

**La santé, la protection sociale  
ne sont pas à vendre...**



**Manifeste du « Réseau européen contre  
la privatisation et la commercialisation  
de la santé et de la protection sociale »**

Bruxelles, le 07 février 2014

# Table des matières

<b>La santé des européens est en péril ! .....</b>	3
<b>1. La Protection sociale, ça fonctionne.....</b>	5
De 1945 au début des années 1970 : élargissement et construction des services publics de santé et de l'état social.....	5
<b>2. La commercialisation avance à grands pas. ....</b>	8
Avant l'Europe, les pays du Sud ont servi de cobayes.....	8
Les pays d'Europe de l'Est en recherche de modèle.....	8
Sous-investissement public ... et mondialisation financière.....	9
Le tournant de Maastricht : l'Europe s'occupe de la Santé ! .....	11
Crise, austérité et santé.....	14
La pauvreté nuit gravement à la santé ! .....	14
L'austérité nuit gravement aux soins de santé ! .....	16
L'austérité renforce le financement privé des systèmes de santé .....	18
Le personnel de santé paie la crise .....	19
Femmes et santé.....	20
Austérité, santé et immigration .....	22
<b>Le grand marché transatlantique contre les peuples, contre la santé et la protection sociale ! .....</b>	23
<b>Il y a urgence pour la santé en Europe, nous revendiquons : .....</b>	25
<b>Références et notes de bas de page .....</b>	27





# La santé des européens est en péril !

L'austérité, réponse de l'Union européenne à la crise (et dont les effets négatifs sur les économies ne sont plus à démontrer) menace les malades, la santé de la population et, les personnels de santé ; mais aussi l'ensemble des mécanismes de protections sociales des Etats et en particulier le financement des systèmes de santé.

« *Le Réseau européen de lutte contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale* » combat depuis plusieurs années le démantèlement des systèmes de santé et de protection sociale, et ses conséquences dangereuses.

Ces dispositifs de protection sociale ont pourtant joué un rôle fondamental dans le développement du bien-être des européens après la seconde guerre mondiale.

Aujourd'hui, la dégradation de la santé d'une partie importante de la population des Etats européens, variable selon les pays, a fait et continue de faire l'objet de mobilisations importantes particulièrement au sud de l'Europe.

L'actualité, c'est le développement rapide d'une offre privée, qui vient supplanter les services publics non marchands. La croissance du secteur marchand est vertigineuse depuis le début de la crise financière. Deux exemples récents le montrent :

La société allemande Fresenius, en septembre 2013, a racheté 43 hôpitaux à la compagnie Rhön- Klinikum AG et devient avec 175 000 salariés dans le monde, le leader européen incontesté des cliniques commerciales. L'Allemagne a vécu une des plus grandes vagues de privatisation d'hôpitaux en Europe. Entre 1995 et 2010 la proportion des hôpitaux privés a doublé pour atteindre 33%, alors que dans le même temps le nombre total des hôpitaux a diminué de 11%, selon l'Office fédéral des statistiques Destatis.

Le Groupe français Korian, spécialiste des maisons de retraites commerciales, vient de fusionner en septembre 2013 avec le groupe Medica pour devenir le leader européen incontesté de « l'or gris ». Même si certains pays comme la France ont depuis longtemps un secteur commercial de santé important, les Multinationales allemandes et françaises sont manifestement passées à la vitesse supérieure, les dirigeants des trusts industriels de la santé ne rêvant que de profits encore plus grands.

La santé, qui était un bien commun de toute la population, est déjà devenue en Europe l'objet d'un marché concurrentiel.

Voilà l'objet de ce « manifeste» : alerter les peuples d'Europe et les professionnels de la santé sur les conséquences de la politique de privatisation/ commercialisation en vue d'interpeller les gouvernements et les candidats aux élections européennes du 25 mai 2014 .

Ce « manifeste» est le résultat d'un travail de plusieurs mois au sein du Réseau. Un questionnaire a été largement diffusé dans plus de 15 pays européens. Il s'agissait de récolter des informations

concrètes et vérifiables permettant de mettre en lumière les mécanismes communs aux divers pays, et les spécificités locales. Cela visait aussi bien l'état de santé de la population, la dégradation de la couverture sociale, la privatisation et la commercialisation du financement et des soins de santé.

Mais il s'agissait surtout de rassembler dans chacun des pays des acteurs de la santé capables d'analyser la situation, de mettre en exergue les résistances et les alliances possibles pour agir ensemble à la défense d'un modèle solidaire et universel de santé et de protection sociale. Nous leur demanderons dans un deuxième temps de diffuser largement cette grille d'analyse et de se l'approprier au niveau local et national. Il s'agit non seulement d'interpeller les candidats nationaux aux élections européennes de mai 2014 : « quel modèle de santé défendez-vous, au sein de quelle Europe ? », mais surtout de sensibiliser les citoyen-ne-s / électeurs-trices sur les enjeux des choix de société en matière de santé.

Nous avons choisi la santé comme point d'entrée de ce travail d'analyse, d'information et de mobilisation pour trois raisons.

La santé nous concerne tous et toutes. Que nous soyons professionnels ou bénéficiaires, nos intérêts sont convergents.

Les mécanismes de perversion du système sont facilement identifiables dans leurs conséquences concrètes pour tous et toutes. Mais ils sont aussi généralisables au modèle de société dans lequel nous vivons.

Enfin, il est scientifiquement et économiquement démontré que le système que nous défendons, non marchand, solidaire et universel, est largement plus efficient que le système privé marchand. Tous les dogmes d'une économie libérale ne trouvent pas à s'appliquer à la santé, car celle-ci n'est pas une marchandise !



#### Comparaison USA autres pays

l'évolution des dépenses de santé USA / autres pays 1980- 2009 ( pourcentage du PIB ). Source OCDE



# 1. La Protection sociale, ça fonctionne

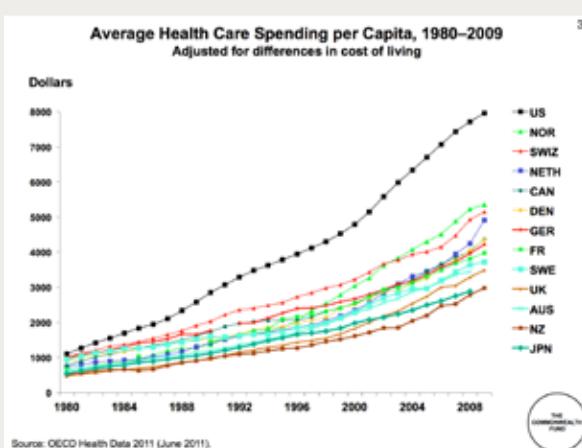
## De 1945 au début des années 1970 : élargissement et construction des services publics de santé et de l'état social.

Progressivement, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, les pays de l'Union européenne se sont dotés d'un système de protection de la santé dont les garanties n'ont cessé de s'étendre au point de concerner, jusqu'il y a peu, l'ensemble des résidents du territoire.

Le financement collectif des dépenses de soins, soit par le biais des Etats (dans le fonctionnement Beveridgien), soit par la sécurité sociale, a permis un financement solidaire, accessible à tous et une évolution globale et notable, une amélioration continue de la santé de la population européenne.

Les politiques publiques, dans le contexte de reconstruction d'une Europe détruite par la guerre, ont permis non seulement de mettre en place un système de soins de santé parmi les plus performants au monde, accessible à tous, mais surtout d'améliorer les principaux **déterminants de santé** : accès au logement, à la nourriture, à l'éducation, à l'emploi, à la culture, développement des transports, de l'agriculture... Quand on sait que l'état de santé d'une population dépend à 75% de ces déterminants, on comprend l'importance d'une vision globale de la santé et de la protection sociale. Des politiques de **prévention** apparaissent comme des investissements à long terme indispensables pour améliorer la santé et le bien-être de la population (hygiène, lutte contre l'alcoolisme, suivi néonatal,...).

« The spirit of 45 », pour citer le cinéaste Ken Loach, a bien été à la base d'une amélioration considérable des conditions de vie, grâce à la place prépondérante des services publics non marchands.



