

Privatisation de la santé

# LE PROFIT

## À QUEL PRIX ?

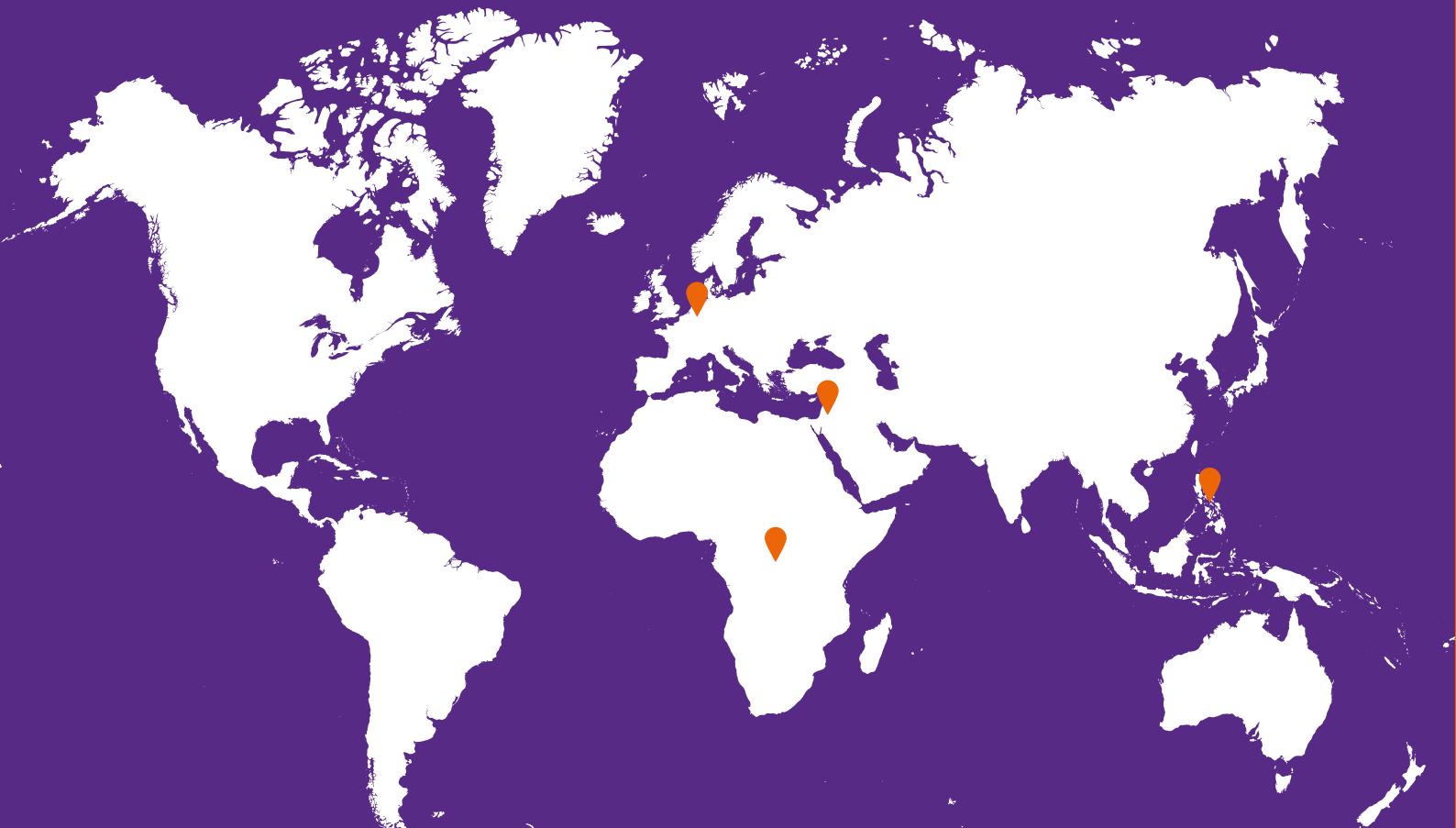


**PRENONS SOIN DES  
SOIGNANT·E·S**

**DOSSIER DE CAMPAGNE**



Viva Salud est une ONG belge convaincue que **chaque individu et chaque communauté a droit à la santé**. C'est pourquoi nous soutenons les mouvements sociaux dans leur lutte pour le droit à la santé. **Aux Philippines, en Palestine, en République démocratique du Congo, et ailleurs**, nous travaillons en partenariat avec des organisations sociales autour de campagnes communes, nous apprenons les uns des autres et nous nous renforçons mutuellement. Face à des défis de plus en plus globaux, la solution passe par la solidarité internationale.



