaries et Pays Basque) ont refusé d'exclure les immigré·e·s sans papiers en argumentant que c'était injuste, dangereux et potentiellement inconstitutionnel. Tant les professionnels comme les organisations du secteur ont manifesté leur inquiétude portant sur l'obligation éthique de soigner les immigrés sans papiers. La Société de médecine de famille et communautaire a rejeté le refus de traitement. Amnesty International et Médecins du Monde ont attiré l'attention sur les conséquences que peut entraîner le refus de traitement du SIDA et de la tuberculose, ainsi que sur les risques de résistance aux

médicaments et de propagation de maladies.²⁹

Des voix ont exprimé des préoccupations quant au copago.³⁰ Les preuves disponibles indiquent qu'il est dans une grande mesure inefficace pour contenir l'augmentation des coûts de la santé ³¹ et que le coût de sa perception peut être supérieur au montant recouvré. Le RAND Health Insurance Experiment, une grande enquête contrôlée et rendue aléatoire (randomized), montre que le copago est un facteur tout aussi dissuasif pour l'attention primaire que pour les consultations non nécessaires.^{32/33}

« Ta santé est leur commerce »

Il n'existe pas non plus de preuves en faveur de la privatisation des centres qui est promue par certaines communautés autonomes, comme Madrid et la Catalogne. La supériorité supposée des prestations du secteur privé n'a pas été corroborée au moyen de vérifications systématiques dans les pays de revenus bas ou moyens ^{34/35} ni dans une série d'études dans des pays de revenus élevés. Une méta-analyse de 31 études sur la propriété des hôpitaux aux Etats-Unis n'a révélé aucune différence significative, une fois corrigées les différences méthodologiques et d'échantillonnage.³⁶ Une révision des études d'efficacité dans les hôpitaux allemands a donné des résultats similaires.³⁷ D'autres études ont décrit des différences de caractéristiques et de résultats entre la santé publique et privée. Dans des hôpitaux privés de Grèce, on a observé une dotation moindre de personnel et une perte d'efficacité.³⁸ Une étude comparative entre les régions italiennes a révélé une réduction plus lente de la mortalité dans les régions avec une présence plus grande d'hôpitaux privés.³⁹ Des études du mécanisme de l'Initiative financière privée (PFI) du Royaume-Uni et d'autres semblables dans des pays comme l'Australie et l'Espagne ont révélé des problèmes importants avec cette forme de prestation.⁴⁰

Alternatives

Certains commentateurs ont proposé de réaliser des économies dans d'autres domaines, comme limiter l'évasion fiscale et d'autres formes de fraude estimées par les calculs à 80 milliards par année, soit approximativement le même montant que le coût total du système sanitaire. ^{41/42/43} Ces observations ont amené certains à postuler que le modèle sanitaire espagnol, qui est bon marché et très apprécié par ses usagers, n'est pas en train d'être modifié à cause d'une quelconque nécessité de réforme (au delà de la nécessité de répondre chaque fois plus aux problèmes auxquels s'affrontent tous les systèmes sanitaires) mais bien plutôt par une décision de réduire la taille de l'Etat.

A l'échelle internationale, de plus en plus de voix font remarquer que la politique d'austérité qu'imposent divers gouvernements européens détériorent encore plus la situation économique.⁴⁴ Cet échec de la politique d'austérité se voit reflété, par exemple, dans une récente réévaluation par le FMI des conséquences des coupes budgétaires sur la croissance économique⁴⁵, accompagnée d'initiatives qui visent à créer un système pan-européen de régulation bancaire qui, s'il avait existé, aurait évité beaucoup des problèmes économiques actuels de l'Espagne.

Il y en a encore qui voient dans les crises une occasion pour favoriser leurs objectifs idéologiques de démanteler l'Etat providence européen, comme l'avait prévu l'écrivaine canadienne Naomi Klein.⁴⁶ D'un autre côté, on voit croître également le chœur des voix alternatives, provenant de tous les secteurs du spectre politique et de la société civile, qui proposent une politique économique distincte. En plus, il y a chaque fois plus de preuves ⁴⁷, en dépit des gouvernements concernés, des

conséquences humaines de leurs politiques.

