

# Résister à l'emprise des marchés, dans la santé aussi

**La santé constitue aujourd'hui un marché en expansion croissante qui se nourrit de la fragilisation de la sécurité sociale. Ce marché accentue notre dépendance à l'égard d'un nombre croissant d'entreprises privées, au détriment d'une pensée collective de la santé et de nos possibilités d'action politique. Le comprendre nous permet d'imaginer des parades à cette emprise délétère.**

La sécurité sociale est attaquée de toutes parts. Ce n'est pas nouveau, mais la pandémie de COVID ainsi que les mesures gouvernementales de gestion de crise n'ont fait qu'accélérer le mouvement. Et encore une fois, les charognards sont là et ils ont faim : capitaux en recherche de débouchés, multinationales en mal d'expansion, depuis le haut de leurs tours et de leurs milliards, ils s'attaquent à

des systèmes de santé déjà fragilisés pour en tirer profit. Mais la sécurité sociale est un bouclier puissant, pour nos corps et notre santé, et contre l'avancée capitaliste qui phagocyte tant nos sociétés. C'est aussi une arme puissante pour les faire reculer et éviter que le piège qui nous est tendu ne se referme sur nous.

## Quand les investisseurs pensent l'avenir des soins de santé



Gravure extraite de André Vésale, *De humani corporis fabrica* (La fabrique du corps humain) 1543

Si vous partez en balade sur le site internet du Forum économique mondial, une pratique certes rébarbative mais intéressante pour se faire une idée du plan de bataille des prétendus maîtres de ce monde, vous découvrirez la plateforme « Façonner le futur de la santé et des soins de santé<sup>1</sup> ». Cette plateforme regroupe, entre autres, des représentants de grands laboratoires pharmaceutiques, de fournisseurs d'équipement médical ou de sociétés

d'assurance. La dénomination seule en dit long : *façonner*, c'est « donner à une matière une forme particulière »<sup>2</sup>. En l'occurrence, les membres de cette plateforme entendent transformer le secteur de la santé pour qu'il réponde à leurs objectifs, à leur vision et leurs intérêts.

Plus proche de chacune de nous, le quotidien dans les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques, les maisons de retraite et autres structures de la santé, est depuis des

1 Traduction de « [Platform Shaping the future of health and healthcare](#) ».

2 Définition du dictionnaire Larousse en ligne.

années dénoncé comme insoutenable par les gens qui y travaillent. Infirmier·es, médecins, personnel de nettoyage, brancardiers, aides soignant·e·s, sont écrasé·e·s par une pression constante sur les budgets, les effectifs, la qualité et le rythme de travail. Cela génère colère, burn-out et abandon de carrière<sup>3</sup>. Même dans des pays comme la France et la Belgique, où le système de santé est parmi les meilleurs du monde grâce à la Sécurité sociale, des professionnel·le·s<sup>4</sup> crient depuis plusieurs années la maltraitance dont ils et elles sont victimes et qu'ils et elles infligent aux patient·e·s<sup>5</sup>. L'arrivée de la pandémie n'a donc fait que précipiter et attirer l'attention sur une situation déjà catastrophique à maints égards.

Face à cette situation, les réponses politiques sont largement insuffisantes, elles sont même ressenties comme humiliantes. La Sécurité sociale, colonne vertébrale du financement des soins de

santé en France comme en Belgique, est sous pression depuis des décennies<sup>6</sup>: les cotisations, qui constituent la base du financement des caisses de maladie, de retraite et de chômage, ont été présentées comme des «charges» et dès lors sujettes à des réductions successives (c'est le devenir d'une charge, puisqu'elle pèse); le vieillissement de la population, la pollution, l'usage massif de produits chimiques dangereux, l'alimentation industrielle, les mauvaises conditions de travail et de logement, conduisent à une multiplication de la souffrance physique et mentale et font le lit de maladies nécessitant des soins et donc des dépenses de la Sécurité sociale (personnel, matériel, médicaments); le renchérissement du prix des médicaments imposés par les laboratoires privés ainsi que l'usage d'une technologie coûteuse poussent également à une augmentation des remboursements.

