

# GRESEA ÉCHOS

Revue trimestrielle du Groupe de REcherche pour une Stratégie Économique Alternative

NOTRE SANTÉ N'EST PAS PAS

À  
VENDRE

7 AVRIL

JOURNÉE MONDIALE  
DE LA SANTÉ

LA SANTÉ  
MARCHANDISE

#HEALTH4ALL



Gresea Échos N°121  
Trimestriel : Janvier/Février/Mars 2025

**Photo couverture**

Fédération des maisons médicales  
ISSN: 1377-7718

**Editeur responsable**

Bruno Bauraind, c/o GRESEA

**Comité de rédaction**

Bruno Bauraind, Sebastian Franco,  
Romain Gelin, Natalia Hirtz, Cédric Leterme.

**Maquette**

Giorgio Grasso

**Mise en page**

Nathalie Van Verre

**Relecture**

Anne-Lise Maréchal  
Nathalie Van Verre  
Fabrice Renière

Réalisé avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

**ABONNEZ-VOUS**

Le Gresea Échos est désormais accessible en version numérique gratuite, en parallèle de la version papier payante. Nous désirons ainsi démocratiser l'accès à nos travaux.

L'abonnement papier reste d'actualité et son tarif inchangé. Nous avons toutefois plus que jamais besoin de votre soutien. Parce que s'abonner au Gresea Échos dépasse le simple acte d'achat, nous vous proposons à présent d'opter pour l'abonnement de soutien.

Nous comptons sur votre fidélité, essentielle non seulement à la survie de notre revue, mais aussi et surtout à la diffusion de voix qui défendent une vision démocratique de l'économie.

Si vous pensez qu'une lecture alternative au modèle économique dominant est essentielle et que vous souhaitez participer à pérenniser notre travail d'éducation et de recherche, ABONNEZ-VOUS.



<https://gresea.be/S-abonner-au-Gresea-Echos>

**GRESEA Asbl**

Groupe de Recherche pour une  
Stratégie économique Alternative  
Rue Royale 11, B-1000 Bruxelles  
Tél. + 32(0)22197076  
Email: [info@gresea.be](mailto:info@gresea.be)  
Site: [www.gresea.be](http://www.gresea.be)  
N°Entreprise: 0420-806-883

Disponible dans les librairies

**Météores**

207 rue Blaes, 1000 Bruxelles

**Tropismes**

Galerie des Princes 11, 1000 Bruxelles

**Presses Universitaires de Bruxelles**

Avenue Paul Héger 42, 1000 Bruxelles

**Poëtini**

Rue de Roumanie 28, 1060 Bruxelles

**Centrale, Saint-Gilles**

Avenue A. Demeur 63-65, 1060 Bruxelles

**Ozfair**

Rue Jean Volders 9, 1060 Bruxelles

**La boutique du DK**

Rue de Danemark, 70b, 1060 Bruxelles

**La vieille Chéchette**

Rue du Monténégro 2-6, 1060 Bruxelles

**Victor, Marguerite et Cie**

Rue de Savoie, 1060 Bruxelles

**Herbes Folles**

Rue Saint-Guidon 30, 1070 Bruxelles

**Press&Café**

Avenue Albert 2, 1190 Bruxelles

**Par Chemins**

Rue Berthelot 116, 1190 Forest

**La Licorne**

Chaussée d'Alsenberg 715, 1180 Bruxelles

**Quartier Libre**

Chaussée d'Alsenberg 374, 1180 Bruxelles

**À Livre Ouvert**

Rue Saint-Lambert 116, 1200 Bruxelles

**Coopérative Bees coop**

Rue Van Hove 19, 1030 Bruxelles

**Toute la Presse**

Avenue de Tervueren 14, 1040 Bruxelles

**Candide**

Place G. Brugmann, 1-2, 1050 Bruxelles

**Pax**

Place Cockerill 4, 4000 Liège

**Livre aux trésors**

Place Xavier-Neujean 27A, 4000 Liège

**Papyrus**

Rue Bas de la Place 16, 5000 Namur

**Point-Virgule**

Rue Lelièvre 1, 5000 Namur

**Gérard Christian**

Avenue des Combattants 10, 5000 Namur

**Librairie SchaerBook**, 91 avenue Léon

Mahillon 1030 Schaerbeek

**Färm Meiser**, Avenue Rogier, 383 1030

Schaerbeek

**Bees Coop**, 19, rue Van Hove, 1030

Schaerbeek

**TARIFS**

6 euros-3 euros/numéro

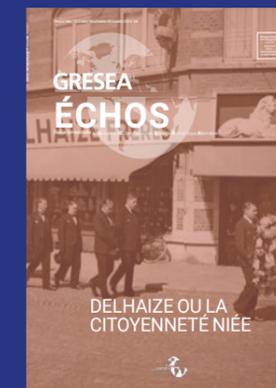
**ABONNEMENTS ANNUELS**

- **Standard** : 18 euros/4 numéros
- **Étudiant/Social** : 8 euros/4 numéros
- **De soutien** : 40€ (papier et numérique)

IBAN: BE08-0682-4646-5913

BIC (swift): GKCCBEBB

Communication : Abonnement Gresea échos



# S O M M A I R E

## **Éditorial**

### **Faire résonner à nouveau l'esprit d'Alma-Ata**

Sebastian Franco, Gresea *p. 3*

## **1. L'impact de la globalisation sur la santé**

Amit Sengupta (†), *p. 7*  
People's Health Movement

## **2. Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé**

Sebastian Franco, Gresea *p. 17*

## **3. Orpea ou la gestion *low cost* du vieillissement**

Sebastian Franco, Gresea *p. 25*

## **4. Après la pandémie, toujours plus d'argent public pour les soins de santé privés ?**

Olivier Petitjean, *p. 37*  
Observatoire des multinationales

## **5. Le droit à la santé sur le terrain**

Entretien avec de Fanny Dubois, *p. 47*  
Fédération des maisons médicales

et Hanne Bosselaers, *p. 58*  
Médecine pour le Peuple  
par Sebastian Franco, Gresea



## ÉDITORIAL

# Faire résonner à nouveau l'esprit d'Alma-Ata

La santé est une dimension fondamentale de la vie collective et individuelle. Au-delà de l'accès à des soins de qualité, elle est largement définie par les déterminants sociaux et environnementaux qui nous affectent toutes et tous. Pour cette raison, les luttes pour le droit à la santé sont nombreuses et multiformes. Ainsi, revendiquer le droit à la santé, c'est défendre un monde en paix, où chacun peut vivre dignement de son activité et étudier davantage, bénéficier d'un environnement sain, se nourrir de manière équilibrée et vivre dans un logement salubre entouré d'une famille et d'une communauté attentionnée.

Mais dans le monde qui est le nôtre, celui des grandes puissances, des entreprises multinationales, du capitalisme néolibéral, les intérêts marchands et la recherche du profit s'opposent de fait au droit à la santé. Qu'il s'agisse d'accéder à des soins de santé adéquats, à une éducation de qualité ou à un logement salubre à un prix correct, la logique marchande précarise celles et ceux qui n'ont pas les moyens de se les procurer.

## ÉDITORIAL

Tant au sein des institutions internationales qui régissent l'architecture financière mondiale (Fonds monétaire international, Banque mondiale, Organisation mondiale du commerce) que dans l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) elle-même, dans les institutions européennes ou nationales, les politiques mises en place ont largement favorisé le développement d'une offre lucrative dans le domaine de la santé : libéralisation, privatisation et dérégulation sont devenues les nouveaux mantras des décideur-euses politiques. Il n'en a pas toujours été ainsi...

### D'Alma-Ata à Washington

En 1978, la Conférence internationale de l'OMS d'Alma-Ata (ville kazakhe, aujourd'hui Almaty) débouche sur la déclaration du même nom sur les soins de santé primaires<sup>1</sup>. Ce texte présente la vision progressiste de la santé la plus aboutie, depuis la création de l'institution onusienne en 1948<sup>2</sup>. Elle s'articule sur trois concepts qui restent particulièrement pertinents aujourd'hui : la détermination sociale de la santé, les soins de santé primaires et la démocratie sanitaire.

En affirmant que « l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé », la déclaration rappelle que ce sont d'abord les contextes sociaux, économiques et environnementaux qui définissent l'état de santé des individus et des populations<sup>3</sup>. Cette approche globale et préventive se double dès lors d'un appel à la justice sociale entre pays et au sein de chaque État membre.

1. « Déclaration d'Alma Ata », Rapport de réunion, *Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe*, 8 octobre 2019. [En ligne].

2. Lire par exemple : A. Rosamund Katz, « Contrôle des épidémies ? L'OMS avait la solution il y a 40 ans », *Cetim*, 16 avril 2020. [En ligne].

3. A. Sengupta, C. Bodini et S. Franco, « The struggle for Health: an emancipatory approach in the era of neoliberal globalization », *Rosa-Luxemburg-Stiftung*, 28 février 2018. [En ligne].

## ÉDITORIAL

Les systèmes de soins primaires, proches de la population sont « 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 » et doivent faire « intervenir [...] tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs. »

Affirmant « l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires », la déclaration appelle au contrôle citoyen et démocratique sur les systèmes de santé. Enfin, « tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité [...] puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. »

Ironie de l'histoire, la conférence d'Alma-Ata se tient en pleine contre-révolution néolibérale, ce que l'on nommera plus tard le « consensus de Washington ». Comme l'explique le regretté Amit Sengupta dans le premier article de ce *Gresea Échos*, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et l'Organisation mondiale du commerce émergent successivement comme des acteurs des politiques de santé : c'est l'époque des aides au développement conditionnées à des réformes de politiques de santé, de plans d'ajustement structurel ou encore d'accords sur la propriété intellectuelle des médicaments.

Ce changement de paradigme complique l'accès aux soins et renforce la puissance des intérêts commerciaux, spécialement celui des multinationales et des fondations privées (par exemple la Fondation Gates, du nom du fondateur de Microsoft) qui deviennent incontournables au sein de

l'OMS. Les programmes de l'organisation sont progressivement réorientés au travers de partenariats public-privé globaux.

### Après la COVID-19, un monde à reconstruire !

Cette dérive marchande, décrite de manière précise dans le second article, affaiblit largement la capacité des systèmes de soins à répondre aux besoins de santé des populations. La crise de la COVID-19 a jeté une lumière crue sur cette réalité ; les pays les plus riches du monde sont contraints de recourir à des méthodes de confinement face aux défaillances de leur système de santé, abimé par des décennies d'austérité budgétaire et de privatisations<sup>1</sup> à tout-va.

Paradoxalement, malgré l'incapacité de la santé marchandisée de répondre à nos besoins collectifs, celle-ci ressort renforcée de la pandémie grâce à son immense pouvoir d'influence sur le monde politique qu'Olivier Petitjean de l'Observatoire des multinationales dépeint dans le troisième article de ce numéro.

La multinationale des maisons de repos Orpea, aujourd'hui renommée Emeis suite à l'immense scandale suscité par les pratiques de maltraitance en vigueur en son sein<sup>2</sup>, reflète parfaitement les dérives de cette marchandisation<sup>3</sup> de la santé. Dans le quatrième article de ce *Gresea Échos*, nous détaillons comment au sein de cette entreprise la recherche effrénée de profits a levé tout obstacle au traitement inhumain des résidents et des travailleurs.

---

1. La privatisation est le changement de propriété d'un bien ou d'un service, qui passe d'une propriété collective ou publique à une propriété privée (qu'elle soit d'une personne physique ou morale). Toute privatisation est une forme de marchandisation. Mais il peut y avoir marchandisation sans nécessairement impliquer une privatisation.

2. V. Castanet, *Les fossoyeurs*, Paris, Fayard, 2022, 400 pages.

3. La marchandisation est le processus multiforme qui transforme en marchandise un bien ou service qui ne l'était pas précédemment. Pour être marchandise, ce bien ou service doit être échangeable, évaluable (en termes monétaires) et standardisé.

Alors que faire ? Quelles sont les alternatives à la santé marchandise ? Comment construire le droit à la santé en partant des besoins des populations ? Comment s'opposer à la marchandisation de tous les aspects de la santé ? Autant de questions abordées en conclusion de ce *Gresea Échos* avec deux actrices de terrain, impliquées dans les soins de première ligne : Fanny Dubois, secrétaire générale de la Fédération des maisons médicales et Hanne Bosselaers, médecin généraliste dans une maison médicale de Médecine pour le Peuple.

Il y a 46 ans, la Conférence d'Alma-Ata nous donnait déjà les outils sur lesquels construire nos propositions pour un véritable droit à la santé. À nous de faire vivre son esprit pour reprendre la bataille des idées !

Amit Sengupta (†)\*  
People's Health Movement, 2018

# L'impact de la globalisation sur la santé<sup>1</sup>

L'économie globale et la géopolitique sont des déterminants importants de la santé et les décisions qui se prennent dans les instances internationales l'impactent directement ou indirectement. En outre, la concurrence entre intérêts capitalistes – qui convoitent les ressources dédiées à la santé, 10% du PIB mondial – et les disputes géopolitiques fragilisent la vie de millions de personnes. Enfin, loin d'apporter des solutions à cette situation, la gouvernance mondiale de la santé tend à renforcer la mainmise des intérêts des plus puissants sur la santé au détriment des droits fondamentaux des populations. Tour d'horizon...

1. Cet article est extrait de la brochure *The struggle for health : an emancipatory approach in the era of neoliberal globalization* éditée par la Fondation Rosa Luxemburg et coordonnée par Federico Tomasone. [En ligne].

# L'impact de la globalisation sur la santé

**Amit Sengupta**

*People's Health Movement*

Nous vivons aujourd'hui dans un monde profondément inégalitaire où le capital financier, soutenu par la puissance technologique et militaire, influence de manière décisive l'ensemble des activités humaines dans la plupart des régions du monde. Pour perpétuer son hégémonie, le capitalisme impose des changements structurels au système économique mondial.

Ces changements ont des effets dévastateurs sur les moyens de subsistance des populations de tous les continents. Ils favorisent également les conflits et les guerres dans différentes parties du monde, tandis que la planète elle-même est au bord de la catastrophe en raison de l'exploitation inconsidérée de ses ressources par le modèle « extractiviste » du développement capitaliste<sup>1</sup>.

Incapable de s'extraire de la crise à laquelle il est confronté, le système capitaliste, qui opère aux niveaux mondial, régional et local, adopte des politiques de plus en plus agressives qui aggravent la crise économique, écologique et humanitaire actuelle. Par le biais d'une financiarisation croissante de l'économie mondiale qui entraîne une concentration toujours plus grande des richesses et l'accroissement des inégalités, par le biais de règles commerciales mondiales et régionales inégales et souvent par l'encouragement direct des guerres, le capitalisme cherche à transférer le fardeau de cette crise aux populations des différentes parties du monde. Le capitalisme promeut également, dans de nombreuses régions du monde, des régimes extrêmement autoritaires qui associent le démantèlement de la démocratie à la promotion de forces sectaires et fondamentalistes.

La motivation première des interventions des pays capitalistes avancés, menés par les États-Unis, dans les pays tiers est de s'assurer le contrôle de ressources naturelles stratégiques. Les interventions militaires, en particulier au Moyen-Orient, visaient initialement à s'assurer le contrôle

1. Pour une présentation détaillée du modèle extractiviste de développement, voir : A. Acosta, « Extractivisme et néoextractivisme : les deux faces d'une même malédiction », *TNI*. [En ligne].

des réserves de pétrole. En Amérique latine, les interventions visant à déstabiliser des gouvernements démocratiquement élus ont pour but de réaffirmer l'hégémonie sur les ressources minérales qui sont essentielles à la survie d'industries clés, militaires et civiles.

La quête des ressources naturelles nécessaires à la perpétuation de la production capitaliste fondée sur la « consommation effrénée » a deux effets majeurs, qui contribuent tous deux à la crise sanitaire mondiale. Premièrement, la prolifération des guerres a entraîné un afflux massif de réfugiés, qui s'est transformé en une crise humanitaire de grande ampleur. Deuxièmement, l'extraction excessive des ressources naturelles et l'utilisation non durable des combustibles fossiles ont précipité une crise écologique d'une ampleur inconnue jusqu'à présent.

Ainsi, la santé des personnes ne dépend pas seulement de la disponibilité de services de santé, mais aussi de facteurs sociaux, économiques et politiques qui influencent les conditions de vie. Les inégalités croissantes appauvrissent de nouveaux groupes de populations alors que, parallèlement, l'ordre néolibéral aggrave encore l'impact de la pauvreté en érodant constamment les systèmes de protection sociale. La crise capitaliste se manifeste également par une hausse du chômage, en particulier chez les jeunes. Les conditions d'emploi dites « flexibles » remplacent les formes d'emploi qui garantissaient auparavant l'accès à une série de prestations de sécurité sociale et de soins de santé<sup>1</sup>.

Les médias, contrôlés le plus souvent par les entreprises et de plus en plus concentrés entre quelques mains, contribuent à légitimer l'ordre néolibéral et à rendre invisibles les mobilisations populaires et

la résistance aux politiques néolibérales. Le projet néolibéral tente de se perpétuer en promouvant des idées qui privilégient les solutions individuelles plutôt que des actions basées sur la solidarité. Dans le cas des services de santé, cela propage l'idée que les services privés sont plus efficaces.

Par conséquent, dans de nombreux pays du monde, les services publics sont privatisés et les services de santé sont confiés à des entreprises privées sous la forme de « partenariats public-privé » (PPP). La marchandisation des services de santé, qui transforme les soins de santé en marchandise à acheter sur un marché, rend les soins de santé inaccessibles à des groupes de populations de plus en plus importants, tant au Sud qu'au Nord. Même en Europe, les services publics sont en train d'être démantelés. Les principaux bénéficiaires de la marchandisation des soins de santé sont les grandes compagnies d'assurance et les fabricants de médicaments, de dispositifs et d'équipements médicaux.

## La gouvernance mondiale de la santé

L'architecture mondiale de la gouvernance, du commerce et de l'économie est désormais guidée par la mondialisation néolibérale et, par conséquent, les décisions et les politiques nationales sont souvent soumises à des influences mondiales. Il en va de même dans le secteur de la santé<sup>2</sup> et l'avènement de la mondialisation a marqué un changement dans les institutions et les structures qui régissent ce secteur.

Plusieurs faits ont eu un impact sur les structures et les processus de la gouvernance mondiale de la santé. Le premier est l'émergence de la Banque

1. Voir « Non-standard employment around the World : understanding challenges, shaping prospects », *International Labour Office* - Geneva: ILO, 2016.

2. D. Woodward, N. Drager, R. Beaglehole, D. Lipson, « Globalization and health : a framework for analysis and action », *Bull WHO* 79 : 875-881, 2021.

mondiale en tant qu'acteur majeur dans le domaine de la gouvernance de la santé dans les années 1980. Le deuxième est l'importance croissante du commerce mondial dans les relations internationales et son impact sur la santé. Cela a conduit à donner un rôle majeur à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et aux accords commerciaux régionaux et bilatéraux. Troisièmement, les fondations privées (telles que la Fondation Bill et Melinda Gates), par le biais de partenariats public-privé et d'autres voies, sont devenues des acteurs importants dans les questions de santé mondiale. Enfin, l'érosion de la légitimité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a éloigné la santé de la gouvernance intergouvernementale.

Les mécanismes intergouvernementaux comme l'OMS ont cédé leur place à des initiatives publiques et privées mondiales (IPPG). De nombreuses initiatives de ce type ont été lancées, dont plus d'une centaine dans le seul secteur de la santé (y compris des initiatives de grande envergure telles que Gavi<sup>1</sup>, l'alliance pour les vaccins, ou le Fonds mondial<sup>2</sup> pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme). Les IPPG sont nées de l'idée que la coopération dans le contexte actuel de la mondialisation ne pouvait plus adhérer à l'ancien principe du multilatéralisme, qui impliquait principalement les États-nations. Les partenariats mondiaux ont donc pris un nouveau sens, impliquant non seulement les États-nations, mais aussi d'autres entités, notamment des organisations commerciales telles que les sociétés pharmaceutiques.