Encadré 1 : Réformes sanitaires et coupes budgétaires en Catalogne et à Madrid

Catalogne

En 2011, le gouvernement du parti nationaliste catalan *Convergència y Unió* a réduit de 10% le budget de la santé ⁴⁸ et en 2012 il a appliqué une autre réduction de presque 5% ⁴⁹. C'est ainsi que la dépense par habitant est descendue de 1292 euros par habitant en 2011 à 1128 euros en 2012 ⁵⁰. Selon les médias, le gouvernement catalan prévoit une autre réduction de 15% en 2013, mais cela n'a pas encore été confirmé.

Les professionnels de la santé ont subi une réduction de leurs salaires par le gouvernement central de 5% en 2010 et de 3% supplémentaires en 2011 par le gouvernement catalan.

Depuis lors ont été supprimés environ un tiers des lits d'hôpitaux et ont été fermées le tiers des salles d'opérations. Dans de nombreux centres d'attention primaire, l'horaire nocturne des services d'urgences a été réduit, de nombreux départements ferment désormais l'après-midi et des opérations ont été annulées dans certains cas.⁴⁸

Une des mesures les plus controversées adoptée par le gouvernement catalan est la taxe de 1 euro par ordonnance, avec une limite maximum pour les patient·e·s qui doivent prendre de nombreux médicaments et une exemption pour les retraité·e·s et les bas revenus. Cette mesure a été par la suite suspendue par le Tribunal constitutionnel espagnol.

Les coupes dans le secteur de la santé tuent

Des cas ont déjà été signalés de décès de patients attribués aux coupes budgétaires. Parmi eux figure celui d'une patiente qui a été transférée d'un hôpital à un autre parce que aucun ne pouvait réaliser l'intervention nécessaire. Jusqu'à ce qu'elle meure finalement dans un quatrième hôpital. Et le cas d'un autre patient qui est mort d'une hémorragie cérébrale après quatre jours passés dans le service d'urgences d'un hôpital spécialisé (l'Hôpital universitaire Vall d'Hebron) sans qu'on ne lui ait fait une tomographie par résonance magnétique. Ce cas fait actuellement l'objet d'une enquête des autorités judiciaires pour déterminer si ce retard a eu une incidence sur la mort du patient.

Un collectif d'associations d'habitants et d'ONGs en Catalogne ont déposé une plainte criminelle contre le ministre catalan de la santé qu'ils accusent de défaut d'assistance en cas d'urgences et d'être dans une situation de conflit d'intérêts. Une série de centres de santé voués à la privatisation ont été occupés par les usagers en signe de protestation. En outre, le Parlement catalan a créé une commission qui doit enquêter sur la gestion du système sanitaire catalan, quoique les deux principaux partis, *Convergència y Unió* et le Parti socialiste catalan, aient mis leur veto à certaines comparutions associées à des cas de corruption présumés.⁵²

Madrid

Le gouvernement de la Communauté de Madrid prévoit de réduire son budget de la santé de 7%. Il

veut privatiser six hôpitaux construits récemment (Hôpital Infante Leonor, Hôpital Infante Sofia, Hôpital Infante Cristina, Hôpital de Henares, Hôpital du Sud-Ouest et Hôpital du Tage), et privatiser partiellement les autres hôpitaux en sous-traitant leurs services non-sanitaires, privatiser 10% des centres d'assistance primaire, fermer l'Institut de cardiologie et centraliser les services de laboratoire. De même, il prévoit de privatiser la buanderie centrale pour les hôpitaux ainsi que l'Unité centrale de radiologie. Comme en Catalogne, la taxe de 1 euro par ordonnance qu'il avait prévu d'instituer a été suspendue par le Tribunal constitutionnel. Les professionnels de la santé opposés à ces réformes ont organisé des manifestations et une grève de durée indéfinie, soit des luttes sans précédents.⁵³ A Madrid, 332 administrateurs sanitaires ont donné leur démission devant l'avancée des plans de privatisation. Ces démissions affecteront 137 centres d'assistance primaire. Dans 90 d'entre eux, c'est tout le personnel qui a démissionné.

