



Violaine Wathelet
Chargée de projets
Etudes & Animations



Analyse 2015

DOSSIER
« RIPOSTES
ASSOCIATIVES »

La réforme de la santé en Grèce et la riposte des cliniques solidaires

Les associations comme résistance et riposte au néolibéralisme.

Rencontre entre Jean-Louis Laville, acteurs associatifs et chercheurs

Les associations comme résistance et riposte au néolibéralisme. Interview de Jean-Louis Laville

LA RÉFORME DE LA SANTÉ EN GRÈCE ET LA RIPOSTE DES CLINIQUES SOLIDAIRES

« Miroir dans lequel peuvent se lire les contradictions de la construction européenne, la Grèce pose aujourd'hui la question de la pérennité et de la viabilité du projet démocratique et social dont l'Europe s'est longtemps voulue l'incarnation »¹.

La crise financière de 2007 et la crise des dettes publiques deux ans plus tard ont été l'occasion pour l'Union Européenne de se doter de nouveaux outils dans la supervision des politiques budgétaires et économiques de ses Etats membres. A travers ces nouveaux cadres législatifs, les politiques de santé sont particulièrement visées et font l'objet de réformes importantes axées sur la réduction des dépenses. Le cas de la Grèce reflète parfaitement ce vent réformateur qui se met en place au sein de l'Union Européenne. Reste que les citoyens grecs s'organisent pour répondre aux besoins sanitaires du pays en créant, notamment, des cliniques solidaires. A y regarder de plus près, ces centres ressemblent étrangement à nos maisons médicales, acteurs, aujourd'hui, importants dans le secteur de la santé. Les cliniques solidaires seraient-ils des embryons de « maisons médicales », version grecque ?

Afin de bien cerner le contexte dans lequel ont émergé les cliniques solidaires et de saisir comment elles se posent comme des résistances et ripostes aux réformes qui ont eu lieu dans le secteur de la santé, nous reviendrons brièvement sur la constitution du système national de santé et sur ses particularités. A partir de là, nous nous intéresserons aux modifications qu'il a subi pour enfin le replacer dans un contexte plus large : la dynamique réformatrice des systèmes de santé et de sécurité sociale nationaux au sein de l'Union Européenne.

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GRÈCE ET LE SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ

Jusqu'en 2011, le régime des soins de santé grec reposait sur trois piliers : le système national de protection de la santé (ESY), les caisses d'assurance-maladie et le secteur privé.

Un système tripartite

En 1983, le gouvernement d'Andréas Papandréou met en place un système national de protection de la santé de type beveridgien, à savoir essentiellement financé par l'impôt. Poussée par les instances européennes, cette démarche institutionnelle s'inscrit dans un contexte de faible financement public des services de santé et plus particulièrement dans le secteur hospitalier. Dans ce contexte, c'est ce dernier qui a été placé au centre de la fondation de l'ESY malgré les objectifs de la réforme qui visaient le développement des

¹ BURG I Noëlle (sous la dir.), *La Grande régression*, Lormont, Le Bord de l'eau, 2014, p. 15.

autres composantes du système de santé (soins primaires, médecine préventive, médecine sociale). En ce sens, la conception hospitalo-centrée² du système de santé grec n'a pas permis l'émergence de centres de santé périphériques de qualité. Il faut attendre 2004 pour voir la naissance d'un réseau de centres de santé encadrés par des médecins généralistes et dispensant des soins primaires complets à Athènes³.

Le deuxième pilier était constitué de trente caisses d'assurance sociale alimentées par les cotisations sociales des employeurs et des salariés. Elles étaient structurées par branche ou par catégorie socio-professionnelle et avaient chacune leur propre régime d'assurance maladie. « Avant 2012, quatre grandes caisses d'assurance couvraient 95% de la population »⁴ : l'IKA (salariés du secteur privé, 50%), l'OGA (secteur agricole, 20%), l'OAEI (professions indépendantes, 13%) et l'OPAD (salariés du secteur public, 12%).

