# Les marchands du temple

***Christian Legrève**, animateur, responsable du service Éducation permanente de la Fédération des maisons médicales.*

*Les centres de santé intégrée de première ligne semblent être un modèle attractif pour les jeunes soignants qui s'installent. Mais peuvent-ils prendre la forme d'une société commerciale ? Ne sont-ils pas en proie à la privatisation ? C'est ce que pourrait laisser entendre une petite annonce de recrutement reçue début 2013 par des usagers et des travailleurs de maisons médicales. Des maisons médicales commerciales : une fiction bientôt réalité ? Analyse.*

**Mots clefs** : centre de santé, maison médicale, privatisation, marchandisation, première ligne de soins.

Pour l'ouverture prochaine de centres médicaux intégrés (maisons médicales), nous recherchons :
- médecins généralistes (indépendants, salariés ou associés) ;
- kinésithérapeutes (salariés) ;
- infirmiers(ères) (salariés).

Fonctionnement : à l'acte au début, et ensuite au forfait.
¼ temps au début, évolutif en fonction de l'activité.
Communes concernées : Amay, Beyne-Heusay, Blégny, Hannut, Soumagne, Spa, Theux, Visé, Waremme.
Contacts : Mr xxxx, tél 0000 sprlzzzzz@gmail.com.

C'est l'annonce que plusieurs usagers et travailleurs de maisons médicales ont découverte début 2013 dans quelques toutes-boîtes publicitaires de la région liégeoise. Elle a suscité de l'étonnement, de l'intérêt, de l'inquiétude parfois. Ça y est ! Une manifestation concrète, univoque de la marchandisation des soins de santé qui touche directement notre secteur.

Mais les réactions ne sont pas unanimes. D'aucuns estiment que c'est une bonne chose. Que c'est indicatif de l'attractivité du modèle. A l'occasion d'une discussion avec un groupe d'assistants en médecine générale, plusieurs ont exprimé le fait qu'ils ne voyaient pas où était le problème. Ils étaient même agacés par ma préoccupation : il y a des soignants établis en SPRL qui ne sont pas nécessairement guidés par le profit ; inversement, le statut d'asbl ou l'affiliation à la Fédération des maisons médicales ne sont pas des garanties de qualité des soins.

## Première ligne : un marché à prendre ?

Essayons de faire le point. En quoi l'émergence d'une SPRL comme celle-là pose-t-elle problème ? Est-ce une dérive ? Un danger pour la qualité des soins ? Pour les conditions de travail ? Pour le système de santé ? Est-ce illégal ?

D'abord, de quoi parle-t-on ? L'objet social de la société en question est *« l'organisation, l'administration, la gestion de centres de santé intégrée, notamment sous la forme de maisons médicales. La société a pour but, également, de prendre, promouvoir, soutenir toute initiative, défendre devant toutes instances, juridictions et administrations, équiper et administrer toutes institutions d'ordre médico-social ayant pour objet le maintien et le développement de la santé. »*. Classiquement, ses statuts l'autorisent aussi à poser tous les actes liés à cette activité, dans les domaines financier et immobilier. L'objectif de la SPRL est donc de faciliter la création de sociétés ou d'asbl de soins, et de se faire rémunérer pour la gestion administrative de ces centres.

Sur le plan des principes, une SPRL est bien une société commerciale, dont le but est la rémunération du capital des actionnaires, l'objet social définissant le champ d'activité dans lequel cet objectif va se traduire. Sa fiscalité est d'ailleurs établie sur cette base. Quand un soignant choisit cette forme juridique pour sa pratique, c'est parce qu'il souhaite rentabiliser un investissement. Il prend une autre position, à côté (ou en plus), de sa position de soignant. Il gère alors avec ses associés (ou avec lui-même dans le cas de la SPRLU) les contradictions entre ces deux positions. La SPRL dont nous parlons se place explicitement dans la position d'investisseur. Elle entend construire une relation client avec des institutions de soin, en ouvrant son capital à des médecins qui voudraient s'y associer. Dans cette relation, la rentabilité de son activité entre en concurrence avec d'autres charges, notamment celles liées à la qualité des soins, aux activités hors nomenclature INAMI et aux conditions de travail.

C'est la même position que le fournisseur d'énergies ou de matériel informatique de la maison médicale, à la différence que ceux-ci ne recrutent pas de personnel soignant pour constituer des centres de santé auxquels ils vont vendre leurs services. Les maisons médicales ont vis-à-vis de leurs fournisseurs une liberté et une autonomie qu'elles n'auraient pas dans ce cas de figure. Cette perte d'autonomie n'est pas *en soi* un problème. Nous ne revendiquons pas la totale indépendance vis-à-vis des politiques publiques, par exemple. Mais ce renoncement se fait sur la base d'objectifs de santé publique que nous partageons. Dans la situation que nous analysons, c'est une perte d'indépendance qui nous soumet à des objectifs en contradiction avec les nôtres.

## Politique publique et logique commerciale : compatibles ?

La contradiction est plus problématique encore quand la société en question se propose de pouvoir représenter les centres de santé auprès des pouvoirs publics, c'est-à-dire négocier les conditions de ses profits avec les politiques de santé, en se substituant aux acteurs de la santé.

