



Pourquoi
les soins
de santé
publics
sont
meilleurs

Résumé

L'accès à des soins de santé efficaces et de qualité est un droit humain fondamental. Ce droit est plus efficacement garanti si les services de santé sont organisés par des pouvoirs publics sous contrôle démocratique. Une implication accrue des entreprises dans la fourniture et le financement des services de santé, mais aussi une mainmise accrue sur la gouvernance et le développement par les entreprises sont autant de tendances préoccupantes, car généralement, les intérêts des entreprises ne sont pas alignés sur le bien public. L'objectif premier des entreprises est d'engranger des bénéfices, pas de garantir la santé pour tous. De plus, les entreprises ne rendent pas de comptes aux titulaires de droits, mais bien à leurs actionnaires. À contrario, l'approche axée sur les droits humains fait des États et des gouvernements les principaux détenteurs d'obligations. Les études de cas montrent que seule une action collective menée par des mouvements sociaux, peut susciter un changement politique durable vers la santé pour tous.



Viva Salud est une ONG belge qui est née de la conviction que tout individu a le droit à la santé. C'est pour cela que nous encourageons la croissance des mouvements sociaux qui luttent pour le droit à la santé aux Philippines, en Palestine, en République Démocratique du Congo, à Cuba et partout ailleurs.

www.vivasalud.be

Ce dossier est

- rédigé par Julie Steendam, avec le soutien actif de Chiara Bodini et André Crespín
- Réalisé avec le soutien financier de la Direction-Générale Coopération au Développement et Aide humanitaire (DGD)
- mis en page par
Timothée Génot / redkitten.com
- imprimé par EPO

Mars 2019

Pourquoi les soins de santé publics sont meilleurs

0	Introduction	4
1	La santé est un droit humain	6
1.1	L'inégalité rend malade	
1.2	Quand le citoyen doit payer les soins de santé	
2	Planter le décor	11
2.1	Privatisation : que cache ce mot ?	
2.2	Un remède idéologique pire que la maladie	
3	Commercialisation des soins de santé : quels sont les risques ?	17
3.1	La privatisation déclenche une inégalité accrue dans l'accès aux soins	
3.2	La privatisation est souvent plus onéreuse sur le long terme	
3.3	La privatisation n'est pas plus efficace	
3.4	La privatisation n'améliore pas la qualité	
3.5	La privatisation induit un recul du contrôle public	
3.6	La privatisation réduit la disponibilité des professionnels de santé et détériore leurs conditions de travail	
4	L'histoire nous donne raison : les soins de santé publics sont meilleurs	33
4.1	Quel système de soins de santé souhaitons-nous ?	
4.2	Des campagnes fructueuses de la société civile	
5	Conclusion	42





0

Introduction

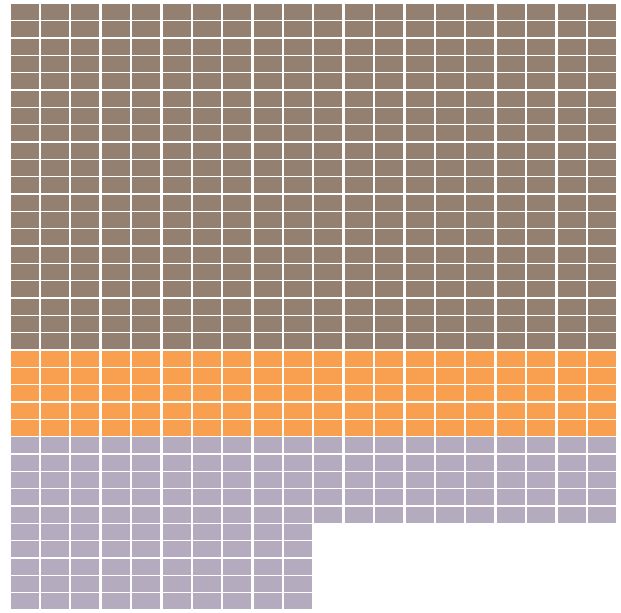
Les indicateurs de santé comptent parmi les références traditionnelles de l'évaluation du développement. Quatre des huit Objectifs du Millénaire pour le développement étaient directement ou indirectement liés à la santé. Cette forte présence est également notable dans les récents Objectifs de développement durable. Il n'y a là aucune coïncidence : pratiquement toutes les interventions politiques et humanitaires influencent la santé d'une population. La santé et l'accès aux services de santé n'en demeurent pas moins un défi.



400 millions de personnes
au moins dans le monde
n'ont pas accès à un ou
plusieurs services de santé
fondamentaux.

Chaque année, 100 millions
de personnes basculent dans
la pauvreté.

150 millions de personnes
connaissent des difficultés
financières du fait de
dépenses personnelles pour
accéder aux soins de santé.¹



En dépit des nombreuses preuves que notre santé relève de facteurs sur lesquels, en tant qu'individus, nous n'avons pas de contrôle direct, nous assistons à un glissement du discours d'une responsabilité collective vers une responsabilité individuelle. La façon dont les acteurs libéraux reformulent la santé comme étant une entité rentable et la façon dont l'influence des acteurs privés sur la politique et les services de santé progresse n'y est pas étrangère.

Avec un nombre croissant de citoyens et de mouvements sociaux, nous estimons qu'il s'agit d'une tendance préoccupante.

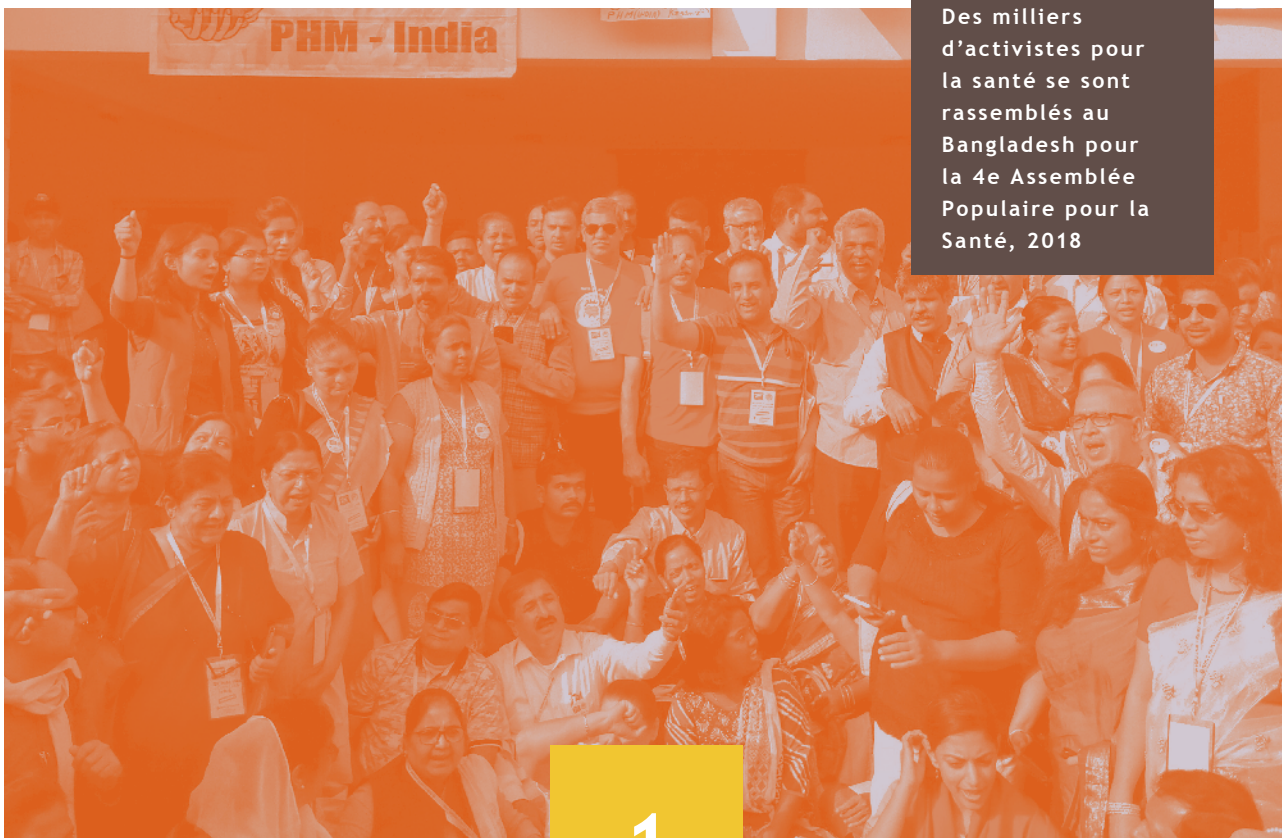
Il est indéniable que des sociétés privées assument un rôle qui ne peut être ignoré dans la prestation des services de santé et la formulation actuelle des politiques de santé. Nous ne pouvons toutefois considérer cette évolution comme un fait accompli, sans aborder le changement historique des relations de pouvoir qu'a générées cette évolution. Si l'implication privée est une réalité, elle n'est en aucun cas neutre.

La folie n'est pas dénuée de méthode. Le système économique actuel doit s'étendre vers de nouveaux secteurs pour réaliser des bénéfices

et éviter de nouvelles crises. Par conséquent, il tente également de s'étendre vers le marché de la santé et des soins de santé de différentes façons, en regroupant la santé entre les mains de quelques-uns, tout en privant les citoyens de services de base.

Il est important d'envisager la commercialisation de la santé dans le cadre d'un agenda néo-libéral plus vaste, qui soumet toutes les sphères des interactions humaines et environnementales à une logique de marché. Selon une approche basée sur les droits humains, nous devons abandonner l'idée que le marché est un environnement favorable à l'épanouissement des soins de santé.

Nous sommes convaincus que la lutte pour le droit à la santé doit être menée collectivement. Dans le dernier chapitre, nous mettrons l'accent sur le potentiel des mouvements sociaux à pousser les responsables à concrétiser ce droit. Nous espérons que ce document pourra compléter les preuves existantes et renforcer l'impact croissant de ces mouvements qui s'opposent à la commercialisation de la santé et à la privatisation des soins de santé.



Des milliers d'activistes pour la santé se sont rassemblés au Bangladesh pour la 4e Assemblée Populaire pour la Santé, 2018

1

La santé est un droit humain

La plupart des Etats du monde ont reconnu officiellement le droit à la santé. Notre santé est affectée par les conditions dans lesquelles nous grandissons, vivons, travaillons et mourons. Avoir la possibilité d'aller chez le médecin n'est qu'un des facteurs parmi beaucoup d'autres. Cependant, les personnes qui disposent des capacités financières les moins importantes pour payer des services de santé sont les plus enclines à en avoir besoin à un moment de leur vie.



Le droit à la santé est cité dans de nombreux instruments internationaux et régionaux des droits humains. Le plus remarquable étant la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), dont l'article 25 reconnaît que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement et les soins médicaux »².

Le droit à la santé a été défini plus tôt encore, dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946 comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et non

seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité ».³ En 2000, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies a émis une interprétation légalement contraignante du droit à la santé qui intègre toutes les dimensions du droit de l'homme à la santé.⁴

Quand une chose est reconnue comme étant un droit humain fondamental, cela implique que les États ont le devoir de protéger, promouvoir et assurer les conditions nécessaires à la réalisation de ce droit.⁵ Les citoyens ont toutefois aussi le droit de s'organiser pour revendiquer leurs droits.