Enfin, le secteur privé, à travers des hôpitaux, des cabinets médicaux, des centres de diagnostics, constituait la troisième face du système.

Plusieurs analystes s'accordent sur le fait que le système de santé en Grèce devait être modifié (manque d'efficacité, corruption...). Notons, par ailleurs que malgré ses défauts, avant d'être réformé, il avait contribué à une amélioration apparente de la santé publique selon plusieurs indicateurs de l'Organisation Mondiale de la Santé⁵. Et cela, « tout en ayant un niveau de dépenses de santé par tête inférieur à la moyenne de l'OCDE »⁶.

Si, dans la période allant de 1983 à 2011, les institutions grecques de la santé ont connu quelques changements, avec une tendance prédominante à faire glisser l'offre de soin du secteur public vers le secteur privé (par l'intermédiaire des mécanismes du secteur privé d'assurance), nous nous attarderons plus spécifiquement au mouvement réformateur d'après 2009, produit de la crise. En effet, « la politique de santé actuelle et les changements apportés dans le secteur de la santé sont déterminés principalement par la crise et, à bien des égards, dictés par les mémorandums de la Troïka »⁷. Ces accords conditionnent l'aide financière de l'Union Européenne à la mise en œuvre de politiques économiques et sociales spécifiques, à l'instar des plans d'ajustement structurel mis en place dans les pays dits « en voie de développement » dans les années 70. La réalisation du contenu des mémorandums fait l'objet d'une évaluation trimestrielle et peut mener à des sanctions en cas de non-conformité. Si tous les pans de la société sont passés au crible, « la plupart de ces protocoles prévoient d'importantes réformes des systèmes de santé »⁸. Alors que les pouvoirs de l'UE en matière de politique sanitaire relèvent normalement du principe de subsidiarité⁹, c'est comme si la crise lui avait conféré de nouvelles compétences dans la supervision des politiques nationales économiques et budgétaires. Si bien que la crise a été la porte ouverte à l'instauration d'une nouvelle gouvernance économique européenne particulièrement friande des restrictions budgétaires touchant tous ses membres par l'intermédiaire des mémorandums en particulier, et du semestre européen¹⁰ en général. Nous y reviendrons.

² L'hospitalocentrisme s'entend comme un système dans lequel l'hôpital remplit toutes les fonctions liées à la santé y compris celles qui peuvent être assumées par d'autres types d'établissements.

³ ANTONOPOULOU Lila, *op. cit.*, p.18.

⁴ BURGI Noëlle, « Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers », P@ges Europe, 15 avril 2014 – La Documentation française © DILA

⁵ Comme le taux de mortalité des nourrissons qui est passé de 11 pour mille en 1990 à 7 pour mille en 2000 ou l'espérance de vie qui est passée de 77 en 1990 à 81 en 2012 voir OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131954/1/9789240692688_fre.pdf?ua=1

⁶ BURGI Noëlle, *op. cit.*, p. 2.

⁷ OMS, « Les suites de la crise grecque offrent des perspectives pour la santé », in *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°92, 2014, p. 8-9.

⁸ BAETEN Rita, « La réforme des systèmes nationaux de santé sous la gouvernance économique de l'Union européenne », in *Humanitaire*, n°37, 2014, p. 47.

⁹ Le principe de subsidiarité, inscrit dans les traités, énonce que les politiques sociales et budgétaires nationales sont de la compétence des Etats membres.

¹⁰ Le semestre européen est une période de six mois fixée chaque année qui permet aux Etats membres de coordonner leurs politiques structurelles, macroéconomiques et budgétaires.

Dans ce contexte, qu'est devenu le système de santé tripartite de la Grèce ?

Les soins de santé et les mémorandums

En substance, les mémorandums contiennent trois types de recommandations : celles visant un effet structurel et une amélioration de l'efficacité du système en termes de coûts, celles dont l'objectif est de réaliser des économies à court terme, et enfin celles visant à améliorer l'accès aux soins.