# SOMMAIRE

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>INTRODUCTION</b>   | <hr/> <b>04</b> |
| <b>CONDITIONS DE TRAVAIL MALSAINES<br/>DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ</b>  | <hr/> <b>06</b> |
| Partout dans le monde, le personnel soignant travaille dans des conditions déplorables. Pourquoi le secteur de la santé est-il malade ? |                 |
| <b>PRIVATISATION ET COMMERCIALISATION :<br/>DE QUOI S'AGIT-IL AU JUSTE ?</b>  | <hr/> <b>11</b> |
| Dans le monde entier, la majorité des gouvernements implique le secteur privé dans les soins de santé. Pourquoi ?                       |                 |
| <b>AUSTÉRITÉ ET COMMERCIALISATION :<br/>UNE TRAGÉDIE POUR LE PERSONNEL</b>  | <hr/> <b>15</b> |
| Lorsque le profit et les économies priment, les conditions de travail se dégradent.   |                 |
| <b>LA VOIE À SUIVRE</b>   | <hr/> <b>20</b> |
| Nous devons investir dans le personnel de santé et dans un système de santé public solide. Comment prendre soin de nos soins de santé ? |                 |
| <b>PARTICIPEZ ET RESTEZ INFORMÉ·E</b>   | <hr/> <b>24</b> |

# INTRODUCTION

**Les soins de santé sont en crise: on l'entend et on le lit partout.** Il n'y a pas assez de personnel pour soigner tou.te.s les patient.e.s et la charge de travail n'est plus tenable pour personne. Les conditions de travail malsaines rendent la profession peu attrayante. Même avant la pandémie de COVID-19, il manquait 5,9 millions d'infirmier·ère·s dans le monde<sup>1</sup>. D'ici 2030, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'attend à une pénurie mondiale de 10 millions de soignant·e·s<sup>2</sup>.

Représentant 89 % de la pénurie mondiale, les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire

(tranche inférieure) sont les plus durement touchés. En Belgique également, près de la moitié des infirmier·ère·s en soins intensifs envisagent de démissionner en raison de la charge de travail excessive et des conditions de travail malsaines<sup>3</sup>.

**Heureusement, les soignant·e·s ne se laissent pas faire.** Partout dans le monde, iels se mobilisent pour obtenir de meilleures conditions de travail et des services de santé publics solides. Iels mènent la lutte pour le droit à la santé.

« Le manque de personnel coûte des vies! » Ce message a été seriné au cours des derniers mois, au Royaume-Uni notamment. Là-bas, pour la première fois, des dizaines de milliers d'infirmier·ère·s se sont croisé les bras. De par leur grève historique, iels demandent le renforce-

ment du NHS, le service de santé britannique, et l'augmentation de leur salaire. Ce dernier n'a pas été indexé depuis 2008<sup>4</sup>. En République démocratique du Congo (RDC), les médecins des hôpitaux publics sont également en grève depuis des mois. Iels accusent le gouvernement de ne pas tenir ses promesses d'augmenter les salaires, d'alléger la charge de travail et de garantir des pensions correctes. Leurs actions ont été violemment réprimées par la police<sup>5</sup>.

## « Le manque de personnel coûte des vies! »





La question qui se pose est la suivante : qui prend soin de ceux qui prennent soin de nous ? Dans ce dossier de campagne, nous tentons de répondre à cette question en analysant ce qui rend le travail toxique dans le secteur des soins de santé, en étudiant les raisons pour lesquelles les gouvernements impliquent le secteur privé dans les soins de santé et en montrant de quelle façon cela engendre de mauvaises conditions de travail. Dans le dernier chapitre, nous réfléchissons à la voie à suivre.

