

# Soins de santé en Belgique: un marché en or?

**Marinette Mormont,**  
journaliste à l'agence  
*Alter Echos.*

**MOTS CLEFS :** privatisation,  
commercialisation,  
accessibilité, qualité,  
conditions de travail.

*Dans les pays du Sud d'Europe, la crise et les programmes d'austérité pèsent sur les systèmes de santé, ouvrant la brèche à une commercialisation du secteur. La Belgique, forte d'un régime de sécurité sociale développé, avec des acteurs mutualistes puissants est préservée de cette tendance. Mais elle n'échappe pas complètement au phénomène.*

Cet article a été publié dans la revue *Alter Echos* n° 382-383 du 20 mai 2014.

« Nous devons nous défaire (...) de cette phobie de la course au profit et du spectre de soins rendus médiocres par leur 'commercialisation'. Il faut au contraire faire en sorte que le bénéfice financier soit le reflet d'une valeur ajoutée en termes d'innovation, d'efficacité ou de qualité. ». L'institut Itinera, qui se définit comme un « think tank qui formule des recommandations de réformes politiques structurelles favorisant une croissance économique et une protection sociale durables » s'est récemment positionné sur les défis de la politique santé des personnes âgées pour la prochaine législature. Il prône entre autres une implication moins importante des pouvoirs publics dans le secteur des soins et « la mise en place de règles du jeu ouvertes qui soient les mêmes pour tous les acteurs ».

Les partisans de la privatisation y voient l'occasion de plus d'innovation, de plus d'émulation, ainsi que de plus d'efficacité dans le secteur de la santé. Ses détracteurs par contre, pointent la mise à mal de l'accessibilité et la qualité des soins. « Au niveau des prestataires de soins, explique Naïma Regueras, du service d'études des Mutualités chrétiennes, il y a une dualisation de la privatisation. Elle se manifeste par le développement de soins de haute qualité mais qui sont très chers ou, à l'inverse, par des services accessibles mais où la qualité cesse d'être l'objectif premier. Dans les maisons de repos par exemple, il y a un segment 'low-cost', avec des frais de fonctionnement assez faibles. ».

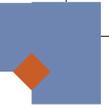
S'il existe un flou conceptuel autour des termes « privatisation » et « commercialisation » de la santé, ces concepts vont de pair. Et derrière eux, décrypte Yves Hellendorff, secrétaire national du non-marchand à la Centrale nationale des employés, un mécanisme est à l'œuvre: « Le sous-financement de la santé dans certains secteurs favorise le développement de pratiques marchandes ou de cofinancement public-privé. ».

## Des personnes âgées rentables et sans risque

Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins sont aujourd'hui l'un des secteurs les plus touchés par la commercialisation. De gros groupes privés, souvent internationaux, y ont fait leur apparition; et avec eux, de nouvelles formes de management. En avril 2014, la Belgique comptait 32,6% de lits commerciaux. Un phénomène plus marqué à Bruxelles (62,9%) et en Wallonie (49,4%, où il existe un quota de 50% à ne pas dépasser) qu'en Flandre (15,5%).

À Bruxelles, six gros groupes se partagent près d'un tiers de l'offre, soit environ 5.000 lits sur les 15.000 recensés dans la Région. Les sociétés Orpea et Senior living group (rachetées en 2013 par le groupe français Medica) y possèdent à elles seules 3.574 lits.

Jean-Marc Rombeaux, conseiller à l'Union des villes et des communes et à l'Association de la ville et



des communes de la Région de Bruxelles-capitale, retrace l'évolution du paysage. « *On n'a jamais fermé la porte au secteur commercial, il y en a toujours eu. Mais à l'époque, c'était plus des petits indépendants, par exemple un kinésithérapeute qui montait son affaire.* ». En 1984, le gouvernement Martens V (coalition entre sociaux-chrétiens et libéraux) assouplit les normes permettant aux indépendants d'exercer leur activité. Paradoxalement, c'est ensuite un durcissement des normes régissant le secteur, de même qu'une revalorisation des salaires du personnel qui travaille dans le secteur, qui favorisent l'essor de groupes commerciaux. « *Les normes y sont devenues telles que les petites structures, qu'elles soient publiques ou privées non lucratives (asbl) ne peuvent plus s'en sortir financièrement* », commente Naïma Regueras, précisant qu'il faut aujourd'hui qu'une structure possède cent lits pour tenir le coup financièrement. Dernier facteur, la crise bancaire et financière de 2008 a eu des répercussions sur le secteur: investir dans « le marché des personnes âgées » est désormais devenu une activité peu risquée et rentable.