1.1 L'inégalité rend malade

Chacun de ces traités affirme que l'État est le premier responsable de prendre toutes les mesures appropriées pour garantir l'égalité d'accès aux services de soins de santé, réduire les carences sur le plan de la santé parmi la population, éliminer la discrimination dans le domaine des soins de santé et s'assurer que ses citoyens vivent, grandissent, vieillissent, travaillent et décèdent dans les meilleures conditions de santé possibles.⁶ Tous les services, biens et équipements doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

Ces traités soulignent également le fait que les soins de santé ne peuvent être les seuls responsables d'une meilleure santé de la population.⁷ De nombreux facteurs interdépendants influencent la santé, notamment la classe socio-économique, l'éducation, le logement, la situation professionnelle, l'accès à des aliments nutritifs, le genre, entre autres. Ils sont dénommés « les déterminants sociaux de la santé » (Dahlgren & Whitehead, 1991). De fait, comme le montre le graphique ci-dessous, il existe des preuves déterminantes

que les principaux facteurs affectant notre santé sont les conditions socio-économiques.

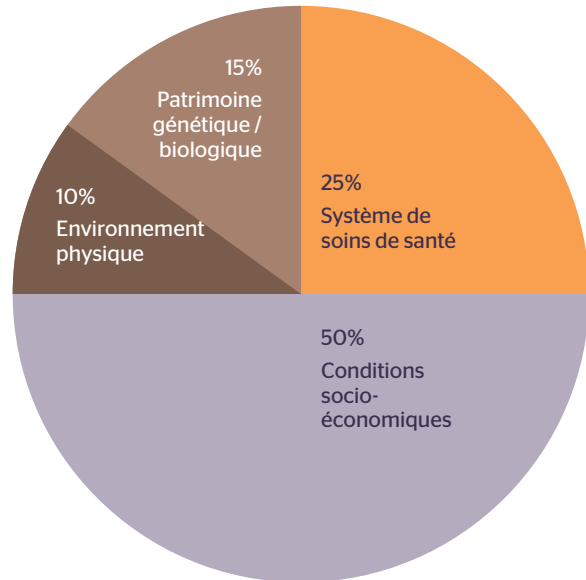
Telle est l'origine de l'inégalité. Le rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé⁸ de l'Organisation mondiale de la santé affirme que la santé et la maladie ne sont pas équitablement réparties dans la société et que la maladie affecte de manière disproportionnée ceux qui ont le moins accès aux ressources telles que la nourriture, l'eau et un environnement propres, l'éducation, des emplois sûrs et stables et des systèmes de protection sociale basés sur la solidarité.

Notre santé est par conséquent influencée par notre position sociale, en conséquence de quoi les personnes qui disposent des capacités financières les moins importantes pour payer des services de santé sont les plus enclines à en avoir besoin à un moment de leur vie.

Le système économique et politique en place façonne les conditions d'amélioration de ces déterminants sociaux de la santé, par exemple par

ses politiques environnementales et du logement, les prix des denrées alimentaires et des médicaments, ainsi que l'accès à l'eau. Il est primordial de réduire la charge inutile des maladies. Des études récentes soulignent en outre l'importance d'une égalité globale dans les sociétés en termes de santé et de bien-être.⁹ Pour atteindre une solution structurelle, la promotion de la santé ne doit pas **uniquement mettre l'accent sur les facteurs ayant une incidence sur la santé, mais sur les processus qui déterminent leur distribution inégale au sein de la société.**

L'essence du droit à la santé peut être résumée comme suit : la santé est une question de justice sociale.



L'impact des déterminants sociaux sur la santé¹⁰

Source: Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002

1.2 Quand le citoyen doit payer les soins de santé

Bien que les services de soins de santé ne peuvent jouer qu'un rôle limité dans la santé globale de la population, son accessibilité demeure un déterminant majeur.

Le piège de pauvreté médicale, un concept élaboré par Margaret Whitehead, décrit bien les conséquences des frais modérateurs sur les ménages les plus pauvres.¹¹ Les frais modérateurs sont la part que les patients doivent prendre à leur charge lorsqu'ils ont recours aux services de santé.¹² Il peut s'agir du coût complet du service fourni ou d'une contribution partielle dans le cadre d'un régime d'assurance maladie plus vaste.

Il n'est pas rare que les ménages confrontés à la maladie rencontrent des obstacles pour leur traitement. Tel est le piège. Ils doivent poser des

choix difficiles : soit ils reportent les soins (au risque d'aggraver leur situation sanitaire), soit ils s'appauvrissent en faisant des dépenses de santé catastrophiques. Cette dernière option pousse souvent les ménages à vendre du bétail ou à réduire leurs dépenses alimentaires ou scolaires. Cette situation n'est pas propre aux systèmes basés sur les frais modérateurs : dans les systèmes basés sur l'assurance, comme c'est le cas aux États-Unis, des dépenses de santé catastrophiques sont également une réalité pour les personnes assurées. En Belgique également, une personne sur dix reporte un traitement parce qu'elle ne peut assumer les frais médicaux, même si le système de couverture est considéré comme universel.

Qu'est-ce qu'un système de santé ?

L'OMS définit un système de santé d'un pays comme étant la somme de toutes les organisations, ressources et personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Généralement, les systèmes de santé sont composés de sous-systèmes : un système public financé par des impôts ou des cotisations sociales ; un système privé sans but lucratif (géré par des associations, organisations caritatives, ONG, etc.) ; et (dans la plupart des pays) un système privé à but lucratif ou commercial. Dans certains contextes, ils englobent également des systèmes de médecine traditionnelle et le secteur informel. La plupart des systèmes de santé se caractérisent donc dans une grande mesure par un nombre élevé d'acteurs et de groupes d'intérêt.¹³

Cette infirmière travaille dans l'hôpital Al Awda à Gaza-city. Cet hôpital est géré par la Palestinian Union of Health Work Committees (UHWC), un partenaire de Viva Salud. UHWC y fournit des soins gratuits aux groupes les plus vulnérables. Des activités culturelles et éducatives contribuent à attirer l'attention sur les problèmes de santé et les droits des citoyens.



La couverture sanitaire universelle, la solution ?¹⁴

L'OMS prône la Couverture sanitaire universelle (CSU) comme le nouveau mantra des politiques de santé dans les pays en développement. La CSU est un accord de financement (une « assurance ») qui garantit à la population l'accès aux services de santé dont elle a besoin sans encourir de risque financier.

S'il est vrai que la CSU constituerait une amélioration pour bon nombre de personnes dans le monde, ce modèle détourne l'attention de la qualité et de la disponibilité des services de santé vers le seul aspect de leur financement.

Le financement public a été pris en compte dans ces réformes, mais des mesures ont été adoptées pour isoler les acheteurs des fournisseurs. Cela contribue à l'idée risquée que les soins de santé peuvent être traités comme tout autre bien de consommation et autorise l'arrivée de compagnies d'assurance privées.

L'OMS reconnaît cependant que la CSU doit aller de pair avec un système de santé fort, efficient et bien géré ; l'accès aux médicaments et technologies essentiels ainsi qu'une capacité suffisante de professionnels de santé bien formés et motivés.¹⁵ Vivian Lin, directrice de la Division Systèmes de santé de l'OMS pour la région du Pacifique occidental a affirmé qu'une « protection contre les seuls risques financiers est insuffisante », et qu'en « l'absence de disponibilité de soins de santé de qualité, la CSU n'a aucun sens ».



2

Planter le décor

Dans le système des soins de santé, les privatisations se présentent sous des formes et intensités variables. Les éléments essentiels de la privatisation sont la façon dont les soins sont transformés en une relation commerciale entre un fournisseur et un acheteur et la possibilité de faire des bénéfices, parallèlement à des modifications législatives.¹⁶ Si l'implication privée est une réalité, elle n'est en aucun cas neutre. Nous examinons dans ce chapitre le changement historique dans les relations de pouvoir qui l'a provoqué.



2.1 Privatisation : que cache ce mot ?

Il est important de noter que de manière générale, les acteurs « privés » couvrent un groupe très étendu. Les fournisseurs privés peuvent être à la fois des entités formelles à but lucratif telles que les hôpitaux indépendants, des professionnels de soins travaillant à leur compte, des entités informelles pouvant inclure des fournisseurs sans licence ou des vendeurs de médicaments de rue, et des fournisseurs sans but lucratif tels que des organisations communautaires et sociales, des organisations non gouvernementales, etc.¹⁷ Dans le présent document, lorsque nous utilisons le terme « secteur privé », nous évoquons tous les types d'acteurs privés à but lucratif.

La commercialisation évoque généralement le processus consistant à appliquer des principes du marché au fonctionnement des politiques et des systèmes.

La privatisation débute quant à elle lorsque le financement et la mise en œuvre des services de santé, les politiques et la production de produits liés à la santé sont pris en charge par des acteurs privés à but lucratif plutôt que par le gouvernement ou un autre organisme public.

Les partenariats public-privé, ou PPP, sont une forme spécifique de privatisation, il s'agit de « contrats à long terme en vertu desquels le secteur privé construit et gère parfois des projets d'infrastructure ou services majeurs traditionnellement fournis par l'État, par exemple des hôpitaux, des écoles, des routes, des chemins de fer, l'eau, l'assainissement et l'énergie »¹⁸.

L'application d'une approche d'entreprise à la gouvernance d'une institution de santé, même en l'absence de collaboration directe d'acteurs privés, peut être considérée comme une forme de commercialisation, puisque ses priorités et indicateurs seront redéfinis suivant des termes économiques et managériaux.¹⁹ Prenons à titre d'illustration le recours à des « groupes homogènes de malades » pour contrôler les performances d'un hôpital en termes économiques. Ces groupes associent chaque état de santé aux coûts de son traitement.

Les mécanismes favorisant l'émergence des acteurs privés à but lucratif dans le secteur de la santé sont multiples.²⁰ Les plus connus sont :

- l'ouverture du secteur de la santé à de nouveaux acteurs par la libéralisation des marchés publics, par exemple par des accords commerciaux.
- La décentralisation ou la réorganisation de la gouvernance de la santé qui débouche sur une modification du financement.
- L'insatisfaction des besoins du fait d'une politique d'austérité permettant aux fournisseurs privés de « combler les lacunes ».
- L'application d'un fonctionnement entrepreneurial pour faciliter le transfert vers la privatisation effective (gestion des ressources humaines, création d'indicateurs, quantité plutôt que qualité).

- La privatisation « partielle » par l'externalisation au secteur public de services spécifiques tels que le nettoyage, le catering ou les services d'imagerie médicale.
- L'encouragement des investissements privés dans les services de soins de santé par l'instauration de partenariats public-privé.
- La modification de la perspective politique d'une responsabilité sociétale vers une responsabilité individuelle.
- La promotion de l'assurance privée, tant comme une commodité de base que comme une commodité complémentaire.

2.2 Un remède idéologique pire que la maladie

Those opposed to the welfare state never waste a good crisis

McKee and Stuckler 2011

Ceux qui s'opposent à l'État providence tirent toujours profit d'une bonne crise.

Traduction libre

De tout temps, le débat sur le rôle de l'État dans les soins de santé est étroitement lié à la définition de la santé, explicite ou implicite.

Les interventions portant sur des maladies spécifiques ou l'approche traditionnelle de la santé, humanitaire ou basée sur les besoins, ont longtemps été de mise. Toutefois, la prise de

conscience que ces interventions ne peuvent fonctionner que si elles reposent sur une prestation plus vaste de services de santé de base a ²¹ atteint un point culminant dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, « La santé pour tous à l'horizon 2000 », qui prône des systèmes de santé intégrés basés sur des soins de santé primaires complets, développés avec la participation des communautés et une collaboration intersectorielle pour améliorer les déterminants sociaux de la santé.²²

L'évolution des relations de pouvoir au niveau international a cependant rapidement mené à qualifier cette idée d'« irréaliste » et de « coûteuse » et à son remplacement par des soins de santé primaires sélectifs, avec un accent sur la rentabilité et la promotion d'interventions spécifiques, principalement pour les enfants et les femmes.