Moins d'entrées, plus de sorties: l'arithmétique est simple et aboutit au fameux «trou de la sécu», un trou creusé à la pelleuse par des politiques qui ont allègrement nié et détricoté la richesse collective que constitue la Sécurité sociale. Rappelons à ce stade que la cotisation est prélevée sur le travail et qu'elle constitue un salaire socialisé (mis en commun dans une caisse de maladie) et différé (il peut servir au paiement de diverses prestations lorsque c'est nécessaire, en cas de maladie par exemple)<sup>7</sup>, dont la gestion est en principe assurée par les travailleur·euse·s et les employeurs. Ce n'est pas un impôt, l'une des différences étant que l'impôt est prélevé et géré par l'État, qui a ses intérêts propres et détermine un budget dans lequel la santé et l'éducation se retrouvent en concurrence avec le remboursement des dettes et les budgets de la police et de l'armée (par exemple). Mais quand il y a eu «trou» dans les comptes de

3 En Belgique, une infirmière exerce pendant 7 ans en moyenne. En cause, le rythme de travail harassant combiné à une rémunération insuffisante et une faible reconnaissance.

4 À [propos du mouvement des blouses blanches](#) en France, et [le reportage video](#). Voir aussi [ce court article](#) daté de 2017 sur la maltraitance ordinaire à l'hôpital.

5 Voir par exemple la [Santé en lutte](#) en Belgique.

6 Pour une revue du définancement de la sécurité sociale en Belgique, lire «[Les soins de santé en Belgique: de la privatisation à la socialisation?](#)», par Gilles Grégoire, du CADTM Belgique. Pour le cas de la Sécurité sociale en France, voir l'[entretien avec Bernard Friot mené par Aude Lancelin](#) (Le media).

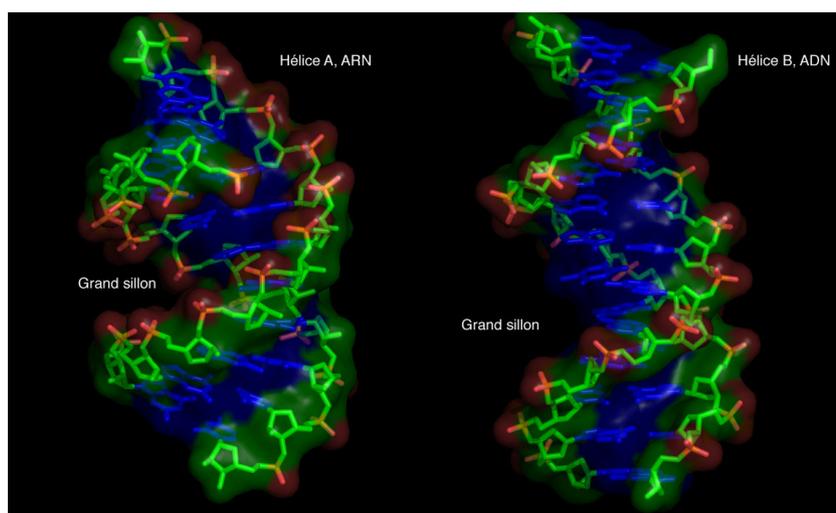
7 Voir à ce sujet l'article de Benoit Borrits «[A bas l'impôt, vive la cotisation sociale](#)».

la Sécu, l'État est intervenu pour le « combler » imposant une vision gouvernementale à

un organe voué (dans l'esprit) à une gestion collective<sup>8</sup>, et imposant restrictions et

autres politiques d'austérité. La dégradation des soins de santé a commencé là.