Au niveau structurel, l'on peut citer la fusion de l'ESY avec les quatre plus grandes caisses de sécurité sociale, créant ainsi l'Organisme national de distribution des services de santé (EOPYY). A priori bienvenu, ce regroupement s'est réalisé « *dans la précipitation et sans protéger les intérêts des assurés* »¹¹, occasionnant également de fortes baisses salariales pour les médecins. Pour le reste, cela s'est traduit, entre autres, par la fermeture de nombreux hôpitaux, la hausse du ticket modérateur¹², l'imposition du plafond de dépenses de santé, fixé à 6 % du PIB¹³, la fin de l'assurance-maladie pour les chômeurs qui sont au chômage depuis un an, la réduction des dépenses pharmaceutiques (si bien que certains médicaments ne sont plus disponibles). Les conséquences sociales et sanitaires sont dramatiques : un tiers de la population n'est plus couvert par la sécurité sociale¹⁴, le nombre d'enfants mort-nés a augmenté de 32 %¹⁵, le salaire minimum a été abaissé¹⁶, les hôpitaux publics sont débordés¹⁷ alors que leurs budgets ont été réduits de 60 %¹⁸, les listes d'attentes sont interminables et entretiennent les dessous de table et par conséquent augmentent les inégalités.

Bien que certains changements aient visé l'accessibilité des soins et l'amélioration de l'efficacité du système de santé, force est de constater que la dynamique fondamentale à l'œuvre a bien été celle de la réduction des coûts. Or, comme le rappelle Aris Sissouras de l'université de Patras, le budget alloué à la santé par les mémorandums ne permet pas au système de santé grec de fonctionner correctement : « *Il y a là un paradoxe. D'un côté, nous acceptons le fait qu'il y avait dans le secteur de la santé beaucoup de dépenses non nécessaires, qui n'avaient aucun effet sur la qualité des soins de santé et devaient être éliminées. Mais de l'autre, les réductions ont abaissé le niveau des services et des résultats sanitaires parce que les changements structurels qui auraient dû être en place n'ont pas été apportés* »¹⁹.

Toutefois, il serait inexact de voir dans l'inadaptation du système de santé grec l'unique raison des désastres actuels. Dans un contexte de restrictions budgétaires intenses entraînant avec elles des milliers de personnes dans la pauvreté, il a été demandé aux services de santé de faire plus avec moins. D'autant plus que, dès sa constitution, l'EOPYY était déficitaire. En effet, les caisses de sécurité sociale le composant étaient « *légalement obligées de placer 77 % de leurs avoirs disponibles dans une réserve commune gérée et*

¹¹ BURGI Noël, « Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers », *op. cit.*, p. 3.

¹² Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie (via le mécanisme de la sécurité sociale).

¹³ Entre 2009 et 2011, les dépenses totales du Ministère de la santé en Grèce ont diminué de 1,8 billion d'euros. En 2011, seulement pour les services ambulatoires délivrés en hôpital pendant les horaires de jour, les patients ont payé personnellement 25,7 millions pour des services qui étaient gratuits avant la crise, KONDILIS Elias et alii, « Politiques fiscales en Europe à l'ère de la crise économique. Implications sur la santé et l'accès aux soins », in *Santé conjugée*, n°69, décembre 2014, p. 41.

¹⁴ OECD, « Focus on inequality and growth », in *OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs*, Paris, December 2014.

¹⁵ Vlachadis N., Kornarou E. « Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis », in *BMJ*, n°346, f1061, 2013.

¹⁶ KAPSALIS Apostolos et KOUZIS Yannis, « Le travail, la crise et les mémorandums », in BURGI Noëlle (sous la dir.), *op. cit.*, p. 156.

¹⁷ Selon Aris Sissouras, les admissions à l'hôpital ont augmenté de 28%, passant de 1,6 million d'admissions en 2009 à 2,2 millions en 2013, OMS, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, *op. cit.*, p. 1.

¹⁸ BURGI Noëlle, « Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers », *op. cit.*, p. 3.