Dans le même temps, les institutions financières mondiales de premier plan, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, instauraient

leurs tristement célèbres Programmes d'ajustement structurel dans les années 1980.²³ Ces programmes ont été imposés aux pays en développement comme une façon d'ouvrir de nouveaux marchés aux investisseurs étrangers. Leurs réformes de la santé orientées sur le marché ont entraîné d'importantes réductions des dépenses liées aux soins de santé publics dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et la privatisation des systèmes de soins de santé. La conséquence dramatique de cette évolution s'est manifestée, au tournant du millénaire, par l'effondrement des systèmes de santé dans les pays en développement, avec de piètres infrastructures, une éthique défailante parmi les professionnels de la santé et une augmentation des dépenses de soins de santé catastrophique pour les ménages, assortie d'une participation personnelle importante.²⁴

En dépit de nombreuses critiques, le principe de base demeure inchangé : l'État ne doit pas directement fournir des services, mais il doit jouer un rôle catalyseur dans lequel il serait plus le gestionnaire d'une vaste gamme de fournisseurs de services qu'un acteur direct et actif.

Aujourd'hui encore, nous constatons que la gestion par le secteur privé est présentée comme une solution acceptable légitimée par l'effritement des services de santé publics.²⁵ Cette logique ignore totalement les devoirs des États en matière de droit à la santé, mais aussi le fait que ce sont l'austérité²⁶ et les réformes orientées sur le marché qui ont débouché sur cette situation.

Toujours dans les années quatre-vingt, les institutions internationales ont lancé des programmes de partenariat de financement avec des acteurs du secteur privé, généralement appelés « philanthropes ». Cela a impliqué un important éloignement de l'agenda international de la santé, principalement orienté par des acteurs publics gouvernementaux au sein d'institutions multilatérales. Il

n'est pas rare que ces acteurs commerciaux aient des intérêts indirects dans l'industrie pharmaceutique, des services de santé ou des compagnies d'assurance. Cette approche est, aujourd'hui encore, évidente dans les politiques de développement nationales, régionales et mondiales. La Fondation Bill et Melinda Gates par exemple est le premier financier non étatique de l'OMS, et son deuxième plus grand donateur après les États-Unis d'Amérique. C'est l'une des forces motrices des partenariats public-privé.^{27 28}



À Cuba, la population a accès gratuitement aux médicaments sous ordonnance.
(cc Julie S)

Selon David Himmelstein, dans l'économie capitaliste, la médecine est une industrie.

Comment la santé peut-elle être rentable? David Himmelstein, professeur de santé publique à la City University de New York, identifie quatre rôles des systèmes de santé dans l'économie capitaliste ²⁹:

- Accroître la productivité des travailleurs.
- Maintenir la paix intérieure et la stabilité sociale nécessaires à la production et aux bénéfices.
- Créer un marché pour la vente de produits tels que les médicaments et les appareils médicaux.
- Une économie qui génère des produits et qui est elle-même un important domaine d'investissements et de bénéfices.

Comme nous l'expliquerons dans le chapitre consacré à l'efficacité, imposer l'inégalité et tirer des bénéfices nécessite un important appareil bureaucratique dans les soins de santé. En 2017, le système de santé américain comptait environ 10 fois plus de managers que 40 ans plus tôt.³⁰ À titre de comparaison : le nombre de médecins a seulement doublé.³¹ Dans le même temps, la population américaine connaît un fossé grandissant dans l'espérance de vie en fonction des revenus.³²

Le National Health Service - du bon exemple au mauvais exemple³³

Le système de santé britannique peut être utilisé pour illustrer comment une pensée néo-libérale et des changements dans les relations de pouvoir mènent à la destruction d'un système de santé performant.

Le National Health Service (NHS), qui fut longtemps le modèle phare des soins de santé universels, financé par les impôts, en Europe, a célébré son 70^e anniversaire en 2018. Créé en 1948, le NHS est le résultat d'une vaste réforme du système de protection sociale existant. Il s'appuyait sur trois principes fondamentaux : il serait universel, étendu et gratuit au point de délivrance.

La planification rationnelle et réactive visait la redistribution des ressources et des services de soins de santé dans l'ensemble du pays en fonction des besoins. Alors que les autorités de santé régionales et de district jouaient un rôle central dans les décisions, toutes les organisations de la NHS devaient directement rendre des comptes au Secrétaire d'État à la Santé.

L'accès universel à la santé en Grande-Bretagne a contribué à améliorer la santé de la nation : l'espérance de vie a progressé d'un peu plus de dix ans pour les hommes et de plus de huit ans pour les femmes, tandis que les enfants risquent cinq fois moins de mourir en bas âge que ce n'était le cas à l'époque de la création du NHS. De plus, de récentes comparaisons des systèmes de santé menées dans sept pays industrialisés ont classé le NHS parmi les meilleurs systèmes de soins en termes de qualité, d'efficacité et d'accès aux soins.

En résumé, le NHS montrait au monde que des soins de santé financés, détenus et fournis par les pouvoirs publics fonctionnaient.

Le tournant s'est produit dans les années 1980, lorsque Margaret Thatcher est devenue Première ministre et a introduit des principes de gestion du secteur privé dans les soins de santé. Cette commercialisation a débouché sur l'introduction de soins de santé quasi commerciaux et sur une externalisation des soins centrés sur la concurrence et le « choix ». Le NHS, initialement système unifié étendu, s'est transformée en une sorte de société holding qui « franchise » les services de santé à divers fournisseurs publics et privés.

La recherche montre des résultats dévastateurs tels que des « décès injustes et prématurés », l'indisponibilité de soins pour les patients qui ont besoin des services les moins rentables, de nombreuses fermetures d'hôpitaux responsables de taux de mortalité croissants et de retards dans les soins, ainsi que la perte de milliers de postes infirmiers.

Bien qu'initiée par Thatcher, la privatisation du NHS a toujours fait partie d'une évolution plus importante d'un État providence vers un État marché soutenu par une foule de lobbyistes. Ce processus se poursuit aujourd'hui sous la forme d'une austérité et d'accords de libre-échange. La porte tournante entre la direction du NHS et des postes au sein d'entreprises en est la preuve. Les idéologues néo-libéraux continuent d'occuper des postes de premier plan au sein du gouvernement. La réponse publique à cette réforme est arrivée trop tard à cause de la désinformation et de l'ignorance due aux politiciens et aux médias commerciaux. Nous constatons toutefois aujourd'hui que le NHS demeure un important facteur de mobilisation au Royaume-Uni et qu'il est toujours en tête des priorités politiques.



3

Commercialisation des soins de santé : quels sont les risques ?

Les raisons pour lesquelles la logique du marché n'améliore pas les soins de santé d'une société sont en partie structurelles. Très souvent, la maximisation du profit se fait aux dépens d'investissements nécessaires dans l'infrastructure, la recherche, les travailleurs de santé et l'égalité d'accès aux soins. Nous les exposerons en commençant par les six conceptions erronées les plus fréquentes.

.....

3.1 La privatisation déclenche une inégalité accrue dans l'accès aux soins

« La privatisation favorise naturellement ceux qui peuvent se permettre les soins. »

(Oxfam, 2009)

L'introduction d'une logique consumériste dans les systèmes de santé mène à l'abolition du principe de solidarité et des droits humains. Comme expliqué précédemment, ceux qui ont les plus faibles capacités financières sont souvent contraints de vivre dans de mauvaises conditions de santé, de consommer de la nourriture moins saine et sont plus largement confrontés au stress, ce qui génère des besoins médicaux plus importants.

Le principal objectif des entités privées à but lucratif est, comme leur nom l'indique, de faire des bénéfices, ce qui compromet inévitablement l'accès universel à des soins de santé de qualité. Les services de santé peuvent être rentables de trois façons : en facturant des frais modérateurs, en se concentrant sur les personnes qui peuvent se permettre de payer et en obtenant des subventions publiques.

La première option débouche sur des dépenses de santé catastrophiques et aggrave l'état de santé quand des malades doivent reporter des soins. Les frais modérateurs peuvent être considérés comme une forme de privatisation, puisqu'ils constituent un glissement d'un financement

public redistributif vers des sources de financement privées et individuelles. De plus, sans surprise, les études montrent que l'introduction des frais modérateurs a réduit l'accès aux soins en touchant le plus durement les utilisateurs aux plus faibles revenus.

L'Institut de recherche des Nations unies pour le développement social a résumé comme suit l'expérience des frais modérateurs : « De toutes les mesures proposées pour augmenter les revenus des populations locales, celle-ci est certainement la plus mal avisée. Une étude menée dans 39 pays en développement a montré que l'introduction de frais modérateurs n'avait que faiblement augmenté les revenus, tout en réduisant significativement l'accès aux services sociaux de base pour les plus faibles revenus. D'autres études ont montré que les frais modérateurs renforcent l'inégalité hommes-femmes »³⁴. En 2006, le Burundi, l'un des pays les plus pauvres au monde, a imposé des services de maternité et des soins de santé gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Après l'adoption de cette mesure, le pays a enregistré une baisse de 43 % de la mortalité des nourrissons et des enfants.³⁵

La seconde option est également appelée « écrémage ». Dans un système mixte public - privé, l'État demeure généralement responsable des patients dont les besoins sont les plus importants et le pouvoir d'achat le plus faible, par exemple les chômeurs, les personnes âgées, les pauvres, les personnes vivant dans des zones isolées et celles qui souffrent de maladies chroniques. Il en résulte un système de santé à deux vitesses : des

services privés de grande qualité pour ceux qui en ont les moyens et des services publics lents, sous-financés pour les laissés pour compte.

La privatisation génère également des inégalités géographiques. Une étude montre que le secteur privé investit principalement dans les hôpitaux spécialisés secondaires et tertiaires urbains les plus rentables. Les zones rurales et les soins de santé primaires préventifs sont souvent oubliés.

Solution :

Un système public unifié peut absorber ces coûts marginaux et les répartir sur l'ensemble de la population. Une étude exploratoire menée par le FMI sur 30 études réalisées dans des pays en développement a montré que les dépenses publiques réduisaient significativement les inégalités.

File d'attente à deux vitesses en France³⁶

Dans les villes de taille moyenne en France, les patients doivent supporter un délai d'attente de plusieurs mois pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste dans le cadre du secteur public comme un ophtalmologue ou un gynécologue.

Ces listes d'attente impactent l'accès aux soins, avec une aggravation des pathologies souvent prise en charges trop tard, sauf pour la patientèle aisée qui pourra supporter des dépassement d'honoraires et se rendra dans ce cas dans des structures privées au délai beaucoup plus court.



Une maternité publique au Bangladesh. Près de la moitié des femmes Bengalis accouchent sans personnel soignant (chiffre OMS)
cc Julie S

Deux systèmes de santé aux Philippines³⁷

Actuellement, 8 Philippins sur 10 affirment ne jamais avoir passé de check-up médical ou un examen médical de leur vie. Le taux d'utilisation des soins de santé aux Philippines témoigne d'un accès à la santé moins élevé que la moyenne régionale.

Le principal motif de la faible couverture est un manque de moyens financiers. Les services de santé gratuits sont extrêmement limités et les plus pauvres ne sont pas en mesure de se payer les médicaments et les traitements. Cela n'a rien de surprenant, puisque les frais moyens d'une admission dans un hôpital représentent 167,5 % du salaire mensuel d'une personne qui touche le salaire minimum. À cause de la pauvreté, 6 personnes sur 10 meurent sans jamais avoir vu un médecin.³⁸

L'accès aux services de santé présente d'importantes disparités entre les différents groupes socio-économiques qui composent la société. La couverture des services de santé aux Philippines est beaucoup plus faible parmi les plus pauvres ou ceux qui n'ont bénéficié d'aucune éducation.³⁹

Les deux tiers les plus pauvres de la population ont recours aux équipements publics, plus particulièrement les Centres sanitaires ruraux et les dispensaires des villages, contre 10,6 % seulement du quintile le plus riche qui préfère les hôpitaux et les cliniques privés. Toutefois, la disponibilité des services de santé publics demeure extrêmement pauvre aux Philippines, avec d'importantes disparités entre zones urbaines et rurales. Dans le même temps, les installations publiques sont souvent mal équipées et manquent de personnel à cause du manque d'investissements.