Ces nouveaux partenariats sont également de plus en plus soutenus par des fondations

philanthropiques privées. Les partenariats avec le secteur privé et la société civile sont ainsi présentés comme le moyen de réaliser ce que les gouvernements et les Nations unies ne peuvent faire seuls<sup>3</sup>. Citons, par exemple, l'initiative « Project Last Mile »<sup>4</sup> dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et aux médicaments en s'inspirant et s'appuyant sur le réseau de Coca-Cola, avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates et de l'USAID. Les IPPGs s'attaquent à ce que les économistes néolibéraux décrivent comme des « défaillances du marché », mais ne remettent aucunement en question la croyance fondamentale dans la capacité du marché à réguler les flux mondiaux de biens et de services.

En outre, la légitimité de l'OMS a été sérieusement compromise en raison de son incapacité à faire respecter ses propres décisions, comme le reflètent les diverses résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé restées lettre morte. Les pays développés, qui contribuent majoritairement au financement du fonctionnement de l'OMS, font aujourd'hui preuve d'un mépris cynique à l'égard de la capacité de l'OMS à façonner la gouvernance mondiale de la santé. Ils considèrent le processus de l'OMS axé sur les États membres (où chaque pays dispose d'une voix) comme un obstacle à leurs tentatives de façonner la gouvernance mondiale de la santé, et préfèrent s'appuyer sur des institutions telles que la Banque mondiale et l'OMC, où ils peuvent exercer leur influence avec plus d'aisance. Comme pour de nombreuses autres organisations des Nations unies, le financement de base de l'OMS a stagné en raison d'un gel des contributions des États membres. Son budget ne représente qu'une infime partie des dépenses de santé des États

membres à revenu élevé<sup>1</sup>. En outre, une grande partie des dépenses de l'OMS (plus de 80%) prend la forme de fonds extrabudgétaires conditionnels, réservés à des projets spécifiques<sup>2</sup> par les pays contributeurs<sup>3</sup>.

Une analyse des structures et de la dynamique de la prise de décision au niveau mondial révèle la domination de structures de pouvoir bien établies – par l'intermédiaire des nations les plus puissantes, des institutions de Bretton Woods (Fonds monétaire international et Banque mondiale), de la philanthropie privée et des grandes sociétés transnationales – et un déficit démocratique dans les structures et la dynamique de la gouvernance mondiale en matière de santé. Ces structures de pouvoir opèrent également directement par le biais d'accords commerciaux bilatéraux et régionaux, d'opérations d'aide bilatérale dans le domaine de la santé, de conseils et d'influences directes. À bien des égards, les résultats de ce système en matière de réglementation, de financement et de politique reflètent un déséquilibre entre les intérêts d'un nombre limité de gouvernements nationaux et d'institutions mondiales, souvent privées, et les besoins et priorités d'une majorité de la population mondiale.

Dans le cas des médicaments, les structures de la gouvernance mondiale de la santé favorisent actuellement la forte protection de la propriété intellectuelle (PI). La promotion d'une forte protection de la PI (c'est-à-dire des normes plus élevées en matière de brevets) vise à garantir le pouvoir de monopole et, partant, les intérêts financiers des multinationales du secteur pharmaceutique situées en Amérique du Nord et en Europe. L'accord sur les droits de propriété intellectuelle liés au commerce

(ADPIC) conclu en 1995 dans le cadre de l'OMC a été poussé par les pays du Nord au profit de leurs entreprises pharmaceutiques. L'accord sur les ADPIC a harmonisé les lois sur la propriété intellectuelle dans le monde entier et a empêché des pays comme l'Inde de mener des politiques indépendantes, conçues pour limiter le pouvoir monopolistique des multinationales pharmaceutiques. Ces dernières années, des accords commerciaux bilatéraux et plurilatéraux impliquant les grandes puissances économiques – l'UE, les États-Unis et le Japon – ont tenté d'aller au-delà des attributions de l'accord sur les ADPIC pour renforcer davantage les normes de protection de la propriété intellectuelle.

### Impact des politiques néolibérales dans différents pays

Alors que les inégalités augmentent dans la plupart des pays, de nombreux pays d'Europe affichent des taux de pauvreté en hausse et le nombre de personnes sans sécurité sociale ne cesse d'augmenter. Dans l'Union européenne (UE), plus de 16% de la population est en risque de pauvreté<sup>4</sup> (en dessous de 60% du revenu équivalent médian après transferts sociaux). Ce chiffre dépasse 20% dans une grande économie comme l'Espagne.

L'UE promeut des systèmes harmonisés qui favorisent les mécanismes du marché. Les règles de l'UE, sous l'égide de la Cour européenne de justice, protègent la liberté de circulation des personnes, des services, des biens et des capitaux. Cela garantit l'application uniforme de politiques favorables au marché dans les pays membres de l'UE et profite aux compagnies d'assurance et aux fabricants de

1. <https://www.gavi.org/fr>

2. <https://www.theglobalfund.org/fr/about-the-global-fund/>

3. J. Martens, janvier 2007, « Multistakeholder Partnerships - Future Models of Multilateralism? Dialogue on Globalization », *Occasional Papers*, No.29, Berlin, Friedrich Ebert Stiftung.

4. <https://www.projectlastmile.com/about/>

1. Les États-Unis, avant leur retrait, étaient le plus grand contributeur, avec une contribution obligatoire de 130 millions de dollars environ, à savoir 22% des contributions obligatoires. À comparer avec les dépenses en santé du gouvernement fédéral étatsunien qui dépasse les 1.500 milliards de dollars annuellement...

2. Western Pacific, *World Health International*. [En ligne].

3. « Who Reform : For what purpose », in *Global health watch* 4. Zed Books, Londres, 2014 : 247-266. [En ligne].

4. « Taux de risque de pauvreté par seuil de pauvreté, âge et sexe », *Eurostat*. [En ligne].

médicaments, de dispositifs médicaux et d'équipements médicaux. Dans les pays relativement moins développés de l'UE, comme la Croatie, les règles de l'UE influencent la politique de santé et privilégient les mécanismes de marché et la privatisation du système de santé. Ces mécanismes harmonisés sont particulièrement problématiques quand ils sont appliqués sans discernement dans des pays qui n'ont pas de systèmes de santé similaires et où il existe de grandes variations dans les modèles de financement. La libre circulation des services dans l'UE permet la prestation transfrontalière de services médicaux, dentaires et autres. Si elle offre un choix potentiel aux patients, elle permet également aux prestataires de soins, y compris ceux du secteur privé, de disposer de patients et de recruter des professionnels de la santé dans tout le continent. Ces règles favorisent le « tourisme médical », qui consiste essentiellement à répondre aux besoins de santé de ceux qui peuvent acheter des soins sur le marché, au lieu de répondre aux besoins réels des patients locaux. Ainsi, en Croatie, le gouvernement soutient le développement du tourisme médical et les investissements publics dans le tourisme médical sont disproportionnellement plus élevés que le soutien aux hôpitaux publics. Nombre de ces derniers sont endettés et sont alors accusés de fournir des services de mauvaise qualité.

Le déséquilibre des relations de pouvoir – tant politiques que financières – entre les États membres de l'UE caractérise également les accords commerciaux qui favorisent de manière disproportionnée les intérêts des pays les plus développés, et en particulier leurs entreprises, qui ont également un impact sur les soins de santé en promouvant activement la « commercialisation » des services de soins de santé. L'Accord économique et commercial global (AECG ou CETA en anglais)<sup>1</sup>, négocié en

secret entre l'UE et le Canada entre 2009 et 2014, est un exemple de ce type d'accords commerciaux.

Dans de nombreux pays d'Europe, comme la France et le Royaume-Uni, on observe des tentatives manifestes d'affaiblir les systèmes publics en privatisant les hôpitaux publics par le biais de partenariats public-privé. En outre, en France par exemple, des moyens sont accordés pour mettre en œuvre un contrôle privé sur les mutuelles de santé, qui bénéficieraient alors aux compagnies d'assurance maladie privées.

Aujourd'hui, les institutions financières mondiales et régionales remplacent le rôle que devraient légitimement jouer les gouvernements souverains démocratiquement élus. La crise de 2010, particulièrement en Grèce, offre un exemple clair de la manière dont les décisions souveraines des pays sont supplantées par de puissantes institutions sur lesquelles s'adosse l'hégémonie du capital. En effet, à cette époque, la Troïka (l'alliance entre la Commission européenne, la Banque centrale européenne et le Fonds monétaire international) a imposé à la Grèce des mesures d'austérité radicales et d'autres réformes, telles que des réductions brutales des dépenses publiques, des augmentations drastiques d'impôts, des réductions dans les allocations de chômage, la privatisation des infrastructures publiques, etc. Ces mesures ont affecté tous les indicateurs sociaux<sup>2</sup>. En 2016, 35,6% de la population totale (3,8 millions de personnes) étaient menacés de pauvreté ou d'exclusion sociale, alors que huit ans plus tôt, cet indice n'était « que » de 28,1%.

L'histoire montre qu'en période d'austérité, le système de santé publique doit au contraire être renforcé afin d'éviter un déclin brutal de l'état de santé de la population. Cependant, les diktats de l'UE en

1. Pour une discussion plus détaillée sur l'AECG, voir : *The great CETA swindle*, Corporate Europe Observatory, Corporate Europe Observatory, 16 novembre 2016. [En ligne].

2. E. Kondilis et al, « Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case », *American Journal of Public Health*, 18 avril 2013. [En ligne].

Grèce ont contraint les gouvernements à poursuivre la mise en œuvre d'un programme de réforme de la santé ayant pour objectif de maintenir les dépenses de santé publique à un niveau inférieur ou égal à 6% du PIB (en 2007, les dépenses de santé de la Grèce représentaient 9,6% du PIB). Cette situation a entraîné une augmentation des dépenses de santé à charge des patients, avec une augmentation du ticket modérateur sur les médicaments pouvant aller jusqu'à 25%<sup>1</sup>. Les ménages sont soit contraints de s'appauvrir pour accéder aux services de santé, soit obligés de renoncer aux soins.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la crise des réfugiés provoquée par l'aggravation des conflits au Moyen-Orient, en particulier depuis 2015, a précipité une crise humanitaire de grande ampleur. La réponse à cette crise, qui s'accompagne également d'une crise sanitaire au sein de la population réfugiée, illustre à quel point le néolibéralisme est fondamentalement opposé aux services publics. La Commission européenne a consacré à l'époque plus de 500 millions d'euros au financement des dépenses de la Grèce en matière de contrôle des frontières et de programmes de protection des réfugiés. La plus grande partie de cet argent a été allouée non pas au renforcement du système de santé publique grec, mais au soutien de programmes verticaux parallèles de soins de santé primaires, gérés par des ONG internationales ou nationales, actives principalement dans les camps de réfugiés.

[NDLR] Depuis la rédaction de cet article en 2018, les faits ont plus que validé l'analyse exprimée, les tendances à la libéralisation et à la privatisation dans le domaine de la santé se sont renforcées. La crise de la Covid-19 en 2020 a en outre montré la situation précaire de bien des systèmes de santé en Europe, le manque de lits d'hôpitaux et d'unités d'urgence, les conditions difficiles de travail du

personnel soignant. Au niveau global, la mainmise des firmes pharmaceutiques sur la fabrication de médicaments vitaux s'est renforcée ; les forums intergouvernementaux se sont quant à eux encore affaiblis (retrait de l'OMS des États-Unis et de l'Argentine). Les crises humanitaires dues à la guerre et au changement climatique menacent chaque jour un peu plus des populations entières. Le monde est malheureusement encore plus malade.

\* [NDLR] Amit Sengupta est décédé en 2018, il était médecin de formation et exerçait à New Delhi, en Inde. Il a travaillé avec de nombreux mouvements populaires en Inde et dans le monde sur les questions relatives à la science, la société en général, la santé publique et les politiques des médicaments, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle. Il a dirigé plusieurs projets de recherche dans le domaine de la santé publique. Il a été associé à plusieurs plateformes et réseaux de la société civile, dont le All India Peoples Science Network et le Conseil international du Forum social mondial. Le Dr Sengupta a été coordinateur mondial du Mouvement Populaire pour la Santé et a également coordonné le groupe éditorial de Global Health Watch.

1. A. Gouvalas, M. Igoumenidis, M. Theodorou, K. Athanasakis, « Cost-Sharing Rates Increase During Deep Recession: Preliminary Data From Greece », *Int J Health Policy Manag.* 2016 ; 5(12) : 687-692. [En ligne].

Sebastian Franco  
Gresea

# Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé<sup>1</sup>

Partout dans le monde les systèmes de soins de santé font face à une marchandisation rampante. Au nom de l'efficacité ou de la rationalité, les politiques publiques favorisent la participation d'entreprises dont l'objectif n'est pas le droit à la santé, mais bien le profit. Mais en fin de compte, quelles sont les conséquences de ces choix politiques ? Comment opèrent ces entreprises et quelles stratégies déploient-elles pour générer du profit ?

1. Cet article est extrait de la brochure *The struggle for health : an emancipatory approach in the era of neoliberal globalization* éditée par la Fondation Rosa Luxemburg et coordonnée par Federico Tomasoni. [En ligne].

# Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé

Sebastian Franco, Gresea

Selon l'OMS, les systèmes de santé regroupent, pour un pays donné, l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.

Le plus souvent, les systèmes de santé se divisent en un ensemble de sous-systèmes : un système public financé par l'impôt ou par les cotisations sociales, un système privé subventionné non lucratif (associations sans but lucratif, ONG), et un système privé lucratif ou commercial. Parfois, le secteur des médecines traditionnelles ou le secteur informel complètent le tableau.

Une des particularités des systèmes de soins est la grande quantité d'acteurs qui y agissent : autorités politiques et institutions publiques nationales, régionales ou locales ; usagers/patients ; citoyens-contribuables ; professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens, techniciens, travailleurs administratifs) ; entreprises et assureurs ; associations sans but lucratif ou organisations caritatives. Chaque acteur a des intérêts propres qui peuvent parfois rentrer en contradiction : un médecin et un assureur n'auront pas la même attitude face à l'utilisation d'une technologie coûteuse ; un patient devra parfois déboursier beaucoup d'argent pour une consultation immédiate non conventionnée qui rapporte plus d'argent au médecin, etc.

Malgré leurs différences institutionnelles – notamment dues à leur parcours historique propre – tous les systèmes de santé font face aujourd'hui à un processus de marchandisation plus ou moins marqué. En effet, les ressources financières et humaines dédiées à la santé des populations ont de quoi attirer certains appétits. Les dépenses globales de santé représentent près de 10% du PIB mondial, soit près de 10.000

milliards de dollars ; les dépenses publiques de santé représentent plus de 60% de ces montants<sup>1</sup>.

Ces chiffres peuvent différer de manière importante d'un pays à l'autre<sup>2</sup>, mais ils nous donnent néanmoins une idée de la taille du secteur de la santé et donc de son importance stratégique. Il faut noter qu'il existe d'importantes inégalités en termes de santé, entre pays d'une part et au sein même des pays d'autre part.

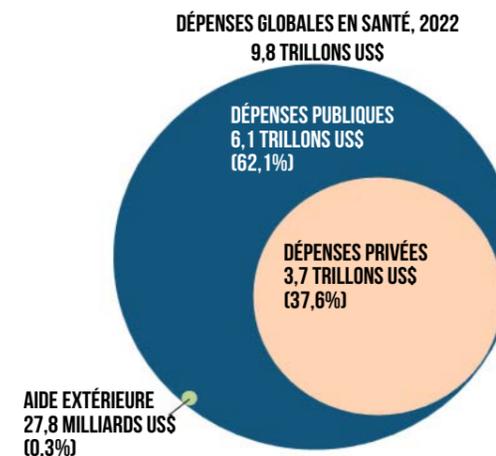
La marchandisation de la santé a donc ses promoteurs : les grands groupes pharmaceutiques (près de 1.000 milliards d'euros de chiffre d'affaires mondial) ; l'industrie des services de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de repos et laboratoires privés), mais aussi les fonds d'investissement et les banques qui, par leur lobbying, font évoluer les législations nationales et internationales depuis plusieurs décennies.

Pour ce faire, ils déploient leur stratégie principalement sur deux axes:

1. La marchandisation des différentes dimensions de la santé, des besoins sociaux influençant la santé et des relations de soins. La publicité ou les opinions d'« experts » dans les médias projettent une vision individuelle de la santé (nous serions toutes et tous responsables de notre propre santé) et invitent les personnes à se procurer les services payants qui contribuent à leur bien-être (clinique dentaire, thalassothérapie, etc.).

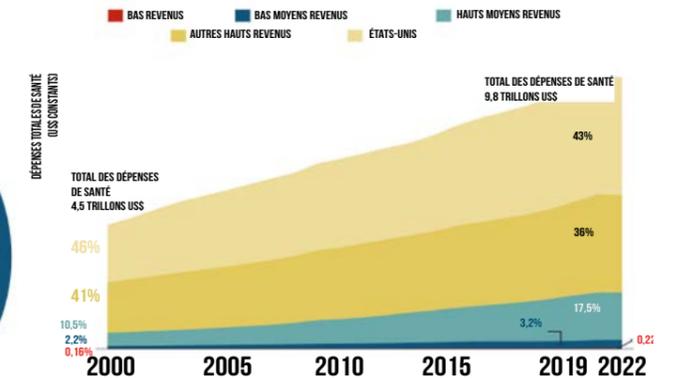
2. La privatisation à des fins commerciales des ressources précédemment publiques ou fonctionnant sans but lucratif comme par exemple le rachat par un fonds d'investissement d'un groupe de maisons de repos à but non lucratif ou l'utilisation des infrastructures publiques pour des consultations privées (consultations privées en hôpital).

FIGURE 1. DÉPENSES GLOBALES EN SANTÉ EN 2022 : 9,8 TRILLONS US\$



Note : les données additionnent la somme totale des dépenses en santé de 190 pays, en US\$. La conversion de la monnaie locale en US\$ se base sur les taux de change spécifiques par pays en 2022.  
Source : OMS, base de données des dépenses globales de santé, 2024.

FIGURE 2. INÉGALITÉ DE DISTRIBUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ENTRE PAYS SELON LEURS REVENUS



Note : chaque pays est catégorisé pour toute la période selon sa classification de groupe de revenu par la Banque Mondiale en 2022. Sont inclus seulement les pays disposant de données complètes pour la période 2000 à 2022. La conversion de la monnaie locale en US\$ se base sur les taux de change spécifiques par pays en 2022.  
Source : OMS, base de données des dépenses globales de santé, 2024.

1. Partie de l'économie qui n'est pas officiellement comptabilisée, supervisée et taxée par une autorité publique. Cela englobe l'économie familiale, l'économie conviviale (entraide, don...) et l'économie clandestine ou souterraine. Dans nombre de pays du Sud global, notamment les plus pauvres, le secteur informel absorbe une majorité de la population.

1. *Global spending on health: emerging from the pandemic*, Rapport de l'OMS, 2024. [En ligne].

2. En 2022, les pays à hauts revenus représentaient près de 80% de toutes les dépenses de santé (les États-Unis à eux seuls 43%), OMS, 2024.

## Marchandisation et privatisation

La vision marchande et individuelle du corps et de la santé (avec des concepts comme le capital santé notamment) se propage par la publicité et des outils de communication et de propagande de masse. Ainsi, les relations marchandes sont favorisées par rapport à toutes autres formes de relations : tout ce qui est utile à la santé peut s'acheter...

Un processus similaire de marchandisation touche les autres aspects sociaux qui déterminent la santé : éducation, alimentation, logement, etc. En effet, si la qualité et l'accessibilité d'un système de soins sont essentielles, celui-ci ne contribue qu'à hauteur d'environ un quart dans la santé des populations. Ce sont les aspects sociaux et environnementaux qui déterminent les trois quarts restants.

Cette stratégie d'hégémonie idéologique et culturelle visant à transformer en marchandise tous les pans de nos vies sert d'appui pour transformer en profondeur les processus institutionnels et les pratiques de soins.

