

# Our Health is not for sale ! Notre santé n'est pas à vendre !

Julie Maenaut, avocate, responsable à la plateforme d'action Santé Solidarité

*Privatisation et commercialisation de la santé : ces processus, bien engagés dans de nombreux pays européens ont un impact néfaste, voire catastrophique encore renforcé par les politiques d'austérité menées aujourd'hui dans la plupart des pays.*

*Mais la résistance s'organise : indignés et audacieux, des acteurs créent des réseaux, analysent les enjeux, interpellent les commissaires européens.*

*Mots clefs : marchandisation, sécurité sociale, Europe, réseaux.*

## Il n'est pas trop tard, mais il est grand temps

Deux réseaux (voir encart) ont organisé le 14 mars dernier une action pour sensibiliser les acteurs de santé à ces questions - au rond-point Schuman, à un jet de pierre de la Commission -, profitant de la rencontre des chefs d'état européens à l'occasion du sommet de printemps de l'Union européenne. C'était aussi un prélude aux actions menées par la Confédération européenne des syndicats et à la manifestation contre l'Europe de l'austérité menée en front commun syndical.

Une délégation du Réseau européen et de la Plate-forme a été reçue par des représentants de plusieurs commissaires européens compétents dans le domaine de la santé, du marché intérieur et des services, de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion.

Le lendemain, une conférence a permis de mieux cerner les enjeux liés à la place de l'Union européenne dans les politiques nationales de santé et les lieux de décision en la matière ; mais aussi de rencontrer des acteurs de la santé venus de plusieurs pays européens pour témoigner des drames qu'ils observent en matière de santé.

Le résultat de ces actions, c'est la mise au point d'un plan d'action, notamment en perspective des élections européennes de 2014 : objectif est d'agir ensemble contre les mécanismes en cours et de défendre le droit à la santé pour tous.

## Marchandisation de la santé

Il y a de quoi s'inquiéter et même s'indigner : les pays européens avaient construit dans l'après-guerre des systèmes exceptionnels pour que tous aient accès à la santé. Et voilà qu'il faut aujourd'hui se battre pied à pied contre la destruction de ces acquis que bien des régions du monde nous envient. Que s'est-il passé ?

Rappelons brièvement qu'après la deuxième guerre mondiale, les systèmes de santé se sont organisés selon deux modèles, en gros. Le modèle beveridgien garantit une couverture universelle pour tous, un financement de la santé par les impôts généraux, un contrôle public de la prestation des soins de santé. Le modèle bismarckien, lui, prévoit une couverture obligatoire et universelle dans le cadre d'un système de sécurité sociale ; le financement est assuré par les contributions de l'employeur et de l'employé, les soins sont délivrés

*La plateforme d'action Santé et Solidarité est née en juin 2007 à l'occasion du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma Ata ; elle réunit une série d'acteurs préoccupés par le droit à la santé, issus des 4 coins de la Belgique : des représentants de syndicats, de mutuelles, du monde médical, du secteur associatif, d'organisation non gouvernementale et d'universités.*

*Le Réseau européen contre la commercialisation et la privatisation de la santé et de la protection sociale est né à Nanterre en mai 2012 (après deux réunions préparatoires à Amsterdam et Katowice en 2011) ; il rassemble des syndicalistes, des associations de défense de la santé publique et de l'accessibilité à la santé, des représentants de partis politiques, des personnalités actives dans le domaine de la santé.*

par des services publics et privés. Le système de santé national anglais correspond au premier modèle, le système belge au second.

*Ces deux modèles ont permis d'organiser des soins de qualité largement accessibles, soutenus par l'accroissement des richesses (avec bien sûr beaucoup de nuances entre les pays) ; cela malgré une croissance non négligeable des budgets de santé, liée à la complexification des soins, à la technicisation des méthodes de diagnostic et de traitement, au vieillissement de la population.*

Le problème s'est néanmoins posé lorsqu'on a vu se réduire le financement des dispositifs de santé. L'exemple du *National Health Service* anglais est à cet égard particulièrement édifiant : la privatisation soutenue par le gouvernement conservateur a largement affaibli ce service national de santé accessible à tous. En France ou en Belgique, les cadeaux en matière de réduction des cotisations sociales et en matière de fiscalité par exemple ont la plupart du temps entraîné une pression très importante sur les moyens mis à disposition pour assurer les soins de santé. Les lacunes du financement public ont eu deux conséquences : en premier lieu, le financement actuel ne suffit pas à couvrir les coûts engendrés par le fonctionnement des services. En second lieu, le désinvestissement des autorités crée une pénurie : la quantité des services offerts ne satisfait pas les besoins de la population.