De nombreux secteurs expriment de vives inquiétudes au sujet de la détérioration de la situation sanitaire dans le pays, conséquence d'une privatisation intensifiée des services de santé. La marginalisation des pauvres s'est encore accrue du fait des frais d'hôpitaux élevés, de la réduction du budget national consacré à la santé, de la suppression progressive des dons caritatifs aux hôpitaux publics, de l'arrivée de cliniques privées et de sociétés de diagnostic et de laboratoire non réglementés qui facturent des frais exorbitants, et de la migration des professionnels de la santé.

3.2 La privatisation est souvent plus onéreuse sur le long terme

Par conséquent, des systèmes de santé mixtes public - privé réduisent les revenus du secteur public qui demeure néanmoins responsable des plus pauvres. En résumé : le secteur public affaibli assume le risque tandis que le secteur privé engrange les bénéfices.

Une étude publiée par Eurodad, un réseau européen composé de 46 organisations de la société civile, montre clairement comment les partenariats public - privé, ou PPP, s'avèrent souvent plus onéreux que si le processus était financé et dirigé dès le début par le secteur public.

L'un des éléments essentiels aux PPP est la fourniture par le gouvernement de solides garanties à l'acteur privé impliqué sur les bénéfices prévisionnels. Or, **il s'agit d'insécurités inhérentes aux systèmes** économiques plutôt que de risques inattendus tels que des « fluctuations des taux de change, l'inflation, les prix et la demande du service fourni ». Dans les contrats PPP proposés par la Banque mondiale, l'État peut même être tenu responsable des coûts générés par les grèves des travailleurs.⁴⁰

Par exemple, pour rendre un investissement attractif, les gouvernements apportent souvent des garanties supérieures au rendement. Si la réalité s'avère différente, le secteur public est généralement celui qui assume les frais supplémentaires, ou l'entité commerciale impliquée facture aux utilisateurs des frais plus élevés pour les services que ce qui était prévu. Eurodad : « Selon des membres du personnel du Département des finances publiques du FMI, 55 pour cent de tous les PPP sont renégociés tous les deux ans en moyenne et, dans la majorité des cas, cette

renégociation débouche sur une augmentation des tarifs pour les utilisateurs ».⁴¹ En République démocratique du Congo, une consultation à « l'Hôpital du Cinquantenaire » coûte entre 20 et 25 dollars, alors que la plupart des membres de la population a 1,25 dollar par jour pour vivre.⁴²

Si ce n'est pas suffisant, les acteurs privés ont tendance à exiger des garanties plus importantes aux pays en développement, pour compenser les risques plus élevés liés aux paramètres souvent fragiles ou volatiles.

Solution :

Maintenir les investissements publics peut éviter l'explosion des coûts dus à l'instabilité inhérente au marché.

Détournement de fonds déjà rares au Lesotho⁴³

Le bras financier de la Banque mondiale, la Société financière internationale (IFC), a conseillé le gouvernement du Lesotho dans les négociations d'un PPP dans le but de remplacer un ancien hôpital. Le consortium privé a convenu d'une offre de 18 ans pour la construction et l'exploitation du nouvel hôpital, sur la base d'un retour sur investissement de 25 %.

Cette solution s'est toutefois avérée être un cauchemar financier pour le gouvernement : le nouvel hôpital coûte 7,6 fois plus cher au gouvernement que celui qu'il remplace, soit l'équivalent de 51 % de son budget de santé total.

Cette explosion des frais engendre une diminution des ressources disponibles pour résoudre les problèmes de santé sérieux et croissants dans les zones rurales, où vivent les trois quarts de la population, et où les investissements dans les services de santé sont absents. En réalité, alors qu'autrefois, les fonds publics étaient utilisés pour fournir des services de soins de santé primaires dans les zones rurales, ils sont à présent utilisés pour couvrir le partenariat privé excessivement onéreux. De plus, le gouvernement du Lesotho a proposé des réductions des budgets consacrés à l'agriculture et à l'éducation pour couvrir les frais explosifs du PPP.

3.3 La privatisation n'est pas plus efficiente

L'une des conceptions erronées communes est que les résultats des soins de santé s'améliorent parallèlement au montant des investissements consentis. Le Liban possède l'un des systèmes de santé les plus privatisés au monde et ses dépenses sont deux fois plus élevées que celles du Sri Lanka. Pourtant ses taux de mortalité infantile et maternelle sont respectivement

deux fois et demie et trois fois supérieurs.⁴⁴ La même comparaison peut être faite entre Cuba et les États-Unis. L'espérance de vie à Cuba est de 79 ans, comme aux États-Unis. La mortalité infantile à Cuba est légèrement inférieure à celle des États-Unis⁴⁵. Pourtant, le budget des soins de santé par habitant aux États-Unis est de 4 fois supérieur à celui de Cuba.⁴⁶

Les défenseurs des investissements par le secteur privé évoquent souvent des avantages de la privatisation tels qu'une meilleure croissance économique et la création d'emplois, mais sans en apporter aucune preuve.⁴⁷ A contrario, il existe des preuves, au niveau mondial, que les systèmes sans but lucratif enregistrent de meilleurs résultats tant en termes de rentabilité que de qualité. Nous comprenons « efficacité » comme étant « produire les meilleurs résultats possibles avec le budget disponible ». L'examen de 132 études comparant des hôpitaux et autres institutions de soins de santé à but lucratif et sans but lucratif aux États-Unis, entre 1980 et 2000, a montré que les hôpitaux et institutions sans but lucratif enregistraient souvent des résultats supérieurs pour les deux éléments⁴⁸. Les systèmes plus privatisés sont plus fragmentés et génèrent des coûts de transactions plus élevés. Dans l'État indien du Tamilnadu par exemple, des achats groupés de médicaments par une entité du secteur public ont significativement réduit les coûts des médicaments. D'autres États mettent le même système en place.⁴⁹

Une étude menée par le Global Centre for Public Service Excellence du PNUD déclare qu'il n'existe pas de preuve convaincante que la prestation de services de santé par le secteur public ou privé soit plus efficace. Elle a toutefois montré qu'il existe un « incitant à multiplier à l'excès les traitements dans les hôpitaux à but lucratif », une tendance qui n'existe pas dans les institutions sans but lucratif. (UNDP 2015)⁵⁰

Un choix du traitement dicté par la rentabilité plutôt que par le besoin médical peut mener à des traitements excessivement complexes et souvent inutiles.

L'asymétrie de l'information sur le « marché » des soins de santé est un élément important de ce débat. Les soins de santé ne peuvent être organisés selon une vision orientée par le marché, puisque les « consommateurs », dans ce cas les patients, ne disposent pas de connaissances

suffisantes pour poser des choix informés. Comme le montre le cas du Pérou, cela entraîne la « vente » aux patients de traitements inutiles pour des motivations financières du médecin ou de l'institution privée. L'asymétrie de l'information est un contre-argument fort du discours libéral selon lequel, dans les systèmes privés, les patients sont plus libres de choisir les services et les médecins qu'ils préfèrent.

On pourrait argumenter qu'un grand nombre de fournisseurs privés pourraient offrir ces services si de solides mécanismes réglementaires imposaient des conditions pour le faire. Mais on oublie souvent que ces mécanismes ont un prix. Oxfam a calculé que les mécanismes de surveillance et de contrôle peuvent atteindre jusqu'à 20 pour cent des dépenses des budgets de la santé. La situation contraire se produit quand les capacités du gouvernement sont faibles et qu'il devient difficile de réglementer les fournisseurs privés, ce qui mène à des inefficacités encore plus criantes, voire à des cas de corruption.⁵¹

Solution :

Les systèmes publics sont plus efficaces, car ils assurent des économies d'échelle dans les achats, la fourniture et la distribution des médicaments et des équipements. Un système de santé unifié n'a pratiquement aucune dépense de publicité concurrentielle.

Les systèmes de soins de santé commercialisés vont souvent de pair avec des frais de transaction élevés.

- En 1999, 31 % des dépenses de soins de santé consacrés à des structures de soins à long terme aux États-Unis étaient affectés à l'administration, tandis qu'au Royaume-Uni, le NHS, un système de santé publique unifié, y consacrait 5 à 6 % seulement dans les années 1970.⁵²
- Medicare, le programme national de soins de santé géré par le gouvernement fédéral américain⁵³, connaît des frais administratifs moyens de 2 pour cent seulement. Il n'est pas rare que les assureurs privés aient des coûts jusqu'à six fois plus élevés.
- La publicité concurrentielle peut représenter plus de 15 pour cent des frais totaux des assureurs privés.⁵⁴

La commercialisation réduit-elle le gaspillage ? Introduction de compagnies d'assurance privées dans le système de soins de santé néerlandais

« La commercialisation aux Pays-Bas visait à réduire les coûts et pourtant les primes ont atteint des sommets en 10 ans. Elles sont passées de 1 080 euros en moyenne en 2006 à 1 260 euros en 2014. La question est : où va cet argent et est-il réellement consacré aux soins de santé ? Chaque année, les assurances - maladie dépensent près de 500 millions d'euros en frais publicitaires. Leurs bénéfices annuels dépassent le milliard d'euros. Au total, les assureurs maladie disposent d'une réserve de 9,3 milliards d'euros.

Un appel a été lancé en faveur d'une nouvelle forme d'assurance publique de base. En mars 2015, un groupe de médecins généralistes a publié un manifeste qui, en l'espace de quelques semaines, a regroupé les signatures des deux tiers des médecins actifs aux Pays-Bas.»

(Médecine pour le peuple, dans 'la santé, une commodité')

Le gouvernement du Bangladesh produit ses propres médicaments et les fournit gratuitement à ses citoyens. Les patients ne reçoivent que le nombre exact de pilules nécessaires après leur consultation, pour éviter le gaspillage.

cc Julie S



Césariennes inutiles au Pérou

« Les césariennes inutiles pratiquées dans le secteur privé constituent un exemple clair et amplement étudié. Cette procédure est pratiquée pour 80 % des naissances (pourcentage alarmant) et même 95 % dans certaines cliniques privées. Pour les césariennes, le médecin peut facturer un tarif plus élevé que pour une naissance naturelle. De plus, les césariennes peuvent être planifiées et ne durent généralement pas aussi longtemps que les naissances naturelles. Pourtant, outre le coût financier supplémentaire, la césarienne génère un risque accru pour la santé de la mère. Les médecins passent moins de temps pour l'accouchement lui-même et plus sur les femmes enceintes ou dans leur cabinet privé. Dans un système surchargé, le temps c'est de l'argent.» (Commercialisation of health care in Peru, FOS, Health, a commodity ?, 2016)

3.4 La privatisation n'améliore pas la qualité

On entend souvent dire que les fournisseurs de soins de santé commerciaux sont plus à même d'offrir une meilleure qualité. Toutefois, si « soins de qualité » est compris comme « offrir le meilleur traitement en fonction du diagnostic, au vu de preuves et des directives internationales de traitement », ce n'est pas forcément le cas. Un rapport de la Banque mondiale affirme que la qualité technique du secteur privé est généralement moins bonne que celle du secteur public.⁵⁵

Avant tout, le secteur public effectue des tâches qui ne sont pas directement liées aux prestations de soins. Bon nombre d'entre elles sont liées à l'importance de la prévention des maladies, par exemple des programmes de sensibilisation au public, une éducation à la santé et des programmes de vaccination. Ces politiques et tâches sont souvent négligées par les systèmes basés sur un but lucratif.

L'externalisation des soins de santé au secteur commercial en Chine a entraîné un déclin des soins de santé préventifs moins rentables ; la couverture de la vaccination a chuté de moitié dans les cinq années qui ont suivi.⁵⁶

Deuxièmement, pour engranger plus de bénéfices, les sociétés peuvent décider d'économiser de l'argent sur la qualité des matériaux utilisés, sur les formations et sur leur personnel, autant de mesures qui réduisent la qualité des soins et des traitements.