Encore peu fréquents dans les soins de santé, les partenariats public – privé sont également en train de faire leur apparition. « *Beaucoup d'administrations communales en difficulté sont en train de préparer ces partenariats pour des résidences services ou des maisons de repos*, dénonce Yves Hellendorff. *Car les CPAS ne sont plus en mesure de les financer.* ». Leasing, construction, location, maintenance... le rôle joué par le partenaire privé dans ces nouvelles alliances est multiforme.

En quelques décennies, le secteur a changé de visage. Mais quelles sont les conséquences sur l'accessibilité et la qualité des prestations? Les statistiques du service public fédéral de l'Économie nous éclairent sur les écarts de prix entre les différents types de structures. À Bruxelles, ce sont les institutions publiques qui sont les moins coûteuses (41,4 euros par jour en moyenne), suivies par le secteur commercial (45,3 euros) puis par l'associatif (51 euros). Des écarts moins marqués en Wallonie (36,10 euros dans le public, 37 dans le privé commercial et 39,7 dans le secteur associatif). « *Mais attention, ce sont des moyennes*, commente Jean-Marc



Rombeaux. *Les grosses maisons privées qui s'ouvrent aujourd'hui à Bruxelles se situent au-dessus de 50 euros la journée.*».

### Le danger de la privatisation se situe plus dans l'ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

Plusieurs indices attestent d'une qualité moindre dans le secteur commercial. Le rapport annuel des plaintes relatives aux maisons de repos et maisons de repos et de soins transmises à l'Administration wallonne (2013) fait état de 77% de plaintes visant le secteur privé commercial (qui représente 50% des lits), alors que 9,64% concernent le secteur associatif (23% des lits du secteur) et 13,10% touchant le secteur public (28%

des lits). Le secteur commercial emploie relativement moins de personnel de soins que les deux autres secteurs, nous renseigne aussi Jean-Marc Rombeaux. Et les activités d'hôtellerie et de buanderie y sont davantage sous-traitées avec, comme conséquence, une offre plus standardisée.

Face aux allégations de certains selon lesquelles les techniques de management contestables ne sont pas l'apanage du privé (réduction du personnel...), Jean-Marc Rombeaux rétorque que les pratiques demeurent très différentes, même si «*vu la crise financière et les charges qui pèsent sur les communes, c'est vrai qu'on serre les boulons partout*».

#### L'ambulatoire, plus commercial que l'hospitalier ?

Les hôpitaux de notre pays sont en mauvaise santé. C'est ce que titraient début mai nombre de journaux

### « On ne fait pas des bénéfices sur le dos de personnes vulnérables ! »

Julie Maenaut, Plate-forme d'action Santé et Solidarité

Mais d'où vient donc ce manque de personnel dans les maisons de repos commerciales ? Lors d'une table-ronde organisée 2009 à l'initiative de la CSC-services publics néerlandophone, Johan Tryers (service d'étude de l'OKRA, mouvement social des aînés en Communauté flamande) et Olivier Remy (syndicats des employés néerlandophones, LBC-NVK) ont apporté quelques éléments de réponses : «*Les maisons de repos privées s'en tiennent habituellement aux normes de personnel légales. Ces normes de l'INAMI sont cependant minimales. Il ressort d'une enquête de ZorgnetVlaanderen que, du prix payé par les résidents – à savoir 40 à 50 euros par jour -, 20 euros vont au personnel. C'est donc bien dans l'économie de personnel que l'on peut faire des bénéfices.*».

Ce manque de personnel n'engendre-t-il pas une grande pression sur le personnel des maisons de repos commerciales ?

Olivier Remy : «*Quand on travaille dans les soins de santé, on sait qu'on doit s'attendre à une certaine flexibilité, avec des soirées et des week-end de travail. Dans les maisons de repos commerciales, les membres du personnel reçoivent parfois une voiture pour pouvoir rapidement se déplacer d'une maison de repos du groupe à une autre, et un gsm pour être joignable - lisez employable -, à tout moment. Dans certaines institutions, les horaires ne sont connus que cinq à six jours à l'avance. Ce n'est pas tenable pour les membres du personnel concernés. A cause du manque criant de personnel, la pression est énorme dans la plupart des institutions. La prise en charge du manque de personnel, la pression au travail et une amélioration des conditions salariales du personnel sont les priorités dans notre dossier de revendications.*»

Y a-t-il des pratiques frauduleuses dans les maisons commerciales ?