## Les multinationales en embuscade



Partout où un problème suffisamment significatif apparaît, des entreprises cherchent à concevoir une solution : un marché potentiel s'ouvre, il s'agit de créer une demande qui générera de l'activité et donc des revenus et des profits. En l'occurrence, le système de santé de nombreux pays est aux abois. On pourrait penser (panser) le problème en termes d'augmentation des cotisations sociales, de prélèvement exceptionnel

sur les grandes entreprises et ainsi augmenter immédiatement le personnel technique, les budgets pour la formation de nouveau personnel soignant et à plus long terme les effectifs de ces soignant·e·s, augmenter les salaires les moins valorisés et pourtant essentiels aussi, améliorer les conditions de travail pour encourager à revenir celles et ceux qui ont quitté – par épuisement. On pourrait également envisager d'annuler la dette

des hôpitaux, notamment celle qui serait due aux investisseurs privés – qui, comme on le verra plus loin, en ont largement les moyens. Mais cela implique du conflit contre des intérêts économiques puissants, et ce n'est pour l'instant pas la voie privilégiée. Les acteurs privés frappent aux portes des gouvernements avec leurs cohortes de solutions, et il semblerait que ce soit beaucoup plus tentant.

Dans le secteur de la santé, les acteurs sont nombreux et les domaines d'activité s'élargissent, avec un enthousiasme non dissimulé pour les solutions technologiques et digitales. Les principales entreprises de ce vaste « secteur de la santé » sont mues par la maximisation du profit au bénéfice de leurs actionnaires, de leurs créanciers et de leurs dirigeants. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un œil à leur communication aux investisseurs<sup>9</sup> : la centralité de

<sup>8</sup> Voir en Belgique <https://plus.lesoir.be/75743/article/2017-01-02/securite-sociale-le-cri-dalarme-des-partenaires-sociaux>.

<sup>9</sup> Aussi dénommée « Investor Relation » en anglais : cet onglet est disponible de manière assez visible sur les sites de toute entreprise cotée en bourse.

la rentabilité et du montant des dividendes attendus – partie des bénéficiaires qui sort de l'entreprise et revient aux actionnaires – pousse l'entreprise à être en croissance permanente.

**Des laboratoires pharmaceutiques comme Bayer, GSK, Novartis, Roche ou Sanofi** sont en cela emblématiques. Non seulement ils constituent des multinationales tentaculaires dont les produits se trouvent dans les rayons de toutes les pharmacies et dans les placards de nos salles de bains, mais leur expansion semble être sans fin.

Ces entreprises ne sont pas que des producteurs de médicaments : ce sont aussi des produits financiers. Leurs *actions* (parts de leur capital) et leurs *obligations* (parts de leurs dettes) s'échangent sur les bourses des marchés internationaux. Des investisseurs les achètent, dont des « institutionnels » comme les banques, les fonds d'investissement ou les sociétés d'assurance. Ces investisseurs attendent que la valeur des titres (actions, obligations) augmente, et pour

cela il faut que les bénéficiaires à venir soient prometteurs. La recette est simple : vendre un maximum, dépenser le moins possible, ce qui, pour un labo, revient à obtenir un bon remboursement du traitement par la Sécu ou les assurances, et une compression du coût et du délai de mise sur le marché de nouveaux médicaments.

Les pratiques de lobbying de ces labos sont donc particulièrement agressives : accélérer les procédures d'homologation de vaccins et de médicaments, comme on l'a vu pour la covid-19, profiter au maximum du financement public de la recherche pour produire de nouveaux brevets, tout cela nécessite un important et constant travail d'influence auprès des régulateurs.

Cette logique s'applique à toute entreprise qui a mis la rentabilité au cœur de son projet, c'est à dire à toutes les entreprises capitalistes, notamment celles qui se financent sur les marchés financiers et sont cotées en bourse. Parmi **les fournisseurs de consommables médicaux** (blouses, gants, masques,

seringues, etc.), **de dispositifs médicaux** (prothèses, implants, etc.) **ou d'imagerie médicale** et autres équipements, on retrouve des groupes internationaux comme Johnson & Johnson, Novartis, General Electric, 3M ou Siemens. Les fournisseurs de services aux entreprises et collectivités (repas, nettoyage, etc.) auxquels un nombre croissant d'hôpitaux confient des contrats de sous-traitance incluent des entreprises comme Sodexo (restauration collective industrielle de médiocre qualité qui s'appuie sur un travail sous-payé et des contrats précaires<sup>10</sup>). **Les sociétés d'assurance**, qui ne se contentent pas de fournir des services assurances-maladie complémentaires mais déploient également des activités de télémédecine, incluent des géants comme les groupes Allianz et Axa. **Les champions du big data**, Google en première ligne, entrent aussi sur le marché de la santé et se posent en fournisseurs d'informations stratégiques pour de multiples secteurs<sup>11</sup>.