¹⁹ OMS, « Les suites de la crise grecque offrent des perspectives pour la santé », *op. cit.*, p. 1.

placée en obligations d'Etat par la Banque de Grèce »²⁰. En 2010, lors de la restructuration de la dette grecque, ces obligations ont ainsi perdu 53,5 % de leur valeur nominale.

Le système de santé de la Grèce a donc été profondément affecté, remettant en question les fondements mêmes sur lesquels il a été construit : l'égalité d'accès pour tous les citoyens à des services de santé de qualité. De plus, les restrictions budgétaires sont la porte d'entrée à la privatisation des soins de santé par l'intermédiaire des assurances maladie privées mais également par la mainmise du secteur privé sur les hôpitaux, cabinets médicaux... qui ne peuvent plus être pris en charge par la sécurité sociale. Or, la Grèce est loin d'être un cas isolé, on peut en effet observer à l'échelle européenne un mouvement similaire de réforme des systèmes de santé et de sécurité sociale qui se réalise notamment à travers le semestre européen.

LES SOINS DE SANTÉ ET LA NOUVELLE GOUVERNANCE DE L'UNION EUROPÉENNE

La crise a servi de prétexte économique à l'instauration de nouveaux outils pour superviser les politiques nationales budgétaires et économiques afin, selon la version officielle, de stabiliser la zone euro et le reste de l'UE. La fraude du gouvernement grec (sur la réalité de son déficit et de sa dette) lors de son entrée dans l'euro « *ajouta au prétexte économique une justification politique qui facilita l'institutionnalisation d'une « nouvelle gouvernance » coercitive au niveau européen* »²¹. Si cette dernière nous intéresse c'est parce qu'elle permet à l'UE de s'immiscer au plus près des politiques de santé, dans l'espace qui les finance : le budget.

Ainsi, c'est au sein du semestre européen que sont examinées les politiques budgétaires et structurelles des Etats membres en fonction des priorités convenues par l'UE. Ces priorités sont inscrites dans l'Examen annuel de la croissance (EAC) qui « *énonce les priorités communautaires pour stimuler la croissance et la création d'emplois dans l'année à venir* »²². Depuis 2012, les soins de santé ont été inscrits dans l'EAC. Dans ce cadre et sur proposition de la Commission européenne, le Conseil émet des recommandations spécifiques par pays sur les réformes à réaliser dans les systèmes de santé. « *Alors qu'en 2011 seuls trois Etats membres avaient reçu des recommandations spécifiques sur les soins de santé, l'année suivante, leur nombre est passé à six et, en 2013, à 16* »²³. Bien qu'elles soient spécifiques à chaque Etat membre, ces recommandations se rejoignent assez significativement en ce qu'elles sont « *principalement, mais pas exclusivement, axées sur un assainissement des finances publiques* »²⁴. Et « *lorsque l'on se penche sur leur teneur, on s'aperçoit que les réformes proposées sont essentiellement structurelles* »²⁵. En ce sens, elles visent un effet budgétaire sur le long terme. Ce qui signifie, dès lors, que la tendance de réduction des dépenses dans les politiques de santé, n'est pas un phénomène visant à répondre à la crise à court terme mais s'inscrit dans une dynamique structurelle et systémique beaucoup plus importante sur l'échelle temporelle.

Soins de santé privatisés ?

Nombreux sont les observateurs à voir donc dans cette nouvelle gouvernance économique européenne, une nouvelle ère pour les systèmes de santé et de sécurité sociale. Celle-ci serait caractérisée par des systèmes publics sous-financés que l'offre du secteur privé viendra colmater, avec sa puissance inégalitaire. Ainsi, dans les soins de santé « *la privatisation joue principalement au niveau de l'offre et au niveau du*

²⁰ BURGI Noëlle, « Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers », *op. cit.*, p. 2.

²¹ BURGI Noëlle (sous la dir.), *op. cit.*, p. 24.

²² BAETEN Rita, *op. cit.*, p. 47.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*, p. 48.

²⁵ *Ibid.*

financement »²⁶. Or, les mécanismes de la sécurité sociale couvrent (en partie) tant l'offre que le financement des soins de santé.