Olivier Remy : «*Dans certaines institutions, il y a en effet des pratiques frauduleuses. Elles découlent de la pression en termes d'économies et de maximalisation des profits des groupes commerciaux. Nous voulons dénoncer ces pratiques frauduleuses. Il en va aussi de la qualité des repas, de la longueur d'attente extrême avant qu'un soignant ne vienne suite à l'appel d'un résident, ou du fait qu'une personne soit "oubliée" dans un couloir ou aux toilettes...*».

## Soins de santé en Bourse

Fondée en 2003 par Nicola d'Aniello, un jeune infirmier d'origine montoise, *Personalized nursing services* propose, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, des soins infirmiers à domicile ainsi qu'en centres d'hébergement pour personnes handicapées. Elle emploie aujourd'hui 85 personnes. En août 2006, elle a fait une entrée remarquée sur le marché de la Bourse (marché libre d'Euronext Brussels).

La société se targuait alors de fonctionner sans subventions. « Les tarifs demandés aux patients sont-ils dès lors plus élevés ? » s'interrogeait *La Libre Belgique* du 21 août 2006. Question à laquelle Nicola D'Aniello répondait par la négative : « *Les patients ne paient rien. Nous facturons directement le tiers-payant aux mutuelles. Nous demandons juste au patient la prescription médicale. Et les prestations de nos infirmières et infirmiers sont alignées sur le barème de l'INAMI.* ». Le jeune entrepreneur affirmait alors s'en sortir « grâce une gestion drastique des coûts et avec une structure administrative réduite à sa plus simple expression ». L'introduction en Bourse de *Personalized nursing services* a suscité de nombreuses réactions dans le milieu de la santé. Un risque, celui d'augmenter le nombre de prestations par infirmière au détriment de la qualité.

Avec un volume d'affaires de 4,249 millions d'euros au 31 décembre 2013 (soit + 15,3 par rapport à l'année précédente), et de 3,984 millions d'euros pour son activité de soins infirmiers (soit + 18,7 par rapport à décembre 2012), la société semble se porter comme une fleur. « *Grâce aux actions menées pour rationaliser les coûts, Personalized nursing services renforce sa marge opérationnelle dans son pôle d'activité de nursing à 9,84. L'objectif de 10 fixé fin de l'année dernière n'est plus très loin* », se réjouit-on sur le coin des actionnaires du site de *Personalized nursing services*. Allez, c'est peut-être le moment pour vous d'investir, l'action est aujourd'hui à 2,26 euros...

belges, s'appuyant sur la dernière analyse sectorielle 2009-2012 de Belfius Banque, qui analyse la situation financière des hôpitaux généraux en Belgique.

Si les hôpitaux, publics comme privés se sont jusqu'ici assurés une part substantive de financement public (plus de 90%), celle-ci est devenue insuffisante. Ici aussi la crise est passée par là. La sous-traitance est dès lors une manière de garder la tête hors de l'eau. Touchant au départ les services de catering ou de blanchisserie, cette tendance s'est étendue aux services techniques médicaux comme la radiologie ou les laboratoires. « *Tous les jours, il y a des tentatives de fusion, de rationalisation, de sous-traitance*, dépeint Yves Hellendorff. *Saint-Jean et Saint-Michel ont fusionné leur labo. Chirec (qui rassemble six hôpitaux de Bruxelles et du Brabant wallon, NDLR) est en train de sous-traiter son laboratoire et son service radiologie. Les firmes allemandes font le tour des hôpitaux bruxellois pour mettre sur pied un gros labo allemand à Bruxelles.* ».

Un autre moyen de ramener (un peu ?) de beurre dans les épinards consiste à appâter une clientèle étrangère fortunée. L'asbl *Healthcare Belgium*, fondée en 2007 regroupe les hôpitaux belges et plusieurs sociétés privées spécialisées dans les technologies médicales. Elle a notamment pour ambition de valoriser l'offre de soins de santé belges à l'étranger. Des accords sont signés avec certains pays du Golfe, le Kazakhstan, l'Azerbaïdjan et plus récemment avec la Russie. « *Ce qui a commencé comme une louable tentative visant*

*à inciter les patients étrangers à se faire soigner en Belgique est aujourd'hui devenu, en l'espace de cinq ans, un modèle commercial qui exporte avec succès notre industrie de la santé vers les pays du Golfe et de l'ancienne Union soviétique* », peut-on lire dans un article publié en mai 2012 par la Fédération belge de l'industrie des technologies médicales. À ce jour, ce sont environ 35.000 patients étrangers qui affluent annuellement vers notre pays (l'objectif de *Healthcare Belgium* est d'en atteindre 100.000). Un afflux de patients internationaux qu'il ne faut pas « confondre avec le tourisme médical », précise dans cet article Herwig Fleerackers, *chief executive officer* de *Healthcare Belgium*.