La standardisation des actes médicaux (cf. les « réformes » hospitalières, la tarification à l'acte), l'individualisation et la médicalisation de la maladie ou les techniques de management (gestion des ressources humaines, formations, création d'indicateurs) sont autant de pratiques qui transforment les soins en une relation marchande entre un fournisseur (le professionnel de santé, l'institution de soins) et un acheteur (le patient ou le client) ou entre un producteur et un consommateur. C'est à l'hôpital que ces tendances sont le plus marquées étant donné les grandes dimensions de ces institutions, la diversité des métiers de la santé, la spécialisation des actes pratiqués et l'importance des

financements donnant accès à la coûteuse technologie médicale et médicamenteuse.

Ce faisant, le capital privé gagne ce qu'il faut désormais appeler des parts de marché : il le fait par la fourniture de soins, par la sous-traitance de services comme le nettoyage, le catering ou même les tests sanguins ou l'imagerie médicale, par la privatisation des aspects assurantiels (couverture de base ou assurances complémentaires), par la mobilisation de capital privé pour les investissements (partenariats public-privé) ou par le développement de marchés qu'ils soient du médicament ou d'autres produits.

Mais pour donner la primauté aux relations marchandes dans la santé, il a fallu briser le monopole public ou non marchand au travers de changements législatifs, par exemple en cédant des actifs publics au secteur privé, en transférant la propriété et les fonctions d'organismes publics à des organismes privés ou en impliquant de manière croissante des organismes non gouvernementaux (privés lucratifs ou non) dans le financement et la fourniture de services de soin de santé<sup>1</sup>.

Au niveau global, l'internationalisation des enjeux économiques et son cadre réglementaire ultra libéralisé (conventions, droit international, accords commerciaux) entraînent la santé dans un marchandage mondial dominé par des acteurs commerciaux puissants (entreprises transnationales, banques, fonds d'investissement, fondations philanthropiques) et leurs appuis politiques au plus haut niveau (voir le premier article de ce numéro).

1. Pour plus de détails sur les processus de privatisation voir : E. Kondilis, *Privatization of healthcare in Europe*, Queen Mary, University of London, 2016. [En ligne].

## Une thérapie de choc

L'histoire nous montre que les intérêts commerciaux n'ont jamais aussi bien prospéré que lorsqu'ils agissent sur fond de crise et de difficultés économiques, réelles ou supposées, des systèmes sociaux et de santé. Ce sous-financement est très souvent organisé, directement par les politiques de modération budgétaire, par la baisse des cotisations sociales et des impôts de certaines catégories de la société (souvent les plus riches) ou indirectement par la clémence des États vis-à-vis de l'évasion et de la fraude fiscale des grandes fortunes, de la corruption ou de la mauvaise gestion.

Selon le discours (néo)libéral dominant, l'État et les institutions publiques ne seraient ainsi plus en capacité de couvrir l'entièreté des « coûts » de la santé, ou d'assurer leurs augmentations régulières, par exemple, à de nouvelles pathologies, au vieillissement de la population, aux modes de vie ou encore à l'utilisation de nouvelles technologies médicales et médicamenteuses. Autrement dit, il n'y aurait plus assez d'argent pour assurer des soins de qualité pour tous.

Les besoins en santé non couverts ou non fournis sont ainsi assurés par des opérateurs commerciaux (cliniques, assurances privées, voir l'exemple belge dans le domaine des maisons de repos notamment<sup>1</sup>), ils ne disparaissent pas... Par ailleurs, il est souvent difficile pour des opérateurs sans but lucratif d'être « compétitifs » par rapport à un secteur commercial qui a une forte capacité à compresser les coûts – notamment salariaux – et à déployer rapidement d'importants capitaux.

C'est ainsi que les situations de crise deviennent une opportunité pour institutionnaliser la

1. M. Mormont, « Soins de santé : un marché en or ? », *Alter Échos* n°382-383, 20 mai 2014. [En ligne].

2. Sur la stratégie du « choc », voir N. Klein, *La stratégie du choc : la montée d'un capitalisme du désastre*, Acte Sud, 2013.

3. J. Lister, « Privatisation in all its guises », *Health Campaigns Together*, avril 2016. [En ligne].

marchandisation de la santé et la commercialisation des opérateurs de soins et d'assurance<sup>2</sup>.

## Limites à la privatisation

Il y a cependant des limites à la commercialisation des systèmes de santé<sup>3</sup>.

Premièrement, les personnes ayant le plus recours aux soins – personnes âgées, jeunes enfants, personnes souffrant de maladies mentales ou chroniques, souvent pauvres (déterminants sociaux de la santé) – ne peuvent généralement pas payer le prix de marché pour se faire soigner. La privatisation revient donc souvent à exclure certaines catégories de la population de l'accès aux soins, ce qui va à l'encontre des principes d'égalité et d'accès universel aux services publics.

Pour dégager des marges bénéficiaires, le secteur commercial a ainsi besoin de financements publics ou socialisés afin d'étendre le marché au-delà de la minorité de personnes aisées et solvables. L'idée même d'un système de santé totalement privatisé n'intéresse pas les acteurs commerciaux. C'est en s'adossant aux financements publics qu'il peut envisager la création de profit.

Un autre frein réside dans l'incertitude du profit, car tous les soins ne sont pas profitables. À titre d'exemple, il peut être risqué de privatiser un hôpital généraliste tant la gestion de la complexité inhérente aux multiples actes médicaux, aux profils des patients, du personnel ou des coûts peut s'avérer imprévisible.

Le secteur commercial a donc intérêt à s'engager dans une stratégie de segmentation accrue des

systemes de santé afin de séparer les pôles qui sont potentiellement rentables (et les privatiser) de ceux qui ne le sont pas (laissés aux budgets publics). Il est en effet bien plus rentable de gérer une clinique spécialisée qu'un service d'urgence.

### Conséquences sur le terrain

La multiplication d'opérateurs induite par la privatisation a tendance à fragmenter les systèmes de soins, rendant ainsi plus difficiles une gestion et une planification cohérentes et intégrées. De nouveaux coûts sont engendrés par ce fonctionnement : frais de fonctionnement, coûts de promotion et de publicité, profits à verser aux propriétaires/actionnaires.

La dynamique commerciale modifie donc l'allocation des ressources en faveur d'une demande solvable et au détriment des réels besoins sociaux en matière de santé. L'incapacité de l'industrie pharmaceutique à apporter des solutions au paludisme qui touche principalement des populations pauvres et non solvables en est un exemple criant. Cette dynamique de segmentation et de fragmentation favorise les déserts médicaux (fermetures de services, rationalisations territoriales).

En outre, la marchandisation et sa vision contractuelle du soin mettent en tension les aspirations et les valeurs des travailleurs et travailleuses de la santé pour qui soigner dignement et efficacement est l'objectif premier. L'implémentation de méthodes d'organisation scientifique du travail au sein des hôpitaux diminue la capacité du personnel soignant à faire preuve d'intelligence, de solidarité et d'initiative face aux situations de soins.

Dans les établissements de santé, où le management est issu du monde de la finance plutôt que de

celui de la santé, les conditions de travail se détériorent. L'entreprise fait pression sur les salaires, les horaires, les avantages sociaux et tout ce qui pourrait s'apparenter à des coûts « superflus ». Cette situation a nécessairement un impact négatif sur la qualité des soins dispensés.

Au niveau des usagers, des difficultés surviennent dans l'accessibilité financière aux services de santé ; y accède celui ou celle qui peut payer ou qui dispose de la meilleure information. C'est l'instauration d'une médecine à plusieurs vitesses selon la capacité contributive de l'utilisateur. Aujourd'hui, la moitié de la population mondiale n'a pas accès à des soins adéquats. Quand elles y ont accès, plus de 2 milliards de personnes affrontent des difficultés financières pour payer leurs soins de santé. Même dans des pays d'ancienne industrialisation, de larges parts de la population reportent ou renoncent aux soins de santé. Chaque année, 100 millions de personnes sont poussées dans la pauvreté à cause des dépenses de santé<sup>1</sup>.

Enfin, la marchandisation fait évoluer la relation entre professionnels et usagers vers un rapport déshumanisé vide de sens, qui conduit au mal-être au travail pour les professionnels (dépression, suicides) et dépossède l'utilisateur de sa propre santé puisque celle-ci est désormais marchandise et enjeu de relations économiques.

### Pour une démocratie sanitaire

La gestion globale des systèmes de santé ne peut faire l'impasse sur la nécessité de définir collectivement, par la participation citoyenne, les objectifs, priorités et besoins en santé : c'est la notion de démocratie sanitaire.

En outre, le système de santé et tous ses acteurs devraient répondre à des objectifs clairs en faveur de l'intérêt collectif : une accessibilité tant financière, géographique ou culturelle aux soins de santé pour toutes et tous et particulièrement pour les populations les plus pauvres ou marginalisées ; une anticipation des problèmes de santé par une politique active de prévention et de promotion ainsi que par un système efficace de première ligne (santé communautaire) ; une mise à disposition de toutes et tous des techniques médicales les plus adaptées et économes en ressources (dans la diversité des pratiques médicales) et enfin, assurer un accueil rapide, efficace et digne.

L'anticipation des besoins collectifs en santé, guidés par les évolutions des modes de vie et des pathologies, par l'état de la planète, de la société et de sa population, doit également être au cœur des politiques de santé.

L'analyse et l'expérience de terrain démontrent que les intérêts commerciaux entrent en contradiction avec ces objectifs et plus largement avec le droit à la santé. C'est vrai sur un plan pratique de gestion efficace d'un système de santé, par rapport à la juste allocation des ressources financières, mais aussi sur le plan philosophique, culturel et politique tant l'approche marchande de la santé est déshumanisante.

Pour ces raisons, il nous semble essentiel et urgent d'exclure les logiques marchandes et commerciales du domaine de la santé, à rebours de ce que nous observons. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si de nombreuses luttes à travers le monde portent cette exigence.

1. *Global spending on health: emerging from the pandemic*, Rapport de l'OMS, 2024. [En ligne] et « Health and demography », Commission européenne. [En ligne].

Sebastian Franco

Gresea

# Orpea ou la gestion *low cost* du vieillissement

Depuis la première parution de cet article<sup>1</sup>, Orpea est devenue Emeis suite à un plan de sauvetage soutenu par la Caisse des Dépôts française en 2024. Des enquêtes parlementaires ont confirmé la plupart des accusations formulées par le journaliste Victor Castanet. Des dirigeants, ont été incarcérés. En janvier 2025, plusieurs anciens actionnaires ont porté plainte contre le groupe pour les pertes financières occasionnées par la restructuration<sup>2</sup>.

1. Première parution en décembre 2022.

2. M. Thépot, « Petits arrangements entre amis pour se répartir les milliards d'Orpea », *Mediapart*, 27 juin 2023. [En ligne].

## ORPEA ou la gestion *low cost* du vieillissement

Sebastian Franco, Gresea

En 2022, Orpea, le plus grand groupe mondial de maisons de repos, est dans la tourmente. La parution en France du livre *Les Fossoyeurs*, qui révèle les agissements illégaux, frauduleux et immoraux du groupe français, a mis le feu aux poudres. Pourtant, l'ouvrage de Victor Castanet, fruit d'une enquête de plusieurs années, ne faisait que confirmer ce que les salariés, les syndicats, les usagers ou leurs familles dénonçaient déjà depuis de nombreuses années.

En quelques jours, l'action de l'entreprise s'effondre, passant de 85 euros à guère plus de 13 euros. Sa capitalisation boursière passe de 5,4 milliards d'euros à la fin 2021 à à peine plus de 950 millions d'euros en octobre 2022. Plusieurs dirigeants, dont le directeur général et le directeur financier sont limogés, tandis que d'autres, sentant le vent tourner, avaient déjà quitté le navire ; des enquêtes pénales, des commissions parlementaires et des plaintes sont lancées. Le scandale Orpea a eu des répercussions sur tout le secteur des maisons de repos, entraînant dans sa chute les cours boursiers des acteurs les plus importants, français notamment (Korian, LNA Santé).

Pourtant, avant que n'éclate le scandale, la *success story* Orpea était célébrée par beaucoup – entrepreneurs ou hommes politiques – comme un modèle de réussite et d'efficacité. On célébrait les bienfaits de la libéralisation et de la privatisation du secteur de la dépendance ainsi que le développement de champions européens de l'or gris prêts à conquérir le monde grâce à leur excellence et leur savoir-faire. Aujourd'hui, cette image idéale des maisons de repos commerciales est largement écorchée, mais ils sont toujours nombreux<sup>1</sup> – responsables politiques en tête – à tenter de minimiser les faits, ou à les circonscrire à la seule Orpea. Les politiques qui ont créé ce marché hautement concurrentiel et lucratif et qui ont permis à ces multinationales de grandir et de se développer ne sont pas questionnées.

1. J-L. Manand, « Affaire Orpea : "c'était mon rôle de ministre", réactions du président de la Région Hauts-de-France, Xavier Bertrand », France 3, 28 janvier 2022. [En ligne], et M. Cudel, « Scandale dans les Ehpad Orpea : la réaction politique "pas au niveau", estime Victor Castanet, un an après ses révélations », *Midi Libre*, 25 janvier 2023. [En ligne].

Dans cet article, nous revenons sur les étapes qui ont fait d'un petit groupe de maisons de repos du sud de la France, un mastodonte du secteur de la santé présent dans plus de 20 pays et qui, au sommet de sa réussite, a généré plus de 4 milliards d'euros de chiffre d'affaires. Nous décortiquons son modèle productif qui a fait saliver des années durant les financiers et qui est devenu la référence de tout un secteur économique.

### Une histoire bien française

Orpea comme ses concurrents directs – Colisée ou DomusVi – s'est d'abord développé sur le marché français des maisons de repos. La France est un des plus grands marchés d'Europe (environ 600.000 lits dont près d'un tiers sont commerciaux), seulement devancé par l'Allemagne (environ 900.000 lits dont un peu moins de 40% commerciaux), mais au contraire de celle-ci<sup>1</sup>, dès les années 1990, la France a vu l'émergence de grands groupes privés nationaux. Cela est dû à certaines spécificités françaises.

Le marché y est tout d'abord passablement régulé. Contrairement à d'autres pays européens, les entreprises doivent posséder un agrément pour pouvoir exploiter un nouvel établissement de santé<sup>2</sup>. Agrément que l'État français distribue avec parcimonie, en tenant compte des besoins du territoire où l'établissement sera localisé. Cette condition à l'entrée sur le marché donne aux entreprises déjà en activité un avantage puisqu'elles sont protégées de la concurrence et peuvent adapter leur offre aux exigences des autorités. Cet accès privilégié au marché permet aux exploitants d'être assurés

d'un taux d'occupation élevé et donc d'une activité rentable, d'autant que l'agrément ne leur coûte rien. Les « difficultés » d'obtention d'un agrément pour de nouvelles places en maisons de repos poussent les entreprises à développer de nombreuses stratégies : par la voie légale via le lobby ou l'utilisation d'intermédiaires et de chargés d'affaires, parfois, comme dans le cas d'Orpea, de manière illégale, par le délit d'initié, les pots-de-vin ou d'autres formes de corruption.

Orpea est ainsi devenu le champion de l'agrément, construisant peu à peu un réseau d'influence efficace. Ses liens étroits avec des fonctionnaires d'agences régionales de santé – lui permettant d'être au courant des nouveaux agréments à venir et de leur contenu – et avec le monde politique lui donnaient un avantage sur ses concurrents. Son fondateur, Jean-Claude Marian, excellait d'ailleurs dans ce domaine. C'est dans l'Aisne, au nord de la France, dès les années 1990, que cette relation trouble avec le monde politique procurera à Orpea les leviers de son développement futur. En effet, au début des années 1990, le groupe obtiendra, grâce notamment à ses contacts privilégiés avec Xavier Bertrand (conseiller général, puis député pour le département d'Aisne, puis secrétaire d'État et enfin ministre de la Santé et proche de Nicolas Sarkozy), un nombre important d'agréments qui permettront au groupe de quasiment doubler de taille<sup>3</sup>. Ainsi, entre sa fondation en 1989 et l'année 1995, Orpea passera d'un à 46 établissements, pour la plupart dans le département de l'Aisne !

Le crédit-bail est une autre spécificité française. Il s'agit d'un dispositif fiscal qui permet aux groupes naissants comme Orpea de se construire un

1. En Allemagne, la régulation se fait au niveau régional, fragmentant fortement le marché national, ce qui limite les possibilités de consolidations et l'entrée d'acteurs extérieurs qui le cas échéant devraient s'adapter aux différentes législations.

2. V. Castanet, *Les Fossoyeurs*, p. 299, édition Fayard, 2022.

3. Ibidem, p. 345.

matelas financier. Ce dispositif permet à l'exploitant d'acquérir l'immeuble qu'il a loué précédemment, au prix de rachat à terme qui tient compte des loyers déjà versés. C'est ainsi qu'au fil du temps, Orpea a pu acquérir un nombre important d'immeubles, augmentant considérablement ses actifs. En 2021, le parc immobilier du groupe était évalué à plus de 8 milliards d'euros<sup>1</sup> !

Certains avantages fiscaux ainsi que les relations pour le moins ambiguës entre les entreprises et les autorités administratives et politiques pour l'obtention d'agrément ont favorisé l'émergence de grands groupes sur le territoire français. Cette dynamique nationale s'inscrit pourtant dans une tendance générale en Europe à la libéralisation (ou devrait-on dire à la *néolibéralisation*<sup>2</sup>) des marchés nationaux, au nom du « libre choix » du patient<sup>3</sup>, sans laquelle les évolutions nationales n'auraient pas eu lieu. C'est ainsi que les établissements privés ont eu accès au subventionnement de leurs activités, au même titre que les établissements publics ou privés sans but lucratif. Globalement, ce mécanisme qui met en concurrence le secteur public avec le secteur privé lucratif tend à favoriser ce dernier, vu sa plus grande capacité à réduire les coûts de production<sup>4</sup>. En outre, le financement des établissements selon le niveau de dépendance de leurs résidents et le niveau médico-technique nécessaire pour y faire face contribue quant à lui à la standardisation de l'offre de service. Cela favorise la concentration de l'offre en raison des économies d'échelle, au bénéfice des groupes commerciaux qui, grâce à leur puissance financière, peuvent grandir plus rapidement<sup>5</sup>.

Ces réformes nationales allant dans le sens du marché s'ancrent dans le contexte de la création du marché commun européen dès la fin des années 1980 et début 1990. En effet, celui-ci donne aux entreprises privées commerciales un même accès qu'aux entreprises publiques ou privées non lucratives aux appels d'offres concernant la fourniture d'un service public, rebaptisé service d'intérêt général et soumis aux règles du marché commun et à la concurrence<sup>6</sup>. Ainsi, au cours des années 1990 et 2000, l'Union européenne jouera le rôle d'aiguillon de politiques visant à la libéralisation (et donc la privatisation) de secteurs autrefois régis par l'État et non soumis à la logique du profit.

### Centralisation et indicateurs de performance

Au cours de son impressionnante ascension, Orpea affina les outils de gestion de ses maisons de repos et cliniques, profitant pleinement des synergies permises par sa taille. Ainsi, au lieu de la traditionnelle gestion par établissement courante dans le secteur, Orpea va rapidement centraliser et uniformiser de manière radicale ses méthodes de prise de décision ; tous les établissements du groupe seront soumis à des indicateurs de performance contraignants, deux en particulier : le taux d'occupation (TO, nombre de résidents dans chaque établissement, calculé en % des lits disponibles) et la marge d'exploitation avant impôts, dépréciation, amortissements et loyer (EDITBAR). Ces indicateurs devaient atteindre plus de 95% pour le premier

et 26% pour le second ; les unités d'exploitation n'atteignant pas ces performances devaient chercher rapidement de nouveaux résidents (sans prendre le temps d'évaluer leurs besoins spécifiques) ou prendre des mesures d'économie, quelles qu'en soient les conséquences sur les salariés ou les résidents.