En Belgique, par exemple, les maisons médicales fonctionnant au forfait sont financées par l'INAMI²⁷ et par les Régions si elles sont agréées. Quant au financement, selon les derniers chiffres de l'OMS, 75,9 %²⁸ des dépenses en soins de santé étaient de nature publique²⁹. Cela signifie donc, que 24,1 % des dépenses en soins de santé sont pris en charge par les ménages. A partir du moment où les caisses de la sécurité sociale sont de moins en moins alimentées, les carences se font ressentir et dans l'offre et dans le financement des soins de santé. Le « Tax shift » du gouvernement Michel, en Belgique, suit parfaitement cette logique puisqu'il impose des économies importantes à la sécurité sociale (1,7 milliards³⁰) tout en réduisant ses recettes directes (réduction des cotisations patronales et sociales) qu'il remplace par un financement indirect (TVA, taxes) dont les populations précarisées sont les premières victimes. Ces coupes budgétaires qui s'inscrivent dans les politiques d'austérité imposées par l'Union Européenne à ses membres se répercutent, bien entendu, sur le budget alloué aux soins de santé. Ainsi, la norme de croissance du budget a été diminuée à 0,7 % ce qui laisse très peu de marge de manœuvre aux politiques de santé. « *Il sera impossible de répondre à de nouveaux besoins et très difficile de conclure des conventions et des accords avec les prestataires de soins* », explique le secrétaire général d'une de nos mutualités³¹. En ce sens, le risque de déficit est plus que probable.

Ces politiques sont autant de brèches dans lesquelles pourront s'introduire les acteurs du secteur privé, dont – faut-il le rappeler ? - les objectifs diffèrent fortement des institutions publiques. En effet, alors que les mécanismes de la sécurité sociale se fondent sur le principe de l'égalité³² visant l'accessibilité inconditionnelle et universelle de ses services, le secteur privé à but commercial³³ repose, quant à lui, sur la sélection. Comme « *les risques face à la santé sont répartis de façon inégale dans la population* »³⁴, les assurances privées auront tendance à ajuster le montant de leurs primes en fonction du « risque sanitaire » de leurs clients. Une offre et un financement de soins qui est bien loin des concepts d'universalité et d'inconditionnalité.

Reste qu'à l'heure actuelle, ce scénario catastrophe n'est pas encore à l'œuvre. Et certaines alternatives, en Grèce, nous montrent une autre face de la crise. C'est le cas des cliniques solidaires qui ont vu le jour au cœur de la crise.

LES CLINIQUES SOLIDAIRES, UNE RIPOSTE À LA CRISE

La réforme des soins de santé en Grèce à travers de multiples mesures touchant tantôt l'offre, tantôt le financement des soins, a fortement modifié l'accès à ceux-ci. L'exemple emblématique est sans doute la suppression de l'assurance-maladie pour les chômeurs de

²⁶ NEELEN Mathias, « Privatisation, commercialisation, marchandisation...Késako ? », in *Santé conjuguee*, décembre 2014, n°69, p. 44

²⁷ INAMI pour Institut national d'assurance maladie-invalidité. Il est l'une des branches de la sécurité sociale.

²⁸ A titre de comparaison, les dépenses en soins de santé des administrations grecques étaient de 66% en 2011.

²⁹ Organisme Mondial de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2014*, p. 143

³⁰ HERMESSE Jean, « Budget des soins de santé 2016 : un fameux défi ! », in

<http://www.mc.be/actualite/opinions/2015/tax-shift.jsp>

³¹ *Ibid.*

³² Tous les citoyens sont dans le même temps et contributeurs (via l'impôt et les cotisations patronales ou personnelles) et bénéficiaires (allocataires sociaux, services de santé, pension). Si la participation varie d'un citoyen à l'autre et qu'à ce niveau l'égalité peut être débattue, reste que nous avons tous le même statut : bénéficiaire et contributeur.

³³ Il faut différencier le secteur privé à but commercial de son pendant a-commercial. Ainsi, la majorité des hôpitaux sont privés en Belgique. Toutefois, ils ont un statut excluant le but lucratif et sont surveillés par une instance publique.