### Comparaison USA autres pays

l'évolution des dépenses de santé USA / autres pays 1980- 2009 (montant par habitant). Source OCDE

Au-delà de la diversité des modes d'organisation dans les différents pays, on retrouve une série de caractéristiques communes à ces services publics non marchands.

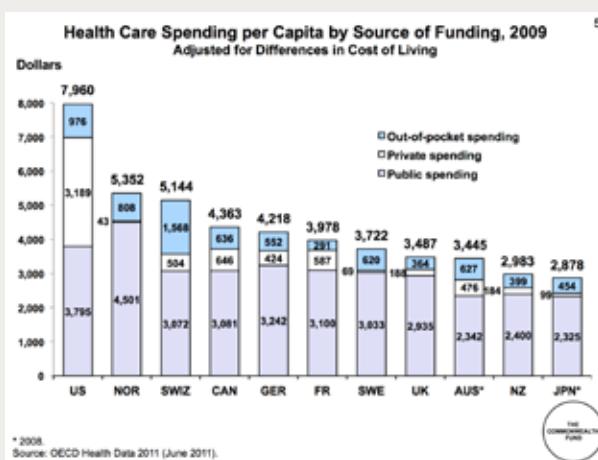
La **finalité** du service est sans nul doute un élément majeur. L'objet de la mise en œuvre de moyens est le bien-être de la population. Il ne peut en aucun cas être subordonné à la rétribution d'actionnaires, par exemple.

Cette finalité ne peut être atteinte que si l'on garantit **l'accessibilité** à tous, et donc l'universalité de couverture. Cette accessibilité doit être assurée aussi bien au niveau financier, culturel, géographique, administratif, en temps utile ... Une couverture universelle ne peut s'atteindre que si l'on sépare totalement le financement et la couverture : tout résident doit pouvoir prétendre à une prise en charge de qualité !

Ces services sont **financés** de façon solidaire, soit via un dispositif de sécurité sociale (le plus souvent lié au travail), soit par l'Etat (via l'impôt) : c'est un financement collectif basé sur la solidarité, et non lié au risque. Que vous soyez en bonne santé ou non, que vous soyez jeune ou âgé, que vous ayez une vie à risque ou non,... cela n'influence pas votre cotisation ou votre participation au financement.

Ces services sont rendus par des opérateurs **non commerciaux**.<sup>1</sup> Le plus souvent par des opérateurs publics issus des autorités locales ou régionales (municipalités, Régions, Länder,...), parfois par le dispositif central de financement (NHS en Angleterre, p. ex.), parfois aussi par des opérateurs privés sans but lucratif, agissant dans un dispositif de service public délégué, agréés et financés à ce titre par l'autorité publique (le Non Marchand en Belgique, p. ex.).

Tous ces opérateurs font l'objet d'un **contrôle démocratique** réel. Celui-ci est mis en œuvre par l'autorité publique dont ils dépendent. On compte de nombreuses variantes de ce contrôle externe dans les différents pays, mais il se traduit habituellement par des normes soit d' « input » (normes architecturales, de personnel, d'organisation, de qualification,...), soit d' « output » (qua-



### Comparaison USA / autres

**pays** Dépenses soins de santé par habitant, par source de financement.

En bleu : la partie prise en charge par le patient

En blanc: le financement privé

En mauve : le financement public



lité du service rendu, état de santé de la population desservie,...). Mais ce contrôle externe est complété dans de nombreux pays par une volonté de participation et de contrôle interne, à travers l'implication des bénéficiaires et/ou des professionnels de santé. De nombreux mécanismes visant à la transparence complètent ce dispositif.

C'est dans cet esprit qu'un « **management** » spécifique a pu être développé, visant à impliquer les ressources tant humaines, financières que matérielles ou organisationnelles, vers l'objet visé, à savoir le bien être de la population, tout en garantissant de bonnes conditions de travail.

Moyennant des investissements suffisants, les organisations doivent viser la **qualité** du service rendu. Dans un cadre de moyens limités, de nombreux mécanismes existent dans les différents pays, qui incitent ces opérateurs à une réelle **efficience**. En matière de santé, celle-ci passe notamment par une bonne concordance entre l'offre de soins et les besoins, spécifiquement par un développement de la première ligne. Mais aussi par une planification et une programmation imposées par les autorités publiques. Et enfin par des normes sociales.

C'est grâce à ce modèle que l'on bénéficie aujourd'hui, dans l'Union européenne, d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde, un niveau de santé enviable, avec un coût pour la société relativement faible.

Mais cela, c'était avant la crise...

## 2. La commercialisation avance à grands pas.

### Avant l'Europe, les pays du Sud ont servi de cobayes

La marchandisation des systèmes de santé et de protection sociale ne date pas de l'actuelle crise 2007-2013.

Sous l'effet de la financiarisation de l'économie mondiale au milieu des années 80, les pays du sud de la planète ont été confrontés, pour la plupart, au remboursement d'une dette souveraine et ont été soumis à des plans d'ajustements structurels par le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale (BM) et les puissances du Nord. De façon quasi systématique, des plans de privatisation de la santé et de la protection sociale ont été mis en place. Cela a abouti à des situations sanitaires désastreuses particulièrement en Afrique subsaharienne, mais aussi en Amérique du Sud. Les liens étroits entre FMI, BM, mais aussi l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les politiques néolibérales ont pu être mis en évidence dans de nombreux pays. Bien plus, là où des gouvernements démocratiquement élus voulaient mettre en place une protection sociale universelle, des manœuvres de déstabilisation et de pressions ont régulièrement été démontrées.<sup>2</sup>

## Les pays d'Europe de l'Est en recherche de modèle

Avec le démantèlement de l'URSS et du modèle soviétique, on a assisté à la déstructuration des systèmes de santé à l'Est de l'Europe, au nom du « moins d'Etat ». Les restrictions drastiques de financement dont sont victimes les systèmes de santé, mais aussi l'ensemble des dispositifs de protection sociale (pensions, chômage, ...), ont entraîné une détérioration importante de l'état de santé de la population. L'entrée dans l'UE de ces pays, avec la mise en concurrence de leur économie sur le marché européen, mais aussi la libéralisation comme règle d'or pour tous les aspects de la société, a entraîné une exclusion massive de la population des systèmes de protection sociale digne de ce nom. L'Etat n'a plus assuré qu'un « filet de protection » minimaliste, la valeur des montants perçus s'amoindrissant au regard du coût de la vie, sur base des standards européens. Les nouveaux « très riches capitalistes » ne se sont pas contentés des soins de santé réduits, mais pouvaient se permettre de se faire soigner à l'étranger.

L'absence d'une large classe moyenne solvable a sans doute partiellement expliqué pourquoi, pendant plusieurs années, l'offre privée, totalement inexistante en 1990, demeure encore peu importante par rapport à l'offre publique. La République tchèque est sans doute le pays européen où le secteur hospitalier privé s'est développé le plus rapidement actuellement. Il détenait près de 30 % des lits en 2006 alors qu'il était absent avant 1990. Cette progression a notamment été obtenue

### Une autre politique est possible

Toutes les évolutions négatives décrites ne constituent nullement une fatalité. La santé est et reste un choix politique, au Sud, comme au Nord. Si le Sud a servi de cobaye pour les mesures d'austérité, des exemples édifiants en la matière s'y trouvent également. Sur une période de dix ans à peine, la Thaïlande a mis en place une impressionnante réforme du système de santé.

Préférant la santé publique aux intérêts financiers des géants pharmaceutiques, le pays s'est servi avec succès de tous les moyens légaux pour rompre la position monopoliste des multinationales et, soit importer des médicaments à bon marché, soit les produire lui-même. Au Costa Rica, un pays pauvre de l'Amérique centrale qui a fait le choix d'abolir son armée, la situation en matière de santé s'est améliorée de façon spectaculaire. Avec la mise en place progressive d'une sécurité sociale universelle et d'un système robuste de soins de santé primaires, les plus démunis ont eu accès à des soins de santé adéquats. Avant la guerre, le gouvernement du Mali avait instauré la gratuité de certaines

interventions médicales, favorisant en particulier les femmes enceintes : de 2005 à 2009, le taux de césariennes a ainsi été multiplié par deux. La proportion d'accouchements en maternité est passée de 53 à 64 %. D'autres pays africains, dont le Burkina Faso, la Sierra Leone, le Niger, le Bénin et le Sénégal ont emboîté le pas. En un an, l'abolition des frais médicaux pour mineurs et femmes enceintes en Sierra Leone a augmenté l'accès aux soins des enfants de 214 %, et diminué la mortalité maternelle de 61 %.