Ainsi, chez Orpea, le rôle de directeur de maison de repos se vide de toute substance, ceux-ci ayant les pieds et poings liés par les stratégies et les indicateurs décidés à l'échelon supérieur. La pression exercée par les dirigeants du groupe (à travers les directeurs régionaux) les pousse à prendre des décisions qu'ils n'auraient sans doute pas prises s'ils disposaient d'une plus grande autonomie. D'ailleurs, le turnover chez les directeurs d'établissements Orpea était très significatif : entre 10 et 15% d'entre eux quittaient le groupe chaque année<sup>1</sup> !

### Des économies partout

Les coûts de personnel représentent de loin la dépense la plus importante dans une maison de repos. Orpea a donc rapidement mis en place un système d'optimisation de sa masse salariale, afin d'économiser, mais également de s'approprier frauduleusement de l'argent public. Plusieurs techniques ont été utilisées<sup>2</sup>.

Une première technique consistait à déplacer des employés dont le salaire est subventionné par les institutions publiques régionales dans d'autres maisons de repos du groupe dans le pays. Une autre consistait à attribuer des tâches d'hôtellerie (financées par l'entreprise) au personnel soignant

(financé par l'État) et inversement, ce qui permettait à l'entreprise de diminuer le personnel d'hôtellerie ou, dans le sens inverse, de financer le personnel d'hébergement avec l'argent public normalement dédié au personnel de soin. Enfin, une troisième technique consistait à ne pas remplacer le personnel de soin absent dont le salaire était tout de même versé par l'État à Orpea. Le groupe a également abusé de contrats à durée déterminée (CDD) normalement fortement encadrés par l'État. En France, le recours aux CDD doit être temporaire et ne peut être utilisé comme un emploi permanent. Pour contourner cette règle, Orpea a donc créé des contrats à durée indéterminée (CDI) fictifs auxquels l'entreprise rattachait les CDD utilisés<sup>3</sup>.

Autre moyen de faire des économies : la gestion des achats de nourriture et d'équipements de protection. Chez Orpea, la nourriture était calculée au centime près ; les directeurs d'établissements et leurs chefs cuisiniers disposaient d'un montant fixe journalier pour les repas, environ 4 euros pour trois repas et un goûter, qu'il était interdit de dépasser, même si cela devait conduire au rationnement. De nombreuses plaintes sur la qualité des repas et des cas de dénutrition ont été enregistrés dans les maisons de repos du groupe. Pour centraliser ses achats de nourriture, Orpea disposait d'une centrale d'achat alimentaire en Suisse, Kauforg, filiale de Senevita (la marque sous laquelle opérait Orpea en Suisse). Kauforg sera au cœur du scandale Orpea, des enquêtes officielles pointant du doigt ses pratiques de maximisation du profit aux dépens de toute autre considération (qualité, quantité)<sup>4</sup>. Cependant, les économies ne concernaient pas tout le monde : la centrale d'achat rémunérait en effet généreusement ses directeurs et la plupart

1. Rapport financier semestriel, Groupe Orpea, 2022.

2. Selon certains auteurs, ce soutien aux gros acteurs du marché ne s'apparente plus à une politique de libéralisation classique et donc le terme *néolibéral* serait plus approprié.

3. Concept juridique qui se réfère au droit des patients/usagers de choisir leur prestataire de soin, qu'il soit public, privé non lucratif ou commercial.

4. A. Sengupta, C. Bodini et S. Franco, « The Struggle for Health : an emancipatory approach in the era of neoliberal globalization », *Rosa Luxemburg*, Stiftung, 2018.

5. I. Delouette et L. Nirello, « La régulation publique dans le secteur des EPHAD : quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS », *Revue REUMA*, 2017. [En ligne].

6. Pour une définition des services d'intérêt général, voir « Services d'intérêt général : de quoi s'agit-il et que fait l'UE pour veiller à ce que les citoyens y aient accès », *Commission européenne*. [En ligne].

1. A. Leclerc et K. Lentschner, « Enfin publié, le rapport sur Orpea pointe de graves problèmes de dénutrition », *Le Figaro*, 5 avril 2022. [En ligne].

2. S. Boutboul et L. Miñano, « Orpea : des aides publiques dévoyées », *Mediapart*, 16 mars 2022. [En ligne].

3. L. Miñano et B. Drevet, « Dans les Ehpad du groupe Orpea, des CDI introuvables », *Mediapart*, 24 janvier 2022. [En ligne].

4. L. Chérel, « Commissions élevées, bonus illimité : révélations sur Orpea et sa centrale d'achats en Suisse », *Franceinfo*, 19 mai 2022. [En ligne].

des cadres du groupe Orpea. Qui plus est, Kauforg vendait des services à ses fournisseurs (financement d'enquêtes de satisfaction, analyse de performance de produits, etc.) comme cela se fait dans le secteur de la grande distribution. Des techniques qui posent d'autant plus question lorsqu'elles s'appliquent au monde des maisons de repos...

Kauforg recevait ainsi de l'argent pour « prestation de services » de deux fournisseurs importants d'Orpea en France et ailleurs : Hartmann et Bastide, fournisseurs de matériel de protection contre l'incontenance et de matériel médical respectivement. Ces deux entreprises participaient activement au détournement d'argent public par Orpea, via des rétrocommissions<sup>1</sup>. En effet, Orpea signait avec ces fournisseurs des contrats-cadres fixant des prix exorbitants pour le matériel de soins et autres appareillages médicaux. Le prix élevé que payait Orpea, avec de l'argent public, était compensé par une rétrocession en fin d'année versée par les fournisseurs à Orpea, sans que l'administration publique ne soit au courant.

À la tête de la direction d'exploitation, Jean-Claude Brdenk, assisté de Loïc Battesti, chef du service efficacité, ont été les chevilles ouvrières de cette gestion autoritaire, les *cost-killers* sans remords du groupe, appuyés en cela par les directeurs financiers Jean-Yves Lemasne (qui deviendra directeur général) et Sébastien Mesnard ainsi que par Jean-Claude Marian, fondateur et directeur d'Orpea jusqu'en 2017.

Ainsi, Orpea a affiné un modèle productif très rentable grâce à cette gestion centralisée et standardisée et à une stratégie de réduction permanente des

coûts. Cela lui a permis de disposer de la puissance financière nécessaire pour conquérir un marché européen en pleine libéralisation. D'autant qu'en France, les perspectives de croissance étaient compromises. En cause, le gel des agréments accordés par les autorités dû à une saturation du marché et à la modification des procédures pour les obtenir<sup>2</sup>.

### À la conquête de l'Europe

Orpea a été un des premiers grands groupes français à étendre ses activités en Europe. En 2004, l'entreprise ouvre ses deux premiers établissements en Italie. En 2006, l'entreprise décide de s'établir dans trois autres pays : la Belgique, l'Espagne et la Suisse. Le rythme de développement dans ces pays a connu une croissance variable. Mais c'est d'abord en Belgique, et plus tard en Suisse et en Espagne, que l'entreprise française construira ses nouveaux bastions étrangers. Ainsi, de 2006 à 2013, Orpea se cantonnera à ces quatre pays ; le chiffre d'affaires réalisé en Belgique, assurant la grande partie des revenus réalisés hors du territoire français, représentera en 2013 près de 10% des revenus du groupe<sup>3</sup>.

La Belgique est ainsi rapidement devenue le marché test pour le groupe au niveau européen. Il existe plusieurs raisons à cela. D'une part, malgré sa petite taille, la Belgique, dispose d'une grande quantité de lits en maisons de repos ; c'est un des pays européens les mieux dotés en la matière. Qui plus est, la part de lits commerciaux y est élevée, en particulier à Bruxelles où Orpea fera ses premiers pas. D'autre part, il s'agit d'un pays limitrophe, proche des départements du Nord où Orpea a grandi et à proximité du Luxembourg où le groupe disposait

1. V. Castanet, *Les Fossoyeurs*, p. 199, édition Fayard, 2022.

2. *Ibidem* p. 309.

3. Résultats annuels 2013, *Groupe Orpea*, 2014.

déjà de sociétés de gestion immobilière<sup>1</sup>. Jean-Claude Marian s'installera d'ailleurs à Bruxelles, ce qui lui permettra de nouer des liens privilégiés avec des entrepreneurs et des politiciens locaux.

La stratégie de croissance dans ces quatre premiers pays (France, Espagne, Belgique, Suisse) est plutôt organique, par la construction de nouveaux établissements et un chiffre d'affaires croissant de manière modeste, mais régulière. En Belgique cependant, Orpea a fait quelques grosses acquisitions, lui permettant de développer ses activités par à-coups, comme en 2010 avec le rachat de Medibelge (activités belges du groupe Mediter).

Cette stratégie de développement externe, Orpea la mettra surtout en place pour s'imposer dans le plus grand marché européen des maisons de repos et cliniques de soins, l'Allemagne. En effet, en rachetant en 2014 le troisième acteur commercial de cliniques de soins et de psychiatrie, Celenus Klinken<sup>2</sup>, puis en 2015 Vitalis, groupement régional de 25 maisons de repos et cliniques<sup>3</sup>, Orpea deviendra rapidement un acteur incontournable du marché de la dépendance dans ce pays. Aujourd'hui, Emeis reste dans le peloton de tête des acteurs commerciaux du pays.

C'est cette même stratégie qui sera mise en place en Autriche, avec l'achat par Orpea du groupe Senecura en 2015. Les années 2014 et 2015 ont représenté une période de fort développement par achat de portefeuilles en Suisse, Autriche et Allemagne. En 2017, ces trois pays représentaient plus de 30% du chiffre d'affaires du groupe<sup>4</sup>.

1. Le rôle de plateforme financière et les dizaines d'entités juridiques du groupe Orpea créées au Luxembourg ont été notamment documentés dans : « Prendre soin des personnes ou soigner ses profits : l'ingénierie financière et l'investissement immobilier du groupe Orpea », *CICTAR/CGT/CFDT*, février 2022.

2. « Acquisition d'un acteur de référence allemand du SSR et de la Psychiatrie », *Orpea*. [En Ligne].

3. « Orpea acquiert l'allemand Vitalis et bondit en Bourse », *Reuters*, 23 septembre 2015. [En Ligne].

4. Résultats annuels 2017, *Groupe Orpea*, 2018.

5. V. Castanet, *Les Fossoyeurs*, p. 312-314, édition Fayard, 2022.

C'est également autour de 2015 que le groupe a élargi ses activités vers des pays de l'Europe de l'Est, comme en Pologne ou en Tchéquie, avec une entrée plus modeste sur ces marchés, le business des maisons de repos y étant bien moins développé qu'en Europe occidentale. En 2020, Orpea fait une entrée remarquable sur le marché irlandais, en devenant le premier opérateur privé grâce à l'acquisition de FirstCare, Belmont House et Brindley HealthCare.

Enfin, Orpea a tenté également une expansion hors Europe avec la construction ou l'acquisition de maisons de repos en Chine (2016) et en Amérique latine (Brésil, Chili, Uruguay en 2019, puis Mexique et Colombie).

### Les places financières luxembourgeoise et suisse au cœur de l'organisation productive

Le livre de Victor Castanet *Les Fossoyeurs* a documenté la manière dont Orpea a utilisé ces juridictions opaques pour mettre à l'abri du fisc français des transactions immobilières liées à des établissements de l'hexagone ou pour verser des commissions généreuses à ses chargés d'affaires<sup>5</sup>.

Par exemple, au Luxembourg, il existait des dizaines de sociétés, directement ou indirectement liées à Orpea, qui détenaient d'importants actifs immobiliers ou financiers. Il est difficile de retracer les mouvements financiers entre ces sociétés et par conséquent l'objectif final de ces mouvements.

Comme le cas de la société Lipany<sup>1</sup>, propriété de Roberto Tribuno, ex-CEO d'Orpea Italie, qui s'est livrée à un jeu de ping-pong avec Orpea, se rachetant ou se vendant mutuellement des sociétés qu'elles détenaient, avec des plus-values dont il est difficile de savoir à qui elles ont bénéficié.

Il est intéressant de noter que Marc Verbruggen, président d'Orpea Belgique, était administrateur dans la plupart des sociétés créées par Orpea au Luxembourg, aux côtés du directeur financier du groupe Sébastien Mesnard et de Tom Faber, figure importante du groupe puisqu'on le retrouve à la tête de plusieurs sociétés au Luxembourg, en Belgique et en Allemagne, dont Laurita Belgium, faisant partie du réseau opaque de la société Lipany<sup>2</sup>.

La Suisse a également joué un rôle important pour le groupe Orpea, au-delà de l'exploitation de maisons de repos dans le pays (Senevita y a possédé jusqu'à près de 50 établissements). On l'a vu précédemment avec la société Kauforg, la centrale d'achat alimentaire du groupe, qui servait également à rémunérer grassement des dirigeants du groupe<sup>3</sup>. La place financière suisse a également été utilisée pour distribuer des commissions occultes à ceux qui travaillaient indirectement pour le groupe ou pour rémunérer de manière discrète différents acteurs impliqués dans les transactions du groupe<sup>4</sup>.

## L'enjeu immobilier

Que ce soit en France, au Luxembourg ou ailleurs, l'immobilier a été un facteur important du

développement du groupe Orpea. Juste avant le scandale en 2022, ces propriétés représentaient plus de 8 milliards d'euros<sup>5</sup> ; l'entreprise était propriétaire d'environ la moitié des établissements qu'elle exploitait. Cela n'a pas toujours été le cas. À ses débuts, Orpea détenait une plus grande part de ses établissements, notamment grâce au dispositif de crédit-bail français décrit plus haut. Au fil du temps, la cession partielle de ses biens lui a donné un levier puissant pour financer ses acquisitions nationales et internationales.

Outre les liquidités qu'elles génèrent, les cessions totales ou partielles de la propriété de ses murs ont plusieurs avantages. Cela permet d'avoir des charges d'exploitation moins élevées les premières années, facilitant ainsi l'installation du gestionnaire<sup>6</sup>. Ceci se doit au fait que l'entreprise ne doit pas porter les coûts et l'endettement liés à la construction et ne règle son premier loyer qu'une fois le bâtiment terminé.

Pourtant, cette stratégie n'a pas que des avantages. En effet, le loyer devient rapidement un poste de dépense très important qui pèse sur les résultats d'exploitation. En outre, être totalement propriétaire de son parc immobilier améliore le bilan et les actifs de l'entreprise. Ainsi, la stratégie du groupe Orpea a oscillé entre consolidation de ses propriétés et cessions partielles, au gré des besoins de l'entreprise.

Dans le cas de la Belgique par exemple, Orpea a opté pour la création d'une filiale détenant une grande partie des sociétés immobilières du groupe dans le pays, Orpi, à laquelle la plupart

de ses établissements versent un loyer. Orpea se verse donc un loyer à elle-même. Cela permettait au groupe de payer le moins d'impôt possible sur l'exploitation des maisons de repos. En effet, les comptes des établissements sont plombés par des loyers importants, ce qui fait qu'Orpea n'engrange aucun bénéfice et ne paie donc pas d'impôts. Les sociétés immobilières d'Orpea Belgique, largement bénéficiaires, servaient également pour distribuer des dividendes à leurs administrateurs, généralement les principaux dirigeants du groupe en France (le directeur Jean-Claude Marian jusqu'en 2017, le chef d'exploitation Jean-Claude Brdenk, le directeur financier Sébastien Mesnard) et en Belgique (le président, Marc Verbruggen et son CEO, Geert Uytterschaut). Par exemple en 2020, ce sont plus de 7 millions d'euros qui ont été distribués à ces administrateurs...

Les cessions immobilières de la part des grands groupes comme Orpea<sup>1</sup> ou Korian ont ouvert un marché important pour de grands investisseurs immobiliers ou assurances, notamment belges. Cofinimmo, Aedifica, Care Property Invest et AG Insurance ont ainsi développé leurs activités dans l'« immobilier de santé » et accompagnent le développement de ces grands gestionnaires aux Pays-Bas, en Allemagne ou encore au Royaume-Uni.

En résumé, le succès fulgurant d'Orpea a reposé principalement sur 4 facteurs.

**UN MODÈLE LOW COST** : Orpea a développé un modèle productif ultra rentable basé sur des indicateurs financiers et sur une centralisation extrême du management ; cela lui a permis d'engranger les ressources nécessaires à son développement rapide. Orpea a su importer des méthodes venues de

la grande distribution pour la gestion de ses achats et est passée maîtresse dans la compression des coûts salariaux, incluant l'abus des dispositifs en la matière, le tout en usant de violences et menaces à l'encontre du personnel et en n'hésitant pas à limiter l'utilisation de matériel de soins ou la nourriture.

**2. LA PROTECTION DE SECTEURS POLITIQUES FRANÇAIS** : Orpea a bénéficié de la complicité de certaines autorités politiques et administratives françaises. Grâce à son puissant réseau d'influence composé d'acteurs clés du monde politique et de la haute administration, l'entreprise était aux premières loges pour l'obtention d'autorisations et a bénéficié du manque de contrôle sérieux sur son domaine d'activité. En effet, la volonté de certains secteurs politiques français était de favoriser l'émergence de grands groupes privés de la dépendance, pour des raisons idéologiques sans doute, mais aussi, moins avouables, pour des intérêts financiers.

**3. LA DÉRÉGULATION DU MARCHÉ EUROPÉEN** : Rien n'aurait été possible sans le cadre général propice décidé par les institutions européennes, permettant la libéralisation au niveau national et l'expansion des entreprises sur le marché européen. Depuis la fin des années 1980, c'est en effet une vision libérale de la santé et du soin qui s'impose, qui ne cache pas sa préférence pour le développement d'une offre commerciale, censée être plus efficace et alléger le poids du vieillissement de la population pour les finances des États.

**4. L'OPTIMISATION FISCALE** : Le scandale Orpea confirme une fois de plus les dommages occasionnés par la présence de paradis fiscaux au cœur de l'Europe. Les places financières luxembourgeoise et suisse ont été essentielles à l'entre-

1. M. Peigné, L. Miñano et L. Buzzoni, « Un scandale financier luxembourgeois menace Orpea », *Investigate Europe*, 18 mai 2022. [En Ligne].

2. Ibidem.

3. L. Cherel, « Commissions élevées, bonus illimité : révélations sur Orpea et sa centrale d'achats en Suisse », *Franceinfo*, 19 mai 2022. [En Ligne].

4. Y. Philippin, L. Miñano et M. Peigné, « Les juteuses commissions des intermédiaires d'Orpea », *Mediapart*, 1 juin 2022. [En Ligne].

5. Document d'enregistrement universel 2021, *Orpea Group*, 2022.

6. « EHPAD : vers de nouveaux modèles ? », *KPMG*, 2015.

1. Suite au scandale et à ses impacts financiers, Emeis (ex-Orpea) s'est séparée d'une partie du parc immobilier pour un montant de près d'un milliard d'euros. Cela a permis au groupe de réduire sa dette colossale qui est passée de plus de 9,5 milliards d'euros en 2022 à moins de 5 milliards en 2024, voir *Résultats semestriels 2024 : Confirmation de la guidance, accélération des cessions. Un cadre renouvelé et des fondamentaux porteurs*. Communiqué de presse, Emeis, 3 octobre 2024. [En ligne].

prise pour, d'une part, mettre à l'abri du fisc d'importants actifs immobiliers et financiers, et d'autre part pour cacher des transactions sur ses actifs dont les bénéficiaires venaient alimenter les comptes du groupe et rémunéraient des dirigeants ou des intermédiaires.

Les conséquences de ce modèle sont de trois ordres.