Travailler dans le secteur de la santé peut donc nuire à la santé. Lors de la pandémie de COVID-19, nous avons qualifié les professionnel·le·s de la santé de héroïne·s. Leurs efforts ont été salués, à juste titre, par des applaudissements. Mais les gouvernements n'en font toujours pas assez pour augmenter leur salaire, améliorer leurs conditions de travail et renforcer les services de santé publics.

**Les leçons de la pandémie n'ont pas été tirées.**

Même avant la pandémie de COVID-19, il manquait  
**5 900 000**  
d'infirmier·ère·s dans le monde.

D'ici 2030, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'attend à une pénurie mondiale de  
**10 000 000**  
de travailleur·euse·s de la santé.

**« Aux Philippines, il n'y a qu'un·e médecin pour 33.000 habitant·e·s. C'est 33 fois plus d'habitant·e·s par médecin que ce que recommande l'OMS ».**

**Kat Berza,**  
responsable politique et activiste au Council for Health and Development (CHD),  
organisation partenaire de Viva Salud.

# CONDITIONS DE TRAVAIL MALSAINES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

**Dans le monde entier, le personnel du secteur de la santé travaille dans de mauvaises conditions. Mais pourquoi le secteur de la santé est-il si malade ?**

Les conditions de travail malsaines englobent tous les facteurs qui créent de mauvaises conditions de travail et qui, par conséquent, affectent directement ou indirectement la santé des soignant·e·s.

Les conditions de travail malsaines sont notamment causées par :

- le manque d'équipement de protection
- les longues journées de travail
- les bas salaires
- un manque de protection sociale
- des contrats courts et précaires
- de la violence et du harcèlement sexuel au travail.

Ainsi, compte tenu du manque d'équipement de protection, quelques 54 % des soignant·e·s dans les pays à revenu faible et intermédiaire souffrent d'une tuberculose latente. C'est 25 fois plus que dans la population générale<sup>6</sup>. Pendant la pandémie du COVID-19, 23 % des soignant·e·s de première ligne dans le monde ont souffert de dépression et d'anxiété et 39 % d'insomnie. Les professions médicales sont plus exposées au risque de suicide dans toutes les régions du monde.<sup>7</sup>

Travailler dans des conditions sûres et saines est un droit humain, un principe fondamental de l'Organisation internationale du travail (OIT) et une composante essentielle de l'objectif de développement durable (ODD) 8 : le travail décent. Des conditions de travail saines dans le secteur de la santé sont une condition préalable importante pour l'accès universel aux soins de santé, et une composante essentielle de l'ODD 3 : la bonne santé et le bien-être.



Pendant la pandémie  
du COVID-19

**23 %**

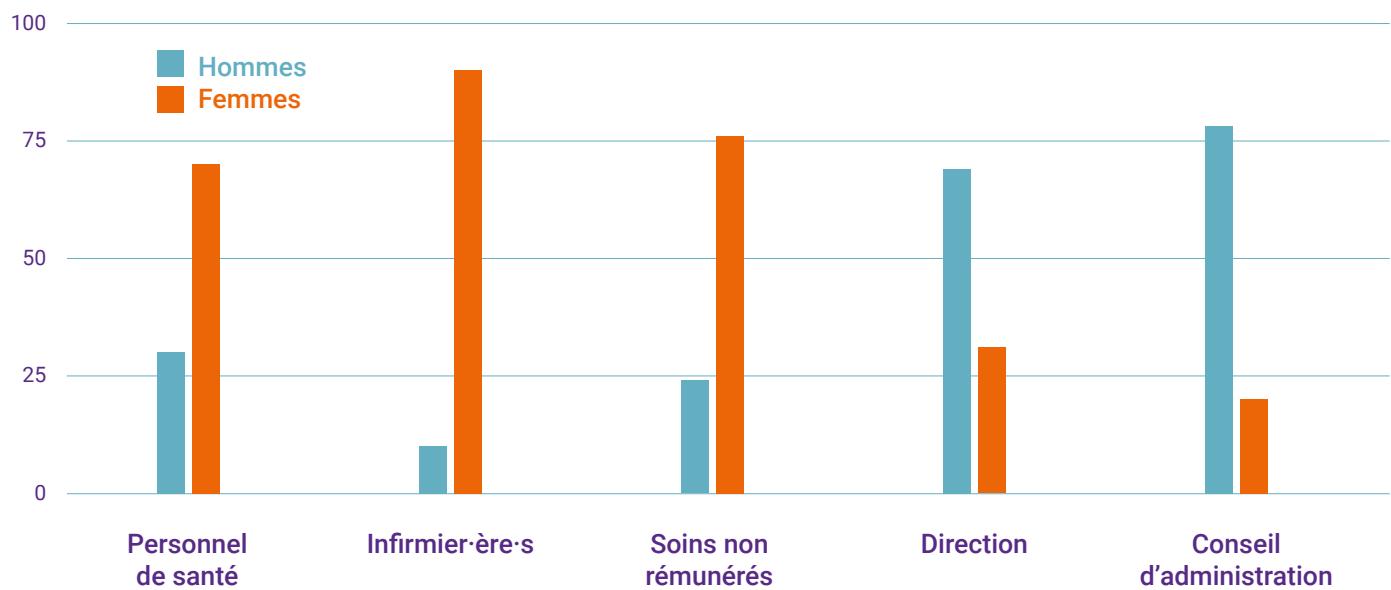
des soignant·e·s de première ligne dans le monde ont souffert de dépression et d'anxiété