En 2006, 47 % des Salvadoriens n'avaient pas accès aux soins de santé. Depuis 2009, le gouvernement du Salvador fait le pari de la santé, augmentant notamment le budget du Ministère de la Santé publique, passant de 1,7 % à 2,5 % du PIB. Depuis, la mortalité infantile a baissé et le pays a atteint l'Objectif du Millénaire sur le plan de la régression de la mortalité maternelle.

Pendant la première décennie de ce siècle, le Vénézuela aussi a accru les dépenses sociales de 60,6 %, pour un total de 772 milliards de dollars. Cette poli-



par la privatisation volontaire d'infrastructures hospitalières étatiques, permises par la loi réformant l'administration territoriale du 1er janvier 2003. Aujourd'hui, tous les pays de l'Europe centrale et de l'Est sont concernés par des politiques concertées de privatisation et de commercialisation.

## Sous-investissement public ... et mondialisation financière

Le début des années 90 marque une réorientation des politiques publiques dans de nombreux pays d'Europe vers la réduction des moyens publics, une diminution de la part des impôts ou des cotisations de sécurité sociale.

C'est le point de départ d'un sous-investissement, d'une offre de soins insuffisante et d'une diminution de la qualité. L'Allemagne, les Pays Bas et la Suisse réforment, à cette époque, leur système d'assurance maladie en introduisant une concurrence au niveau des prix et « un libre choix » de leurs assureurs.

Dans le même temps, le vieillissement de la population accroît de façon importante les besoins, sans que cette croissance ne trouve une réponse suffisante au niveau des services publics.

En matière d'accessibilité, les conséquences négatives sont énormes. Au niveau géographique : suppression des institutions de proximité, fusions... éloignent les bénéficiaires. Au niveau financier, la participation financière des patients augmente significativement : là où la gratuité des soins

tique a réduit l'inégalité de 54 %, en même temps que la pauvreté est passée de 70,8 % en 1996 à 21 % en 2010 et l'extrême pauvreté est passée de 40 % en 1996 à 7,3 % en 2010. En dix ans, via la perception des impôts, le gouvernement a récolté 251,7 milliards de dollars, une richesse qu'il a choisi de redistribuer. La sécurité sociale a pu ainsi couvrir deux fois plus de citoyens qu'il y a 15 ans; et pourtant la dette publique s'est réduite dans le même temps, passant de 20,7 % à 14,3 % du PNB ; la croissance économique, elle, était maintenue à environ 4,3% annuellement.

Des recherches comparatives sur l'Argentine, Cuba, le Pérou, l'Indonésie et la Russie montrent que même en période de crise, le refus de la marchandisation et de la commercialisation des soins de santé permettent de préserver, voire promouvoir, la santé de la population. Ces pays perdaient au milieu des années '90 entre 14 et 42% de leur PNB. Dans ces circonstances, seul le choix politique d'un renforcement du système de soins de santé non-marchand, avec un accent sur les soins de

santé primaires, a pu éviter la chute des indicateurs de santé les plus fondamentaux comme la mortalité infantile et l'espérance de vie.

J. Akazili & C. Soulary, « Un défi pour les pays du Sud », Le Monde diplomatique, janvier 2014, <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/AKAZILI/50021>

Amanda Bloom, Universal Health Care in El Salvador (Les soins de santé pour tous au Salvador), Global Health Check, 2013 : <http://www.globalhealthcheck.org/?p=1318>

The Achievements of Hugo Chavez. An Update on the Social Determinants of Health in Venezuela, Counterpunch, 2012 : <http://www.counterpunch.org/2012/12/14/the-achievements-of-hugo-chavez/>

De Vos, Pol, Anai García-Fariñas, Adolfo Álvarez-Pérez, Armando Rodríguez-Salvá, Mariano Bonet-Gorbea, and Patrick Van Der Stuyft. 2012. "Public Health Services, an Essential Determinant of Health During Crisis: Lessons from Cuba, 1989-2000." Tropical Medicine & International Health 17 (4): 469-479.

était acquise, elle est remise en cause par l'introduction de « tickets modérateurs », de part payée par le bénéficiaire,... Dans le même temps, l'insuffisance de l'offre publique se traduit par un allongement des files d'attente, favorisant parfois la corruption.

Les investissements à long terme que sont l'éducation, la prévention et l'action sur les déterminants de la santé, sont les premiers à faire les frais de ces politiques.

Depuis des années déjà, les « commerciaux » sont aux portes des services de santé. Les firmes pharmaceutiques, les producteurs de matériel ou d'appareils médicaux soutiennent une part non négligeable des moyens qui devraient être mis à disposition du bien-être de la population, au profit de leurs actionnaires. Les autorités restent très passives face à un tel marketing médical, qui, dans certains pays, ressemble de plus en plus à de la corruption.

C'est dans ce contexte que, dans tous les pays d'Europe, sont modifiés la gestion et le fonctionnement des hôpitaux vers une industrialisation du processus de soins. L'introduction du financement à l'activité permet de financer l'hôpital en fonction du nombre d'actes et de consultations. Or, les patients ne choisissent pas leurs maladies. Par la perversion de ce système, à terme, les patients présentant des pathologies non rémunératrices ont de plus en plus de difficultés à être correctement pris en charge par défaut de structures de soins adaptées...

L'insuffisance des financements publics conduit de nombreux gestionnaires, même publics, à sous-traiter une série d'activités, telles que la logistique (cuisine, entretien, buanderie...), mais aussi des activités diagnostiques (radiologie, laboratoire...).

Une tendance nouvelle apparaît, à travers la « responsabilisation » des patients, tout d'abord dans les assurances privées. Ainsi les primes sont adaptées en fonction des risques, notamment en fonction des habitudes de vie (tabac, alcool, sédentarité, obésité,...). On commence à voir des dispositifs publics qui intègrent les mêmes principes et pénalisent, au niveau de leur participation financière, des patients qui fument ou qui pratiquent des sports violents, p. ex..





Dans les pays où elle existe, la population « solvable » (classe moyenne et supérieure), ne se contentant plus des soins prodigués par le service public, réclame des soins de haute qualité... si nécessaire au prix coûtant. C'est ainsi que se développe, dans un premier temps, une offre de santé commerciale ne bénéficiant pas des prestations de la couverture sociale.

Dans certains pays, les opérateurs commerciaux obtiennent même la possibilité d'accéder au financement public. Le financement à l'activité, fondé sur un coût par maladie, engendre alors une sélection des maladies les plus rentables et la spécialisation des groupes commerciaux et des multinationales de la santé autour des pathologies les plus lucratives, laissant aux opérateurs publics les pathologies et la patientèle les moins « rentables ».

## Le tournant de Maastricht : l'Europe s'occupe de la Santé !

Le traité de Maastricht réaffirme avec force les principes fondateurs de l'Union européenne que sont la libre concurrence et la liberté d'installation.

Quand l'Europe se défend de disposer de compétence en matière de santé<sup>3</sup>, et quand elle affirme que le Traité de Lisbonne n'impose pas la privatisation et la marchandisation de la santé, elle a en partie raison, théoriquement. Mais dans les faits, l'Europe influence de façon massive le cadre dans lequel les Etats peuvent mettre en œuvre des politiques de protection sociale et de santé. La Cour de Justice, elle, faute d'un cadre protecteur suffisant, prend ces deux principes fondateurs comme base de ses jugements. De quel droit un Etat empêcherait-il un prestataire de service de s'installer sur son territoire ? Comment justifier un traitement différencié pour des opérateurs effectuant les mêmes prestations ?