1. Le mauvais traitement des résidents et des salariés. Il n'y a pas de miracle ! Compresser les coûts salariaux du personnel a des conséquences immédiates sur les conditions de travail : manque d'effectif, personnel pas toujours qualifié pour la tâche, faible suivi, etc. Cela n'a pas que des conséquences sur les salariés, mais impacte également la qualité des soins et l'accompagnement des résidents. Le modèle Orpea était ainsi structurellement maltraitant envers les travailleuses et travailleurs ainsi que pour les résidentes et résidents.
2. L'abus d'argent public et l'évasion fiscale. Le modèle Orpea, toujours à la limite de la légalité, a utilisé les angles morts et les flous de la législation, n'hésitant pas à abuser des dispositifs publics censés assurer le bien-être des personnes âgées.
3. L'enrichissement des actionnaires et des dirigeants. La finalité du modèle est là : rémunérer les actionnaires, faire du profit et augmenter le prix de l'action, pour grandir et s'enrichir encore et, au passage, de manière légale ou illégale, rémunérer grassement les dirigeants du groupe. Ainsi, Jean-Claude Marian, l'artisan en chef du modèle Orpea, posséderait une fortune de plus d'un milliard d'euros, protégée du fisc français puisque le docteur est aujourd'hui belge.

Bien plus que la conséquence des pratiques des dirigeants, le scandale Orpea représente l'échec de la vision néolibérale et de la mise en pratique des politiques concernant le vieillissement de la population. Pour ne pas affronter cette responsabilité politique au plus haut niveau, ils sont donc nombreux à ne vouloir blâmer que le seul cynisme des dirigeants historiques du groupe.

Cet échec, aux conséquences terribles pour nos aînés et celles et ceux qui les soignent et les accompagnent, nous oblige, outre à exiger des conséquences pénales pour les dirigeants, à chercher les responsabilités politiques qui l'ont rendu possible.

Premièrement, les autorités françaises, celles qui financent comme celles qui régulent, qui ont longtemps fermé les yeux sur les agissements de la multinationale malgré les dénonciations récurrentes des travailleurs, des organisations syndicales et des usagers et leurs familles. Ensuite, toutes celles et ceux, fonctionnaires, mandataires locaux, départementaux ou nationaux, qui ont parrainé la croissance de l'entreprise, parfois dans l'illégalité, sans vouloir en voir les conséquences humaines.

Enfin, les responsables nationaux et de l'Union européenne qui, depuis des décennies, s'acharnent à faire du soin aux personnes âgées un marché comme un autre, qu'il faudrait libéraliser et privatiser pour une plus grande efficacité et pour réaliser des économies. Le marché commun favorise ceux qui compressent les coûts au maximum et donne un avantage compétitif à ceux qui maltraitent leurs employés et leurs usagers. Faute de tirer les conclusions politiques de cette débâcle et sans sortir du paradigme néolibéral dans lequel sont enfermés notre santé et notre bien-être, nos parents et grands-parents aujourd'hui, nous-mêmes, demain, finirons nos vies dans la souffrance et l'indignité.



Photo : Manif du 19 janvier 2023 contre la retraite à 64 ans, Jeanne Menjoulet, CCBY2.0, Flickr.

Olivier Petitjean  
Observatoire des multinationales,  
partiellement basé  
sur une recherche de Rachel Tansey\*

# Après la pandémie, toujours plus d'argent public pour les soins de santé privés ?

La pandémie de Covid-19 a mis en lumière les conséquences désastreuses de l'austérité budgétaire et du manque de financement des hôpitaux ainsi que de l'ensemble des systèmes de santé publique et de soins aux personnes âgées. La diminution du nombre d'hôpitaux et d'unités de soins intensifs, le manque de personnel et les mauvaises conditions de travail ont exacerbé l'impact du virus, provoquant des décès évitables.

\* Texte traduit de l'anglais par Sebastian Franco.  
Texte original : O. Petitjean, « Even after the Covid pandemic, ever more public money for the private care sector », *European Network of Corporate Observatories*, 2022. [En ligne].



## Après la pandémie, toujours plus d'argent public pour les soins de santé privés ?

**Olivier Petitjean,**  
*Observatoire des multinationales*

Le secteur des soins aux personnes âgées a été au centre de nombreux scandales, en particulier durant la première phase de la pandémie. Lors de la première vague, la majorité des décès liés à la Covid-19 ont été enregistrés dans des maisons de repos. En Espagne, l'armée a dû être déployée dans des centaines de maisons de repos débordées où des patients sans vie gisaient dans leur lit... Des situations similaires ont été signalées en France, en Italie et en Belgique, souvent dans des établissements gérés ou appartenant à des opérateurs privés commerciaux tels DomusVi ou Korian.

Paradoxalement, malgré ce triste bilan et les appels à investir dans les systèmes de santé publique, les géants européens des soins privés pourraient sortir plus forts, plus riches et plus puissants de la crise sanitaire. En effet, la tendance politique vers une privatisation accrue du secteur des soins reste dominante, voire se renforce. Tant que les gouvernements de l'UE maintiendront une foi inébranlable dans le marché et la libéralisation du secteur, ce sont ces mêmes grands acteurs privés, toujours plus concentrés et puissants, qui profiteront du sentiment d'urgence entourant les systèmes de santé et les soins de longue durée.

Qui plus est, pour rééquilibrer les comptes suites aux nombreux renflouements et plans de relance nationaux mis en place durant la pandémie, les pouvoirs publics, en ce compris les autorités locales, sont poussés à réduire leurs dépenses et à instaurer une austérité budgétaire propice à une privatisation accrue des services de soins de santé.

### Des fonds publics européens pour les soins privés

Les géants de la santé privée ont en outre profité de nombreux programmes de soutien d'urgence et de financement à long terme mis en place par les institutions européennes en réponse à la crise de la Covid-19.

### ACHATS D'OBLIGATIONS PAR LA BANQUE CENTRALE EUROPÉENNE

En mars 2020, la Banque centrale européenne (BCE) décide d'étendre considérablement son programme d'achat d'actifs, initialement mis en place à la suite de la crise financière de 2008. Sept cent cinquante milliards d'euros sont injectés dans le programme d'achat d'urgence face à la pandémie pour acheter des obligations souveraines et des obligations d'entreprises. Au cours des mois suivants, 500, puis 600 milliards d'euros sont ajoutés au fonds<sup>1</sup>.

Les obligations sont un moyen pour les entreprises de se financer en bourse plutôt que de contracter un emprunt bancaire : elles reçoivent l'argent issu de la vente d'obligations qu'elles s'engagent à rembourser aux investisseurs après une certaine période et à un taux d'intérêt fixe. Il est à noter que, contrairement à d'autres dispositifs mis en place pendant la pandémie pour soutenir le secteur privé, les achats d'obligations de la BCE ne bénéficient qu'aux grandes entreprises multinationales, les seules à se financer par le biais de telles obligations.

Dans la pratique, les achats d'obligations effectués par la Banque centrale européenne sont délégués aux banques centrales nationales, c'est-à-dire à la Banque de France dans le cas des entreprises françaises. D'autres investisseurs seront également plus enclins à acheter des obligations qu'ils considèrent comme des actifs « sûrs » dans la mesure où elles ont été achetées par les banques centrales.

Selon les informations publiées par la BCE – qui cite les bénéficiaires, mais ne précise pas les montants concernés – au moins deux entreprises privées actives dans les soins ont bénéficié de ces achats d'obligations : la société belge Aedifica,

spécialisée dans l'immobilier de soins et surtout présente dans le nord de l'Europe et la société allemande Fresenius, propriétaire d'hôpitaux notamment, qui a émis plusieurs obligations achetées par la Banque centrale européenne, à la fois directement en Allemagne et par l'intermédiaire de sa filiale irlandaise qui fait office de banque interne du groupe.

Pour le secteur privé des soins de santé, ce type de soutien public est essentiel. C'est grâce à leur puissance financière que ces entreprises peuvent pénétrer en force sur un nouveau marché et le dominer par un processus de fusions et d'acquisitions. Elles n'ont plus qu'à récolter les bénéfices de ce pouvoir de marché grâce à des revenus garantis. Fresenius est un exemple typique de ce type de stratégie d'expansion [voir également l'article sur Orpea, NDLR].

### PRÊTS DE LA BANQUE EUROPÉENNE D'INVESTISSEMENT

La Banque européenne d'investissement (BEI) est l'autre grande institution financière européenne. Détenue par les États membres de l'UE, elle est la principale banque publique d'Europe et le plus grand bailleur multilatéral au monde. Avant même la pandémie, elle facilitait déjà la privatisation et les partenariats public-privé (PPP), y compris dans le secteur de la santé. Dans un article publié en 2020<sup>2</sup>, les associations ReCommon et CounterBalance affirmait déjà : « Depuis 2008, la BEI a investi plus de 17 milliards d'euros dans le secteur de la santé, consacrant une grande partie de ses ressources pour soutenir la privatisation du secteur. Favoriser les PPP contribue à la privatisation des unités de soins, au démantèlement des structures de santé publique au profit de structures privées et à la gestion managériale de la santé qui porte fortement atteinte au droit universel à la santé. »

1. « Pandemic emergency purchase programme (PEPP) », *Banque centrale européenne*. [En ligne].

2. « Public health, the European Investment Bank's amnesia », *Counter Balance*, 3 avril 2020. [En ligne].

La plupart des PPP financés et facilités par la BEI concernent des entreprises de la construction, notamment pour la réalisation ou l'extension d'installations hospitalières publiques. Malgré des critiques généralisées sur les coûts réels de ces PPP, la BEI continue malgré tout à privilégier ce type d'arrangements, comme en témoigne sa récente décision de financer des entreprises italiennes pour la construction d'un nouveau service d'urgence d'un hôpital génois<sup>1</sup>. Elle a également utilisé un modèle de PPP pour financer la construction et la rénovation d'unités de soins pour personnes âgées en Irlande<sup>2</sup>.

Face à la crise sanitaire, la BEI s'est engagée à augmenter ses financements pour les soins de santé, allouant ainsi 6 milliards d'euros au secteur (y compris pour les infrastructures et le développement de vaccins et traitements), ainsi que 5 milliards d'euros supplémentaires pour soutenir le secteur en dehors de l'Europe. Étant donné qu'une grande partie de ces fonds est distribuée par le biais d'accords avec les autorités publiques régionales ou nationales, il est très difficile de savoir quelle partie a bénéficié aux entreprises privées de soins (par exemple, en finançant des lits d'hôpitaux supplémentaires ou en améliorant les installations de soins).

Toutefois, plusieurs opérations récentes de la BEI suggèrent qu'elle traite de plus en plus directement avec des entreprises privées de soins, tant dans le secteur des soins de santé à proprement parler que dans celui des soins de longue durée. Ainsi,

les deux géants des soins privés cités plus haut, Aedifica et Fresenius, pourraient devenir des partenaires réguliers de la banque.

En décembre 2020, au plus fort de la pandémie, un prêt d'un montant de 135 millions d'euros a été accordé à la société française de soins aux personnes âgées Korian [devenue Clarianne aujourd'hui, NDLR]. Le prêt, garanti par le Fonds européen pour les investissements stratégiques, était destiné à aider Korian à étendre son réseau de maisons de retraite Ages&Vie<sup>3</sup>. L'accord a été signé en présence du commissaire européen Paolo Gentiloni, signe supplémentaire de son importance pour l'UE et la BEI. Un second prêt d'un montant de 150 millions d'euros a été accordé à l'entreprise pour soutenir le développement de son offre de « co-location » pour personnes âgées en Allemagne<sup>4</sup>.

Ce n'est pas la première fois que la BEI traite directement avec des entreprises privées de soins. En 2018, elle a financé à hauteur de 100 millions d'euros la société de soins italienne Gruppo Villa Maria (GVM)<sup>5</sup> qui possède des hôpitaux privés en Italie et en France. En 2019, elle a financé le groupe de soins aux personnes âgées, Vitalia Home, pour la construction de 19 maisons de retraite en Espagne<sup>6</sup>.

### Les plans de relance (partiellement) privatisés ?

Les soins de santé et les soins de longue durée ne figurent pas parmi les principales priorités

1. « Summary sheet - Geno Hospital », *European Investment Bank*. [En ligne].

2. « Ireland: First Public-Private Partnership for community nursing – €250 million confirmed », *European Investment Bank*, 12 décembre 2022. [En ligne].

3. Ages&Vie est en fait une joint-venture entre Korian, Crédit Agricole Assurances et la Banque des territoires (filiale de l'institution financière publique française Caisse des Dépôts), mais le financement concerne spécifiquement le rôle de Korian dans cette entreprise.

4. « Germany: EIB finances Korian's innovative co-living homes for the elderly », *European Investment Bank*, 9 février 2023. [En ligne].

5. « Summary sheet - GVM - Medical care », *European Investment Bank*. [En ligne].

6. « Summary sheet - Long term care development infrastructure », *European Investment Bank*. [En ligne].

des plans de relance nationaux post-Covid<sup>1</sup>. Ces derniers, financés principalement par le fonds NextGenerationEU doté de 800 milliards d'euros, mettent l'accent sur la transition climatique et la numérisation. Il est notable par exemple que les plans de relance de pays tels que l'Italie et l'Espagne consacrent plus d'argent aux projets liés à l'hydrogène qu'au secteur des soins de santé.

Quant aux fonds prévus pour le secteur des soins, ils sont souvent consacrés à des projets bénéficiant – directement ou indirectement – au secteur privé. Le plan de relance espagnol par exemple, prévoit un peu plus d'un milliard d'euros pour les soins de santé, soit 1,5% des dépenses totales. 74% de ces fonds seront alloués à la rénovation des installations, c'est-à-dire aux entreprises de construction et aux fournisseurs d'équipement. De même, les deux tiers des 3,5 milliards d'euros alloués au secteur des soins en général (incluant donc les soins de longue durée) seront consacrés à la « désinstitutionnalisation, à l'amélioration des équipements et de la technologie » – ce qui signifie encore une fois principalement la numérisation et la rénovation des bâtiments. Selon Maria Palomares Arena, directrice exécutive de la fondation Calala Fondo de Mujeres, cette orientation montre « une volonté claire d'investir dans l'entreprise privée, qui plus est dans des secteurs fortement masculinisés. Ainsi, la création d'emplois de qualité sera largement réservée aux hommes. » Il existe également un fonds de 100 millions d'euros destiné uniquement à trois projets pilotes visant à améliorer les systèmes de soins : les montants en jeu montrent clairement que les fonds iront à de grandes entreprises privées de soins et non à de petites organisations à but non lucratif<sup>2</sup>.

Le plan de relance français prévoit lui 6 milliards d'euros pour la rénovation des hôpitaux et des établissements de soins (fonds initialement prévus

dans le cadre du Ségur de la Santé, un plan d'investissement pour le secteur de la santé et ses travailleurs adopté après la première phase de la crise de la Covid-19). Les documents officiels soulignent explicitement que ces fonds sont destinés tant aux hôpitaux et établissements publics que privés. Par ailleurs, une attention particulière est accordée à l'amélioration de la coordination entre le secteur public et privé aux niveaux local et régional, en d'autres termes, sur leur intégration dans un système de soins de santé unique et sur la réduction de la concurrence. Il s'agit là de deux demandes de longue date des entreprises privées de soins de santé qui souhaitent obtenir le même financement et la même reconnaissance que les établissements publics.

À titre d'exemple, un projet financé par le plan de relance vise à améliorer la coordination entre divers hôpitaux publics et privés (notamment un hôpital appartenant au groupe Elsan) dans la Sarthe. Une analyse plus détaillée serait nécessaire pour déterminer quelle part exacte des fonds de relance va aux opérateurs de soins privés. Le plan de relance français indique aussi explicitement que ce programme d'investissement sera bénéfique pour l'économie, car il « générera des activités de construction ».

Enfin, il convient de noter que de nombreux plans de relance nationaux prévoient des fonds pour la « santé en ligne » et la « numérisation de la santé », dans le cadre du programme défini par la Commission européenne. Il est probable que cela accentue la privatisation des soins de santé et des soins aux personnes âgées, au profit à la fois des nouveaux acteurs numériques, y compris les grandes entreprises technologiques, et des sociétés privées de soins déjà établies. Dans le plan de relance français, par exemple, une partie des fonds est consacrée au développement et à la mise en

1. Pour une analyse comparative des plans de relance belges, espagnols et français, voir « Les affaires au détriment des gens », *Enco*, 3 juin 2024. [En ligne].

2. « The "España puede" plan : what it is and the risks it masks », *Enco*, 8 juillet 2021. [En ligne].

œuvre de logiciels permettant une « interopérabilité » entre les prestataires de soins publics et privés.

### Le lobbying derrière le soutien financier

On l'a vu, les politiques des institutions financières de l'UE en réponse à la Covid-19 ainsi que les plans de relance nationaux mis en place ont bénéficié aux entreprises de soins privées. Ces nouvelles sources de financement pourraient faciliter la poursuite de leur expansion et plus généralement la marchandisation du secteur européen des soins de santé, alors que la pandémie a clairement révélé les problèmes liés aux soins privés.

Les financements publics ne donnent pas explicitement la priorité aux soins de santé privés et aux soins aux personnes âgées par rapport aux soins publics – bien qu'ils s'accompagnent parfois de promesses de réformes et de rationalisation futures conformément à un programme de libéralisation. Pour l'essentiel, le secteur des soins privés semble avoir obtenu gain de cause et être traité sur la même base que les soins publics et bénéficier d'un même niveau de soutien.

En outre, le secteur des soins privés entretient depuis longtemps des relations étroites avec le monde politique et les institutions publiques aux niveaux national et local. En France, une institution publique comme la Caisse des Dépôts a soutenu de nombreuses entreprises privées de soins. Cet élément ainsi que l'idéologie libérale bien ancrée de la Commission européenne expliquent que ces dernières aient réussi à obtenir une part importante des fonds de relance dédiés aux soins de santé.

Les informations disponibles montrent que, durant la pandémie, le secteur des soins privés a largement usé de sa puissance de feu en matière de lobbying pour s'assurer des financements post-Covid et pour être entendu lors de l'élaboration des plans

de relance. En France, où il existe un registre des activités de lobbying, nous savons par exemple que le Synerpa, le syndicat patronal du secteur des soins privés aux personnes âgées, a intensifié ses activités en 2020 avec 64 activités de lobbying déclarées – dont la plupart visaient à obtenir des avantages réglementaires ou financiers – pour une dépense déclarée de 200.000 à 300.000 euros. Les entreprises Korian et Orpea [aujourd'hui Clariane et Emeis respectivement, NDLR] ont également déclaré en France des budgets de lobbying substantiels (100.000-200.000€ et 50.000-75.000€ respectivement). Dans le secteur des soins de santé privés, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a déclaré un budget de lobbying de 100.000 à 200.000€ pour 2020 et a également intensifié ses activités par rapport aux années précédentes, dont une part importante visait à garantir que les hôpitaux et cliniques privés obtiennent leur part de financement du Ségur de la Santé. En 2020, les entreprises Ramsay et Elsan ont également déclaré des dépenses de lobbying de 50.000 à 75.000€ chacune.

La situation n'est pas aussi claire au niveau européen. Les groupes de pression à l'échelle européenne ne déclarent pas toujours correctement leurs dépenses de lobbying dans le registre de transparence européen et ne sont pas aussi puissants que leurs homologues nationaux ; cela est sans doute dû au fait que les financements et la réglementation sont pour la plupart décidés au niveau des États membres. L'Union européenne de l'hospitalisation privée (Uehp) déclare un budget de lobbying de « seulement » 50.000 à 99.999€, bien qu'elle ait tenu plusieurs réunions de haut niveau avec la Commission européenne. Concernant les entreprises individuelles, seule Fresenius dispose d'une présence significative à Bruxelles, avec un budget de lobbying de 200.000 à 300.000€ (et un budget similaire pour sa filiale spécialisée dans les médicaments et les technologies médicales). Dans le secteur des soins aux personnes âgées, le European Ageing Network déclare un budget d'un

peu plus de 111.000€. Il représente tant les intérêts des opérateurs de soins publics que privés, mais comme l'a souligné un récent rapport de Corporate Europe Observatory (CEO)<sup>1</sup> : « Certaines de ses recommandations (...) servent clairement les intérêts de ses membres à but lucratif. Dans un rapport de 2019 sur les soins de longue durée (...) l'EAN déclare que « les partenariats public/privé deviendront de plus en plus une source de solutions pour l'avenir », et que les sociétés de services privées à but lucratif « deviendront certainement un "acteur clé" en raison des limites croissantes du financement public. »

### AMCHAM, BUSINESSEUROPE, MCKINSEY

D'autres groupes de pression comme BusinessEurope (le principal groupe de lobbying des entreprises actif au niveau de l'UE) agissent sur les décideurs européens pour qu'ils façonnent des politiques favorables au secteur privé des soins de santé. Dans ce domaine, l'AmCham – le réseau international qui représente les intérêts européens des entreprises étatsuniennes – a historiquement joué un rôle important en plaidant pour la privatisation et la libéralisation du secteur de la santé (sous diverses formes) en favorisant le « commerce de la santé » (*sic*). Parmi ses membres figurent des entreprises comme UnitedHealth (un géant mondial encore peu présent en Europe), des sociétés pharmaceutiques ou des firmes financières investies dans ce secteur.