³⁴ NEELEN Mathias, *op. cit.*, p. 44

plus d'un an de sorte qu'ils n'ont plus accès (gratuitement ou presque) aux services publics de soins. Si bien qu'un tiers de la population se retrouve sans couverture sanitaire. Mais certains ripostent.

Sofia Tzitzikou est pharmacienne. Avec d'autres, elle a fondé l'une des quarante cliniques solidaires qui ont vu le jour partout en Grèce³⁵. Ces centres offrent des soins gratuits ainsi que des médicaments à ceux qui n'ont plus accès aux services de santé. Loin de la charité, ces cliniques solidaires n'ont pas vocation à se substituer à l'Etat. Que du contraire, la philosophie sous-jacente a bien une dimension hautement politique³⁶. L'objectif de ces cliniques est évidemment de répondre aux besoins de la population en matière de santé mais ne s'arrête pas là. Toutes s'accordent sur le fait qu'elles doivent un jour devenir inutiles car l'Etat aura pris le relai. En ce sens, il y a un vrai travail de sensibilisation des patients au combat politique qui doit être mené, aux conséquences sanitaires des mal nommés « plans d'aide à la Grèce ». En effet, « l'objectif des dispensaires est double : d'une part, fournir les soins primaires que l'Etat n'apporte plus et d'autre part, main dans la main avec les usagers, organiser l'offensive contre cette politique. Mener la bataille pour l'accès aux droits fondamentaux littéralement laminés »³⁷. Par ailleurs, ces cliniques refusent de dépendre d'un quelconque financement public et reposent uniquement sur la solidarité nationale ou internationale. Alors qu'en même temps, la situation sanitaire ne s'améliore pas, les services publics de santé non plus. Certaines cliniques solidaires fournissent même du matériel et des médicaments à plusieurs hôpitaux.

Outre la spécificité politique de ces centres solidaires, le mode autogéré de leur fonctionnement leur confère une autre particularité. Concrètement, l'ensemble du personnel (médical, administratif, de suivi, etc.) est bénévole. Les décisions qui ne sont pas médicales (qui concernent donc le centre) sont prises en assemblée générale selon le principe « une personne, une voix ».

L'on peut voir dans ces centres de santé, une réponse à la réforme mais également à la structure générale du système de soins de santé en Grèce. Effectivement, à travers la dispense de soins gratuits et le combat politique qui anime les cliniques solidaires, il s'agit de contrer le renversement des principes d'universalité de l'accessibilité aux soins induit par les mémorandums. Mais au-delà de la crise, les centres solidaires offrent une nouvelle conception des services de soin qui s'éloigne de l'hospitalo-centrisme. En Grèce, la plupart des soins étaient, en effet, dispensés en hôpital. Or, toute une série de soins de première nécessité pourraient être dispensés dans des structures plus petites. Si dans les autres pays européens, cette décentralisation des soins de première nécessité ou soins de prévention a été effectuée dans les années 90³⁸, la Grèce n'a pas suivi. En ce sens, les cliniques solidaires décentralisent certaines prestations de soin et développent ainsi un réseau de services de soins de première nécessité.

Reste la question de la durabilité de ces initiatives citoyennes. Basés essentiellement sur les dons, le bénévolat et sur le postulat que leur action devrait être reprise par l'Etat, on peut très certainement questionner la viabilité de ces centres et par conséquent leur potentiel de pérennité. A l'heure actuelle, on ne peut prédire quelles formes prendront effectivement à l'avenir les centres solidaires grecs. Toutefois, certaines similitudes avec les maisons médicales belges peuvent faire penser à la continuité des cliniques solidaires.