Suite à la libéralisation des services en 2006 (Directive Bolkenstein), l'Europe a tenté de définir les Services d'Intérêt général qui pouvaient être exclus des principes généraux de libre concurrence.

### Fresenius and Co

C'est ainsi que la multinationale Fresenius a pu, pour commencer, devenir le leader commercial incontesté de la dialyse au sein de Fresenius Medicare avant de devenir aujourd'hui le leader européen des Hôpitaux Commerciaux par le biais de sa filiale Helios.

Parallèlement, en France, les 50 groupes de maladies les moins lourdes sont pris en charge à 70 % par les cliniques commerciales. Les 50 groupes d'actes les plus lourds (transplantations, interventions cardio-thoraciques, leucémies aiguës, etc.) sont pris en charge à 70 % par le public.

### Qualité marchande ?

Aux Pays-Bas, l'Inspection pour les Soins a transmis des conclusions très critiques au sujet de la qualité des soins prodigués dans les cliniques privées.

### Jeunesse sans espoir

En Espagne le taux de chômage a atteint un record de 25,1% en août 2012. Plus d'un jeune sur deux est au chômage et a très peu de chance de trouver un emploi.

rence et libre installation : on parlait ici des services d'intérêt général non économiques, excluant explicitement les soins de santé, certains services sociaux, la garde d'enfants, le soutien aux familles,... Cette liste limitée laissait cependant de nombreuses activités dans une incertitude juridique.

### **Vous avez dit «Aides d'Etat ?»**

Profitant de ce cadre, les opérateurs à but lucratif ont considéré les subsides comme des «aides d'Etat» faussant la libre concurrence.

Ils ont intenté des procès aux Etats, en exigeant plus de parts de marché.

Ils rêvent de s'approprier cette manne financière colossale que constituent la protection sociale et les services de santé, qui relèvent encore majoritairement de financement d'état ou socialisé au sein de régimes de sécurité sociale.

Les normes sociales protectrices, conventions collectives, statut des fonctionnaires, droit du travail, salaire minimum, ont été dénoncés comme des entraves à la libre installation.

Ils ont alors exigé l'application des traités européens, en voulant « supprimer toute entrave au marché libre et non fausse » et « l'élargissement de la directive marchés publics », préparant ainsi « le grand marché intégré transatlantique », où les multinationales seront libérées des entraves à la concurrence.

Or, d'une part ce sont bien les Etats qui ont défini les modalités de la construction européenne, et d'autre part c'est bien la Commission qui met en œuvre de multiples programmes européens de santé - programme d'action 2007/ 2013, dont un Livre blanc de la Commission européenne, mais aussi le « nouveau programme 2014-2020 - pour lutter contre les inégalités et promouvoir les innovations en matière de santé »<sup>4</sup>.

Ce Livre blanc définit un cadre stratégique pour l'action de l'UE dans le domaine de la santé au cours des prochaines années. L'approche stratégique pour l'UE 2008-2013 «Ensemble pour la santé» prétend fournir un cadre général fondé sur des principes et des objectifs stratégiques d'amélioration de la santé au sein de l'UE.

### **Un remède toxique**

Les peuples de Grèce, d'Espagne, du Portugal, de Pologne ou de Lituanie connaissent ces potions. Le Livre blanc les précise : « *La mondialisation implique que les problèmes comme les solutions en matière de santé franchissent les frontières et ont souvent des causes et des conséquences intersectorielles* », ou encore « *Un cadre communautaire précis contribuera également à favoriser le dynamisme et la viabilité des systèmes de santé en fournissant des précisions sur l'application du droit communautaire aux services de santé et en apportant aux États membres une aide dans les domaines où les économies d'échelle résultant d'une action coordonnée peuvent constituer une valeur ajoutée pour les systèmes de santé nationaux* ». Sur ces bases, tout en réaffirmant l'autonomie des pays à mettre en place ou maintenir un modèle de protection



sociale spécifique, l'Europe a pu imposer à tous, mais surtout aux pays les plus touchés par la crise, des remèdes axés sur le marché unique des services.

### Quand l'Europe s'en mêle

Mais l'Europe ne s'arrête pas en si bon chemin. Elle met en place d'autres dispositifs qui influencent fortement le modèle de protection sociale. Ainsi, le commissaire européen Lazlo Andor a proposé en février 2013 de résoudre le problème de financement des services sociaux en créant les « Obligations à impact social » : un système par lequel un fonds privé investit dans un projet social. Et où, si certains résultats sont atteints, l'Etat verse un retour sur investissement au fonds privé. Selon la Commission elle-même ce mécanisme « favorise la participation de capitaux privés au financement de programmes sociaux en échange d'avantages financiers obtenus auprès du secteur public si le programme est concluant ». Les obligations à impact social permettent donc à des acteurs financiers de s'accaparer de l'argent qui devrait servir à répondre aux besoins de la population sous l'impulsion de la Commission européenne.

L'Europe persévère encore : selon le Pacte pour l'Euro Plus, la « viabilité des retraites, des soins de santé et des prestations sociales » est à lier « au niveau d'endettement ».

Bien plus, le pacte budgétaire ou Traité sur la Stabilité, la Coordination et la Gouvernance (ou TSCG) exige le retour à 0,5% des déficits publics ainsi qu'à 60% de dette sur PIB en 20 ans. Au nom de la « compétitivité » et de la baisse du coût du travail, l'UE entend réduire les coûts des dépenses de santé et de protection sociale.

L'Union européenne intervient ainsi indirectement, dans les politiques de santé des états. Cette intervention se transforme même en injonction directe comme dans le cas de la Grèce où la troïka (Banque centrale européenne, FMI et Union européenne) a exigé que les dépenses de santé ne dépassent pas 6% du PIB, et du Portugal avec 670 millions d'euros d'économies sur le système



national de santé (bien que la santé soit considérée comme une question de gouvernance interne des États).

Sous couvert de libre concurrence et de libre installation, c'est en fait à la mise en place d'un réseau de captation des patients et pathologies rentables que l'on assiste, dans lequel le « libre choix du patient » (pourtant présenté comme dogme pour favoriser la libéralisation) a fait long feu. Et cela, au profit de la notion de responsabilisation, les patients les moins rentables subissant une véritable taxe sur la maladie pour le plus grand profit des multinationales.

## **Crise, austérité et santé.....**

### **La pauvreté nuit gravement à la santé !**

L'une des principales conséquences de la crise est le développement du chômage, de la pauvreté et de la précarité qui impactent fortement l'état de santé de la population.

Selon l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement économiques), en Grèce, le revenu disponible des ménages a baissé chaque année entre 2008 et 2012<sup>5</sup>: 2008 - 2,3%; 2009 - 0,4%; 2010 -11,4%; 2011 - 10,7%; 2012 - 10,8%.

Le chômage touche maintenant 26,5 millions de personnes dans l'Union (19,2 millions dans la Zone euro), soit 10,9 % de la population active (12,1 % de celle de la Zone euro). Cette évolution européenne est d'autant plus préoccupante qu'elle s'accompagne d'un accroissement des écarts en matière de chômage entre le sud et la périphérie de l'Union, d'une part, et le nord de la Zone euro d'autre part. L'écart entre les deux zones a atteint 10 points de pourcentage en 2012, un niveau sans précédent.<sup>6</sup>

L'Union européenne, c'est aussi 124,5 millions de pauvres soit ¼ de la population !

### **La crise touche tous les systèmes de santé**

**Au Royaume-Uni\***, le gouvernement a permis aux entreprises d'entrer dans les soins de santé en mettant progressivement en œuvre une série de profonds changements juridiques visant à permettre l'entrée de capitaux. Il les justifie par le besoin d'investissement alternatif, suite aux coupes budgétaires. En 2012, la loi sur la santé et la protection sociale a fixé à avril 2013 la fin du fameux National Health System britannique ouvrant la voie à un système de financement mixte et des soins de santé axés sur l'entreprise.