Récemment, l'AmCham a encouragé le gouvernement ukrainien à réformer son système de soins de santé, laissant les patients libres de choisir leurs prestataires de soins et arguant que « la

concurrence (...) motivera les hôpitaux à se développer, à investir efficacement dans de nouveaux équipements et dans la gestion, à augmenter les salaires des médecins et à améliorer la prestation de services. » Dans un document sur les systèmes de santé en Europe de l'Est publié en 2019<sup>2</sup>, l'AmCham fait valoir que « lorsque le besoin d'investissement dans les infrastructures médicales rencontre des budgets publics serrés, les solutions innovantes et les partenariats public-privé peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration du statu quo. »

Suite à la crise de la Covid-19 et au moment de l'élaboration des plans de relance, AmCham EU a publié une série de recommandations pour ses États membres<sup>3</sup> promouvant les prestataires privés dans le secteur des soins. Dans ses recommandations à la présidence allemande du Conseil de l'UE, publiées peu après la première vague de la pandémie en 2020, AmCham déclare que « les partenariats public-privé innovants devraient être encouragés, y compris dans la prestation de soins de santé ». Des recommandations similaires ont été adressées aux pays qui ont assuré la présidence tournante de l'UE après l'Allemagne, dont la France au premier semestre 2022. Ces recommandations et rapports d'AmCham EU mettent davantage l'accent sur l'e-santé (ou télé-santé) et les soins à domicile que sur les partenariats public-privé – sans doute parce que les entreprises étatsuniennes y détiennent des avantages comparatifs.

Selon un rapport de l'AmCham datant de 2014<sup>4</sup>, le fait de se concentrer sur des secteurs en apparence anodins comme la santé en ligne relève en réalité d'une stratégie qui vise à favoriser des opportunités commerciales sans toutefois proposer une

1. « When the market becomes deadly », *Corporate Europe Observatory*, 26 janvier 2021. [En ligne].

2. « Healthcare Reform in Ukraine Must Continue – Statement of the American Chamber of Commerce in Ukraine », ACC, 14 mai 2020. [En ligne] ; « Improving access and financing in healthcare in Central and Eastern Europe », *AmCham EU*, 12 avril 2019. [En ligne].

3. « EU Presidency », *AmCham EU*. [En ligne].

4. « Forever Healthy: The 2020 Healthcare Consumer », *AmCham EU*, 20 avril 2014. [En ligne].

privatisation pure et simple des soins de santé, mal vue des citoyens européens. « Nombre de nos experts ont estimé que l'implication du secteur privé dans les soins de santé européens était traditionnellement mal vue (...). Les entreprises privées fourniraient les systèmes informatiques et la technologie pour la santé en ligne, y compris les innovations liées à la santé mobile (mHealth)<sup>1</sup> et les solutions informatiques en ligne (cloud). Il est important que les professionnels de la santé soient prêts à nouer des relations avec des partenaires privés. Pour surmonter ces attitudes négatives à l'égard du secteur privé, nos experts estiment qu'il est important de faire la distinction entre la privatisation des soins de santé, qui n'est généralement pas soutenue en Europe (même si les cliniques privées fournissent déjà une grande partie des soins hospitaliers dans certains pays européens) et l'implication d'entreprises privées dans le système. »

Un autre acteur a lui aussi considérablement attiré l'attention : le cabinet de conseil McKinsey (ainsi que d'autres cabinets de conseil tel que Deloitte). McKinsey est considéré comme un grand promoteur de l'agenda pro-entreprise au sein des institutions publiques et est connu pour avoir joué un rôle important dans la promotion de la marchandisation et du modèle d'entreprise dans les soins de santé dans des pays tels que le Royaume-Uni ou la France. Le rôle de McKinsey dans la gestion de la crise de la Covid-19 et des politiques sanitaires qui ont suivi a fait l'objet de scandales au sein de nombreux pays européens. Cependant, le cabinet ne cesse de promouvoir ses solutions pour « améliorer la productivité des soins de santé » en Europe<sup>2</sup>. On sait également que McKinsey a été en contact étroit avec la Commission européenne lors des différentes

phases de la pandémie et lors de l'élaboration des plans de relance. Mais il reste beaucoup de zones d'ombre et toutes nos demandes d'informations ont été refusées par la Commission européenne ou nous sont revenues fortement caviardées<sup>3</sup>. Cette opacité autour des relations entre McKinsey, l'UE et les gouvernements nationaux est particulièrement problématique compte tenu des controverses sur le rôle qu'a joué le cabinet dans l'élaboration des politiques publiques.

Alors que la crise de la Covid-19 a mis en lumière les conséquences des coupes budgétaires dans le secteur des soins de santé et les conditions (hygiène, santé, dignité des patients) de certains prestataires de soins privés, le modèle politique qui a permis aux entreprises privées de croître et de s'étendre en Europe au cours de la dernière décennie reste dominant. Ce modèle a permis à ces mêmes entreprises de bénéficier d'une part importante des fonds de relance et d'autres formes de soutien financier public mis en place en réponse à la pandémie – et donc de continuer à se développer. Les nouveaux marchés privilégiés par l'industrie, tels que la « santé en ligne », ouvriront la voie à de nouvelles formes de privatisation. Ainsi, pour réellement améliorer les soins de santé, il ne suffira pas d'investir davantage d'argent – comme le font (ou plutôt disent le faire) de nombreux gouvernements européens – car une grande partie de cet argent tombera dans les poches des propriétaires et actionnaires des entreprises à but lucratif. Un changement plus radical de paradigme est par conséquent nécessaire. Exclure les entreprises à but lucratif du domaine de la santé serait un premier pas...

1. Selon le Contrôleur européen de la protection des données, « la santé mobile est un secteur en croissance rapide, issu de la convergence entre les soins de santé et les TIC. Il englobe des applications mobiles destinées à fournir des services liés à la santé via des dispositifs intelligents, et impliquant souvent le traitement d'informations à caractère personnel relatives à la santé. Les applications de santé mobile traitent également des informations relatives au mode de vie et au bien-être. »

2. Lire par exemple « How keeping health a priority is a prescription for European prosperity », *McKinsey&Company*, 19 mai 2021. [En ligne].

3. Voir par exemple <https://www.asktheeu.org/en/user/knaebel> ou ConversationCorporate Europe Observatory (CEO) [@corporateeurope], 16 août 2021. *What's so sensitive about McKinsey's advice to European Commission on EU #COVID19 strategy?* [Tweet]. X.



Photo : © Fédération des maisons médicales, 9 avril 2020.

Entretien avec Fanny Dubois  
Secrétaire générale de la Fédération des  
maisons médicales (FMM)  
et

Hanne Bosselaers,  
Médecin généraliste à la maison médicale  
Le renfort, Médecine pour le Peuple (MPLP),  
Molenbeek  
par Sebastian Franco, Gresea

## Le droit à la santé sur le terrain

Les maisons médicales portent une approche innovante de la santé ancrée dans le territoire. À ce titre, Fanny Dubois et Hanne Bosselaers sont bien placées pour nous éclairer sur les enjeux contemporains du droit à la santé.



## Le droit à la santé sur le terrain

Entretien avec **Fanny Dubois**  
Fédération des maisons médicales

La Fédération des maisons médicales (FMM) ce sont 139 maisons médicales, 63 à Bruxelles et 76 en Région wallonne ; 120 sont au forfait et 19 à l'acte. 2.500 professionnels travaillent dans les structures affiliées à la FMM.

### Peux-tu nous dire quelle est la particularité de l'approche des maisons médicales et ce qui les différencie des autres prestataires de soins ?

Il faut revenir sur l'histoire de la création des maisons médicales et rappeler que c'est un modèle issu d'un conflit social majeur entre les autorités régulant la sécurité sociale et des médecins. En Belgique, ces derniers ont toujours été très influencés par le libéralisme et supportent mal que l'État se mêle des prix de leurs consultations.

Il y a donc eu une prise de conscience de certains médecins qui ne se retrouvaient pas dans cette vision libérale de la médecine. Pour eux, la santé est influencée par les inégalités sociales et il est donc nécessaire de construire un modèle qui répond en premier lieu aux besoins d'accessibilité à la santé. Ces médecins voulaient rappeler qu'ils n'avaient pas étudié la médecine pour fixer eux-mêmes le prix des consultations, mais avant tout pour soigner des gens. Ils pensaient qu'il était assez sain que le prix des consultations soit réfléchi de façon démocratique avec des acteurs représentatifs de l'intérêt général, comme les mutuelles par exemple. C'est donc comme cela que, petit à petit, le principe de négociation à l'INAMI entre mutuelles et représentants des médecins est né. Ensuite, d'autres soignants se sont joints à ces concertations. C'est un des aboutissements de ce conflit.

L'autre source de notre modèle, de notre histoire sociale particulière, ce sont des soignants, médecins, infirmiers et parfois sociologues et intellectuels, qui se réunissent pour travailler ensemble. Des groupements plus intellectuels se sont rassemblés pour réfléchir à un modèle alternatif en santé et des groupements plus pratiques, composés de militants et d'activistes de terrain, ont organisé les premières maisons médicales. Il s'agit de lieux où la première ligne de soins, la médecine générale, les

soins infirmiers, etc. ne se prodiguent pas de façon corporatiste. Ici, les professionnels de santé ne sont pas isolés et ne fixent pas leurs prix. Ce sont des lieux où les soins sont dispensés de façon multidisciplinaire. L'idée étant qu'au travers du partage des savoirs, à la fois médicaux, mais aussi infirmiers, kinésithérapeutes et sociaux, on aboutit à une prise en charge du patient beaucoup plus qualitative, qui n'est pas seulement curative, mais aussi plus accessible. Dans ces groupements, il y avait le principe, au-delà même de la multidisciplinarité du collectif, de l'autogestion qui s'oppose à la hiérarchie classique que l'on observe par exemple à l'hôpital. Lorsque l'on rentre à l'hôpital, les aides-soignantes n'ont pas le même uniforme que les infirmiers qui, eux-mêmes, n'ont pas le même uniforme que les médecins ; même les médecins entre eux ont des uniformes différents ! La hiérarchie est ainsi visible à l'hôpital. Et, évidemment, elle se répercute aussi sur les revenus.

Il y a 15 ans, j'étais aide-soignante et je gagnais 1200 euros à temps plein, je me levais à 5h du matin et je rentrais parfois à 21h. C'était il y a 15 ans mais j'imagine que cela a un peu changé avec l'indexation du salaire notamment. Mais c'était une véritable invisibilisation du « petit » personnel. Quand on sait par exemple que les suppléments d'honoraires d'un néphrologue peuvent aller jusqu'à 600.000 euros par an ! Ce sont des mondes qui travaillent ensemble à l'hôpital, mais dans les faits, ce sont des catégories sociales complètement différentes.

Lors de la création des maisons médicales, des médecins, des infirmiers qui ne souhaitaient pas travailler dans cet univers si hiérarchique et désiraient plutôt que leurs savoirs soient respectés de manière égale se sont mis à discuter de ces choses-là, du salaire de chacun. Ces principes, à la fois d'autogestion et d'intelligence collective multidisciplinaire, sont ceux d'une démocratie économique : comment l'argent se répartit au sein du système de

santé et comment, à une échelle très locale, on peut construire une ASBL, une petite coopérative qui implique les soignants dans les instances démocratiques de la structure, leur donnant ainsi accès en toute transparence au budget et à sa répartition.

Ce sont, je pense, ces différents éléments qui mettent en lumière le fait que le modèle des maisons médicales se définit de façon complètement différente par rapport au modèle classique plus libéral que l'on observe par ailleurs, que ce soit le cabinet du médecin privé ou le mammoth institutionnel qu'est l'hôpital et qui intègre toujours plus les logiques marchandes. Alors qu'aujourd'hui la pénurie des médecins est instrumentalisée pour négocier des revenus astronomiques pour certains secteurs, la philosophie de la sécurité sociale devrait, au contraire, partir du principe que l'argent public qu'elle gère doit être réparti en fonction des soignants de façon la plus démocratique et régulée possible.

### Peut-on dire que les maisons médicales ont une approche communautaire de la santé ? Peux-tu nous parler des déterminants sociaux et environnementaux de la santé ?

La santé des citoyens est influencée en majorité par des déterminants sociaux, et donc des déterminants non biologiques. À la naissance, 20% de la santé d'un individu vont être influencés par le patrimoine génétique. C'est un fait, certains ont des gènes plus propices aux cancers que d'autres ; mais les 80% restants sont influencés par toute une série d'autres déterminants qui ne sont pas enseignés dans les facultés de médecine, ou en tout cas moins que la biologie ou l'anatomie.

Ce sont principalement les déterminants sociaux classiques : le revenu, le logement, l'alimentation, l'activité physique, l'air que vous respirez, etc. C'est bien connu que si vous vivez dans un quartier

dense, très urbanisé, dans de grandes tours de logements sociaux, vous avez plus de risque de souffrir d'asthme. Tout comme la malbouffe augmente inévitablement l'obésité et il est évident que lorsque vous n'avez pas beaucoup de moyens, vous ne pouvez pas faire vos courses au magasin bio toutes les semaines. Donc forcément, si les inégalités sociales augmentent et que vous vous appauvrissez, vous avez beaucoup plus de risque d'être en mauvaise santé et de voir votre espérance de vie diminuer.

Donc clairement, les inégalités sociales et ses déterminants non médicaux influencent profondément la santé. Selon nous, cela devrait constituer la base du système de santé, d'une vision publique qui oriente le système de santé. Or, aujourd'hui, l'argent de la sécurité sociale qui finance la santé est discuté entre médecins et mutuelles. Cependant, les corps soignants médicaux peuvent considérablement influencer sur ces décisions. Malheureusement, à l'heure actuelle, les 42 milliards d'euros de la tranche santé de la sécurité sociale – qui, *in fine*, est celui des citoyens puisque c'est le pot commun dans lequel nous cotisons tous – sont surtout octroyés aux trois plus gros postes que sont l'hôpital, l'industrie pharmaceutique et les honoraires médicaux. Ce n'est pas normal. On devrait avoir une vision beaucoup plus préventive, où l'ensemble des politiques publiques travaillent à réguler les déterminants de la santé (ex. respirer un air plus sain, diminuer le taux de PFAS dans l'eau potable, etc.).

On pourrait même élaborer un programme autour de politiques publiques qui influenceraient ces déterminants de santé en vue de rendre les citoyens en meilleure santé. Il y aurait ainsi beaucoup moins d'épidémies, de Covid-19, de cancers, d'infertilité<sup>1</sup>, car tout cela est lié à des déterminants non médicaux.

De même, il y aurait aussi moins de souffrance psychique. Les médecins que je rencontre dans les maisons médicales me disent qu'aujourd'hui la santé mentale constitue le problème majeur. Le nombre de burnout, par exemple, est toujours corrélé à des conditions de travail déplorables et non pas à la défaillance d'un organe du corps. Paradoxalement, l'argent de la sécurité sociale est utilisé pour les professionnels de santé et pour l'invalidité au travail qui ne cesse d'augmenter et représente une part importante du budget de la sécurité sociale alors que l'investissement autour des déterminants de santé n'est plus une compétence fédérale depuis qu'elle a été régionalisée suite à la 6e réforme de l'État. Ce sont donc les régions qui doivent gérer tout ce qui a trait à la promotion de la santé.

En maison médicale, nous en avons rapidement pris conscience et nous formons les travailleurs et les soignants à déconstruire cette vision médico-centrée qui est encore trop enseignée dans les facultés de médecine, de kinésithérapeutes, de soins infirmiers, etc. Petit à petit, effectivement, dans les maisons médicales, même localement, des professionnels tels que les assistants sociaux, les psychologues, mais aussi les travailleurs de santé communautaire, ont rejoint les rangs. Je dirais que c'est aussi cela la force de notre mouvement, sa robustesse. Il y a une telle conscience de l'importance de la mutualisation des ressources que les maisons médicales investissent beaucoup dans la Fédération qui, elle-même, investit énormément dans le lobbying politique. Ainsi, via cette mutualisation, nous avons réussi à politiser fortement les choses et à obtenir des subventionnements pour des travailleurs en santé communautaire, en travail social, etc. En faisant des alliances avec des politiques...

1. Environ un couple sur six en souffre aujourd'hui.

À la Fédération, nous assumons pleinement notre lobbying auprès des cabinets. Je trouve qu'aujourd'hui, dans les milieux militants, il y a très vite cette posture de « tous pourris, on ne leur parle pas », alors que, personnellement, je pense qu'il y a tout de même des gens qui s'impliquent en politique et que nous pouvons conscientiser, qu'il est possible d'obtenir des budgets de façon structurelle et dédiés à une vision plus alternative. Mais, pour cela, il faut opérer avec des cabinets alliés. Alors, oui, ces métiers-là restent tout de même les métiers plus précaires, et c'est sûr que c'est beaucoup plus facile en maison médicale de financer, via le forfait, les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmières.

L'objectif de la Fédération, c'est que même à l'échelle locale, les professionnels de terrains collectivisent les vécus des patients ayant des problèmes liés à des déterminants sociaux comme les souffrances psychiques, les burnout, les violences intraconjugales, etc. qui sont des réalités quotidiennes pour nos travailleurs, au même titre que les angines. Aujourd'hui, on a encore trop ce réflexe un peu psychologisant du *one to one* entre le professionnel de santé et le citoyen. Évidemment, parfois, l'interaction interindividuelle, plus informelle, permet de déposer et reste nécessaire, surtout sur de telles problématiques, mais l'enjeu de recollectiviser l'est tout autant. Je pense que nous avons encore du travail à faire là-dessus et j'espère vraiment que, petit à petit, les professionnels de santé qui sortent de l'école arriveront à déconstruire ce qu'on leur a enseigné.

Par exemple, on apprend aux psychologues que leur démarche est essentiellement une démarche individuelle, un travail individuel sur soi. Or, en Espagne, on rencontre des anthropologues qui travaillent avec des psychologues, notamment avec des groupes de personnes victimes d'inceste, de violence conjugale, d'obésité. On peut, sur beaucoup

de problèmes de santé, avoir une approche collective. D'ailleurs, cela ne doit pas forcément être lié à une problématique de santé. Nos travailleurs de santé communautaire font un travail pour sortir les gens de l'isolement. Cela se fait par exemple avec du tricot, du yoga ou de la cuisine. Lorsque tu intègres ces collectifs-là, tu réalises à quel point cela stimule un esprit de communauté à l'échelle du quartier. Ce qui n'est pas négligeable quand on traite avec des publics parfois fort isolés socialement, hyper exclus par l'ensemble de la machine. Il s'agit parfois de personnes qui galèrent même à accéder à leurs allocations sociales. Donc refaire communauté via des accroches comme ça, cela fait tout à fait sens.

**Tu parles de l'engagement des patients, des usagers ; j'imagine que c'est aussi un processus de réappropriation de la santé, de conscientisation et de participation dans les revendications, dans les luttes ?**

C'est une thématique qui nous habite beaucoup. Chaque maison médicale a sa propre stratégie locale, mais il y a beaucoup de comités de patients. Dernièrement, une maison médicale a carrément été lancée par un collectif de patients. Dans d'autres maisons médicales, il y a un comité de patients à côté de l'équipe professionnelle et pour d'autres maisons, cette implication du patient doit se faire avant tout dans l'interaction entre le soignant et le patient, donc ne pas être dans un rapport de domination, et puis effectivement les mobilisations plus politiques.