L'Organisation mondiale de la santé, dans la déclaration d'Alma-Ata[1], affirme que « *tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* ». La charte d'Alma-Ata définit en outre les soins de santé primaires comme « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination* ». Ces fondements semblent peu compatibles avec une activité qui devrait privilégier la rentabilité et le retour sur les investissements.

La commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport 2008[2] précise que « *toute la politique des systèmes sanitaires doit avoir pour objectif principal de garantir à tous l'accès à des soins de santé de qualité, sans considération de solvabilité. Théoriquement, les réglementations du marché peuvent déterminer le rôle et le comportement du secteur privé dans le système sanitaire. En pratique, les éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé sont manquants. (...) les gouvernements (...) doivent éviter de s'engager en matière de services de soins sanitaires dans des traités commerciaux ayant force obligatoire (...). L'exemple de l'assurance maladie est révélateur. Il est évident que l'assurance maladie peut soutenir le financement des soins de santé, mais, ce faisant, elle ne doit pas amoindrir l'équité en santé* ».

L'Organisation mondiale de la santé relève donc une contradiction de principe entre les objectifs des politiques publiques de santé et les logiques commerciales. L'Organisation mondiale de la santé va même plus loin en soulignant la faiblesse des pouvoirs publics dans d'éventuels partenariats. Sur le plan formel, le décret wallon[3] impose qu'une association de santé intégrée (ASI) qui demande l'agrément soit « *constituée sous la forme d'une association sans but lucratif ou, à défaut d'initiative privée, être organisé par une autorité publique* ». On voit tout de suite deux failles. D'une part, rien n'empêche une société commerciale de se cacher derrière une asbl. C'est un montage qui existe dans l'économie sociale, pour diverses raisons, mauvaises ou plus mauvaises encore. D'autre part, déjà actuellement, un certain nombre de centres de santé renoncent à l'agrément dont l'attrait financier est minime et le caractère obligatoire limité, et dont la gestion administrative est mal vécue. En fait, sur le plan juridique, rien ne fait aujourd'hui obstacle à l'initiative dont nous parlons.

## Non à la marchandisation de la santé !

Les questions que pose la pratique commerciale en soins de santé ne sont pas d'ordre moral, ni même éthique. Ce qui pose problème, c'est l'impossibilité de construire une politique de santé cohérente et viable qui s'appuie sur de telles pratiques. Comment imaginer, par exemple, qu'une maison médicale commerciale ou soumise à une société commerciale, et qui serait financée au forfait, évite le recours abusif à la deuxième ligne, renonce à sélectionner des patients ou consacre des ressources à l'éducation pour la santé ou le développement communautaire ? Au nom de quoi le ferait-elle ?

Il est temps de se réveiller ! Il y a quinze ans encore, on pouvait croire que la fourniture d'eau, la distribution de courrier ou les transports publics ne pouvaient pas fonctionner autrement que dans une logique de bien commun. Les usagers ne l'imaginaient pas, et les décideurs croyaient que la libéralisation ne ferait pas obstacle à leur action. Qu'ils pourraient gérer politiquement des services privatisés.

Aujourd'hui encore, on fait semblant de croire que la privatisation de l'enseignement ou des soins de santé est une fiction, un épouvantail ; ou une solution, une fatalité. Or c'est seulement un dogme, un enjeu, un choix. ●

*1. Déclaration d'Alma Ata, adoptée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires sous le patronage commun de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds de secours à l'enfance des Nations-Unies. Alma Ata, URSS, 6-12 septembre1978. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/*

*2.* Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS, rapport final, 2009*, Combler le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. http ://whqlibdoc.who.int/*

*3. Extrait du Code wallon de l'action sociale et de la santé du 29 septembre 2009 concernant les associations de santé intégrée. Décret de la Communauté française, du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé modifié par le décret du 24 novembre 1994 de la Région wallonne relatif au même objet, lui-même modifié en date du 20 novembre 2008. L'arrêté portant application a été publié le 27 mai 2009.*

## L'austérité, mauvaise pour la santé !

En Grèce, des dizaines de millions de personnes n'ont plus accès aux soins de santé. Ils dépendent de l'aide humanitaire. Les femmes doivent quitter leur emploi pour assurer les soins et la garde des enfants, des malades, des personnes âgées.

En Espagne, le système de santé est vendu au secteur commercial qui sélectionne les pathologies et les patients rentables.

En Italie, au Portugal, en Slovénie, les mêmes mécanismes sont mis en place.

En Pologne, des pans entiers du système de soins sont privatisés et passent sous contrôle de sociétés multinationales. Le personnel de soins est obligé d'accepter des contrats d'indépendants et de cumuler plusieurs jobs.

En France, 60% de la chirurgie « froide » est aux mains du secteur privé à but lucratif.

En Belgique, des holdings multinationaux ont racheté des milliers de lits de maisons de repos ces dernières années…

Au lieu de protéger le citoyen, l'Europe semble vouloir protéger « l'investisseur » à but lucratif. Sous le couvert des principes de la libre concurrence et de libre installation, l'Europe fragilise les cadres nationaux qui privilégient les opérateurs publics ou non-marchands.

Le Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale, et la Plateforme belge d'action Santé et Solidarité ont organisé en mars dernier une journée d'actions européennes : « La commercialisation de la santé met les européens en danger ! » Plus d'infos : www.sante-solidarite.be