**Au Portugal\***, les trains de mesures de la Troïka ont entraîné la baisse des salaires, des pensions et des allocations de chômage, et une augmentation généra-

lisée des impôts. Comme d'autres parties importantes du secteur public qui ont été privatisées, le National Health Service est attaqué de toutes parts. Les frais médicaux pris en charge par les patients ont augmenté considérablement, entraînant une diminution de 900.000 consultations de première ligne.

**En Italie\***, dès les années '90, des mesures favorables à la concurrence ont déjà été introduites ; les hôpitaux sont devenus des «entreprises de soins de santé», avec des pratiques commerciales. Aujourd'hui, les compressions budgétaires (plus de 20 milliards d'euros d'économies depuis 2010) affectent fortement le secteur, conduisant à l'augmentation de la part à charge du patient et une diminution de l'accessibilité, en particu-



En 2012, un quart (24,8%) de la population était menacé de pauvreté ou d'exclusion sociale soit 124,5 millions<sup>7</sup> de personnes (contre 24,3% en 2011 et 23,7% en 2008).

Les politiques d'austérité dégradent la santé de la population et le service public de santé. La perte de l'emploi et la peur de la perte de l'emploi ont des effets destructeurs sur la santé mentale des personnes concernées.

Les enquêtes menées dans les différents pays montrent l'accroissement du nombre de suicides et de tentatives de suicide. Le nombre de suicides chez les personnes de moins de 65 ans a augmenté, dans l'Union européenne, depuis 2007. Dans les pays membres ayant rejoint l'UE en 2004 ou après, les suicides ont atteint un sommet en 2009 et sont restés élevés en 2010. Pour ceux qui sont entrés avant 2004, on constate une augmentation en 2010. En Angleterre, l'augmentation des suicides entre 2008 et 2010 est significativement associée à l'augmentation du chômage. Elle a abouti à 1000 décès supplémentaires.

Simultanément, l'intensification et la précarisation du travail ont des effets graves sur la santé des salariés. Une souffrance au travail généralisée qui aboutit à l'exposition des travailleurs prestataires de services à des situations dangereuses, l'augmentation des troubles musculo-squelettiques et des accidents de travail et, dans les cas les plus graves, à des suicides ou des tentatives de suicides.

La baisse des revenus et l'augmentation du nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté impactent grandement les déterminants de la santé (mauvaise alimentation, mauvaises conditions de logement,...), mais aussi l'accessibilité aux soins de santé (accessibilité financière, déplacement,...).



## L'austérité nuit gravement aux soins de santé !

Le groupe DEXIA, banque par laquelle est arrivé le scandale des prêts structurés qui ont provoqué l'endettement de nombreuses collectivités locales et hôpitaux en Europe, le sait plus que tout autre : « Partout, les réformes hospitalières poursuivent l'objectif d'une rationalisation de l'offre de soins, en actionnant trois leviers principaux : la territorialisation des compétences hospitalières, la modification du mode de financement des hôpitaux et la recomposition de l'offre hospitalière. Mais les modalités d'intervention sont différentes car il existe autant de cartes hospitalières que de pays »<sup>8</sup>. D'autre part, les partenariats publics/privés, mis en œuvre dans le monde dès 1995 sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), se généralisent dans l'Europe, avec les mesures de contrôle budgétaire et l'interdiction de déficit public.

Les politiques d'austérité impulsées par l'Union européenne et mises en œuvre par les gouvernements ont pour conséquence la réduction massive des financements publics et solidaires des systèmes de santé et de protection sociale. Voilà ce qu'en dit l'OCDE :

*« La chute des dépenses de santé dans tous les pays d'Europe s'explique en premier lieu par l'effondrement de la progression des dépenses publiques depuis 2009 – progression qui a été en moyenne proche de zéro en 2010 et 2011. Les dépenses de santé privées ont aussi ralenti dans de nombreux pays en 2010 et 2011, alors que le revenu des ménages stagnait ou reculait, mais la baisse a été plus limitée. »*

En Grèce, les dépenses de santé totales ont reculé de 11 % en 2010 et à nouveau en 2011, après un taux de progression annuel de plus de 5 % en moyenne entre 2000 et 2009. Ces réductions sont essentiellement dues à de fortes coupures dans les dépenses publiques. L'Espagne, l'Islande et l'Irlande ont également connu deux années consécutives de croissance négative des dépenses de santé. Certains pays, tels que l'Estonie et la République tchèque, ont

lier pour les groupes socio-économiques vulnérables. Dans un récent sondage, 21% des ménages ont déclaré une diminution des dépenses liées à la santé, 10 % ont rapporté des traitements chirurgicaux pour des raisons financières, 26 % ont déclaré des dépenses accrues en cas d'urgence en raison de la hausse des co-paiements.

\*A partir de l'article à paraître « Fiscal policies in Europe in the wake of economic crisis. Implications on health and healthcare access.» Elias Kondilis, Chiara Bodini, Pol De Vos, Alexis Benos et Angelo Stefanini.

**En Catalogne** : en 2010, 50.705 patients étaient sur liste d'attente pour une intervention chirurgicale. Ils sont maintenant 89.000 (en 2011 ils étaient 80.540).

Les patients hospitalisés par le service d'urgences sont passés de 64.9% à 67% en 2011.

En Catalogne aussi, l'accessibilité géographique est menacée : avec les coupes budgétaires, le transport sanitaire 'non urgent' risque de devenir purement et simplement un transport payant suite au Décret Royal espagnol du 16 avril 2012 qui a remplacé le système de santé Universel par l'assurance de santé publique.

En Catalogne toujours, il y a eu une augmentation du co-paiement de 40 à 60% du prix des médicaments pour les salariés et de 10% pour les pensionnés.

**En Espagne**, le plan national Drogue a vu son budget se réduire de moitié entre 2009 et 2013.

En Lituanie, par exemple, la répartition géographique



subi des réductions drastiques de leurs dépenses en 2010, suivies par une reprise modeste en 2011. D'autres pays, comme l'Italie et le Portugal, peuvent avoir reporté des coupes budgétaires en 2010, mais ont ensuite diminué les dépenses publiques de santé en 2011. Au Portugal, les dépenses publiques ont reculé de 8 % en 2011 après être restées stables entre 2009 et 2010.<sup>9</sup> Compte tenu du très faible niveau de progression des dépenses de santé dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2010 et 2011, la part du PIB consacrée à la santé a reculé légèrement dans la plupart d'entre eux. Les dépenses de santé représentaient 9,3 % du PIB en moyenne dans l'OCDE en 2011, contre 9,5 % en 2010. Si l'on exclut les dépenses d'investissement, les dépenses de santé courantes en pourcentage du PIB sont passées de 9,1 % en moyenne en 2010 à 9,0 % en 2011.<sup>10</sup>

Les données<sup>11</sup> sur la mortalité des nouveau-nés indiquées par le Hellenic Statistical Authority (ELSTAT) montrent qu'après 42 ans de diminution constante de la mortalité néonatale (16,03/1000 en 1966 contre 3,31/1000 en 2008), les années 2009-2010 ont enregistré un pic de 4,36/1000, ce qui correspond à une augmentation de 32% entre 2008 et 2010.

En France, une personne sur 4 dit renoncer à des soins pour des raisons financières. En Grèce 40% de la population est sans couverture sociale (chômeurs de plus d'un an, travailleurs indépendants n'ayant plus les moyens de payer leur caisse d'assurance, petits entrepreneurs en faillite, travailleurs non déclarés, immigrés en situation irrégulière).

Les coupes budgétaires touchent aussi massivement les politiques préventives de santé publique, ce qui se traduit rapidement par une recrudescence des maladies « sociales », des inégalités de santé, mais aussi par un surcoût secondaire dans la médecine curative.

Par ailleurs, le fait de différer les soins faute de moyens aboutit à une aggravation des problèmes de santé, entraînant pour les malades des conséquences parfois dramatiques et irréversibles, en

des soins spécialisés est très inégale, ce qui les rend quasi inaccessibles dans certaines zones provinciales . **En Lituanie**, les temps d'attente pour les soins spécialisés et les opérations programmables ont récemment explosé !