Troisièmement, comme indiqué ci-dessus, la qualité doit aussi être interprétée en termes de soins qui comptent, c'est-à-dire que les patients ne soient pas exposés au risque du traitement si ce dernier n'est pas nécessaire. Certains cas documentés montrent que des patients ont été soumis à des procédures médicales inutiles ou

dangereuses, simplement par appât du gain. Par exemple, des scanners peuvent exposer les patients à des doses ionisantes.


En 2010, un rapport affirmait que les dépenses non nécessaires représentaient trente pour cent du total des dépenses dans le système de soins de santé extrêmement privatisé des États-Unis. En plus de prix déraisonnablement élevés, les frais administratifs et les fraudes représentaient plus de la moitié du montant des services de soins de santé inutiles.⁵⁷

Une logique commerciale mène aussi à un parti pris biomédical, basé sur des produits commercialisables tels que la technologie et les médicaments, sans tenir compte de l'importance du système de santé dans son ensemble. Nous avons clairement assisté à cette tendance dans la transition des soins de santé primaires vers des interventions spécifiques aux maladies.

Enfin, la concurrence sur le marché de la santé peut mettre en péril la collaboration entre différents prestataires, qui est souvent un élément important de soins de bonne qualité, plus particulièrement dans le cas où il faut référer les patients vers d'autres spécialistes ou vers d'autres niveaux du système de soins de santé.

Solution :

Les services publics sont mieux à même d'organiser la qualité des soins fournis au regard des besoins réels de la population.



En 2015, Médecine pour le peuple a mené campagne devant le ministère de la Santé en Belgique pour revendiquer un système de santé où les patients pourraient aller chez le généraliste gratuitement.

Dégradation de la qualité des maisons de repos en Belgique

Ce cas est rédigé par Stephen O'Brien, de Médecine pour le Peuple⁵⁸

À Bruxelles, en Belgique, les deux tiers des maisons de repos sont entre les mains d'entités commerciales. La part des 3 plus grandes multinationales - Orpea, Armonia et Senior Living Group (Korian) - a progressé de 160 % au cours des 7 dernières années, ce qui représente un tiers de toutes les maisons de repos à Bruxelles en 2017.⁵⁹

Les infirmières et les soignants de ces maisons de repos commerciales ont dénoncé la dégradation permanente des soins due à la réduction des coûts : diminution de la qualité de la nourriture, réduction des activités organisées pour les résidents et diminution du temps passé avec chaque résident. Dans certains cas, les travailleurs mettent en avant le nombre croissant de nouveaux résidents nécessitant une attention accrue, par exemple des personnes atteintes de pathologies psychiatriques lourdes, alors que le personnel manque de formation spécifique ou de temps. Les professionnels de la santé décrivent une « industrialisation » de leur travail quotidien et une déshumanisation des résidents. Ils ciblent la direction de ces maisons de repos commerciales, motivées par les bénéfices, comme étant la cause fondamentale de ces évolutions négatives.

Parallèlement à cela, le prix net d'un séjour en maison de repos a continué d'augmenter : au cours des 5 dernières années, le nombre de maisons de repos dont le coût excède 1 700 € par mois a doublé, ce qui représente les deux tiers des maisons de repos en 2017.⁶⁰ Cette évolution a fortement influencé l'accessibilité financière, sachant que la population bruxelloise des personnes âgées est notablement plus pauvre que dans les deux autres régions de la Belgique. Le nombre de personnes de plus de 65 ans dépendantes de la sécurité sociale a doublé.⁶¹

3.5 La privatisation induit un recul du contrôle public

L'externalisation de services au secteur privé génère une perte de contrôle direct, tout en minant le droit et l'obligation de l'État de réglementer dans l'intérêt du public.

Les contrats conclus avec des fournisseurs privés peuvent être considérés comme étant une menace pour la démocratie nationale, car ils sont souvent extrêmement complexes et négociés sous le coup de la « confidentialité commerciale », rendant pratiquement impossible pour la société civile et les autorités d'exercer leur droit de participation.^{62 63}

Comme indiqué ci-dessus, ces contrats sont de nature à favoriser les opportunités pour les personnes corrompues. Le coût de la fraude dans le système des soins de santé aux États-Unis est estimé entre 75 et 275 milliards de dollars par an pour l'année 2017.⁶⁴ Ce chiffre progresse rapidement : en 2009, l'estimation la plus élevée était « seulement » de 21 milliards de dollars par an.⁶⁵

Pour ce qui est des PPP, quelques rares sociétés ont les capacités de soumissionner aux projets d'infrastructure ou de services publics à relativement

grande échelle. Cette situation limite les choix des gouvernements et la concurrence dans les processus d'appels d'offres, qui peuvent à leur tour générer un risque accru de corruption. Les grandes multinationales ont également plus de moyens et de pouvoir pour renégocier des contrats en leur faveur.⁶⁶

Solution :

L'État a l'obligation de réglementer dans l'intérêt du public. La corruption parmi les fonctionnaires est une réalité qu'il convient de ne pas négliger. Les gouvernements à tous les niveaux disposent d'un plus grand nombre d'instruments de contrôle public, tant au niveau local qu'international. Les services publics sont plus largement soumis au contrôle public.

La Grèce - Ou comment la crise économique a été utilisée pour réformer le secteur de la santé vers une privatisation accrue

« Depuis le début de la crise économique en Grèce, l'Union européenne, la Banque centrale et le FMI ont imposé des mesures d'austérité radicales, ainsi que d'autres réformes telles que des réductions radicales des dépenses publiques, des augmentations drastiques des impôts, des réductions des allocations de chômage et la privatisation de l'infrastructure publique. Les mesures d'austérité ont affecté tous les indicateurs sociaux. En 2016, 35,6 % de la population totale risquait de sombrer dans la pauvreté ou l'exclusion sociale alors que huit ans plus tôt, ce même indice était de 28,1 %. Des preuves historiques indiquent qu'en temps d'austérité, le système de santé publique doit être renforcé afin d'éviter un grave déclin du statut sanitaire de la population. Toutefois, les dictats de l'UE en Grèce ont forcé les gouvernements à poursuivre la mise en œuvre d'un programme de réforme des soins de santé dans le but de maintenir les dépenses de santé publique sous la barre des 6 % du PIB du pays (en 2007, les frais de santé de la Grèce s'élevaient à 9.6 % du PIB). Cela a mené à une augmentation des frais de soins de santé à charge du patient, avec une augmentation des paiements conjoints sur les médicaments pouvant atteindre 25,9 %. Les ménages sont soit forcés de sombrer dans la pauvreté pour accéder aux services de soins de santé, soit de renoncer à y accéder. Pour comprendre qui sont ceux qui ont réellement bénéficié de la réduction des dépenses publiques, il convient de consulter l'annonce d'octobre 2017 affirmant que la dette de 100 hôpitaux publics et autres services de santé publics a été achetée par une banque italienne.»⁶⁷

3.6 La privatisation réduit la disponibilité des professionnels de santé et détériore leurs conditions de travail

L'externalisation de la prestation des soins de santé à des investisseurs commerciaux est néfaste pour le secteur public, car elle détourne des ressources rares telles que les professionnels de la santé. Un exemple est la façon dont la présence du secteur privé à but lucratif dans un pays, ou les industries du tourisme médical dans des pays voisins détournent les professionnels de la santé du secteur public en leur proposant des salaires plus élevés. Cette « fuite des cerveaux » interne et internationale » provoque une pénurie du personnel de santé dans le secteur public et dans les zones rurales et mine la disponibilité et la qualité des soins de santé.

Dans certains pays, par exemple aux Philippines, les professionnels de la santé sont traités comme des marchandises dans des contrats commerciaux, par la promotion délibérée de leur exportation au titre de stratégie pour obtenir des devises étrangères. A contrario, les pays qui mettent en place des incitants importants pour conserver les professionnels de la santé dans le secteur public ou dans les zones rurales ont favorisé avec succès la prestation d'un service équitable.

Une fois de plus, nous assistons à une nouvelle scission des systèmes de santé qui débouche sur l'existence parallèle d'un secteur public en sous-effectif et d'un secteur privé attirant du personnel extrêmement spécialisé uniquement disponible pour ceux qui en ont les moyens. Il est fallacieux de croire, et c'est un mythe, que ce

modèle économique monétariste ainsi que le « marché du travail » surmonteront eux-mêmes le déficit de main-d'œuvre et amélioreront les résultats d'état de santé.⁶⁸

La recherche sans fin de bénéfices plus importants entraîne souvent une détérioration des conditions de travail pour le personnel de santé, par exemple des heures supplémentaires non rémunérées, une pression de travail plus importante et des contrats défavorables. De piètres conditions de travail, dans l'insécurité, ont une incidence négative évidente sur la santé des travailleurs, tout en détériorant la qualité des soins. Burnout, symptômes de stress et tendances suicidaires sont légion dans le secteur des soins de santé.

Solution :

La disponibilité de personnel de santé bien formé fait partie intégrante du droit à la santé que les citoyens peuvent exiger. Dans un système de soins de santé publics unifié, la concurrence entre les travailleurs doit être évitée.



Mesures des patients:
Des travailleurs
de santé cubains
prennent des
mesures parmi la
communauté dans les
rues de La Havane.

Le cas de Cuba : le travailleur de santé au centre de la communauté

Une majorité de Cubains a accès à des soins de santé de qualité et gratuits. Le médecin de famille joue un rôle central dans le système de santé cubain. Il a accès à toutes informations relatives aux patients dont il est responsable, pouvant ainsi adapter de manière optimale sa prise en charge aux besoins spécifiques des patients.

Un docteur de famille, un infirmier et un assistant social sont responsables d'un nombre déterminé de personnes sur un territoire donné. La moitié de leurs tâches consiste en consultations et l'autre moitié en visites préventives à domicile. Cela leur permet de connaître les conditions de vie de leur patient et d'ainsi pouvoir intervenir sur les risques sociaux et environnementaux qui influencent leur santé.

Alors que dans de nombreux pays la pénurie de personnel de santé ne cesse de s'aggraver, à Cuba, il y a 7,5 médecins pour 1000 habitants. Même dans les régions reculées du pays, les patients ont accès aux soins de santé de base. A titre de comparaison : en Belgique, il y a 3 médecins pour 1000 habitants.⁶⁹

Le coût médical de la liberté de mouvement en Croatie⁷⁰

La liberté de mouvement des services au sein de l'UE autorise la prestation transfrontalière de soins médicaux, dentaires et autres services de santé. Si cette liberté peut donner une possibilité de choix aux patients, elle permet également aux prestataires de soins, y compris ceux du secteur privé, de recruter des patients et des professionnels de la santé sur tout le continent. Ces règles favorisent par ailleurs le « tourisme médical », tout particulièrement pour les besoins de services de santé de ceux qui peuvent acheter des soins sur le marché, plutôt que de répondre aux besoins réels des patients locaux. En Croatie, le gouvernement soutient le développement du tourisme médical et les investissements dans ce domaine sont disproportionnés au regard de l'aide apportée aux hôpitaux publics. Parmi ces derniers, nombreux sont endettés et sont alors accusés de fournir des services de piètre qualité.



4

L'histoire nous donne raison : les soins de santé publics sont meilleurs

Un système de santé qui fonctionne correctement, disponible, accessible et acceptable pour tous, sans discrimination et de bonne qualité, est l'élément clé du droit à la santé. Les systèmes de santé sont construits par l'interaction de forces sociales, forgées par des changements historiques dans les relations de pouvoir au niveau mondial et local, et donc dans un état d'évolution permanente. Mais les citoyens peuvent être le principal acteur de ce changement.

.....

4.1 Quel système de soins de santé souhaitons-nous ?

À l'instar de l'impôt qui tend à redistribuer la richesse, la réglementation tend à redistribuer le pouvoir. Un État démocratique contrôle et limite les intérêts des puissants pour le compte des sans pouvoirs.