Encadré 2 : Professionnels de la santé en Catalogne : expériences vécues et opinions sur les coupes budgétaires

Méthodologie

Au total, nous avons réalisé 34 interviews de professionnels de la santé (30 médecins et 4 infirmiers/infirmières) dont 18 travaillaient dans des hôpitaux et 16 dans des centres d'attention primaire, tant du secteur public que du secteur privé. Ces institutions sont situées en zone urbaine et à la campagne aux environs de Barcelone et de Gérone. Parmi les personnes interviewées, il y a des stagiaires, des soignants et des chefs de service, avec des contrats temporaires ou de durée indéterminée. Chaque interview a duré environ 90 minutes ; la plus courte a duré une demi-heure et la plus longue trois heures. Les interviews ont été réalisées en catalan et en castillan, et elles ont été enregistrées. Elles ont porté sur leur journée de travail avant et après que les réformes aient été mises en œuvre, sur leur expérience vécue avec la réforme sanitaire, sur leur point de vue sur les changements et leur opinion quant à des solutions pour le futur. Les interviews ont été codées de façon déductive selon une analyse thématique. L'approbation éthique a été accordée par la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Quelques personnes interviewées ont déclaré qu'elles n'avaient jamais été consultées et qu'elles étaient indignées, stupéfaites et désillusionnées. Un médecin spécialiste qui travaille dans le secteur privé considère que les coupes budgétaires étaient nécessaires et adéquates. Plusieurs personnes interviewées ont cité des exemples de patients qui ont été affectés négativement. Certaines ont déclaré qu'elles étaient en train de trouver la manière de s'en sortir pour le moment mais qu'elles ne voyaient pas clairement combien de temps elles y réussiraient. Nous avons constaté un manque de compréhension du sens ultime des changements et de ses effets sur la santé de la population. Interrogées sur des solutions alternatives aux propositions du gouvernement autonome, quasiment aucune des personnes que nous avons interviewées n'a su faire une évaluation précise de la situation car elles manquaient d'informations. Leurs préoccupations coïncidaient avec l'expérience que nous avons acquise durant l'investigation préalable qui a servi de base à cet article et il semble qu'il n'y a guère d'intérêt officiel quelconque pour évaluer l'impact des politiques appliquées. Certaines des personnes interviewées pensaient que les administrateurs et les politiques étaient en train de promouvoir la privatisation croissante du secteur sanitaire au service de leurs propres intérêts. Certaines ont formulé des accusations de corruption et de conflits d'intérêts.

Que disent les travailleuses et les travailleurs du système de santé ?

1° Impact des coupes budgétaires et expériences personnelles

« D'un jour à l'autre ils réduisent le budget de 10%. Nous supprimons des lits, nous fermons des salles d'opération durant quatre mois, nous fonctionnons à 40% de notre capacité...c'est comme sur une autoroute à trois pistes quand on en ferme deux : le résultat, c'est un bouchon. Ils l'ont fait si mal... » Un médecin spécialiste d'un hôpital spécialisé, tertiaire (donc régional).

« Pour ce qui est de ma santé mentale, je me sens très mal, en particulier parce qu'ils nous ont réduit les salles d'opérations. Il y a deux jours, j'ai dû envoyer un patient pour qu'on lui fasse une opération du cœur urgente, mais toutes les salles d'opération étaient occupées parce que les autres étaient fermées... J'étais responsable du patient dans un état critique et je ne pouvais rien faire. Cela a été très douloureux pour moi et j'ai passé un horrible moment. Finalement, j'ai réussi à transférer le patient à un hôpital privé et nous devons donc payer cette intervention au secteur privé parce que le secteur public ferme des salles d'opérations... Je ne crois pas que cela va nous aider à économiser des dépenses... » Une doctoresse spécialiste hospitalière.

« Les coupes budgétaires tuent. Mon mari a des problèmes de cœur...Si maintenant nous appelons le 061 pour qu'on nous envoie une ambulance parce qu'il a fait un infarctus, nous devons attendre 45 minutes. Je ne le lui ai pas dit...mais c'est sûr que les coupes budgétaires vont tuer des gens. » Une infirmière d'un hôpital.

« Quand ils ont appliqué les coupes budgétaires l'année passée, ils m'ont dit que "désormais tu devras retourner à ton ancien poste de travail et recevoir des patients au lieu de ton poste de travail technique." Je n'ai pas vu un patient depuis 20 ans. Je pense que ces décisions sont une folie. Ils m'ont fait cela pour économiser six mois de salaire d'un remplaçant... Je ferai ce que je peux mais je suis conscient que je ne suis pas préparé pour soigner mes patients comme il faut... » Un médecin généraliste.