### **Quand le financement se marchandise...**

**En Espagne**, en 2012, le financement privé est monté à 25%.

Aux Pays-Bas, de nouvelles lois sur la santé mettent en œuvre un financement assurantiel privé complémentaire, couvrant des paquets de soins. Les assureurs sélectionnent les risques et donc, les primes sont très basses pour les jeunes, mais très hautes pour les plus âgés ou les malades. Le risque existe que l'on favorise les soins vers les soins les plus rentables et les patients

les plus riches. Ceux qui ne savent pas payer devront attendre plus longtemps, et risquent de recevoir des soins de moindre qualité.

### **Epidémie de privatisation des opérateurs**

**En Espagne**, sur 550 hôpitaux aigus, on compte dorénavant 236 hôpitaux privés .

En Lituanie, les hôpitaux privés concluent des contrats avec les fonds d'assurance santé.

En Navarre, l'hébergement des personnes âgées est maintenant privatisé à 90%.

Actuellement en Belgique, 140.000 personnes âgées vivent en maisons de repos. Les Maisons de repos de type commercial sont passées de 45% à 57% entre 2009 et 2010.

« La demande augmente, et les maisons de repos

plus de représenter un surcoût pour le système de santé. En Pologne, les opérations de prothèse de hanche ont un temps d'attente jusque 2020.

La saturation des services d'urgence est une conséquence des difficultés d'accès à des soins de proximité gratuits. En outre, l'abandon de politiques de prévention aboutit à la résurgence et à la flambée de maladies infectieuses (tuberculose, HIV, paludisme...).

Les secteurs hospitaliers publics, permettant l'accès aux soins pour tous, sont eux aussi victimes des politiques d'austérité. Leurs dotations diminuent, et, mis en concurrence avec le secteur marchand, ils doivent se soumettre aux mêmes règles de rentabilité et de productivité. Les fermetures de centres de soins, d'hôpitaux de proximité, les fermetures de lits, les regroupements de services et restructurations ont pour conséquences l'éloignement géographique des lieux de soins, l'allongement des délais d'attente pour consulter et être pris en charge.

### **L'austérité renforce le financement privé des systèmes de santé**

Pendant la crise, et dans les nombreux pays où des mesures d'austérité ont touché les dépenses sociales, la part non prise en charge par la couverture sociale a très fortement augmenté. Ces politiques d'austérité reportent ainsi le financement des soins sur les usagers ; soit par des assurances complémentaires, soit par une contribution individuelle aux soins (co-paiements en Espagne et au Portugal). Il en résulte la difficulté ou l'impossibilité pour des secteurs croissants de la population d'accéder aux soins. Les premières concernées sont les personnes les plus vulnérables socialement (chômeurs, immigrés en situation irrégulière, familles monoparentales....). La participation personnelle des bénéficiaires a, dans certains pays, plus que doublé.

Les fonds d'investissements et autres holdings ont évidemment bien perçu la faiblesse du système quand il y a sous-investissement public. La sélection du risque dans un dispositif assurantiel permet aux investisseurs privés de s'accaparer un marché rentable au sein d'un système en perte

poussent comme des champignons, car les investisseurs ont flairé la bonne affaire. En Wallonie, à côté des maisons de retraite publiques ou à but non-lucratif (qui représentent chacune 25% du marché), la moitié sont déjà aux mains de groupes privés, et ce chiffre est en constante augmentation. Louer des chambres en maison de repos est bien plus sûr pour les investisseurs que louer des bureaux. Le bail est de 27 ans et le réservoir de locataires semble inépuisable. L'administrateur délégué de la Sicafi Aedifica, Stefaan Gielens, confirme que le potentiel d'investissement immobilier dans ce secteur est énorme. Il précise qu'un bureau d'études a chiffré que 180.000 lits seraient nécessaires dans les 40 ans à venir, ce qui représente un besoin d'investissements de presque 15 milliards d'euros».

Ces investissements sont, qui plus est, vite rentabilisés car ces chambres sont louées au prix de 40 euros par jour ». (RTBF.be 8/8/2011)



de vitesse : celui de l'assurance santé complémentaire. Plus la part non couverte est importante, plus nombreuse est la population susceptible de contracter une assurance complémentaire. Les primes sont cependant, elles, adaptées au risque individuel, ce qui garantit la rentabilité du système.

Un tel dispositif a été poussé à son paroxysme aux Etats-Unis, jusqu'à l'absurde, puisque ce sont maintenant les assurances qui y gèrent les hôpitaux, sur base du même principe de sélection du risque. En Europe, certaines mutuelles ont tenté de compenser à travers des assurances complémentaires solidaires (sans sélection). Dans d'autres pays, par contre, elles n'ont pu résister et participent à l'affaiblissement de la couverture universelle.

### Le personnel de santé paie la crise

La Grèce, l'Irlande, l'Italie, l'Espagne et le Portugal ont fortement diminué les dépenses de santé. Et puisque le coût de la main d'œuvre représente en moyenne environ 70% des dépenses totales de santé, plusieurs pays ont imposé des baisses de salaires des personnels de santé (15% en Grèce, 10% en République tchèque, de 5 à 10% en Irlande, 5% en Espagne). Parallèlement, les pays les plus touchés par la crise ont réduit le nombre de salariés dans le secteur. En Espagne, par exemple, seulement 1 départ sur 10 est remplacé dans le secteur public de la santé.

En Pologne, les « contrats poubelles », d'auto-entrepreneurs, ont remplacé les contrats de salariés pour beaucoup d'infirmières. Elles sont obligées de cumuler plusieurs contrats, et donc largement plus de 48H/ semaine, pour atteindre un salaire décent. La fuite des jeunes infirmières y a amené l'âge moyen les infirmières à plus de 45 ans !

Le passage sous employeur privé commercial amène dans tous les cas une augmentation de la pression au travail. En outre, faute de normes minimales garantissant à la fois la qualité des soins et des conditions de travail correctes, le mode de financement par enveloppe ou par pathologie



fait souvent de la charge salariale une variable d'ajustement privilégiée, entraînant soit une diminution des salaires, soit une diminution des postes, voire les deux.

## Femmes et santé.

De plus en plus d'analystes dénoncent le fait que les femmes sont doublement victimes de la crise et des mesures d'austérité.

« *Le travail des femmes se déroule de plus en plus à temps partiel ou sous forme de contrats à court terme avec des salaires peu élevés. Dans les secteurs tels que l'éducation et les soins, secteurs occupés traditionnellement par des femmes, au Royaume Uni et en Italie, p. ex., le salaire a été réduit ainsi que les heures de travail et avantages professionnels.* »<sup>12</sup> La notion de « travailleur pauvre » est particulièrement bien adaptée aux femmes obligées d'accepter des emplois ne leur procurant pas un revenu suffisant pour vivre. Les familles monoparentales ont très majoritairement une femme à leur tête.

D'autre part, « *Une analyse sociale et économique laisse prévoir que les femmes en Europe devront endosser de plus en plus de responsabilités non rémunérées, dont le soin des enfants, le travail domestique, le travail communautaire et le soin des personnes âgées dans la mesure où leur nombre augmente et que les provisions de soins qui leur sont destinées sont souvent inaccessibles et très chères. Les classes moyennes en Europe ont pour habitude d'employer des femmes migrantes pour leur transférer les responsabilités et les tâches de soins. Cependant, lorsque l'économie formelle se contractera, ces arrangements pourraient bien changer, car si les femmes actives perdent leur travail et reprennent leurs responsabilités domestiques non-rémunérées, elles pourraient décider qu'il n'est plus nécessaire ou simplement non abordable d'employer quelqu'un. Selon un important journal italien, les femmes italiennes acceptent de plus en plus souvent du travail de service domestique et de nettoyage non contractuel, qui jusqu'à présent avait été réservé aux travailleurs-euses migrants-es* ».<sup>13</sup>

## Etre femme en Grèce

En Grèce, l'abandon de toute politique de santé publique, ainsi que l'appauvrissement de larges couches de la population (dégradation des conditions de vie et d'hygiène individuelle et collective) ont déjà comme conséquences la réapparition des cas d'infections qui avaient disparu comme la malaria, la montée en flèche de la tuberculose, mais aussi l'augmentation de 200% des séropositifs.