George Monbiot, 2013⁷¹, traduction libre

Suivant l'approche de la santé basée sur les droits, un système de santé ne doit pas se limiter à une simple assistance et à de la charité. Un système de santé qui fonctionne correctement, disponible, accessible et acceptable pour tous, sans discrimination et de bonne qualité est l'élément clé du droit à la santé :

- **Disponibilité** : des équipements, biens et services de santé et des soins de santé publics ainsi que des programmes, fonctionnels et en qualité suffisante.
- **Accessibilité** : accessibilité financière.
- **Acceptabilité** : culturellement adéquat, sensible au genre et qui respecte l'éthique médicale.
- **Qualité** : les équipements, biens et services doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.⁷²

Pour les critères évoqués ci-dessus, les systèmes de santé publics offrant des soins de santé étendus et gratuits, qui mettent l'accent sur la prévention et sont stimulés par les besoins de la communauté, enregistrent généralement des performances supérieures à celles des systèmes de santé commercialisés. Les études montrent qu'un système fiscal unique de mise en commun donne les résultats les plus équitables. L'abolition des systèmes d'assurance maladie privés, voire sociaux, générerait des économies significatives en termes de fragmentation, de frais administratifs et de publicité.

Ce système de santé reflète la nécessité de définir des cibles plus étendues intégrant des déterminants sociaux qui rendent obligatoires et soutiennent des actions visant à réduire les inégalités et impose des actions au-delà du secteur de la santé. Comme affirmé dans la déclaration d'Alma Ata, il faut des soins de santé primaires étendus et des systèmes de soins de santé centrés sur la population qui s'appuient sur la participation et l'empowerment de la communauté. Dans un système de services mixte, le système de soins de santé publics doit être renforcé pour éviter une privatisation passive.

Toutefois, comme le montre l'exemple des professionnels de santé communautaire des Philippines, la participation ne doit pas remplacer le rôle essentiel de l'État dans la prestation de services de santé. La participation populaire et les services publics sont complémentaires et toute politique de santé doit s'appuyer sur ces deux réalités.⁷³

Les travailleurs de santé communautaire du Council for Health and Development donnent une formation aux habitants d'un quartier pauvre, afin qu'ils puissent identifier les problèmes de santé.



Empowerment par des professionnels de santé dans des programmes de santé communautaire aux Philippines⁷⁴

Présenté par l'OMS⁷⁵ comme un exemple dans le cadre de l'effort global de renforcement des systèmes de santé et d'assurance de résultats positifs pour la majorité de la population rurale, les programmes de santé communautaire ont marqué de leur empreinte la scène internationale de la santé durant les années 70 et 80. Les Agents de santé communautaire (ASC) sont par exemple un élément clé de la perspective des soins de santé primaires contenue dans la déclaration d'Alma Ata. Ce qui rend les professionnels de santé uniques, c'est la relation qu'ils entretiennent avec la communauté et avec le système de soins, indépendamment de la configuration ou du lieu de travail. En tant que membre de la communauté au sein de laquelle ils travaillent, le rôle d'un ASC ne peut être compris comme étant limité aux soins aux membres les plus vulnérables d'une population, il s'étend à ce que l'on peut qualifier de développement communautaire. Leur objectif est de soutenir le processus d'amélioration des conditions sociales de tous les membres de la communauté.

De nos jours pourtant, leur rôle a basculé vers la « prestation » de services et le débat sur leur double rôle est à présent marqué par des questions techniques. L'important potentiel de transformation et l'élément d'empowerment pour la société dans son ensemble des ASC sont ainsi négligés.

Aux Philippines, les programmes de santé communautaire ont été mis en œuvre dans tout l'archipel pour fournir à des paysans et d'autres habitants lambda une formation médicale de base. Ces « médecins aux pieds nus » peuvent alors traiter les affections les plus communes au sein de leurs communautés. Par leur collaboration étroite avec des mouvements sociaux dans leur pays, ils aident les citoyens à faire valoir leur droit à la santé auprès du gouvernement. Ces programmes sont à présent coordonnés par un organe indépendant : le Council for Health and Development (Conseil de la Santé et du Développement).

Forts de leurs nombreuses années d'expérience, ils appliquent quelques principes de base susceptibles d'être utiles pour d'autres agents de santé engagés dans les processus de changement en faveur de la justice sociale. Trois exemples :

- Il est utile de se rendre compte de la différence de base entre les soins de santé axés sur la communauté d'origine exogène et les soins de santé basés dans la communauté et éventuellement gérés par elle. La première favorise la dépendance, tandis que cette dernière favorise l'empowerment. Il faut faire sortir les professionnels de la santé des cliniques et les faire aller là où se trouvent les citoyens ainsi que leur donner la connaissance, les compétences et l'attitude nécessaires à une pratique communautaire.
- Acquérir une compréhension profonde du contexte social, culturel, économique et politique des questions de santé. C'est possible par l'intégration, l'étude sociale et l'intégration effective dans la vie des membres de la communauté. On devient un prestataire de services de santé, un enseignant, un avocat, un coordinateur, un leader, un manager et un étudiant du peuple.
- En tant que praticien primaire, nous devons mettre l'accent sur la prévention des maladies et puiser dans le potentiel des citoyens ainsi que dans leur vaste expérience. Nous devons considérer les personnes non comme des bénéficiaires, mais comme des partenaires du développement.⁷⁶



Un centre de soins de santé primaire à La Havane. Le système de santé publique unique de Cuba repose sur son approche globale. Il associe l'importance de l'accès universel aux soins de santé primaires, gratuitement, à un effort collectif visant à améliorer les conditions de vie de la population.

Cuba : La santé publique est-elle un choix politique ?

Après 50 années de services de soins de santé universels, les experts s'accordent à dire que la plupart des Cubains ont accès à des soins de santé de qualité. L'amélioration des indicateurs de santé peut être attribuée aux changements économiques et sociaux qui ont suivi la révolution cubaine de 1959. L'amélioration des conditions générales de vie et certaines réalisations sociales majeures (telles qu'une maison pour chaque famille, un revenu garanti, une meilleure éducation, etc.) ont été les bases pour une population en meilleure santé.

L'accès universel aux soins de santé ainsi qu'à la prévention sont les bases du système de santé cubain. Après la révolution de 1959, les cliniques privées et l'industrie pharmaceutique furent nationalisées et intégrées au sein d'un seul système de santé pour l'ensemble du pays sous l'administration du Ministère de la Santé. Le pays a été divisé en zones sanitaires comportant chacune une polyclinique avec une décentralisation des soins de santé au niveau communautaire. L'orientation des patients et la communication entre prestataires aux différents niveaux du système de santé se déroulent généralement sans problème. Les soins de santé à Cuba sont une priorité nationale et sont une priorité pour l'Etat. Même en temps de crise, le budget du gouvernement alloué aux soins de santé a été maintenu à 10% du PIB. Cuba a renforcé son système de santé publique, particulièrement les soins de santé primaires. Les services de santé sont devenus une priorité et continuent d'être gratuits, le nombre de prestataires ayant triplé et la prévention étant devenue une priorité.⁷⁷ Cuba reste fidèle à ce principe: les soins de santé sont exclusivement confiés aux autorités publiques, et la privatisation est interdite par la loi. Des soins de santé de qualité et gratuits étant garantis à l'ensemble de la population, il n'y a pas de demande de médecine privée à Cuba. Alors que pendant les années 1990 les autres pays d'Amérique latine étaient confrontés à des réformes drastiques et à la privatisation de leur secteur de santé, sous la pression du FMI et de la Banque Mondiale, Cuba s'est obstinée à vouloir maintenir le système de santé comme une fonction exclusivement publique. Cuba est ainsi l'un des quelques pays qui n'est pas membre ni du FMI ni de la Banque Mondiale.

4.2 Des campagnes fructueuses de la société civile

Si l'on veut atteindre un accès universel à des services de santé publics étendus et de qualité, il faut agir. Les citoyens ont le droit d'exiger de leurs représentants politiques des services de soins de santé de meilleure qualité et plus accessibles. Mieux encore, il existe des exemples de citoyens organisés qui parviennent à exiger un changement politique, comme illustré ci-dessous.

Les systèmes de santé sont élaborés au travers de l'interaction des forces sociales dessinées par les modifications historiques dans les rapports de force au niveau local et mondial et, par conséquent, en évolution constante. Comme expliqué dans le premier chapitre, les enjeux sont nombreux au niveau international. Les entreprises ont différents moyens de modifier les politiques de santé en leur faveur.

Les citoyens s'organisent de différente façon contre les impacts de ces politiques.

Des cliniques solidaires ont été ouvertes en Grèce par exemple. Elles se sont liées au mouvement de soutien aux migrants, renforçant ainsi encore

le caractère universel de leur revendication de santé pour tous. Quand les révolutions sociales en Chine, à Cuba et en Iran ont mis les exigences sanitaires et sociales à l'ordre du jour, elles ont souvent atteint des résultats impressionnants. En Amérique latine aussi, les luttes sociales dans des pays tels que le Brésil, le Costa Rica et le Nicaragua ont accru l'attention politique accordée à la santé publique.⁷⁸ Après la terrible épidémie de choléra qui a frappé la Belgique en 1866, les syndicats du pays ont exigé que les autorités lancent des programmes de nettoyage intensifs, des travaux publics d'infrastructure, le développement d'un système de distribution d'eau potable et des bains publics afin d'améliorer les conditions de vie sanitaires des classes ouvrières vivant à proximité des usines. Ces mesures ont mis fin au choléra et à la tuberculose.^{79 80}

Des alliances au profit de la santé, dans tous ses aspects, sont conclues dans diverses parties du monde et à des échelles variables. Elles créent une possibilité réelle d'émergence d'une force politique capable de transformer la société.



Une manifestation syndicale contre l'augmentation de l'âge de départ à la retraite à Bruxelles en Belgique.

Le système de protection sociale européen est le résultat d'une lutte

Les systèmes d'assurance maladie en Europe ont été conçus sous la forme de paiements d'allocations durant une maladie, après quoi ils ont été intégrés aux droits aux soins de santé. Dans la France de l'après-guerre par exemple, des mouvements de grève ont débouché sur une augmentation des avantages sociaux, le salaire minimum et une semaine de travail plus courte.⁸¹ Les pays européens ont introduit l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs en commençant par l'Allemagne en 1883. D'autres pays européens ont décidé de subventionner les mutuelles sociales constituées par les travailleurs. En Europe, ces programmes avaient pour principal objectif la stabilisation des revenus et la protection contre la perte de salaire en cas de maladie, plutôt que d'assumer les frais médicaux. Ce volet s'est rajouté ultérieurement.

Toutefois, cette période s'est également caractérisée par un mécontentement croissant au sein de la classe ouvrière. L'introduction de ces systèmes peut se comprendre comme une façon d'acheter leur allégeance politique.» (Beyond rethoric)



La jeunesse congolaise en action lors de la journée mondiale de la santé

Congo - Les habitants maintiennent l'infirmierie locale opérationnelle.

Lubudi Luka est un quartier populaire de plus de 13 000 habitants se situant dans l'une des municipalités les moins prospères de Kinshasa. C'est une zone marécageuse où la population vit dans des conditions rurales sans électricité ni eau. Les ménages utilisent donc la rivière pour s'approvisionner en eau et les rues pour stocker les déchets. Les maladies liées à l'eau telles que choléra, malaria, hépatite, diarrhée et autres problèmes de santé sont une réalité quotidienne. Une enquête réalisée en Novembre 2015 a montré qu'une large proportion de la population considérait le manque de soins comme une des causes principales de mortalité. Les résidents ont plus spécifiquement mis en avant l'infirmierie "Lubudi" où le manque de personnel ne permettait pas de garantir une continuité des soins.