2° Solutions aux coupes proposées

« Personne n'écoute le professionnel ni ne lui demande son opinion. Notre opinion compte mais personne ne nous a rien demandé. En ce qui concerne les patients, réellement on ne sait pas ce qui va se passer avec eux après que je les aie vus et je suis sûr que cela va se répercuter sur le taux de mortalité... » Un spécialiste d'attention primaire.

« On ne sait pas d'où vient l'argent ni pour quoi il est dépensé, ni comment il est géré...Comment puis-je proposer des solutions dans ces conditions ? J'ai l'impression que nous dépensons trop d'argent...tu sais bien, la corruption que nous avons en Espagne, où il n'y a pas de transparence... Je ne saurais pas quoi proposer. » Une doctoresse spécialiste hospitalière.

3° Les motifs des coupes budgétaires

« Le gouvernement change et les onze personnes qui commencent à gérer le service de santé catalan viennent du secteur privé, toutes ont travaillé dans des compagnies d'assurances privées... Il y a clairement un projet de privatiser et de faire des affaires et d'en tirer un profit. Dans ce pays, nous n'avons fait que construire des maisons et la possibilité existe de faire de l'argent dans les services de santé et sociaux. Il y a des tas d'intérêts derrière tout cela, il y a beaucoup d'amis, tout un nuage... C'est ça qui suscite le désespoir. » Une doctoresse spécialiste d'un hôpital spécialisé, tertiaire (régional).

« Le parti socialiste (qui était à la tête du gouvernement catalan précédent en coalition avec deux

autres partis) se consacrait déjà à privatiser. Tous le faisaient, et où sont aujourd'hui tous ces gens ? Ils travaillent pour une compagnie d'assurances privée, la Mutuelle de Terrassa. Le nouveau gouvernement applique les coupes budgétaires si brutalement que les gens sont atterrés. Les gens pensent qu'il leur reste au moins les jambes. Ils m'ont enlevé la table et la chaise mais au moins ils m'ont laissé les jambes. » Une infirmière d'un hôpital.

Helena Legido Quigley et ses collaborateurs

Notes

1/ Commission Européenne, « European Economic Forecast Autumn 2012 », Economic and Financial Affairs, 2013.

2/ Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Población Activa (EPA), Primer trimestre de 2013.

3/ Instituto Nacional de Estadística, « Encuesta de Condiciones de Vida Año 2012, Datos provisionales », Prensa ND, ed. Instituto Nacional de Estadística, 2012.

4/ Fonds Monétaire International, World Economic Outlook Data, 2012, www.econstats.com/weo/CESP.htm.

5/ OCDE, Sovereign Borrowing Outlook 2013, OCDE, 2013.

6/ OCDE, Health at a Glance : Europe 2012, OECD Publishing, 2012.

7/ Gené Badia J., Gallo P., Hernández Quevedo C., García Armesto S. « Spanish Health Care Cuts. Penny Wise and Pound Foolish ? », Health Policy 2012 ; 106:23-8.

8/ Martín Moreno J.M., Alonso P., Clavería A., Gorgojo L., Peiró S. « Spain : a Decentralised Health System in constant Flux », British Medical Journal 2009, 338:b1170.

9/ García Armesto S., Begoña Abadía Taira M., Durán A., Hernández Quevedo C., Bernal Delgado E. « Spain : Health System Review », Health Syst. Transit 2010 ; 12:1-295.

10/ BOE. Real Decreto-ley 21/2012, de 13 de julio, « de medidas de liquidez de las Administraciones Públicas y en el ámbito financiero », Número 168, sábado 14 de julio de 2012, Boletín Oficial del Estado, 2012.

11/ Gobierno de España, « Programa Nacional de Reformas », La Moncloa, 2013.

12/ El Mundo, « Sanidad tendrá un recorte de 7.000 millones y Educación de 3.000 », 2012.

13/ BOE, Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, « de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones », Número 96. Martes 24 de abril de 2012, Boletín Oficial del Estado, 2012.

14/ Rincón R. « Los enfermos crónicos pagarán por ir en ambulancia sus tratamientos », El País, 12 de diciembre de 2012.

15/ La Vanguardia, « El Gobierno hará más recortes y ampliará el copago para ahorrar 3.134

millones en sanidad en 2013 », La Vanguardia, 30 de abril de 2013.