Dans ce contexte, les femmes grecques sont encore plus fortement touchées, notamment par la disparition des politiques de prévention, et par l'inaccessibilité des soins de santé. De même, la santé reproductive des femmes n'a pas résisté à la crise!

Des acquis comme les soins de qualité prodigués à

la grossesse et l'accouchement, l'éducation sexuelle visant des rapports sexuels fondés sur l'égalité, la jouissance et la liberté, sans violence masculine. La possibilité de choisir librement, si on veut faire des enfants et dans quelles conditions, est désormais un lointain souvenir tandis que l'accès libre à l'accouchement et à l'avortement gratuit et de qualité ainsi que les services de planning familial de haut niveau et à la contraception appartiennent dorénavant à la sphère du rêve... Le droit des femmes à disposer de leur corps et choisir si elles veulent ou non un enfant est sans cesse remis en question, non pas par l'interdiction du droit à l'avortement, comme en Espagne, mais à cause de l'appauvrissement des femmes et de la commercialisation des biens et des services.



Le retour à la maison pour assurer le « care » (activités anciennement assurées au sein de l'entité familial, et qui, après la guerre, avaient pu se professionnaliser, telles que les soins, la garde des enfants, des personnes âgées ou handicapées,...) se vérifie aujourd'hui de façon massive dans divers pays du sud de l'Europe.

De plus, les programmes de santé qui visaient à la maîtrise de parentalité sont parmi les premières victimes des coupes budgétaires, ce qui en exclut une part non négligeable de jeunes femmes.

### Austérité, santé et immigration

Les coupes budgétaires dans les systèmes de santé se sont, dans plusieurs pays, accompagnées d'une exclusion des soins des résidents non assujettis à la protection sociale. Les personnes d'origine immigrée, mais surtout les réfugiés et résidents sans papiers, se voient refuser des soins de base. Ce sont les associations humanitaires qui doivent prendre le relais. En Espagne par exemple, le décret royal 16/04/2012 exclut de fait les immigrés en situation irrégulière de l'accès aux soins (sauf urgence vitale, maternité, soins pédiatriques).

Au milieu des montées des replis identitaires et des sentiments xénophobes, ces populations sont laissées pour compte et voient leur état de santé se délabrer de façon massive et rapide.

En outre, savoir que sont adoptées et appliquées des mesures, comme l'abrogation des contrats collectifs, la réduction ou l'abolition d'une série d'allocations prévues par les contrats collectifs pour faciliter la vie des femmes et l'éducation des enfants. On cite à titre d'exemple, l'abolition des allocations de mariage, de jardin d'enfants, de garde d'enfants, de colonie de vacances, d'accouchement et de plusieurs examens prénatals ainsi que la réduction de 22% de l'allocation des soins pour enfant durant 6 mois après l'accouchement, qui était égal au salaire de base. La maternité elle-même devient un enjeu fort. Le droit à la maternité libre est devenu un luxe réservé aux seuls riches ! C'est ainsi qu'on assiste à une croissance du nombre d'avortements et de leur coût (350€ à l'hôpital public),

entraînant un nombre non négligeable de femmes à s'adresser en dehors des hôpitaux, avec les risques importants pour leur santé. De même, les abandons d'enfants en raison de la pauvreté des parents augmentent.

Pour la première fois depuis la Deuxième Guerre Mondiale, on a constaté une augmentation de la mortalité périnatale. La régression de la vaccination, quasi inexiste pour les enfants pauvres, constitue sans nul doute une vraie bombe à retardement sanitaire !

En ce qui concerne les accouchements, le coût pour les femmes est devenu insupportable. La situation est encore pire pour les femmes enceintes dépourvues de sécurité sociale, ainsi que des femmes sans papiers, qui sont appelées à couvrir le coût de tous les examens

## Conclusion

D'une part, la crise a des effets directs sur la santé de la population, de l'autre les politiques d'austérité mises en place par les gouvernements pour y répondre dégradent les systèmes de soins et de protection sociale, avec pour conséquence l'approfondissement de la crise sanitaire et sociale. Voilà le cercle vicieux dans lequel sont enfermés les peuples d'Europe. La crise, par les dégâts sociaux et sanitaires qu'elle engendre, augmente les besoins de soins de santé et de protection sociale, au moment même où les politiques d'austérité censées la résoudre réduisent les possibilités d'accéder aux soins.

C'est ce que confirme une étude parue dans *The Lancet* « *bien que les récessions posent des risques pour la santé, l'interaction de l'austérité fiscale avec des chocs économiques et une faible protection sociale est ce qui semble en dernier ressort aggraver les crises sanitaires et sociales en Europe* » .

L'engagement pris par l'OMS et les États membres dans la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé 2009, intitulé « Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé », en est resté aux vœux pieux.

Nous constatons que la situation s'est brutalement aggravée en Europe. L'OMS constate les dégâts mais les états poursuivent une politique d'austérité et d'aggravation des inégalités sociales de santé : « *Il est nécessaire, pour lutter contre les inégalités en santé déterminées par des facteurs sociaux, de s'attaquer aux « causes des causes ». Parmi celles-ci, citons la répartition inéquitable du pouvoir, des revenus, des biens et des services, à l'échelle mondiale et nationale, qui entraîne de l'injustice dans les circonstances immédiates et visibles de la vie des personnes – leur accès aux soins de santé, aux écoles et à l'enseignement, leurs conditions de travail et de loisirs, leur foyer, leur environnement social, leur ville – et leurs chances de vivre une vie épanouie et saine.* »

médicaux et de l'hospitalisation de leur accouchement. Si elles veulent accoucher (dans une maternité publique, 600 euros pour un accouchement normal, 1200 euros pour une césarienne). Et sans compter les prix des visites aux médecins durant la grossesse et aussi des examens prénatals. C'est la raison pour laquelle de nombreuses femmes arrivent à la maternité sans avoir eu le moindre examen médical préalable! Pour « ...les citoyens non grecs de l'Union Européenne et des pays tiers... », à savoir les immigrées et réfugiées sans papiers ainsi que les femmes sans sécurité sociale, on prévoit le doublement de la somme pour l'accouchement et les soins médicaux(1200 euros pour un accouchement normal et 2400 euros pour une césarienne)!

Le résultat est que beaucoup d'entre elles s'enfuient de l'hôpital en pleine nuit avec leur nouveau-né dans les bras afin de ne pas payer ces sommes. Les administrations d'hôpitaux menacent alors ne pas délivrer le certificat de naissance, ou de ne le délivrer que s'il y a au préalable remboursement de l'hôpital.

C'est ainsi qu'on arrive à avoir des enfants endettés dès le premier jour de leur vie, des enfants fantômes, non déclarés, qui sont nés et pourtant n'existent pas...



# Le grand marché transatlantique contre les peuples, contre la santé et la protection sociale !

La question de la marchandisation des Services publics a été initiée par l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) en septembre 1986 à Punta del Este (Uruguay).

En 1994, l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) oblige les États à créer un environnement compétitif entre entreprises publiques et privées. En pratique, cela se traduit soit par une diminution des subventions aux premières, soit par l'aménagement d'aides particulières pour les entreprises privées.

L'Accord multilatéral sur les Investissements (AMI) en 1998, qui tente d'ouvrir la possibilité pour les multinationales de faire condamner les Etats, a donné lieu à une large mobilisation internationale. Ce fut un premier échec infligé au « tout libéral ». De même, la lutte contre la « directive Bolkestein » a limité la portée de la directive du 12 Décembre 2006, pour les Services d'Intérêt général (SIG) qui comprenaient la santé et la sécurité sociale et les Services d'Intérêt économique général, en limitant la concurrence à l'intérieur des Etats.

Le 14 juin dernier, les ministres du commerce des 27 Etats de l'UE ont accepté un mandat secret de négociation de la Commission européenne. Ce mandat consiste à négocier entre les Etats-Unis et l'Union européenne un Partenariat transatlantique de Commerce et d'Investissement (dit PTCI ou TTIP). Le but est de faire coïncider les règles du commerce international, les tarifs douaniers mais aussi les normes non tarifaires (notamment une uniformisation des normes environnementales, sanitaires, sociales et de sécurité).