À la Fédération, nous nous engageons pour le droit des femmes à la santé ; nous nous mobilisons pour la préparation des manifestations du 8 mars et essayons d'embarquer les patients avec nous. Ce sont des thématiques qui vivent sur le terrain, mais ce n'est pas pour autant que cela se fait d'un claquement de doigts. Si l'on veut vraiment partir

de la réalité du patient, il faut se mettre à sa place. Souvent, lorsque vous êtes malade, vous êtes déjà vulnérable. Ainsi, vous avez davantage besoin de soin, de care, plutôt que l'on vous demande de participer à des activités. Je suis ainsi à la fois très sensible à la démocratie jusqu'au patient, pour les impliquer, et sur le fait qu'on doit avoir une vue un peu anthropologique, se mettre à sa place et ne pas lui donner des injonctions du type « allez, viens à notre AG, etc. » alors que le patient de maison médicale consulte avant tout parce qu'il rencontre des souffrances sociales, psychiques et biologiques.

Il s'agit donc d'un questionnement important pour nous, mais de là à dire que l'on arrive facilement à mobiliser les patients, à collectiviser leur réalité et à faire en sorte qu'ils puissent renforcer leur pouvoir d'agir en mode « lobbying politique », il y a un pas ; il reste tout de même plein de freins et c'est normal. Les patients ont besoin que l'on s'occupe d'eux. Selon moi, une première stratégie consiste justement à collectiviser les problématiques socio-sanitaires rencontrées. C'est une première étape pour petit à petit construire une vision sociale et démocratique du soin.

**Quand tu parles de « collectivisation », tu te réfères aux groupes d'écoute ou également à l'implication des chercheurs ou des soignants ?**

Les deux. Il y a les groupes de patients et puis évidemment, au niveau de la Fédération, on peut effectivement faire des études statistiques ; les maisons médicales sont un laboratoire social très intéressant. 50% de nos bénéficiaires vivent sous le seuil de pauvreté, donc forcément, pour la gauche c'est un laboratoire intéressant qui permet de mettre en lumière le vécu des gens, leur réalité et penser comment faire remonter ces problématiques-là vers nos autorités publiques.

Pour ce qui est de l'implication des patients, je pense que cela doit se faire à différents échelons ; du cabinet du médecin où le patient doit être en mesure de renforcer son pouvoir d'action durant son trajet de soin à lui, sans que le médecin lui dicte tout ce qu'il doit faire. Le patient doit pouvoir venir avec ses savoirs propres, jusqu'au travail de lobbying de la Fédération et les mobilisations collectives via les manifestations et autres actions. En résumé, pour moi, les collectifs de patients doivent se vivre à différents niveaux du mouvement.

**Concernant la marchandisation de la santé. Peux-tu rappeler quels en sont les dangers et les conséquences que vous voyez sur le terrain. Comment s'y opposer, comment sensibiliser à ces questions, comment faire du lobbying contre cette dérive ?**

C'est un vaste sujet ! Les 42 milliards de la branche santé de la sécurité sociale attirent beaucoup les lobbies financiers. En premier lieu, l'industrie pharmaceutique qui n'a de cesse de faire des dépassements. Tout le monde s'en inquiète, mais concrètement il n'y a pas de courage politique pour imposer les amendes lorsqu'il y a dépassement, pour une meilleure régulation démocratique du prix des médicaments. Sensibiliser l'ensemble des citoyens à ce sujet est un enjeu majeur, car c'est leur argent qui est volé par de gros industriels alors qu'il devrait servir l'intérêt général et non les actionnaires de firmes privées. Donc, finalement, même quelqu'un qui vote au Mouvement Réformateur (MR), à mon avis, est capable de comprendre en quoi cela lui est également néfaste. Cet exemple me choque considérablement, car c'est le plus flagrant, le plus facilement explicable avec des chiffres.

En santé, il y a différents mouvements de marchandisation. Il y a l'accaparement de l'argent de la sécurité sociale par des firmes pharmaceutiques, et, de plus en plus, par l'industrie informatique. Comme tout s'automatise et que les médecins

doivent obtenir des logiciels labellisés, beaucoup de flux d'argent de la branche santé de la sécurité sociale se dirigent vers des entreprises informatiques comme Careconnect, Healthone et toutes ces grandes entreprises qui fabriquent des logiciels extrêmement onéreux pour les médecins qui reçoivent de grosses primes de l'INAMI pour les acquérir. J'observe aussi à quel point les développeurs informatiques, aujourd'hui un métier rare, touchent des salaires proches de celui du Premier ministre. Ces mouvements de marchandisation m'inquiètent.

Les pratiques des professionnels de santé relèvent elles aussi d'une forme de marchandisation. Les besoins augmentent en partie à cause du vieillissement démographique, mais pas seulement. La recherche médicale évolue, donc on soigne mieux les gens et c'est plutôt positif. Mais à côté de cela, il y a de plus en plus de quotas sur les médecins qui sortent de l'école et les médecins deviennent une denrée rare... Or, ils doivent faire tourner les boutiques hospitalières et les citoyens doivent pouvoir accéder aux professionnels de la santé. Ainsi, les médecins peuvent négocier des revenus astronomiques, en particulier ceux qui pratiquent les suppléments d'honoraire, avec des formes de marchandages et, en conséquence, une médecine à deux vitesses, avec des personnes qui ont les moyens de se payer ce genre de suppléments et d'autres qui ne le peuvent pas et doivent attendre une consultation par des médecins conventionnés. Ce sont des formes de marchandisation liées aux pratiques. Comme le phénomène de « déconventionnement » des médecins ; le conventionnement étant une sorte de contrat entre le médecin et l'INAMI qui accepte de respecter les prix que la mutuelle rembourse et ne pas aller au-delà.

Enfin, en dehors des maisons médicales (qui fonctionnent généralement au forfait), il y a la question du ticket modérateur : le médecin conventionné, a priori, accepte de ne pas dépasser ce ticket

modérateur. Cependant, certaines fédérations de prestataires de soins utilisent l'outil du conventionnement pour essayer d'avoir un levier sur l'INAMI ; elles appellent leur base à se déconventionner en vue d'essayer d'obtenir des faveurs de la part du ministre. Selon nous, cela équivaut à une prise d'otage du patient et de l'accessibilité à la santé puisque le principe même du conventionnement est l'accessibilité. C'est dans ces cas que se voit la culture libérale et corporatiste de certains soignants. C'est d'autant plus inquiétant au moment où l'on applique l'austérité et que le budget de la santé n'augmente pas autant que les besoins ; il va y avoir des conflits dans tous les sens...

**La privatisation est bien connue dans les maisons de repos, elle l'est moins dans les hôpitaux en Belgique. Quelles sont les pratiques marchandes dans les hôpitaux ?**

L'hôpital, paradoxalement, est aujourd'hui encore sous statuts d'ASBL. Et si les hôpitaux sont actuellement presque tous dans le rouge, c'est parce qu'il n'y a aucune régulation économique sur la rémunération des médecins notamment. Il y a également davantage de chambres individuelles en vue de pouvoir facturer des suppléments d'honoraires. C'est donc un bon lien avec un troisième axe de la marchandisation qui est celui des assureurs privés. En effet, certaines assurances fonctionnent à l'inverse des mutuelles, elles sont beaucoup moins collectives et davantage basées sur l'investissement individuel ; seuls les riches ont accès à ce genre d'assurance et au plus tu payes ton assurance hospitalisation, au mieux tu seras protégé. Cela a pour effet une santé à deux vitesses parce que, forcément, dans les hôpitaux, les patients qui ont des grosses assurances types DKV sont des patients rois. Parfois même, certains médecins disent : « Si vous me donnez un peu plus en cash, vous pourrez passer plus vite dans la liste d'attente. » C'est une forme de libéralisation des pratiques qui

est inquiétante et pour moi il est important d'agir là-dessus, notamment à travers la sensibilisation des professionnels de santé.

Par ailleurs, je pense que même dans les hôpitaux, il y a de plus en plus de professionnels qui ont besoin de donner un sens à leur travail et qui n'ont pas étudié la médecine pour se remplir les poches, ou pour devoir travailler comme des fous et ne jamais pouvoir bénéficier de cet argent. Je pense qu'il y a tout de même des poches de résistance un peu partout ; beaucoup s'insurgent et disent qu'ils en ont assez. En fait, aujourd'hui, c'est important de le souligner, les médecins doivent reverser une grosse partie de leurs suppléments d'honoraire à l'hôpital pour que justement celui-ci puisse continuer à tourner. Ainsi parfois, c'est le responsable ou le gestionnaire de l'hôpital, le système lui-même qui organise l'hôpital comme une entreprise privée avec ses logiques managériales.

Historiquement, dans les instances hospitalières, on retrouvait aussi les soignants, en particulier des médecins. Aujourd'hui, ce sont plus des personnes issues de HEC ou de Solvay Business School qui sont les gestionnaires. Par conséquent, cela crée une culture malsaine à l'intérieur des structures hospitalières. Des soignants témoignent en nous disant qu'on leur demande de pratiquer toujours plus d'actes médicaux pour faire tourner la boutique, mais sans une vue globale pour s'assurer que le patient en a véritablement besoin.

Et enfin, c'est ce que l'on voit dans les maisons de repos. Le rachat des structures de soins par des entreprises cotées en bourse. Une privatisation directe des soins...

### **Il y a aussi le secteur des laboratoires médicaux ! Par exemple Synlab que l'on voit un peu partout surtout depuis la Covid-19 ?**

Tu fais bien de l'ajouter. Parce que souvent on parle de suppléments d'honoraire à l'hôpital, mais en fait – un représentant de Solidaris [mutualité socialiste, NDLR] nous le disait lors de notre dernier congrès – il y a surtout un problème avec des médecins spécialistes dans l'ambulatorio, donc hors de l'hôpital. Ce sont des pratiques purement libérales, avec un cabinet privé et des médecins totalement déconventionnés, où tu n'as plus aucun aspect institutionnel, plus de règles ou de barèmes quelconques. Les spécialistes dans l'ambulatorio sont devenus tellement rares via les quotas [*numerus clausus*, NDLR] qu'ils peuvent imposer n'importe quel prix et les gens sont si stressés qu'ils sont prêts à payer. Tout cela, ce sont des formes de marchandisation qui créent une santé à deux vitesses. Nous, nous ne prônons pas ce modèle-là de soins.

### **Est-ce que tout cela pousse des gens vers le monde des maisons médicales ? Est-ce que vous sentez une augmentation des demandes ? Je sais que Maggie De Block (ministre de la Santé de 2014 à 2020) avait imposé un moratoire sur de nouvelles places en maison médicale. Où en est-on à ce sujet ?**

Pour cela, il est important de bien distinguer la première et la deuxième ligne de soin. Les pratiques libérales en cabinet dont je viens de parler sont davantage des pratiques de spécialistes. Je pense que dans notre système global, même en dehors des maisons médicales, 80% voire même plus des médecins généralistes sont conventionnés. Dans la culture de la médecine, l'esprit de l'accessibilité à la santé reste très présent. Cela n'empêche pas les maisons médicales d'offrir quelque chose en plus ; une prise en charge multidisciplinaire, une médecine totalement accessible puisque notre financement au forfait fait qu'il n'y a même pas de

ticket modérateur, même pas celui que le patient doit payer chez le médecin généraliste. Il y a en outre une meilleure continuité des soins, on fixe un contrat avec le patient et on lui dit : « Si tu es soigné chez nous en première ligne, tu ne viens plus que chez nous ». En effet, quand on est soigné au forfait, on ne peut pas aller chez un autre médecin généraliste. Ce principe de prévention permet le désengorgement des urgences hospitalières, une médecine bien plus coûteuse pour la société.

C'est comme cela que l'on démontre que notre modèle – même si le forfait en première ligne est un peu plus cher que l'acte – engendre beaucoup d'économies en deuxième ligne, car nous sommes dans le préventif qui, *in fine*, est moins cher et plus accessible. De plus, il donne de meilleurs résultats pour les patients que quand on laisse traîner la maladie jusqu'au point de devoir se rendre aux urgences hospitalières parce qu'il n'a pas eu accès à un professionnel en amont. C'est cette globalité, cet univers-là que l'on veut stimuler dans les quartiers, au plus proche des citoyens. Un univers bien différent de celui du cabinet privé avec un médecin qui, même s'il est généraliste, n'est pas dans ces logiques, cela reste un face-à-face où il n'y a pas forcément de continuité comme ce que l'on propose dans les maisons médicales. En plus, le fait qu'il y ait cette prise en charge collective fait que le professionnel a lui aussi des droits : quand il part en congé, la structure collective prend ses patients en charge. On réfléchit aux droits des patients, mais aussi au bien-être des professionnels. Ce fait se reflète dans les statistiques de l'INAMI : les soignants qui travaillent au forfait, par exemple les médecins, font moins de burnout. Or, ils ont souvent des cas de patients plus complexes puisqu'ils soignent la toxicomanie, reçoivent des patients avec aide médicale urgente ; ce sont des publics vulnérables qui

rendent plus compliqué un suivi quand le médecin est tout seul dans son cabinet.

Par rapport à l'audit concernant les maisons médicales commandité par la ministre de la Santé, Maggie De Block (OpenVld)<sup>1</sup>, il s'agit d'un scandale sans nom quand on compare les budgets. Les maisons médicales ne coûtent rien à la sécurité sociale, par rapport à ce que j'expliquais justement sur le budget dédié aux médicaments. Ce que reçoit l'industrie pharmaceutique, si mes souvenirs sont bons, ce sont plus de 6 milliards d'euros, là où les maisons médicales reçoivent 350 millions d'euros, toutes maisons médicales confondues : en Flandre, en Wallonie, à Bruxelles, celles qui sont fédérées, celles qui ne le sont pas... Donc, imposer un moratoire à des structures qui font du soin de proximité auprès des personnes qui en ont le plus besoin et ne pas donner d'amendes à une industrie qui fait régulièrement des dépassements de dépenses de sécurité sociale, c'est tellement flagrant que l'autorité publique, en l'occurrence Maggie De Block, encourage l'accaparement capitaliste de la branche santé de la sécurité sociale.

Mais à la fin, Maggie De Block s'est fait prendre à son propre piège. Elle a commandé l'audit à KPMG, un cabinet d'audit international très influent et libéral. C'était d'ailleurs assez cocasse de voir les auditeurs de KPMG en petits costards-cravates venir dans les maisons médicales. Mais surtout ces auditeurs, avec leur panoplie d'indicateurs financiers et économiques, ont fini par démontrer que non seulement les maisons médicales ne coûtent pas plus cher, mais qu'en plus cela favorise l'accessibilité à la santé et donc autant d'un point de vue de santé publique que dans la perspective économique, cela tient vraiment la route. On avait hésité à l'époque à faire barrage, à dire non, à ne pas les

1. KPMG, « Audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de coûts des maisons médicales », *Feprafo*, janvier 2018. [En ligne].

laisser rentrer dans nos structures, à organiser des piquets de grève, etc.

Si mes souvenirs sont bons, les structures du PTB [Médecine pour le Peuple MPLP, NDLR] étaient plus dans cette logique-là. À la FMM on a finalement décidé qu'on allait les faire rentrer, aller jusqu'au bout du principe d'« entrisme » où les classes sociales se rencontrent. C'était risqué, mais cela a marché, parce que la ministre a dû mettre fin au moratoire suite aux résultats de l'audit. C'est un événement qui a contribué à son impopularité. Lorsque Maggie De Block était ministre de l'Immigration, elle était très populaire, en tant que ministre de la Santé par contre... Il y a eu plein d'autres choses, comme l'histoire des masques durant la Covid-19 ; elle a très mal géré cette crise. Mais comme quoi, maintenant cet audit nous l'utilisons comme arme de guerre.

#### Quelles sont les priorités politiques de la FMM pour cette législature et les années à venir ?

La première, c'est de résister aux attaques prévues dans l'accord de gouvernement sur les mutuelles. Il faut rappeler qu'elles sont encore un contre-pouvoir à l'INAMI et sont des assurances sociales collectives et non des entreprises privées, qu'elles ont une vision politique de la santé.

Je trouve que l'opinion publique ne peut pas être manipulée par des gens comme Georges-Louis Bouchez qui disent que les mutuelles ne servent à rien, que ce sont des bureaucraties, qu'il faudrait nettoyer tout cela, qu'elles ne servent qu'à financer les hauts salaires de leurs patrons, etc. La privatisation des mutuelles serait tragique pour tous les citoyens belges. Or, j'ai l'impression que les dirigeants ont repéré à quel point, en Belgique, le fait que tous les citoyens soient rattachés à une mutuelle représente un contre-pouvoir fort. On n'en a

pas assez conscience et cela m'inquiète beaucoup. Les mutuelles sont vraiment dans le collimateur...

Une autre priorité, ce sont les malades de longue durée. L'Arizona va tout axer sur le contrôle, sur l'activation, alors que Frank Vandembroucke [ministre de la Santé sortant et reconduit, NDLR] avait fait en sorte qu'il n'y ait plus de certificat médical pour un seul jour de maladie, ce qui surcharge particulièrement les médecins généralistes. En effet, si tu as un début de grippe, il vaut mieux que tu restes chez toi. Le principe de confiance à l'égard des travailleurs est important. Et bien non, certificat obligatoire dès le premier jour de maladie. C'est stupide, car cela va surcharger inutilement les médecins généralistes. Cela va créer des burnout qui vont coûter à la sécurité sociale. Cela n'a pas de sens, même d'un point de vue économique toutes ces mesures visent uniquement le contrôle.

Dernier exemple en date, le gouvernement en affaires courantes n'a pas voulu voter le budget de l'INAMI ; l'OpenVLD s'y est opposé et le MR s'est abstenu en prétextant les affaires courantes. En réalité, c'est parce que le budget avait été voté par les partenaires sociaux qui demandaient à ce que l'industrie pharmaceutique contribue davantage aux objectifs d'économie. Et là, en l'occurrence, tous les acteurs l'ont approuvé : mutuelles, ABSyM<sup>1</sup>, représentants des hôpitaux, des maisons médicales, tout le monde était d'accord. Seuls le MR et l'OpenVLD ont fait barrage. Cela n'annonce rien de bon par rapport à la coalition Arizona qui risque de continuer à soutenir les entreprises pharmaceutiques avec l'argument de l'emploi, de la croissance du PIB. Mais l'argent de la sécurité sociale en santé est là pour soigner des gens avant tout.

En termes de résistance, il faut nous organiser et prendre au sérieux les alliances et les convergences. Nous devons nous fixer un objectif commun, nous

regrouper et faire des choses de plus grande ampleur. Nous devons essayer d'en faire un peu moins, mais de nous unir dès le début et avec une amplitude en termes de gains, en hégémonie culturelle à gauche.

#### Comment vois-tu la collaboration avec les autres acteurs de la santé ? Les mutuelles, les syndicats, etc. ?

Il existe la Coalition Santé qui regroupe la plupart des acteurs de la santé ; il y avait d'ailleurs une volonté de se connecter à la Coalition Climat, et donc d'élargir le public.

Je pense qu'un des enjeux de demain ce sera justement la mobilisation des grands acteurs que sont les mutuelles et les syndicats contre les coupes budgétaires qui s'annoncent extrêmes. Pour avoir travaillé en mutuelle, je sais à quel point de petites ASBL ou la Coalition Santé véhiculent une image de gauchistes, d'organisations qui se retrouvent entre elles. Du coup ce n'est pas assez pris au sérieux. Or, l'enjeu c'est d'être pris au sérieux. Cela se travaille via justement des contacts plus informels, il faut essayer de créer des confiances partagées, ce qui n'est pas toujours facile parce que, là aussi, il y a des hiérarchies entre un big boss qui vient de HEC et qui gagne quatre fois ton salaire. En même temps, il faut le faire parce qu'il y a un enjeu majeur à ce que notre système de santé ne soit pas totalement marchandisé. On doit à tout prix éviter de se comparer les uns les autres, on doit travailler ensemble. De plus, il y a aussi des logiques institutionnelles très différentes entre par exemple la Mutualité chrétienne et le Gresea, pourtant nous avons un ennemi commun, c'est la marchandisation, le libéralisme. Il faut absolument travailler ensemble ! C'est peut-être l'esprit de communauté qu'il faut stimuler, avec des rencontres où les liens circulent.