16/ Balsells F. « Las listas de espera aumentan el 43% por los recortes de Mas en sanidad », El País, 2012.

17/ Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D. « The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain : Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010. », European Journal of Public Health, 2013:23:103-8.

18/ Agència d'Informació, « Avaluació i Qualitat en Salut. Informe de Salut de Catalunya 2011, 2012. », Observatori del sistema de Salut de Catalunya, Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

19/ Gallardo A. « Las muertes por suicidio crecen el 10% en Catalunya durante la crisis », El Periódico, 23 de junio de 2012.

20/ Instituto de Información Sanitaria, Barómetro de Salud 2011, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.

21/ CIS, Barómetro de Septiembre, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2012.

22/ CIS, Barómetro de Diciembre, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2012.

23/ Pérez Pons M., Roger M. « Dimite el presidente del ICS acosado por los escándalos en la sanidad catalana », El País, Tarragona/Barcelona, 29 de junio de 2012.

24/ Abril G., Sevillano E., Prats J. « De la pública a la privada y al revés », El País, Madrid/Valencia, 2 de diciembre de 2012.

25/ SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios, 2012, www.sespas.es/adminweb/uploa... Posicion.pdf.

26/ García Rada A. « La demolición programada de la sanidad pública », El País, 24 de septiembre de 2012.

27/ Casino G. « Spanish Health Cuts could Create "Humanitarian Problem" », Lancet 2012 ; 379:1777.

28/ Elorza A. « Sanidad exige 710 euros al año a los sin papeles por ser atendidos », El País, Madrid, 6 de agosto de 2012.

29/ Amnesty International, Médecins du Monde, Red Acoge, Contra la reforma sanitaria que puede costar vidas, Comunicado de prensa, 2012.

30/ Thomson S., Foubister T., Mossialos E. « Can User Charges make Health Care more Efficient ? », British Medical Journal, 2010 ; 341:c3759.

31/ Trivedi A.N., Moloo H., Mor V. « Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly », New England Journal of Medicine, 2010 ; 362:320-8.

32/ Newhouse J., Insurance Experiment Group, Free for all ? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment, Harvard University Press, 1993.

- 33/ Gemmill M.C., Thomson S., Mossialos E. « What Impact do Prescription Drug Charges have on Efficiency and Equity ? Evidence from High-income Countries », *International Journal for Equity in Health*, 2008 ; 7:12.
- 34/ Basu S., Andrews J., Kishore S., Panjabi R., Stuckler D. « Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries, a Systematic Review », *PLoS Med*, 2012 ; 9:e1001244.
- 35/ Montagu D.D., Anglemeyer A., Tivari M., Drasser K., Rutherford G.W., Horvath T. and cols. « Private versus Public Strategies for Health Service Provision for Improving Health Outcomes in Resource-Limited Settings », *Global Health Sciences*, University of California, 2011.
- 36/ Eggleston K., Shen Y.C., Lau J., Schmid C.H., Chan J. « Hospital Ownership and Quality of Care : What Explains the Different Results in the Literature ? », *Health Economics*, 2008 ; 17:1345-62.
- 37/ Tiemann O., Schreyögg J., Busse R. « Hospital Ownership and Efficiency : a Review of Studies with particular Focus on Germany », *Health Policy* 2012 ; 104:163-71.
- 38/ Kondilis E., Gavana M., Giannakopoulos S., Smyrnakis E., Dombros N., Benos A. « Payments and Quality of Care in Private for-profit and Public Hospitals in Greece », *BMC Health Serv. Res.*, 2011 ; 11:234.
- 39/ Quercioli C., Messina G., Basu S., McKee M., Nante N., Stuckler D. « The Effect of Healthcare Delivery Privatisation on Avoidable Mortality : Longitudinal Cross-regional Results from Italy, 1993-2003 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2013 ; 67:132-8.
- 40/ McKee M., Edwards N., Atun R. « Public-Private Partnerships for Hospitals », *Bulletin World Health Organization (OMS)*, 2006 ; 84:890-6.
- 41/ Navarro V. « El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública », *Gaceta Sanitaria*, 2012 ; 26:174-5.
- 42/ Vega M.A. « Menos fraude, menos recortes », *El País*, 23 de enero de 2013.
- 43/ Ministerio de Sanidad, Gasto sanitario público, www.msc.es/organizacion/sns/docs/gasto08.pdf.
- 44/ McKee M., Karanikolos M., Belcher P., Stuckler D. « Austerity : a Failed Experiment on the People of Europe », *Clin. Med.* 2012 ; 12:346-50.
- 45/ Fonds Monétaire International, *World Economic Outlook*, octobre 2012, « Coping with High Debt and sluggish Growth, 2012 », www.imf.org/external/pubs/ft...pdf/text.pdf.
- 46/ Klein Naomi, *La stratégie du choc, la montée d'un capitalisme du désastre*, Actes Sud, Paris, 2008 (original en anglais 2007).
- 47/ Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. « Health Effects of Financial Crisis : Omens of a Greek Tragedy », *Lancet* 2011 ; 378:1457-8.
- 48/ García Rada A. « Wages are Slashed and Waiting Lists Grow as Catalonia's Health Cuts Bite », *British Medical Journal*, 2011 ; 343:d6466.
- 49/ Metges de Catalunya (Médécins de Catalogne), *El pressupost de Salut confirma les advertències de Metges de Catalunya*, 2012, metgesblog.com/2012/01/30/el-pressupost-de-salut-confirma-les-