Toutes ces entreprises cherchent la même chose :

10 Sodexo s'est aussi distinguée dans sa fonction de gestionnaire de prison en Grande-Bretagne

11 Prenez le temps d'une visite sur <https://health.google/> : l'objectif est de rassembler des données pour qu'elles constituent des informations de diagnostic santé, et de prédiction de maladie – des informations particulièrement précieuses pour les laboratoires pharmaceutiques et les sociétés d'assurance.

nouveaux marchés, croissance, marges, réglementation favorable à leurs intérêts, satisfaction des investisseurs, au détriment des travailleurs (conditions de travail, salaires) et des usagers (qualité des produits et du service). Elles sont toutes organisées pour exercer une influence, à travers des groupes de pression nationaux, européens (InsuranceEurope, MedTechEurope, l'EFPIA, Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques...),

internationaux (comme le Forum Économique Mondial et sa plateforme pour le futur de la santé). Elles ont accès aux décideurs politiques et aux législateurs, complètement dépassés par la situation au mieux, convaincus de la pertinence de confier notre santé à ces entreprises au pire. Peut-être tous ces décideurs sont-ils éblouis par les fables futuristes des entreprises qui délivrent des solutions « clé en main » présentées à grand renfort d'infographies et autres montages vidéos

hypnotisants. Cela nous mène toutefois à des situations absurdes et graves, où la priorité est donnée aux « solutions digitales » alors que l'accès aux soins de base est insuffisant dans les campagnes et les quartiers les plus peuplés ; où on entend régler une détresse psychologique croissante par de la télémédecine<sup>12</sup>.

Ces entreprises constituent aussi des placements pour des capitaux qui n'ont de cesse de trouver de nouveaux espaces d'où tirer une rente.

## Derrière ces entreprises, des capitaux qui cherchent des débouchés

Depuis la crise financière de 2008, le creusement des inégalités s'est accéléré<sup>13</sup> : on a sauvé le système bancaire et financier en endettant massivement les États. Le choix de l'austérité, qui veut que la dette publique soit payée par la population à coups de réduction des budgets dans la santé, de pression sur les allocataires sociaux ou de réduction

des investissements dans les infrastructures, affecte particulièrement les personnes qui étaient déjà en situation de précarité. De l'autre côté, en sauvant le système financier, on a aussi sauvé ceux qui en profitent le plus : la partie de la population dont le patrimoine était déjà grand et qui tire une part importante de ses revenus de loyers, de dividendes et autres

plus-values<sup>14</sup>. Sans surprise, l'appauvrissement des uns a nourri l'enrichissement des autres.

Tous ces capitaux, accumulés<sup>15</sup> de manière accélérée depuis 2008 par une minorité de la population, cherchent encore et toujours des débouchés, des endroits, des activités, dans lesquelles « investir » pour en tirer de la valeur. Comme ce capital n'en

12 Le géant de l'évasion fiscale, de l'audit d'entreprise et du conseil Deloitte collabore ainsi avec le World economic forum pour faire évoluer le cadre réglementaire et permettre des évolutions technologiques dans la fourniture de soins en santé mentale.

13 Voir l'article « [Crise financière, sauvetages bancaires et inégalités](#) » sur le site [alinefares.net](#)

14 En Belgique, d'après une étude réalisée par l'université de Leuven, 85 % des actions (titres financiers) sont détenues par 10 % de la population.