³⁵ Elles seraient plus de 40, à l'heure actuelle. Voir : <http://www.reporterre.net/En-Grece-la-clinique-solidaire-soigne-les-blesses-de-la-guerre-economique>

³⁶ Le refus du prix du citoyen européen 2015 décerné par le Parlement européen à la clinique autogérée grecque d'Elliniko montre bien que les centres solidaires de santé sont bien plus que de « simples » pourvoyeurs de soins. Voir : <http://www.ilfautuertina.net/solutions/actualites-la-clinique-autog-er-e-grecque-d-elliniko-refuse-un-prix-du-parlement-europ-en-305-999-305-1872-fr.html>

³⁷ Voir : <http://www.pressenza.com/fr/2015/10/delegation-des-dispensaires-sociaux-solidaires-de-grece-a-paris/>

³⁸ BAETEN Rita, *op. cit.*, p. 19.

A Elliniko, Peristéri, Thessalonique³⁹, des embryons de maison médicale ?

Bien que les contextes dans lesquels sont nées les maisons médicales et les cliniques solidaires diffèrent, il est néanmoins intéressant d'observer certaines similitudes dans les conditions de leur émergence, leur dimension politique, le type de soins dispensés ainsi que dans leur mode de gestion.

Effectivement, à l'instar des centres solidaires grecs, l'articulation entre la volonté de rendre les soins accessibles et la dimension politique est au cœur du mouvement des maisons médicales : « Hier comme aujourd'hui, le souhait est d'arriver à une société plus juste et plus égalitaire. L'optique du changement social demeure. La défense d'une accessibilité plus grande aussi. Hier comme aujourd'hui, l'émergence de nos structures s'est faite en réaction à un système en place »⁴⁰.

Cette dimension politique était accompagnée d'une nouvelle conception des services de soins « non plus centrés sur l'hôpital mais sur le patient qu'il y a lieu d'appréhender de manière globale et intégrée »⁴¹. Les maisons médicales dispensent donc les soins primaires en mettant sur la médecine préventive.

Enfin, l'autogestion comme mode de fonctionnement fait partie de l'ADN des maisons médicales. Dans le contexte des années post-68, l'autogestion était perçue comme un moyen pour « proposer un modèle plus démocratique de soins et d'assurer le bien-être des travailleurs et des usagers »⁴². Si le modèle autogestionnaire se décline au gré des différentes maisons médicales, reste que les valeurs qui le fondent continuent toujours à être défendues dans ces institutions. Par ailleurs, pour être agréées par la Région Wallonne⁴³ et pour adhérer à la Fédération des maisons médicales, ces dernières doivent pratiquer l'autogestion.

CONCLUSION

La réforme des soins de santé en Grèce nous montre, entre autres choses, que la crise a de facto doté l'Union Européenne de compétences nouvelles dans le champ de la santé. Compétences qui font plier les décisions politiques sur l'économie du côté des réductions des dépenses de santé balayant les principes d'universalité fondant nos systèmes publics de santé. Mais l'exemple de la Grèce, nous montre également que les citoyens refusent ces nouvelles politiques et s'organisent pour résister. Les cliniques solidaires édifiées sur les principes de solidarité, de non-discrimination et de conscience citoyenne en sont de parfaits exemples.

Espérons qu'elles suivent le chemin des maisons médicales belges dont le combat politique similaire a pu s'inscrire dans la continuité et faire de ces institutions des acteurs incontournables du paysage médico-social belge. Cette place, elles ont dû la conquérir auprès des institutions étatiques à travers la défense de leur modèle et de son financement. Et c'est sans aucun doute cette reconnaissance financière et juridique qui a permis aux maisons médicales de se construire de manière pérenne. Les cliniques solidaires doivent donc chercher à inscrire leur modèle au niveau politique en tentant de préserver ce qui en fait sa particularité : l'accessibilité des soins, l'autogestion, la participation des usagers et la dispense de soins de santé primaires. L'enjeu est donc bien politique : « non pas créer des zones temporaires dans le cadre d'un système néo-libéral

³⁹ Trois villes dans lesquelles s'est implantée une clinique solidaire.

⁴⁰ JADOULLE Patrick et MULLER Ingrid, « Fédération : un autre système de santé est possible ! », in *Santé conjugulée*, n°66, octobre 2013.