Comme je le disais à votre colloque [80 ans du Pacte social<sup>1</sup>, NDLR], le modèle des maisons médicales démontre qu'il est possible de construire quelque chose d'assez robuste en termes de mutualisation économique et qui permet petit à petit de gagner du pouvoir d'action. Cela se fait à une échelle assez réduite, mais maintenant il faut le faire à une échelle plus transversale entre différents acteurs qui ont une même vision.

1. Association Belge des Syndicats Médicaux, représentant des intérêts des médecins.

1. Colloque « 80 ans du "Pacte social" » : bilan et perspectives », Gresea, 10 décembre 2024. [En Ligne].

## Le droit à la santé sur le terrain

Entretien avec **Hanne Bosselaers**  
*Médecine pour le Peuple*

MPLP ce sont 11 maisons médicales en Belgique (Bruxelles, Flandre, Wallonie). MPLP a été fondé il y a plus de 50 par le Parti du travail de Belgique (PTB).

### Quelle est la particularité de l'approche de Médecine pour le Peuple (MPLP) et qu'est-ce qui la différencie des autres prestataires de soins ?

MPLP c'est d'abord une organisation nationale. Nous sommes présents dans les trois régions du pays, à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre et nous travaillons avec la vision selon laquelle tout le monde a droit à la santé dans une société saine. Pour garantir ce droit, nous devons changer de société pour assurer à tout le monde un travail sain, l'accès à l'éducation, aux soins de santé de qualité, et à des services publics forts. Ce projet de société nous le partageons avec le PTB, le Parti du Travail de Belgique. Nous travaillons à ce projet de société, socialiste, où tout un chacun aurait droit à la santé.

Nous y travaillons également avec nos patients et selon leurs priorités. Pour ce faire, nous utilisons beaucoup leurs témoignages pour savoir ce qu'ils vivent, quelles sont les plus grandes difficultés qu'ils affrontent. Nous essayons de partir de là pour orienter nos actions et surtout pour en faire des actions collectives. Nous remarquons qu'en tant que médecins, individuellement dans une consultation, nous ne résolvons pas les vrais problèmes des gens. Nous devons donc passer à des actions collectives qui peuvent même se transformer en lutte sociale afin d'obtenir plus d'acquis sociaux et ainsi améliorer la santé d'un grand groupe de personnes.

Nous avons bien conscience que notre travail ne doit pas se limiter à une maison médicale ou un seul quartier. Nous voulons également contribuer au niveau national. Ainsi, nous participons à la Coalition Santé<sup>1</sup> où nous portons des campagnes nationales sur le prix des médicaments,

1. La Coalition Santé est une initiative de la société civile belge regroupant associations, mutuelles et syndicats autour des questions de santé en Belgique. Plus d'informations ici: <https://coalitionsante.be/>

pour un accès facilité à la première ligne, sur la santé et le travail. Ce sont nos priorités communes.

### MPLP a 11 maisons médicales. Sont-elles différentes en fonction des quartiers, du lieu où elles sont implantées ? Sont-elles toujours dans des quartiers populaires ?

Chaque maison médicale vit une réalité très différente. Notre première maison médicale, celle de Hoboken, à Anvers, proche de l'industrie et du port d'Anvers, était principalement fréquentée par des ouvriers faisant un travail physiquement lourd. À Molenbeek, c'est différent, c'est un quartier d'immigrés à grande précarité, avec beaucoup de gens sans travail ou de travailleurs sans papiers. À Zelzate, c'est encore différent, les gens travaillent principalement dans l'industrie chimique. À Genk, ce sont beaucoup d'anciens mineurs, comme à Liège, d'anciens métallurgistes.

Donc oui, les secteurs et le type de travailleur que l'on retrouve dans nos maisons médicales sont différents, mais les problèmes que ces gens rencontrent, en lien avec l'austérité, des allocations ou des salaires trop bas, sont partout les mêmes. Les témoignages des patients nous permettent souvent d'identifier une lutte qui unit toutes les maisons médicales de MPLP. En même temps, nous menons aussi des luttes au niveau local ; on le fait si possible avec la représentation du PTB au conseil communal, comme ici à Molenbeek par exemple.

Il y a quelques années, la majorité<sup>1</sup> a voulu supprimer les cours de natation pour les 1ères et 2e primaires, car le bus pour les y emmener coûtait soi-disant trop cher. Nous nous y sommes opposés en partant de l'inquiétude de nos patients qui nous disaient que leurs enfants n'allaient plus jamais apprendre à nager. En tant que médecin, il

nous semble essentiel que les enfants apprennent à nager. Nous avons donc fait une interpellation citoyenne au conseil communal, soutenue par le PTB et cela a permis de maintenir les cours de natation. C'est un petit exemple, mais cela montre que défendre la santé, c'est politique, c'est se mêler de la politique et s'y opposer si cela menace la santé.

### Appelez-vous cela de la « médecine communautaire » ?

Nous avons quatre étapes d'empowerment décrites dans notre texte de vision. En premier lieu, cela commence par impliquer le patient dans les examens et les traitements envisagés. L'objectif est de lui permettre de participer à la réflexion pour déterminer ce qui est le mieux pour lui afin qu'il ait davantage de contrôle sur sa santé. En deuxième lieu, il faut accroître la conscience sociale des patients en réfléchissant avec eux au contexte social de leur symptôme, c'est ce qu'on appelle « le stéthoscope social ». On regroupe ensuite les patients autour des problèmes de santé, par exemple les groupes de douleurs chroniques. Mon ancienne collègue, Leen Vermeulen, a réalisé une étude sur la manière de traiter ces douleurs<sup>2</sup>. Une des méthodes consiste à rassembler plusieurs patients pour qu'ils s'entraident, car collectiviser un problème donne de la force. Enfin, il faut passer à la lutte collective, à un niveau politique. C'est, par exemple, soutenir les gens pour faire certaines démarches, une action, une manifestation, une interpellation au conseil communal ou au gouvernement pour obtenir un changement durable.

La santé communautaire n'incite pas les gens à devenir acteurs de leur propre santé et à mener des actions de lutte dans un grand mouvement social. La santé communautaire, c'est constater que dans une situation donnée, il y a un aspect collectif, une

1. En juin 2016 durant la majorité MR/OpenVLD, Ecolo/Groen, CDH/CD&V.

2. L. Vermeulen, *Je pijn te lijd*, EPO, 2021.

nécessité de mettre les gens ensemble, mais cela n'a pas forcément comme objectif d'impliquer les gens pour changer la situation. Nous allons plus loin.

**Concernant la commercialisation des soins de santé, quelles conséquences vois-tu sur le terrain ? Est-ce que ce sont des thèmes que vous travaillez collectivement chez MPLP ? Est-ce que vous avez des revendications dans ce domaine ?**

En tant que Médecine pour le Peuple, nous revendiquons des soins publics et un accès à la santé pour toutes et tous. L'exemple le plus flagrant dernièrement, et cela risque de s'empirer avec le nouveau gouvernement Arizona, ce sont les ruptures de stock de médicaments. On rencontre très souvent des gens qui n'ont plus accès à des médicaments qu'ils prennent depuis longtemps. Dernièrement, cela s'est produit avec la Furadantine, un antibiotique de première ligne pour les infections urinaires que l'on prescrit quatre à cinq fois par semaine. Il a donc fallu prescrire une alternative plus chère, moins adaptée et qui engendre davantage d'effets secondaires. Pour la simple raison qu'un médicament pourtant essentiel ne rapporte plus assez et qu'un autre engendre de plus gros bénéfices, ces firmes décident donc d'abandonner sa production. Pour nous, cela ne devrait pas exister dans un des pays les plus riches du monde. Il faut pouvoir imposer des licences obligatoires, pour avoir la garantie que les médicaments de base soient produits et qu'il n'y ait pas de rupture de stock. Je trouve que c'est un exemple flagrant de la commercialisation des soins, et pour MPLP c'est une priorité. La politique des médicaments représente un coût majeur dans le budget de la santé ; on pourrait d'ailleurs très facilement les payer moins cher.

Au sein des hôpitaux, il y a également de plus en plus de commercialisation, comme des médecins qui font des consultations privées au sein de l'institution. Puisque certains examens techniques

rapportent beaucoup aux hôpitaux et aux médecins, on va en prescrire énormément. Par contre, si l'on a besoin d'un psychiatre, d'un gériatre ou d'un pédiatre ou de toute autre spécialiste qui a moins recours à des prestations techniques, on n'en trouve pas ou l'attente est très longue et les gens payent des factures de plus en plus élevées. On le voit chez nos patients qui n'osent pas aller à l'hôpital par peur d'être hospitalisé et de devoir ensuite payer la facture.

Nous sommes un des pays où les gens payent le plus de leur propre poche, notamment par rapport aux pays voisins. Avec nos 11 maisons médicales, nous offrons une alternative. La pénurie de médecins généralistes est également une conséquence de la médecine libérale ; on n'investit pas dans les centres au forfait. On favorise le marché libre, les médecins s'installent où ils veulent, mais on maintient un *numerus clausus* malgré le manque de médecins, surtout généralistes, nécessaires pour soigner correctement la population. Ici à Molenbeek, cela se ressent moins parce qu'il y a beaucoup de maisons médicales au forfait dans la commune. Nous ne sommes donc pas submergés de demandes. Ce que l'on remarque, par contre, c'est que nos patients vont moins à l'hôpital, ce qui nous oblige à devoir réaliser plus d'actes.

Un autre effet, qui ne concerne pas particulièrement la commercialisation de la santé, mais qui nous inquiète, est le nonaccès aux services, aux guichets de la mutuelle, aux allocations. Nous avons un nombre croissant de demandes administratives. Cette semaine, depuis l'annonce du nouveau gouvernement, nous avons déjà reçu trois demandes relatives à un dossier SPF personne handicapée, afin d'être reconnu comme personne en situation de handicap. Les gens reconnus comme tels avec un certain nombre de points ont droit à une allocation. Ce sont des gens qui sont au CPAS à qui l'assistante sociale a dit : « Allez vite chez votre médecin et essayez de vous faire reconnaître comme

personne handicapée, comme cela, vous aurez peut-être une allocation supplémentaire, car votre allocation du CPAS va probablement diminuer sous le nouveau gouvernement. » Donc depuis une semaine, on a des gens qui se disent qu'ils doivent se faire reconnaître comme une personne ayant une réduction d'autonomie. Mais c'est très compliqué, ces dossiers ne seront jamais acceptés. Quelqu'un qui souffre de dépression ou de maux de dos ne peut en effet pas travailler, mais n'est pas handicapé à proprement parler, et n'aura donc pas accès à ces allocations. Tout va se durcir et c'est sur nous, les médecins généralistes, que cela va retomber. On sait très bien qu'individuellement, dans une consultation, on ne peut rien faire pour ces gens. Si on dit à ces patients qu'on va les aider, se battre pour les faire reconnaître comme handicapé et qu'on y parvient, on ne résout le problème que d'une personne, alors qu'il est structurel pour toute une couche de la population. Dans notre vision, nous utilisons les témoignages pour signaler les problèmes et ensuite on va renforcer la lutte sociale pour que ces gens aient accès à des moyens dignes pour vivre.

**Tu parlais du nouveau gouvernement et du prix des médicaments. Est-ce qu'il y a d'autres attaques qui se préparent et qui toucheront particulièrement la santé ?**

Tout ce qu'ils sont en train de faire va impacter la santé puisque le pouvoir d'achat de la population va diminuer. Les salaires sont bloqués et on augmente les taxes sur les biens de première nécessité de 6 à 9% (TVA), donc nous allons payer davantage. Les gens vont avoir l'illusion d'un salaire un peu plus élevé parce que leur net va augmenter, mais leurs services publics vont se dégrader, la sécurité sociale se prend une énorme claque. À l'intérieur du secteur de la santé, où les emplois sont déjà très lourds (le secteur est en train de craquer), de nombreux infirmiers et infirmières n'auront plus accès

à une prépension. C'est catastrophique. Et si les soins s'écroulent, les malades en font les frais.

Il y a aussi évidemment la chasse aux malades de longue durée, c'est un véritable désastre. Quand tu entends Georges-Louis Bouchez dire que ce sont des malades imaginaires et qu'il faut les activer... Je les vois tous les jours ces gens, ils aimeraient encore avoir une activité, ils font même parfois du bénévolat, mais ils ne peuvent pas retourner chez leur employeur à 120% de leur capacité. Et il n'y a aucune aide pour les intégrer doucement dans le travail. L'employeur a tout à fait le droit de dire « Non, non, reposez-vous jusqu'à ce que vous soyez bien rétabli, en attendant j'ai un intérimaire que je paye un petit salaire et vous reviendrez quand vous saurez faire le même travail qu'avant ». Mais pour beaucoup, cela n'est plus possible, ils ont vieilli et ont des problèmes chroniques...

Nous avons fait une étude avec MPLP sur nos patients de 55 ans et plus ; la moitié d'entre eux souffre de deux problèmes chroniques, ce sont des gens qui n'ont plus la capacité de travailler à 100%. Ainsi, les fins de carrière ont un impact fort sur la santé. Avec cette responsabilisation des malades de longue durée, on va monter les médecins contre les mutuelles et ces dernières vont être fortement contrôlées par rapport au nombre de personnes qu'elles remettent au travail. On va contrôler le nombre d'incapacités prescrites et les médecins au-dessus de la moyenne vont être contrôlés, voire même sanctionnés. De plus, les malades vont voir leurs allocations diminuer s'ils ne participent pas au trajet de réintégration. Cela va être très dur.

### **Au sein de MPLP, comment concevez-vous les collaborations ou l'action commune avec les mutuelles, les syndicats, les autres maisons médicales et les associations ?**

Nous voulons évidemment participer au front qui défend les droits des patients. C'est pour cela que nous nous investissons dans la Coalition Santé qui regroupe les mutuelles, les syndicats, les grandes ONG et la Fédération des maisons médicales. Ensemble, nous avons élaboré un livre blanc et nous avons une position politique commune qui veut sauver la sécurité sociale et l'accès à la santé au sens large, pensée à travers ses déterminants sociaux. C'est donc un espace où nous pouvons vraiment collaborer avec toutes les autres grandes organisations du corps intermédiaire.

Au niveau local aussi nous travaillons avec les autres maisons médicales, en récoltant, par exemple, des témoignages. Cette semaine, nous avons appelé les maisons médicales voisines pour savoir ce qu'elles pensaient de l'accord Arizona. Nous nous rendons compte que beaucoup de gens n'ont pas toutes les informations nécessaires, qu'elles manquent d'outils pour bien connaître toutes les mesures. Nous pouvons les aider, car de notre côté nous avons fait l'analyse et nous la partageons avec les personnes intéressées. En même temps, nous essayons de les mobiliser comme pour la manifestation du 13 février contre la coalition Arizona. Nous pensons que nous devons y être. Nous fermons la maison médicale, en maintenant un service minimum, et nous nous y rendons avec toute l'équipe et nos patients. C'est une journée de service minimum, mais c'est potentiellement un gouvernement qui va nous coûter très cher.

Nous collaborons également avec les associations au niveau communal sur des projets de prévention, sur l'alimentation saine. Ainsi, nous organisons

des cours de cuisine et nous avons également un groupe de femmes qui font du yoga. Ce sont des actions de santé communautaire, avec l'objectif de créer des collaborations dans notre commune. Mais nous essayons d'aller plus loin et d'introduire l'aspect politique.

### **Comment caractérises-tu la collaboration au sein de la Coalition Santé ?**

L'année passée, nous avons mené la campagne « VivreMieux »<sup>1</sup> au moment des élections. Pour cette campagne, nous avons développé une position commune, ce qui a renforcé la confiance entre les partenaires. Ce n'était pas un travail facile parce qu'il reste des divergences politiques et des affinités avec des partis politiques qui sont allés en majorité. Cela a pu créer des tensions, mais, finalement, tous les partenaires de la Coalition étaient d'accord de poursuivre l'initiative, de maintenir une veille politique et de se mobiliser. La Coalition se mobilisera d'ailleurs ce 13 février<sup>2</sup>. Toutes les divergences politiques ne sont pas résolues, mais les grandes organisations s'investissent plus qu'auparavant. L'utilité d'avoir un espace où se rencontrer, échanger, connaître la position des autres a encore plus de sens aujourd'hui qu'il y a 10 ans. Je pense que nous avons joué un rôle important avec MPLP pour cette unification, nous avons essayé d'être constructifs, de mettre l'accent sur le positif et sur ce que l'on peut faire ensemble.

### **MPLP est très active dans la solidarité internationale, en Palestine, au Congo, à Cuba... Peux-tu nous dire quelle est l'importance de cette question pour MPLP, quelles sont vos actions et comment ce travail s'intègre au travail ici en Belgique ?**

L'internationalisme est très important. Dans beaucoup d'autres pays, les gens se battent aussi contre ce même système nuisible pour la santé, contre des

gouvernements qui mettent le profit avant les gens. On ne peut affronter le système qu'en s'unissant. Ainsi, nous avons toujours eu des liens internationaux et nous les cultivons. Entre organisations de santé nous pouvons renforcer le travail de l'autre.

C'est au travers de notre organisation sœur, Viva Salud, que nous entretenons des partenariats avec le Congo, les Philippines, la Palestine et Cuba. Je suis allée à Gaza il y a 12 ans pour travailler avec une ONG palestinienne, Awda<sup>1</sup>. Nous avons gardé ce lien entre notre maison médicale et un centre de santé de là-bas. Notre équipe soutient évidemment le travail de nos collègues palestiniens ; cela nous renforce également, car nous recevons des informations de première main, nous sommes parfaitement au courant de ce qu'ils vivent en tant que soignants et cela nous inspire beaucoup. Ils parviennent à construire un nouvel hôpital et à rétablir des structures de soins alors qu'ils ne cessent d'être bombardés. Ce sont des exemples très importants et, personnellement, dans mon travail de tous les jours, je m'inspire beaucoup de mes collègues palestiniens et d'ailleurs.

Nous avons lancé une campagne de soutien à Awda, car la santé à Gaza est détruite ; cela a rapporté 30.000 euros et ce n'est pas fini. Cet argent servira à la construction de l'hôpital de campagne d'Awda. À Molenbeek, mais aussi dans d'autres maisons médicales, le peuple est très sensibilisé et il est du côté palestinien. Ils ont tous vu qui était l'agresseur, comment la Palestine a été détruite. Donc soutenir une organisation qui construit à Gaza, c'est très motivant, les gens se sentent impliqués. Et en même temps nous pouvons donner d'autres informations. C'est de la solidarité concrète, mais aussi un outil de sensibilisation. Les gens voient très bien le lien entre nos gouvernements de droite en Europe et ce qu'il se passe aux États-Unis et au Moyen-Orient.

Notre rôle est donc aussi d'expliquer ce qu'il se passe dans le monde, parce que ce sont les mêmes schémas, les mêmes systèmes d'oppression que l'on voit partout et qui impactent tous les travailleurs du monde. L'internationalisme est donc très important pour MPLP et pour le PTB.

1. « Vivre Mieux. La santé par & pour tout le monde », *Coalition Santé*. [En ligne].

2. 13 février 2025, mobilisation interprofessionnelle contre le programme du gouvernement Arizona.

1. « Al Awda Health and Community Association », *Front Line Defenders*. [En ligne].



Hospital Awda  
We are with you  
مستشفى العودة : نحن معكم  
geneeskunde voor het volk  
médecine pour le peuple

Hospital Awda  
We are with you  
مستشفى العودة : نحن معكم  
geneeskunde voor het volk  
médecine pour le peuple

Photo : © Médecine pour le Peuple, Solidarité avec les centres de santé palestiniens à Gaza, Awda, 19/10/2023