15 Voir le spectacle (rire garanti) d'Audrey Verdon « [Comment j'ai épousé un milliardaire](#) »

finit pas de croître – et qu’il n’a pas été confiné, lui<sup>16</sup>, mais bien sauvé – il lui faut toujours plus de débouchés.

Comme tant d’autres, le *marché* de la santé (sic!) représente un débouché important pour ces capitaux. Les technologies (*biotech*, *medtech*, *e-santé* ou télémédecine, gestion des données des patient·e·s...) représentent une opportunité qui se chiffre en centaines de milliards. C’est tout l’intérêt de ces technologies: elles demandent du capital en quantité. Mais tout investisseur entend récupérer sa mise, additionné d’une plus-value et d’intérêts ou de dividendes. Il faut donc prendre ce bénéfice quelque part: les cotisations sociales, les budgets publics, la part qui revient aux patient·e·s et celle couverte par les éventuelles assurances-santé complémentaires, voilà l’argent tant convoité, voilà le marché.

Mais les cotisations et les budgets publics sont à la fois la manne et la limite à la marchandisation et à la privatisation du secteur de la santé. Comme le mentionne le Gresea dans son article sur le sujet<sup>17</sup>, de nombreux patients « ne peuvent généralement pas payer le prix de marché pour se faire soigner. Pour être profitable, le secteur commercial a donc besoin de financements publics ou socialisés afin d’étendre le marché, au-delà d’une minorité de personnes aisées et solvables ». En d’autres termes, si un médicament n’est pas ou peu remboursé par la sécurité sociale, il ne sera probablement pas mis en vente, faute de profits en perspective.

Les assurances complémentaires aux remboursements de la sécurité sociale pourraient cependant ouvrir de nouvelles portes. Des multinationales de l’assurance comme l’allemand

Allianz ou le français Axa ont fait leurs armes à domicile ou sur les marchés anglo-saxons. Elles peinent encore à avancer dans certains pays d’Europe continentale, notamment en France et en Belgique<sup>18</sup> où la relativement bonne prise en charge des soins par la Sécu rend leur offre superflue. Cela dit, depuis 2002, les balises réglementaires d’un marché unique européen de l’assurance privée ont été mises en place.

Les jalons sont posés, des brèches sont ouvertes pour le capital. Le choc de la pandémie semble justifier une accélération spectaculaire de l’avancée des logiques marchandes et financières: un approfondissement du capitalisme<sup>19</sup> qui dans le domaine de la santé, profite aux laboratoires pharmaceutiques et aux apôtres du tout-digital. Depuis le début de l’année 2020, les dépenses de santé ont

16 Dans les périodes de crise financière comme celle qui se joue depuis le début de la pandémie, les volumes échangés sur les marchés financiers ont tendance à augmenter.

17 A voir sur [le site du Gresea](#)

18 Voir l’étude de la DREES (institut public français) pour des données chiffrées: « La place de l’assurance maladie privée dans six pays européens La France, l’Allemagne, l’Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. » [https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62738/1/dossiers\\_19.pdf](https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62738/1/dossiers_19.pdf)

19 VOIR Naomi Klein et sa théorie du choc, bien illustrée dans la vidéo de Partager c’est sympa « [Après la COVID 19, la stratégie du choc](#) ».

fortement augmenté<sup>20</sup>. Dans le même temps, les mesures de soutien à l'économie incluent des «reports de charges» qui visent à alléger la trésorerie des entreprises, mais réduisent les entrées dans les caisses de la sécurité sociale, alors que c'est le mouvement inverse qu'il faudrait opérer, en augmentant la contribution des grandes entreprises et des plus hauts revenus<sup>21</sup>.

Le danger est que la sécurité sociale et les hôpitaux soient maintenus dans une situation de fragilité financière qui exige une assistance: assistance soit de l'État, qui recourra à l'endettement, se soumettra plus encore aux exigences des investisseurs qui le financent et imposera plus d'austérité à la population, soit de «partenaires privés» qui viendront proposer leurs solutions miracles. Le plus

probable, si l'on ne résiste pas, sera une combinaison des deux.