En outre, aucune sage-femme n'y travaillait, rendant plus précaires encore les conditions dans lesquelles de nombreuses jeunes femmes devaient accoucher.

Le comité de santé local de notre partenaire Étoile du Sud s'est entretenu avec des professionnels de santé du quartier, le personnel médical du centre de santé et le chef du quartier. Les autres habitants du quartier ont également été impliqués. Ensemble, ils ont abouti à une alternative.

Les habitants du quartier se chargent de l'entretien et de l'administration de l'infirmierie "Lubudi". Grâce à cela, un budget a été libéré pour engager une sage-femme, une décision qui a réduit le risque de mortalité maternelle. L'infirmierie est ainsi maintenue ouverte grâce à une collaboration entre les relais communautaires (agents de santé au niveau du district) et le responsable du comité local de santé, avec le soutien du mouvement local des femmes de l'Étoile du Sud.



Des activistes philippins protestent face à l'hôpital Fabella, que le gouvernement veut remplacer par un centre commercial

Sauvons l'Hôpital Fabella - Philippines

L'Hôpital Fabella, surnommé « l'usine à bébés » est un hôpital tertiaire pour les mères et les nouveau-nés où des mamans pauvres principalement, de la capitale philippine et des provinces avoisinantes, viennent accoucher, car les services y sont abordables. L'Organisation mondiale de la santé reconnaît que cet hôpital joue un rôle de modèle pour ses programmes de soins essentiels aux nouveau-nés qui ont réduit la morbidité et la mortalité infantiles.

Le bâtiment n'a toutefois plus été rénové depuis longtemps par manque d'investissements publics. Le gouvernement utilise son mauvais état actuel comme argument pour fermer l'hôpital et le remplacer par un centre commercial. Cette fermeture entraînera le déplacement de ses employés ainsi que les 1 000 patients qu'il reçoit en moyenne tous les jours.

Les partenaires de Viva Salud ont lancé un appel de résistance aux plans de privatisation du gouvernement. L'appel a suscité une réelle contestation populaire. Des femmes enceintes et le personnel infirmier, mais aussi de nombreux autres Philippines inquiets, se sont mobilisés jour après jour. En juin 2017, la direction a tenté de déménager les équipements de l'hôpital. Mais le groupe a barricadé les portes de l'hôpital. Quelques mois plus tard, le groupe a été surpris de voir des soldats du gouvernement lourdement armés procéder à l'évacuation du matériel. Le recours à des soldats pour emmener l'équipement constituait clairement une tentative d'intimidation des manifestants. La peur ne fait cependant pas partie de leur vocabulaire puisqu'ils se sont opposés aux soldats et ont exigé qu'ils leur remettent une copie de l'ordre d'emmener l'équipement de l'hôpital. La confrontation a incité le directeur de l'hôpital à dialoguer avec les manifestants. Après ce dialogue, il s'est vu contraint d'ordonner aux soldats de décharger l'équipement et de le replacer dans l'hôpital.

En mars 2018, les efforts conjoints du vaste mouvement de mobilisation philippin contre la privatisation ont débouché sur une importante victoire : la Chambre des députés a approuvé un projet de loi « Contre la privatisation des hôpitaux publics, des équipements et des services de santé. » Cette loi empêche le ministre de la Santé ou toute autre personne d'initier, de provoquer ou d'approuver la privatisation d'un hôpital, d'équipements sanitaires ou de services de santé publics.⁸²

Manifestation contre la commercialisation de la santé en Belgique, 2018



5

Conclusion

La majorité des pays dans le monde sont d'accord de prendre toutes les mesures possibles pour concrétiser le droit à des soins de santé accessibles et de qualité pour leur population. Pourtant, en 2019, nous en sommes encore loin. Pire encore, les gouvernements nationaux et les institutions internationales orientent leurs politiques de santé vers une approche axée sur le marché. Les privatisations ont été mises en avant comme étant la solution au manque de financement des systèmes de santé nationaux. De nombreuses études de cas et des recherches approfondies montrent pourtant que les résultats en termes de santé se dégradent lorsque la recherche d'un bénéfice s'en mêle.



*Un changement
d'approche
radical
est nécessaire.
La santé est
un droit humain.*

1. La privatisation entraîne une plus grande inégalité dans l'accès aux soins

Les hôpitaux privés doivent faire des profits, alors ils se concentrent principalement sur les gens qui peuvent se le permettre. Cela crée le risque d'un système de santé à deux vitesses. D'une part, des soins de haute technologie et spécialisés pour les riches et, d'autre part, des soins de santé publics simples pour les moins nantis. Ceci malgré le fait qu'il est du devoir des prestataires de services publics de fournir des soins à tous, sans distinction.

2. La privatisation est souvent plus onéreuse sur le long terme

Les coûts imprévus, tels que la hausse des taux d'intérêt ou les prix élevés de l'énergie, sont généralement répercutés sur le gouvernement ou le patient dans les hôpitaux privés. Une étude d'Oxfam a calculé qu'un hôpital public-privé au Lesotho coûte trois fois plus cher au gouvernement que l'hôpital public qu'il a remplacé. En vertu de certains contrats, l'entreprise peut même poursuivre l'État pour les coûts liés aux protestations des employés.

3. La privatisation n'est pas plus efficace

Les systèmes publics sont plus efficaces parce qu'ils permettent de réaliser des économies d'échelle dans l'achat, la fourniture et la distribution de médicaments et de matériel.

En revanche, au Royaume-Uni, le nombre de cadres du National Health Service a triplé depuis l'introduction d'une logique de marché. Aux Pays-Bas, les assureurs privés dépensent 500 millions d'euros par an en campagnes publicitaires.

4. La privatisation ne conduit pas à une meilleure qualité

Dans la logique du marché d'aujourd'hui, les établissements privés se concentreront sur les traitements qui sont financièrement intéressants, plutôt que sur ceux qui profitent le plus au patient. Au Pérou, les hôpitaux privés sont beaucoup plus enclins à choisir une césarienne, plus risquée qu'une naissance naturelle, car le médecin peut facturer des honoraires plus élevés.

5. La privatisation conduit à une réduction du contrôle public

Les négociations entre acteurs privés se déroulent souvent selon des règles de confidentialité très strictes. Le contrôle public est donc très difficile, ce qui accroît le risque de corruption. En outre, la mobilisation de fonds du secteur privé ouvre la voie à la participation des entreprises à l'élaboration des politiques de santé.

6. La privatisation entraîne une diminution de la disponibilité des travailleurs de santé et une détérioration de leurs conditions de travail.

Les entreprises commerciales retirent au secteur public des maigres ressources, telles que le personnel de santé, qui sont rares. Cette «fuite des cerveaux» entraîne des pénuries dans le secteur public, en ville et dans les régions les plus reculées. De plus, la recherche de marges bénéficiaires toujours plus élevées entraîne souvent des conditions de travail moins bonnes, des heures supplémentaires non rémunérées et une pression de travail plus forte. L'épuisement professionnel et les symptômes de stress sont très fréquents dans le secteur de la santé.

L'alternative existe

Le présent document s'appuie sur l'aspect positif : il existe des solutions alternatives. Partout dans le monde, des mouvements sociaux et des gouvernements font des efforts pour modifier leur système de santé au profit de la population.

- **Tout d'abord, ces études de cas montrent que l'accès universel à des soins de santé de qualité est un choix politique**

Les pays qui donnent la priorité au bien-être de leurs citoyens et décident d'investir dans des soins de santé accessibles pour tous obtiennent de meilleurs résultats en termes de santé. Même les pays dont les dépenses de santé sont faibles ont su mettre en place des systèmes de santé forts.

- **L'accès aux soins de santé doit être réparti en fonction des besoins, pas de la richesse**

La seule voie possible pour atteindre cet objectif consiste à annuler tous les frais liés aux soins de santé et aux médicaments essentiels et à augmenter les investissements publics dans du personnel bien formé, des équipements de santé de proximité et des programmes de prévention et de promotion de la santé. Un système public unifié ne présente pas les contradictions défavorables de la fragmentation et de la concurrence qui caractérisent les systèmes de santé mixtes public - privé.

Ce que la communauté internationale peut faire

Les institutions internationales devraient également mettre l'accent sur le renforcement des capacités financières des États, par exemple en :

- supprimant les restrictions budgétaires dans les services publics
- réglementant les positions de monopole des sociétés pharmaceutiques

- annulant la dette et en luttant contre l'évasion fiscale à grande échelle
- excluant les services de santé des accords commerciaux et d'investissements qui mènent à une marchandisation de la santé et des soins de santé.

De par la globalisation, la grande majorité des citoyens du monde sont confrontés à des réalités, des forces et des dynamiques économiques très similaires : dégradation de l'environnement, concurrence mondiale des travailleurs, attaques et exclusion des systèmes de protection sociale et une inégalité croissante entre les classes sociales pour n'en citer que quelques-unes.⁸³

La situation d'urgence mondiale constitue un défi sans précédent pour l'humanité. Dans la mesure où la santé et d'autres défis sociétaux sont très largement interconnectés, la lutte pour la santé peut agir comme un facteur d'unification des mobilisations requises pour résoudre ces problèmes.

Nous espérons que le présent document pourra constituer une aide pour les mouvements sociaux qui se soulèvent en faveur de la justice sociale.

Notes

- 1 The Struggle for Health. An emancipatory approach in the era of neoliberal globalization. Sengupta A., Bodini C., Franco S. Rosa-Luxemburg-Stiftung. Bruxelles, février 2018
- 2 La Déclaration universelle des Droits de l'Homme, Assemblée générale des Nations Unies. 1948. www.un.org/en/documents/udhr/
- 3 Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, 1946. La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, qui s'est tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 états (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
- 4 The right to the highest attainable standard of health, Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 14, (vingt-deuxième session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), réimprimé dans Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted par Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).
- 5 The right to health, WHO factsheet n°323, novembre 2013. De www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/ (consulté le 17 juin 2015)
- 6 Pour obtenir un aperçu complet de tous les traités, veuillez consulter «' » Critical condition : privatized health in the Philippines', IBON, 2015 »
- 7 La santé de la population est définie comme étant les résultats en matière de santé d'un groupe d'individus, ainsi que la distribution de ces résultats au sein du groupe. (Kindig & Stoddart 2003)
- 8 Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Organisation mondiale de la santé, 2008, Genève
- 9 Parmi les études menées, soulignons plus particulièrement la courbe de Preston révisée et les découvertes de Richard Wilkinson et Kate Pickett. La courbe de Preston illustre la relation entre espérance de vie et PIB par habitant au niveau international. « Il existe une corrélation entre les augmentations des revenus moyens et l'allongement de l'espérance de vie dans les pays pauvres. Toutefois, l'augmentation du revenu par habitant aplanit la courbe et affaiblit, voire élimine, cette relation dans les pays les plus riches.» (Pulok, Mohammad. (2012). Revisiting Health and Income Inequality Relationship: Evidence from Developing Countries. Journal of Economic Cooperation and Development. 33. 25-62.) Les découvertes de Wilkinson et Pickett expliquent pourquoi cette corrélation disparaît au-delà d'un revenu déterminé : l'inégalité elle-même est associée à de moins bons résultats sanitaires et sociaux. L'inverse est également vrai : les sociétés plus égalitaires enregistrent de meilleurs scores en termes sanitaires et sociaux. (The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better, Richard Wilkinson, Kate Pickett, 2009)
- 10 Healthy Places: Councils leading on public health, Kuznetsova D., New Local Government Network; 2012. www.nlgn.org.uk/public/2012/healthy-places-councils-leading-on-public-health/
- 11 Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap. Whitehead, Margaret et al. The Lancet , Volume 358 , Issue 9284 , 833 - 836, 8 septembre 2001
- 12 Depuis les années quatre-vingt, la Banque mondiale plaide en faveur des frais modérateurs comme un outil de réduction des déficits budgétaires des États. C'était par ailleurs une condition à la plupart des programmes d'ajustement structurel imposés aux États souhaitant recevoir des prêts et une aide de la part de donateurs internationaux.
- 13 The Struggle for Health, 2018