« *Le privé est entré dans l'hôpital au nom de l'efficacité et d'une meilleure adaptation des services*, déplore Hanne Bosselaers, médecin généraliste de Médecine pour le peuple à Molenbeek. *En réalité, ces services sont plus chers et on a créé des besoins qui ne sont pas réels. On crée des maladies pour faire tourner la machine à examens.* ». Autre fait marquant, relève la docteure du Parti du travail de Belgique - PTB, les listes d'attente dans les hôpitaux étant importantes, les médecins qui y travaillent ont une fâcheuse tendance à renvoyer les patients vers leur consultation privée. Des consultations qui ne sont pas toujours conventionnées et dont le prix est fixé au bon vouloir du médecin.

Un élément qui ne date pas d'hier, mais qui aurait tendance à se développer : De plus en plus de médecins

Des travailleurs de maisons de repos commerciales témoignent de leurs mauvaises conditions de travail

Les témoignages sont issus d'un article paru dans le journal: *Het LaatsteNieuws*, 21 mai 2013

[http://www.deodata.be/TONIA\\_VANDAAG/ToniaVandaag\\_2013\\_bijlagen/groot\\_20130521\\_HLN\\_deel-II-1\\_Werkdruk-leidt-tot-hartverscheurende-keuzes.pdf](http://www.deodata.be/TONIA_VANDAAG/ToniaVandaag_2013_bijlagen/groot_20130521_HLN_deel-II-1_Werkdruk-leidt-tot-hartverscheurende-keuzes.pdf)

Il ressort des chiffres de l'INAMI que, parmi les maisons de repos des CPAS, les asbl et les institutions commerciales, ce sont ces dernières qui travaillent avec le moins de personnel infirmier et de soins. Conséquence, le personnel doit faire face à des choix devant lesquels il ne devrait jamais être placé. Témoignages de travailleurs d'une grande maison de repos de la multinationale Senior Living Group dans la région anversoise.

*« Le week-end, pour le service de fin de journée, je me retrouve souvent seul infirmier pour 187 résidents des quatre unités de notre institution. De temps en temps, il y a deux infirmiers, mais je suis souvent seul. Pour le service de nuit, le week-end, je suis toujours seul, car selon la norme minimale, il suffit globalement d'un seul infirmier. Mais cette norme minimale ne suffit absolument pas. »*

*« Lorsqu'au premier étage un résident se casse la hanche en tombant et qu'à un autre étage quelqu'un se casse la jambe, alors je dois, et je trouve cela terrible à dire, choisir qui des deux blessés je soignerai en premier. Je me retrouve souvent devant un tel choix à faire. Alors, je ne peux qu'espérer que les soignants de service ont suffisamment d'expérience pour prendre soin du résident que je dois faire attendre. Car quand dans une telle situation d'urgence je dois faire appel à un intérim, un stagiaire ou un soignant qui ne parle pas la même langue – et cela arrive souvent- rien ne va plus. »*

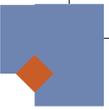
*« Il arrive que des personnes âgées meurent ou se blessent à cause du manque de personnel. Lorsque les personnes tombent et restent des heures couchées par terre parce que pour la nuit nous ne sommes que deux membres du personnel pour plus de 100 résidents, de telles tragédies sont inévitables. Il y a quelque temps une collègue a oublié de rentrer dans la chambre d'une dame lors de sa tournée nocturne, uniquement par manque de temps. On a retrouvé cette dame morte des heures plus tard dans son lit. Peut-être serait-elle décédée de toute façon, mais peut-être pas. »*

*« Nous travaillons constamment avec un service minimum, ce qui nous empêche de donner de bons soins. Cette semaine encore, je courais d'une chambre à l'autre et j'étais occupée avec trois résidents en même temps – j'ai dit à une dame « Mettez-vous déjà au lit, j'arrive tout de suite pour bien arranger votre couverture et éteindre la lampe. ». Lorsque je suis revenue plus d'une heure plus tard dans sa chambre, elle était étendue sur le sol et s'était cassé la hanche. Comme j'étais partie si longtemps elle s'était relevée toute seule pour fermer la porte, et est tombée à cette occasion. Elle est toujours hospitalisée. Je suis remplie de culpabilité »*