L'argument de vente d'une assurance maladie privée est en tous cas imparable dans un contexte dégradé. Ainsi, il est de plus en plus difficile d'accéder à des médecins



spécialisés conventionnés ou consultant en hôpital public: les temps d'attente peuvent se compter en mois du fait du

manque de praticien-ne-s. Cela incite celles et ceux qui en ont les moyens à consulter des spécialistes non conventionnés, c'est-à-dire aux honoraires (parfois largement) supérieurs aux montants couverts par la Sécurité sociale. Souscrire une assurance privée permet de couvrir ces frais

supplémentaires tout en ayant accès au médecin plus rapidement et dans un environnement qui peut s'avérer plus sécurisant (surpeuplement en milieu hospitalier, maladies comme la Covid qui en limitent l'accès et font craindre un virus...). **Cela empire les inégalités d'accès aux soins et renchérit le coût de ces soins<sup>22</sup>. Mais une autre conséquence serait que le déploiement de l'assurance privée renforce notre dépendance aux marchés financiers et réduise nos possibilités d'action politique.**

20 La perte des hôpitaux belges serait ainsi de 2 milliards d'euros pour l'année 2020: <https://www.lalibre.be/belgique/societe/la-crise-du-coronavirus-doit-amener-une-reforme-structurelle-du-financement-des-soins-de-sante-5fb503267b50a6525b6cad1d>.

21 Voir le dernier chapitre de l'étude du CADTM, précitée, pour une large liste de propositions pour un refinancement de la sécurité sociale et une refonte du système de santé ainsi que les articles de R. Burton publiés par Smart.

22 Aux États-Unis (un système de santé largement privatisé, très éloigné de celui qui prévaut en France ou en Belgique), les soins de santé coûtent beaucoup plus cher et représentent une part significativement plus élevée du PIB.

## Refuser la construction d'une nouvelle «alternative infernale»

Dans leur ouvrage *La sorcellerie capitaliste*, Isabelle Stengers et Philippe Pignarre nomment «alternatives infernales» «l'ensemble de ces situations qui ne semblent laisser d'autre choix que la résignation». Une opération de «capture sorcière». La peur de se retrouver dans l'incapacité de payer des soins de santé, de nouvelles lunettes ou une intervention dentaire, nous pousse à être toujours plus prévoyant·e·s, individuellement, chacun·e depuis notre place... et si on le peut. Accéder à des droits supplémentaires en payant des primes régulières à une société d'assurance privée, plutôt que de compter sur les cotisations pour y parvenir. Cela devient un moyen (légitime, ce n'est pas la question) de se rassurer, de se dire que non, on ne devra pas un jour choisir entre un implant dentaire ou le paiement du loyer.

Mais pensons au trajet de ces primes : elles sont rassemblées au sein de fonds gérés par des spécialistes de l'investissement. Certes, une partie de ces fonds doit rester disponible en cas de demande de remboursement, mais le reste part alimenter les marchés financiers. C'est ainsi que les sociétés d'assurance

augmentent leurs bénéficiaires et qu'elles sont devenues les plus gros investisseurs sur les marchés. Comme pour les plans d'épargne-retraite ou les assurances-vie, les entreprises et individus en charge de la gestion de ces fonds prennent chaque jour des décisions d'achat d'actions (part de capital d'une entreprise), d'obligations (part de dette d'une entreprise, d'un État, de particuliers), et autres fantaisies financières diverses et variées. Que se passe-t-il alors quand les marchés chutent ? C'est à cet endroit que se trouve «l'emprise sorcière» que Stengers et Pignarre tentent de nous rendre visible dans leur livre : on sait que les marchés financiers nous font mal (licenciements boursiers, investissements dans les énergies fossiles et autres pratiques destructrices, coût des crises financières, pour ne prendre que ces quelques exemples) et on peut se prendre à rêver à leur disparition, et pourtant «nous» pourrions bien devenir une partie du problème dès lors que notre assurance-santé, notre épargne-retraite ou notre assurance-vie s'y trouvent embarquées. Nous voilà coincé·e·s. En cas de crise financière, les

personnes qui auront souscrit à ces services se retrouveront devant un dilemme impossible – une alternative infernale :