advertències-de-metges-de-catalunya.

50/ Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Informe sobre los recortes sanitarios en las Comunidades Autónomas, 2012.

51/ Eldebat.cat. « Nova reducció brutal del Pressupost de Salut per al 2013 », 15 de abril de 2012, www.eldebat.cat/cat/viewer.p...

52/ La Vanguardia, « CiU y PSC imponen vetos en la comisión parlamentaria de Sanidad », La Vanguardia, 30 de abril de 2013.

53/ Sevillano, E. « Paralizar el plan sanitario sería la primera medida de ahorro », El País, 12 de diciembre de 2012

P.-S.

• Les éditeurs de la revue de VientoSur ont publié dans leur bulletin en ligne hebdomadaire vientosur.info du 26 juin la traduction de cet article anglais. Le British Medical Journal, fondé en 1840, est une revue scientifique anglaise, open-access et peer reviewed, qui ne publie que des articles de recherches originales. VientoSur souligne la qualité de cet article tout en lui faisant deux critiques : 1° que les statistiques sur les effets sanitaires de la crise économique sont insuffisantes, mais cela est dû principalement au caractère lacunaire de ce que les institutions statistiques officielles veulent bien saisir et publier ; 2° que les auteurs ne remettent pas en question le principe de la diminution des dépenses publiques pour diminuer la dette publique.

• Source : Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system ?

BMJ 2013 ; 346 doi : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2363> (Publié 13 Juin 2013) Citer comme : BMJ 2013 ;346:f2363). Correspondance : Helena.Legido-Quigley lshtm.ac.uk

* Traduction de A l'Encontre. <http://alencontre.org/>

• Helena Legido Quigley, professeure de la London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Laura Otero, professeure associée de la Faculté d'Infirmierie, Université de Lleida ; Daniel la Parra, professeur ordinaire, titulaire de chaire, du Département de Sociologie II de l' Université d'Alicante ; Carlos Álvarez Dardet, professeur de santé publique (CIBER), Epidemiologie et Santé Publique (CIBERESP), Université d'Alicante ; José M. Martín Moreno, professeur du Département de médecine préventive et santé publique et Hôpital clinique universitaire, Université de Valence ; Martin McKee, professeur de Santé publique européenne de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

• Auteurs : HLQ et MM ont rédigé l'article, Tous les auteurs ont corrigé les brouillons successifs. HLQ a réalisé les interviews en Catalogne. HLQ assume la responsabilité.

• Déclaration d'intérêts : Tous les auteurs ont lu et compris la politique du groupe BMJ sur la déclaration d'intérêts et déclarent les intérêts suivants : aucun.

• Approbation éthique : L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Tous les participants ont été informés du contenu de l'étude et de

ses résultats probables, de même que de leur droit de ne pas répondre à toute question à laquelle ils ne souhaiteraient pas répondre. Un formulaire de consentement leur a fourni l'information sur l'étude, y compris la confidentialité et le caractère anonyme des réponses des personnes interviewées. Tous les participants ont lu la feuille informative, ont signé le formulaire de consentement et ont accepté par écrit que le contenu de leur interview sera inclus dans la publication.

- Provenance et relecture par des pairs : non mandatée, révisé par des pairs externes.