Contrairement à ce que voudraient nous faire croire nos gouvernements, un accord de « libre-échange » ne consiste pas à retirer les « entraves étatiques, sociales ou environnementales » aux échanges, mais bien à décider de changements politiques radicaux dans le fonctionnement des marchés.



Le danger est grand, pour l'ensemble du secteur de la santé et de la protection sociale, d'un abaissement des normes européennes pour les faire correspondre aux normes des Etats-Unis qui constituent une des zones de plus grande privatisation du système sanitaire et social et de protection sociale du monde.

L'uniformisation des normes de santé et de protection sociale, nous le savons déjà, se fera contre les systèmes de sécurité sociale, contre la dimension universelle des services de santé. Les Etats-Unis se paient le luxe d'avoir le système de santé le plus cher du monde, en y consacrant plus de 16 % du PIB, mais aussi un des plus mauvais systèmes des pays de l'OCDE par l'exclusion de 50 millions d'américains de l'accès aux soins.

Les discussions en cours pour une nouvelle directive européenne sur la passation des marchés publics et les négociations sur le Partenariat transatlantique sur le Commerce et l'Investissement,

ne peuvent qu'accélérer la marchandisation et la privatisation des systèmes de santé, et aggraver ces crises sanitaires et sociales.

La directive Marchés publics et le Partenariat transatlantique risquent de porter un coup fatal aux Services d'Intérêt Général. Une nouvelle étape serait franchie avec cette directive (complément de celle de 2006) étendant la concurrence au niveau européen dans un premier temps. Avec l'ouverture des négociations du Partenariat transatlantique (visant à construire un espace de marché entre l'Amérique du Nord et l'Union Européenne), elle ouvre ainsi l'espace de la concurrence au niveau mondial.

Que deviendront alors nos modèles basés sur une finalité de service à la population, sur une accessibilité universelle, sur un financement solidaire, sur des opérateurs non commerciaux, sur un contrôle démocratique, sur un management participatif, sur une recherche de qualité et d'efficience au sein d'une planification publique?<sup>16</sup>





# Il y a urgence pour la santé en Europe, nous revendiquons :

**Un égal accès aux soins, partout, pour tous, sans restriction d'aucune sorte.** Un tel programme suppose que la fourniture de soins de santé universels, et donc leur accessibilité, doivent être indépendantes de la capacité individuelle des usagers à les payer.

Parce que la santé est un bien commun, il faut promouvoir et restaurer un **financement public et collectif** comme l'ont été les principaux systèmes de protection sociale au lendemain de la guerre. Afin d'agir pour un financement solidaire et un accès universel à la santé, il faut **préserver la protection sociale des appétits des assurances privées**. Ces systèmes de santé doivent être financés exclusivement par une **protection sociale publique** seule capable de mettre en œuvre et de poursuivre des politiques et les pratiques qui visent au respect du droit à la Santé en permettant à toutes et à tous un égal accès aux soins de santé.

C'est toute la population qui doit veiller à la gestion, à la défense et à l'amélioration de la santé. Il faut déterminer la forme de **participation des assurés sociaux** et des usagers **pour construire des services de santé démocratiques**. Ils doivent être évalués sur leur performance en termes de santé et non de résultats financiers et reposent sur des ressources suffisantes pour atteindre ce but.

Pour mieux soigner il faut s'attaquer aux causes profondes telles que les **déterminants sociaux de santé**. Nous revendiquons l'amélioration de la santé par l'existence d'un socle de droits réels à toute la population, **le droit à un emploi et à un revenu décent, le droit à un logement, l'accès à l'eau potable et à l'énergie, l'égalité entre les hommes et les femmes, le droit à l'éducation, à la culture...**

Nous exigeons des gouvernements européens, de la Commission, des élus du Parlement européen qu'ils reformulent, mettent en œuvre et poursuivent les politiques et les pratiques qui visent au respect du droit à la Santé en permettant à toutes et à tous un égal accès aux soins de santé. Pour cela il est indispensable d'**investir massivement dans la santé publique, la prévention et la promotion de la santé, les soins primaires**.

Pour préserver le bien commun qu'est la santé, **pas un euro d'argent public ne doit financer le secteur commercial des services de santé car la santé n'est pas une marchandise**. L'Europe doit non seulement permettre à chaque Etat de continuer à préserver ses dispositifs de protection sociale et de santé des règles du marché, mais aussi les encourager à financer correctement ces dispositifs. Elle doit aussi permettre aux opérateurs publics de **maintenir dans la sphère non marchande l'ensemble des services** logistiques, ainsi que les produits, services et matériels essentiels à de bons services de santé ( médicaments, recherche, matériel médical, prothèses, ...).

En finir avec les inégalités de santé exige de mettre fin à la misère, au chômage, à la précarité et à l'exclusion pour les 125 millions de pauvres que compte l'Europe, en y incluant les minorités européennes telle les Roms, les travailleurs migrants extracommunautaires aujourd'hui victimes de conditions déplorables d'existence et d'une atteinte à la dignité humaine.

**Les politiques d'austérité en Europe sont nuisibles à la santé** et agravent la situation des peuples. La mise en œuvre d'un programme européen en défense de la santé, de l'action sociale et de la protection sociale suppose de mettre fin aux plans d'austérité appliqués partout en Europe. La santé et les droits de l'homme doivent prévaloir sur les logiques financières et de rentabilité.

Plus encore, il s'agit de mettre en œuvre, à l'initiative de l'Union européenne, **un programme de réparation des dégâts à la santé des populations touchées** par ces politiques , de restaurer l'accessibilité et la qualité des soins, surtout dans les pays qui se sont vu imposer un plan de restrictions comme conditions pour recevoir une aide financière européenne.

Entre la finance et la santé il faut choisir. La population européenne n'est pas responsable de la dette souveraine. Cette dette est donc illégitime. Ce n'est ni la santé, ni la protection sociale qu'il faut réduire, couper, amputer. La finance et l'économie doivent être au service du bien-être de la population, et non l'inverse.



**Nous exigeons l'arrêt immédiat des négociations du « Partenariat transatlantique ». Les normes sociales et environnementales doivent être harmonisées par le haut et tendre en permanence vers une meilleure santé des populations. Les Etats doivent pouvoir continuer à mettre en œuvre des normes qui s'imposent aux opérateurs de santé, notamment une finalité non lucrative. La santé et la sécurité sociale doivent être protégées de toute attaque. La santé et la sécurité sociale doivent être retirées des directives « marché public ».**



1. Dans le reste du document, nous parlerons de service public aussi bien pour les opérateurs publics que pour les opérateurs non marchands assurant des services publics délégués.
2. Voir à ce sujet les actes de la conférence d'Anvers de décembre 2013.
3. Ce fut la réponse donnée lors de la rencontre du Réseau européen avec les Commissaires européens le 14 mars 2013.
4. <http://www.eu2013.lt/en/news/unions-program-to-reduce-health-inequalities-promote-innovation-in-health->
5. Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2013.
6. Source : comptes-protection-sociale-2011 DREES 2013.
7. Communiqué Eurostat du 5 décembre 2013.
8. Publication Dexia / Hope, novembre 2009.
9. Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2013.
10. Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2013.
11. BONOVAS S & NIKOLOPOULOS G (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. J Prev Med Hyg, 53, 169-71.
12. L'impact de la crise financière sur les femmes d'Europe de l'Ouest. Windy Harcourt ; AWID.
13. Corriere della Sera, 9 mai 2009.
14. Financial crisis, austerity, and health in Europe. The Lancet, 27 March 2013.
15. 60ème session de l'OMS Europe EUR/RC60/TD.3 Moscou sep 2010.
16. Cfr supra p 6.

**On m'a  
diagnostiqué  
une maladie  
non rentable.**

**PAS DE  
CHANCE !**

**La santé, la protection sociale  
ne sont pas à vendre...**



calicot