Dans d'autres pays également une « alternative privée commerciale » (à but lucratif), accessible aux plus aisés s'est développée à côté du système public universel. Selon les pays et

leur histoire, cette évolution a été plus ou moins forte, plus ou moins rapide. Dans les pays d'Europe de l'Est où le système étatique a été largement démantelé, la politique de la terre brûlée a permis une croissance exponentielle des services privés. Ainsi par exemple en Pologne, la propriété des hôpitaux publics a été transférée aux localités ou aux cantons, sans qu'ils disposent des budgets nécessaires. Une nouvelle loi prévoit que tous les hôpitaux endettés devront être « commercialisés » (transformés en sociétés anonymes) sinon leurs « propriétaires » publics devront rembourser la dette en six mois. L'effet espéré a été atteint : les hôpitaux sont massivement privatisés – et ils s'orientent vers la maximalisation de leurs bénéficiaires. Un rapport de l'Université médicale de Gdansk (GMU) conclut notamment que « les établissements non publics :

1. offrent un éventail plus restreint de soins ;
2. réalisent des opérations dont la marge bénéficiaire est plus grande ;
3. évitent les patients dont l'hospitalisation pourrait être longue ;
4. peuvent produire dans certaines situations une sélection de patients du fait de leur âge. »

*Dans tous les cas, la privatisation des soins de santé produit une « médecine à deux vitesses » qui ne cesse de se conforter et laisse de côté une grande partie de la population.*

•••••

### Mécanique européenne

Une fois installée et reconnue, cette pratique privée a réclamé le soutien

de l'Europe - au nom de certains principes qu'elle avait établis ! Mais enfin, direz-vous, les soins de santé ne sont-ils pas exclus des directives portant sur les « services » ?<sup>1</sup> Si si ! Mais voilà, la cour de justice de l'Union européenne s'appuie sur les principes de base des Traités de Maastricht et de Lisbonne : libre installation et libre concurrence.

Si l'on se réfère à ces principes, de quel droit un Etat empêcherait-il un prestataire de service de s'installer ? Et puis, dans un deuxième temps, comment justifier qu'un Etat traite différemment différents prestataires installés sur son territoire ? Les subsides aux services publics ou non-marchands sont requalifiés comme des « aides d'Etat », donc une entrave à la libre concurrence... Dans cette logique, le remboursement des prestations doit être garanti de la même façon à tous les prestataires, commerciaux ou non ! CQFD.

*In fine, le secteur commercial sélectionne les soins rentables et les populations solvables, laissant au service public (ou non marchand) les soins les moins rentables et les gens les moins solvables. Bref, il fragilise encore plus le service public ou non-marchand. BINGO.*

On peut donc affirmer que plusieurs mécanismes européens encouragent la marchandisation de la santé. La crise a renforcé ces mécanismes : pressions de l'Union européenne en matière d'austérité, dogmes en matière de discipline budgétaire... les conséquences sur la santé sont énormes. Dans de nombreux pays (Grèce, Portugal, Espagne, Pologne, Slovénie,...), les services de santé se détériorent massivement, leur



accessibilité s'effondre ; dès lors l'état de santé des populations se dégrade tandis qu'augmentent les inégalités en santé. Des centaines de milliers de citoyens n'ont plus accès aux soins de santé et dépendent de l'aide humanitaire... EN EUROPE !

En Belgique, des pratiques très rentables se développent dans le secteur hospitalier : « multiplication de chambres privées au détriment des chambres communes (dont les suppléments d'honoraires sont encadrés), ce qui crée une fausse pénurie contraignant le patient à payer

le prix fort ; abus de suppléments d'honoraires pour les chambres particulières (jusqu'à 300%) ; renvoi vers la consultation privée des spécialistes (au tarif libre) ; externalisation vers des sociétés à but lucratif de services rentables comme les laboratoires et la radiographie...