⁴¹ MARIAGE Olivier, « Au fil du temps », in *Santé Conjugulée*, n°66, octobre 2013.

⁴² LEGRAND Manon, « Dans les maisons médicales, on cultive l'autogestion », in *Alteréchos*, n°410, 28 septembre 2015, p. 16

⁴³ Article 420 du Code wallon de l'action sociale et de la santé du 29 septembre 2011.

asphyxiant mais articuler luttes sociales, associations de producteurs, zones à défendre et projet politique »⁴⁴. Mais comme le souligne Georgia Bekridaki, membre de Solidarity4all, « *les gens ont changé. Le fait d'avoir participé à ces alternatives leur a montré qu'ils avaient un réel pouvoir d'action* »⁴⁵. Espérons donc qu'ils maintiennent ce pouvoir populaire dans la construction de leur société à venir.

⁴⁴ ALEXAKIS Dimitris, « Grèce : l'invention sous la crise », 19 juin 2015, <https://oulaviesauvage.wordpress.com/>

⁴⁵ BEKRIDAKI Georgia, « Grèce : structures solidaires entre résistance et subsistance », in *Revue Politique*, n°92, novembre-décembre 2015, p. 42.

LES ANALYSES DE SAW-B




Rédigées avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les analyses de SAW-B se veulent des outils de réflexion et de débat. Au travers de ces textes, SAW-B souhaite offrir la possibilité aux citoyens mais aussi, plus spécifiquement, aux organisations d'économie sociale de décoder – avec leurs travailleurs et leurs bénéficiaires – les enjeux auxquels ils sont confrontés dans leurs pratiques quotidiennes. Cette compréhension des réalités qui les entourent est essentielle pour construire, collectivement, les réponses et dispositifs adaptés aux difficultés rencontrées. Ces analyses proposent également aux travailleurs de l'économie sociale de poser un regard critique sur leurs pratiques et leurs objectifs mais aussi sur notre société, ses évolutions, nos modes de consommations, de production, de solidarité, etc.

Ces textes ne sont pas rédigés « en chambre » mais sont le résultat direct des interpellations des acteurs de terrain. Nous vous invitons à les prolonger en nous relayant vos interpellations, commentaires et propositions. Si vous le souhaitez, au départ d'un de ces sujets d'analyse, nous pouvons aussi co-organiser avec vous une animation sur mesure au sein de votre entreprise sociale ou de votre groupe citoyen.

Nos analyses sont disponibles sur notre site www.saw-b.be, à côté de nos études, où elles sont classées selon les thématiques suivantes :

- Contours, objectifs et fonctionnement de l'Economie sociale
 - o Définitions et objectifs de l'Economie sociale
 - o Fonctionnement de l'Economie sociale
 - o Démocratie économique et participation
 - o Frontières de l'Economie sociale
 - o Financement de l'Economie sociale
- Economie sociale et enjeux politiques
 - o Enjeux européens et internationaux
 - o Enjeux belges et régionaux
 - o Economie sociale et société
- Economie sociale et travail
 - o Insertion socioprofessionnelle
 - o Sens du travail
- Produire et consommer autrement
 - o Distribution et alimentation
 - o Logement
 - o Services
 - o Environnement
 - o Culture



SAW-B (Solidarité des Alternatives Wallonnes et Bruxelloises) est un mouvement pluraliste pour l'alternative économique et sociale. Créée en 1981, l'ASBL rassemble les femmes et les hommes qui construisent une économie centrée sur le respect de l'humain et de l'environnement et non sur le profit. Ses membres représentent plus de 300 entreprises sociales - soit 15 000 travailleurs - en Wallonie et à Bruxelles : des ASBL, des coopératives, des fondations et des sociétés à finalité sociale actives dans de nombreux secteurs tels la culture, la formation, la santé, les énergies, les services à la personne, ...

SAW-B vise à défendre, représenter et développer l'économie sociale et les entreprises qui la composent. Elle est reconnue comme agence-conseil par la Wallonie et comme acteur d'éducation permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Toutes nos analyses sont sur www.saw-b.be.