- soit sauver ces assureurs qui risquent la faillite, et ainsi maintenir leurs «droits». Mais au passage, elles défendront des intérêts qui ne sont pas les leurs en maintenant en place un système financier qui profite à une minorité, nourrit les inégalités et détruit le vivant;
- soit abandonner ces «droits» et se retrouver avec le minimum garanti par ce qu'il resterait alors de la sécurité sociale.

Et que se passerait-il alors ? Les questions que l'on peut se poser aujourd'hui peuvent se résumer ainsi : la «classe moyenne», dont on ne sait plus bien ce qu'elle comprend, abandonnera-t-elle les plus pauvres à leur sort ? Ceux et celles qui auront pu se constituer un petit pactole soutiendront-ils un sauvetage massif du système bancaire et financier au nom de leurs retraites, de leurs assurances et de leur épargne quitte à ce que le coût en soit porté par toute la population, et en premier lieu les plus précarisé·e·s ? Se désolidariseront-ils de nous lorsque nous nous battons pour que le coût de ces sauvetages bancaires ne

nous soit pas imposé via de nouveaux plans d'austérité destructeurs, et pour que ces coûts soient imposés aux plus riches qui ont largement les moyens de les supporter? Nous soutiendront-ils lorsque nous nous battons pour restaurer une sécurité sociale digne de ce nom, et que nous voudrions enfin faire porter le coût de leurs violences à ceux qui ont tout? Est-ce qu'ils y croiront, ou est-ce qu'ils se laisseront prendre par le discours du chaos qui ne manquera pas de tenter son retour: «si on ne

sauve pas le système financier, TOUT va s'effondrer et il ne vous restera plus rien»?

S'opposer au démantèlement des systèmes solidaires de retraite et de soins de santé, empêcher coûte que coûte ce démantèlement, c'est se donner la possibilité de résister au discours du chaos et au gouvernement par la peur. C'est aussi se donner des moyens objectifs et puissants de résister à l'avancée d'une vision morbide de la santé, et de construire un système de

soin accessible à toutes et tous, qui mette le lien humain et la qualité des soins au centre, et qui soit respectueuse de ceux et celles qui nous soignent. Soignant·e·s, syndicats et les mouvements sociaux résistent en défendant une certaine idée du service public et de la sécurité sociale. Réjouissons-nous, mais surtout, soutenons-les, rejoignons-les.

Aline FARES  
Novembre 2020

## Sources et ressources

BALLAST, La santé en lutte: «[Le délabrement des soins de santé a été préparé](#)», interview d'Alice et Leila, soignantes et militantes au sein de La santé en lutte, septembre 2020.

Roger BURTON, [La sécurité sociale du futur, aujourd'hui \(1/2\). Pour une refondation européenne](#), Smart, 2019  
- [La sécurité sociale du futur, aujourd'hui \(2/2\). Des règles de financement et de fonctionnement à réinventer](#), Smart, 2019

CORPORATE EUROPE OBSERVATORY [Au nom de l'innovation, résumé en français](#), mai 2020.

Aline FARES, [Crise financière par temps de pandémie](#), mars 2020.

SEBASTIAN FRANCO, [Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé](#), GRESEA, 2018

Gilles GRÉGOIRE [Les soins de santé en Belgique: de la privatisation à la socialisation?](#), CADTM, juin 2020.

Naomi KLEIN [interviewée par Democracy Now](#), avril 2020.

Philippe PIGNARRE et Isabelle STENGERS, [La sorcellerie capitaliste. Pratiques de désenvoutement](#), Paris, La Découverte, 2009.

Rachel TENSEY, [The creeping privatisation of healthcare, Problematic EU policies and the corporate lobby push](#), CORPORATE EUROPE OBSERVATORY, Juin 2017.