De nombreux hôpitaux sous-traitent les services logistiques (buanderie, nettoyage, cuisine) bien que le financement des hôpitaux couvre ces services. La sous-traitance, (c'est) l'utilisation de fonds publics pour acheter des services auprès de sociétés privées vise à réaliser des

économies sur des coûts pourtant couverts par le financement public (...). L'externalisation et la sous-traitance entraînent une perte de contrôle sur la qualité des prestations et une précarisation des emplois (...) et sont souvent synonymes de mauvaises conditions d'emploi et de travail, de recours à une main d'œuvre sous-qualifiée et sous-payée, de différences de traitement entre les salariés de l'institution et ceux du sous-traitant à fonction égale, de délocalisation... Divers mécanismes appauvrissent ainsi les hôpitaux et les incitent à sélectionner les patients en fonction de leurs possibilités économiques<sup>2</sup> ».

La marchandisation a aussi fortement changé le secteur des maisons de repos : alors que ce secteur était, historiquement, privé et non commercial (associatif subventionné), d'importants groupes commerciaux ont racheté les petites institutions suite à la « Directive Bolkestein » : « aujourd'hui, 40% des lits des maisons de repos belges (secteur privé et public confondus) poursuivent un but lucratif. A Bruxelles, 62% des lits se trouvent dans des établissements privés commerciaux, 24% étant gérés par les communes via le CPAS, 14% par des asbl »<sup>2</sup>. Bien entendu, les acteurs commerciaux sélectionnent les bénéficiaires en fonction de leur solvabilité, tandis que les institutions sans but lucratif reçoivent les patients plus démunis...

•••••  
**Agissons**

La Plate-forme et le Réseau coordonnent leurs efforts pour promouvoir une politique de santé

progressiste et égalitaire en Belgique, en Europe et dans le monde. Leur objectif principal est d'unir leurs travaux et leurs forces sur trois plans principaux :

- l'analyse critique des systèmes de santé ainsi que des facteurs sociaux qui influencent la santé, en Belgique, en Europe et dans le monde, mais également des facteurs sociaux qui déterminent la santé et la maladie ;
- l'information, la sensibilisation des professionnels et de la population quant aux conséquences des politiques néolibérales sur la protection sociale et le service public des soins de santé ;
- la lutte pour des politiques solidaires en matière de santé et de promotion du bien-être.

Chacun diffusera les actions menées respectivement au niveau local et national, tentera de les amplifier, de les organiser en collaboration si possible. Le projet est aussi de préparer un cahier de revendications pour interpeller les partis politiques sur leurs futurs programmes aux élections, notamment les élections européennes de 2014. En décembre prochain, le Réseau européen compte organiser une réunion européenne qui adoptera un « cahier de revendications » à adresser aux différents niveaux de pouvoir. Il rencontrera ensuite les partis européens pour leur transmettre ce cahier et lancer une campagne vers les candidats dans les différents pays.

### **Les axes de la plate-forme d'action Santé et Solidarité et du Réseau européen contre la commercialisation de la santé et de la protection sociale**

- \* La Santé est un droit pour tous ;
- \* L'Accessibilité pour tous à la santé et aux soins de santé ;
- \* La Protection sociale généralisée basée sur un financement collectif solidaire ;
- \* La Démocratie sanitaire par la participation de tous aux décisions en la matière ;
- \* Résister au processus de privatisation et de commercialisation du secteur de la santé ;
- \* Refuser les opérateurs à but lucratif dans le secteur des soins de santé ;
- \* Encourager la recherche publique et le prix bas des médicaments ;
- \* Défendre des soins de qualité et de bonnes conditions de travail pour le personnel de la santé ;
- \* Agir sur les déterminants de la santé.

---

1. *Pour comprendre les enjeux de la directive services, lire Directives "services" et SSIG : Rétroactes et enjeux. Analyse de la SAW-B asbl, Mai 2011.*

[http://www.saw-b.be/EP/2011/A1107services\\_SSIG\\_retroactes\\_enjeux.pdf](http://www.saw-b.be/EP/2011/A1107services_SSIG_retroactes_enjeux.pdf)

*Lire aussi " la santé en voie de privatisation européenne ", Henri Houben, SC - juillet 2006 - n° 37*

<http://www.maisonmedicale.org/La-sante-en-voie-de-privatisation.html>

2. Marie-Hélène Salah, « La santé n'est pas à vendre », dossier de Bruxelles Santé n°68, octobre 2012.