- 14 Pour le débat complet sur la CSU, veuillez consulter notre dossier « L'accès universel aux soins de santé : qu'est-ce que ça veut dire réellement ? », Viva Salud, 2016, <https://vivasalud.be/node/1307>.
- 15 The Global push for Universal Health Coverage, WHO, et al. 11 juillet 2014, www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf
- 16 The Struggle for Health, 2018, p. 21-23
- 17 Health, a commodity, document de campagne par 11.11.11 et al, 2016
- 18 Public-Private Partnerships, Global Campaign Manifesto, Eurodad et 145 autres organisations, 11 octobre 2017, www.eurodad.org/Entries/view/1546822/2017/10/11/Public-Private-Partnerships-Global-Campaign-Manifesto
- 19 Cette approche, également dénommée « nouvelle gestion publique », ne se limite pas aux services de santé, elle s'étend également à tout ce qui relevait traditionnellement de la responsabilité publique : l'éducation, le transport public collectif et la sécurité. (Vabø, 2009).
- 20 Le Syndicat canadien de la fonction publique a dressé une liste utile des types de privatisations et des processus qui la favorise : <https://cupe.ca/privatization-p3-sib-asdhu>
- 21 Health and the developing world, Bryant J., Cornell University Press, Ithaca, NY, 1969.
- 22 Declaration of Alma-Ata [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 1978. www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- 23 A Cure Worse Than the Disease? Currency Crises and the Output Costs of IMF-Supported Stabilization Programs, in Managing Currency Crises in Emerging Markets, Michael Hutchison, 2003, Dooley et Frankel.
- 24 Global Health Watch 4: An alternative world health report. People's Health Movement, Medact, Medico itl, Third World Network, Health Action itl, Alames. 2014
- 25 Universal Health Coverage: Beyond rhetoric, Amit Sengupta, novembre 2013, Municipal Services Project
- 26 « Selon le droit international des droits de l'homme, les critères des Droits de l'homme qui doivent être respectés en période de politiques d'austérité (pour que ces dernières soient conformes aux obligations découlant des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme) sont : toute mesure régressive doit être temporaire, strictement nécessaire et proportionnée ; aucune mesure ne peut être discriminatoire ; toute mesure doit prendre en compte l'ensemble des alternatives possibles et elle doit identifier et protéger les obligations fondamentales minimales en matière de droit à la santé. » (Human Rights Reader, Claudio Shuftan, 25 juin 2017, <http://claudioshuftan.com/category/hr-readers/>)
- 27 Who decides on our health?, Aletha Wallace, Third World Health aid, 22 mars 2017, <https://vivasalud.be/node/1466>
- 28 Le budget de l'OMS est le plus largement dépendant du financement réservé des donateurs privés, qui alignent l'agenda et les priorités sur leurs intérêts d'entreprise. Le discours de la politique internationale a basculé d'une approche basée sur les conditions de vie et la prévention vers une approche basée sur les maladies, de solutions politiques à des solutions médicales et de l'unification des services vers leur fragmentation et la concurrence.
- 29 Présentation par David, Himmelstein, IAHP Europe conference, 21 septembre 2017, https://twitter.com/chiarezza_b/status/910906672641724416
- 30 Présentation par David, Himmelstein, IAHP Europe conference, 21 septembre 2017, basé sur 'Bureau of Labor Statistics ; NCHS; et Himmelstein/Woolhandler analysis of CPS'
- 31 With Chartbook on Long-term Trends in Health. National centre for Health Statistics. Health, United States, 2016, Hyattsville, MD. 2017, p. 303
- 32 Présentation par David, Himmelstein, IAHP Europe conference, 21 septembre 2017, https://twitter.com/chiarezza_b/status/910909372628422656
- 33 Ce cas a été adapté de: The National Health Service (NHS): Prey to neoliberal lust for markets, Global Health Watch 4, Zed Books, 2014, p. 95-107
- 34 The social impact of user fees for health care on poor households: commissioned report to the Ministry of Health, Tipping, G., Vietnam, Hanoi; 2000
- 35 Hospital Detentions for Non-payment of Fees, A Denial of Rights and Dignity, R. Yates, T. Brookes et E. Whitaker, Centre on Global Health Security, Chatham House, décembre 2017
- 36 Présentation par Julie Noir «A partir de l'exemple français: conséquences de la privatisation et commercialisation sur les systèmes de santé en Europe», Business and Health conference, 6 juin 2017, Bruxelles
- 37 Health care access in the Philippines, Nathalie Van Gijssel, Viva Salud, 2016
- 38 "Critical Condition: Privatized Health in the Philippines", IBON Foundation, 2015.
- 39 WHO Philippines Equity Profile, 2008
- 40 Privatization Watch, special edition, PSI, octobre 2017, <http://campaigns.world-psi.org/t/ViewEmail/r/58C745AC086A01742540EF23F30FEDED/D767B0DF905534C16707B176AE29F890>
- 41 The Renegotiation of PPP Contracts: An overview of its recent evolution in Latin America. Guasch, J.L. et al., International Transport Forum, Discussion Paper 2014/18. OCDE.
- 42 RD Congo : un hôpital dernier cri, vitrine en Afrique centrale, 2 avril 2014, Acteurs Publics, www.acteurspublics.com/2014/04/02/rd-congo-un-hopital-dernier-cri-vitrine-en-afrique-centrale
- 43 A Dangerous Diversion: Will the IFC's flagship health PPP bankrupt Lesotho's Ministry of Health?, Anna Marriot, 7 avril 2014, Oxfam International Lesotho Consumer's Protection Association
- 44 Blind optimism, challenging the myths about private health care in poor countries (executive summary), Oxfam international, février 2009
- 45 6 sur 1 000 naissances vivantes à Cuba contre 7 sur 1 000 naissances vivantes aux États-Unis.
- 46 United States of America & Cuba, WHO country profiles, latest update: 2014
- 47 A scoping study of public and private sector delivery of essential services, Birgit Kerstens, pour 11.11.11., 21 octobre 2016

- 48 Health, health care and capitalism. In L. Panitch and C. Leys (eds.), *Morbid symptoms: Health under capitalism*. Wales: Merlin Press, 2009.
- 49 Understanding public drug procurement in India: A comparative qualitative study of five Indian states. Singh, P. V., Tatambhotla, A., Kalvakuntla, R. et Chokshi, M. 2013. *BMJ Open*, 3(2): 1-11. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/2/e001987.full>
- 50 Is the Private Sector more efficient? A cautionary tale. UNDP. 2015. Publié le 8 janvier 2016. Singapore: UNDP Global Centre for Public Service Excellence
- 51 Oxfam international, 2009
- 52 Leys, 2009, 18
- 53 Medicare est le principal programme d'assurance sociale aux États-Unis. Il a été créé en 1965 pour fournir une assurance maladie aux personnes âgées de 65 ans et plus, indépendamment de leurs revenus ou de leurs antécédents médicaux. Par la suite, Medicare a été étendue pour fournir une couverture aux personnes de moins de 65 ans atteintes de certains handicaps permanents. (The National health care Anti-Fraud Association, septembre, 2017)
- 54 Why Single-Payer Health Care Saves Money, Robert H. Frank, 7 July 2017, *The New York Times*, www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html?_r=0
- 55 Oxfam international, 2009
- 56 Oxfam international, 2009
- 57 Overkill, Atul Gawande, May 11, 2015, *The New Yorker*, www.newyorker.com/magazine/2015/05/11/overkill-atul-gawande
- 58 Évaluation de la commercialisation des maisons de repos à Bruxelles : approches quantitative et qualitative ». Mémoire de fin d'études de médecine générale, Stephen O'Brien, ULB. Bruxelles ; 2018.
- 59 Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises. Dans. Bruxelles : Infor-Homes Bruxelles asbl ; 2011-2018.
- 60 Jaarverslag 2017. Bruxelles : vzw Home Info; 2018
- 61 Population, structure par âge. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), 2017. Disponible sur: <http://ibsa.brussels/themes/population/population#.WucD29QrKt8>; Statistique annuelle des bénéficiaires de prestations 2017. Service Fédéral des Pensions (SFP), Bruxelles, 2017.
- 62 Privatization Watch, édition spéciale, PSI, octobre 2017, <http://campaigns.world-psi.org/t/ViewEmail/r/58C745AC086A01742540EF23F30FEDED/D767B0DF905534C16707B176AE29F890>
- 63 C'est particulièrement vrai pour la libéralisation du secteur des services en vertu de contrats commerciaux. Les décisions adoptées par les gouvernements actuels seront incluses dans un accord contraignant assorti d'un mécanisme efficace de règlement des litiges. Si après avoir libéralisé et commercialisé le secteur de la santé, il apparaît qu'il serait préférable de conserver les soins de santé dans les mains du secteur public ou de les y ramener afin de garantir un accès universel, il serait extrêmement difficile, voire impossible, d'inverser les conséquences négatives d'engagements préalablement conclus.
- 64 The U.S. health care System and the Challenges of Fraud, The National health care Anti-Fraud Association, septembre 2017
- 65 Oxfam international, 2009
- 66 Public-Private Partnerships: Defusing the ticking time bomb , Mathieu Vervynck et María José Romero, Eurodad, octobre 2017
- 67 Source : *The Struggle for health*, 2018, p. 11
- 68 Health, a commodity, 2016
- 69 Density of physicians (total number per 1000 population, 2014 for Cuba, 2015 for Belgium), WHO, www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/
- 70 Ce cas se trouve dans 'The Struggle for Health (2018, p. 10)
- 71 The Self-Hating State, George Monbiot, 22 April 2013, www.monbiot.com/2013/04/22/the-self-hating-state/
- 72 O'Donnell, O. (2007) Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers, 23(12), pp.2820-2834
- 73 The Struggle for Health, 2018, p. 34
- 74 Adapté de 'The Revival of Community Health Workers in National Health Systems, *Global Health watch* 4, Zed Books, 2014, p. 134- p. 146'
- 75 En 1989, l'OMS a défini l'agent de santé communautaire comme suit : « Les ASC doivent être membres de la communauté dans laquelle ils travaillent ; ils doivent être choisis par les communautés ; ils doivent rendre des comptes de leurs activités aux communautés ; ils doivent être pris en charge par le système de santé, sans obligatoirement faire partie de son organisation ; et avoir une formation moins étendue que celle des professionnels de la santé. » (Traduction libre) (Groupe d'études OMS 1989)
- 76 Ce cas a été adapté de 'Empowerment, United for health. Viva Salud, octobre 2013'
- 77 Public health services, an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba, 1989-2000. De Vos P, García-Fariñas A, Alvarez-Pérez A, Rodríguez-Salvá A, Bonet-Gorbea M, Van der Stuyft P., *Trop Med Int Health*. 2012 Apr;17(4):469-79. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02941.x. Epub 2012 Feb 1.
- 78 Empowerment, United for health, Viva Salud, octobre 2013
- 79 Ibid
- 80 De evolutie van de levensverwachting in België, 18de-20ste eeuw, Isabelle Devos, Chaire Quetelet 2005: www.leefijdwerken.be/html/pdf/devos_levensverwachting.pdf
- 81 Viva Salud, 2013
- 82 Bill that bans privatization of govt hospitals passed, Llanesca T. Panti, *The Manila Times*, 31 mars 2018, www.manilatimes.net/bill-that-bans-privatization-of-govt-hospitals-passed/389536/
- 83 The Struggle for Health, 2018, p. 2



Nous aimerions avoir
de vos nouvelles!

Contactez-nous pour nous faire
part de vos commentaires ou
si vous souhaitez organiser un
atelier basé sur cette recherche.

Viva Salud
Chaussée de Haecht 53
1210 Bruxelles
www.vivasalud.be
info@vivasalud.be