*« Une autre conséquence de ce manque cruel de personnel, c'est qu'on doit réveiller nos résidents à 6 heures du matin et les coucher à 6 heures du soir, sinon on n'arrive pas à finir notre tournée matinale et nocturne. Si on ne commence pas à laver si matinalement les résidents, la moitié déjeuneraient sans être lavés et habillés. C'est donc les déments qu'on réveille et qu'on lave si tôt parce que de toute façon, ils ne savent pas se plaindre. Souvent ils s'endorment au petit déjeuner dans le réfectoire parce qu'ils ont été réveillés trop tôt. Je trouve cela cruel. »*

Par Julie Maenaut, Plate-forme d'action Santé et Solidarité





en ambulatoire pratiquent sans être conventionnés. C'est particulièrement vrai dans certaines disciplines. En 2013, c'était le cas de 68 des dermatologues, 59 des chirurgiens plasticiens, 56 des ophtalmologues et 51 des gynécologues obstétriciens. «*Le danger de la privatisation se situe plus dans l'ambulatoire que dans le secteur hospitalier*, souligne d'ailleurs Jean-Marc Laasman. *Car dans les hôpitaux, les suppléments d'honoraires sont strictement encadrés depuis janvier 2013, en tout cas dans les chambres communes et à deux lits. Cela a d'ailleurs généré de grosses tensions avec les médecins, mais c'est une grande victoire pour l'accessibilité des soins.*». Un problème demeure néanmoins, celui des énormes variations, entre hôpitaux, des suppléments liés aux chambres particulières (de 100 du tarif INAMI à 300-400) et du manque de lisibilité de ces tarifs: «*Cela crée une concurrence entre les hôpitaux pour attirer les médecins et une insécurité tarifaire pour les patients.*».

«*Jusqu'à présent, le secteur de la santé en Belgique a été préservé de la commercialisation*, conclut Jean-Marc Laasman. *Plus de 75% des soins de santé y sont financés par la collectivité. Mais les enjeux sont devant nous. Il faut continuer à investir dans un contexte qui va rester difficile.*». Un constat qui est finalement partagé par les pros et les contres de la privatisation: car les besoins vont en augmentant (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques...) tandis que les ressources publiques tendent à diminuer (assainissement des finances publiques, réforme institutionnelle)...

## Sources

- *Alter Échos* n° 380 du 30 avril 2014: «*Vu de Flandre: Vers une privatisation des soins psychiatriques?* ».
- *Alter Échos* n° 382-383 du 27 mai 2014: «*Privatisation: le social, ça peut rapporter gros*» (dossier).
- *Manifeste du Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale*, Bruxelles, février 2014, sur le site de la Plateforme d'action Santé et Solidarité: <http://www.sante-solidarite.be>
- *Het LaatsteNieuws*, 21 mai 2013
- [www.deodata.be/TONIA\\_VANDAAG/ToniaVandaag\\_2013\\_bijlagen/groot\\_20130521\\_HLN\\_deel-II-1\\_Werkdruk-leidt-tot-hartverscheurende-keuzes.pdf](http://www.deodata.be/TONIA_VANDAAG/ToniaVandaag_2013_bijlagen/groot_20130521_HLN_deel-II-1_Werkdruk-leidt-tot-hartverscheurende-keuzes.pdf)
- *Gazet van Antwerpen*, 18 mars 2013.
- <http://www.gva.be/nieuws/binnenland/aid1388195/eten-bejaarde-mag-maar-4-euro-per-dag-kosten.aspx>
- *Knack*, 31 mars 2010 «*Handel in senioren*».
- *On ne fait pas des bénéfices sur le dos de personnes vulnérables!*, table ronde entre Johan Tryers (Service d'étude de OKRA, Jean-Pierre Tommissen (ACV Services publics, Olivier Remy (LBC-NVK) sur la commercialisation des soins de santé.
- <https://www.acv-online.be/Actualiteit/Nieuws/Detail/Commercialiseringvanzorg.asp>
- *Commercialisation des soins de santé. Le point sur les maisons de repos*, octobre 2012, <http://www.cne-gnc.be/cmsfiles/file/NON20MARCHAND/2012100120Commercialisation20des20soins20de20santC3A920en20Belgique20-20MR-MRS20.pdf>