70 %

de l'ensemble du personnel de santé sont des femmes.

## UN SECTEUR FÉMININ



Les femmes représentent 70 % de l'ensemble du personnel de santé. Parmi les infirmier-ère·s, ce chiffre atteint même 90 %<sup>8</sup>. Sur l'ensemble des institutions de santé dans le monde, 69 % sont dirigées par des hommes, avec une moyenne de 80 % de membres du conseil d'administration masculins<sup>9</sup>. En général, ce sont aussi les femmes qui effectuent le travail de soins non rémunéré nécessaire au fonctionnement de l'économie, également connu sous le nom de travail reproductif. **Les femmes effectuent 76 % du travail de soins non rémunéré nécessaire au fonctionnement de l'économie.**

Et ce chiffre a probablement augmenté pendant la pandémie du COVID-19<sup>10</sup>. Ce sont les personnes victimes de discrimination qui combinent les lacunes créées par la disparition des services publics. Les services qu'elles utilisent sont également les premiers à être supprimés.<sup>11</sup> En Belgique, par exemple, on le constate dans le domaine de la garde d'enfants. Lorsqu'il y a une pénurie de places en crèche ou que les crèches sont contraintes à la fermeture en raison d'un manque de personnel, ce sont dans la plupart des cas les femmes qui prennent le relais pour s'occuper de leurs enfants. **En pratique, elles combinent les lacunes causées par les coupes budgétaires dans les services publics.**

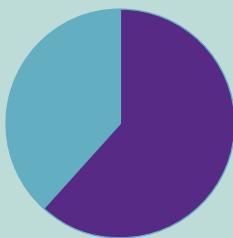


Outre le genre, la discrimination s'intègre à d'autres différenciations sociales telles que la classe sociale, l'appartenance ethnique ou l'orientation sexuelle. Ces éléments jouent un rôle dans l'impact inégal

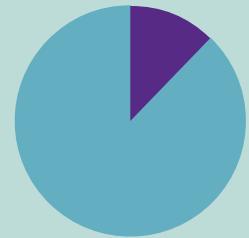
qu'engendrent les mesures d'austérité. La prise en compte de tous ces différents axes d'inégalité et de la manière dont ils se croisent parfois est appelée « intersectionnalité » ou « pensée intersectionnelle ».

#### Les travailleur·euse·s de la santé ont été confronté·e·s en 2019 sur leur lieu de travail à :

**62 %**  
de violence



**12 %**  
d'harcèlement sexuel



Une enquête menée en 2019 auprès de 330.000 soignant·e·s dans le monde a révélé que 61,9 % d'entre eux avaient déjà subi une forme de violence sur son lieu de travail. 12,4 % des travailleur·euse·s de la santé ont été victimes de harcèlement sexuel cette année-là<sup>12</sup>. Toutefois, les recherches détaillées sont rares, tout comme les mesures prises par les représentant·e·s politiques et les employeur·euse·s<sup>13</sup>.

Les personnes non binaires signalent également un nombre élevé d'incidents de violence et de discriminations au travail<sup>14</sup>. Malheureusement, ces personnes sont à peine représentées dans les statistiques officielles.

# L'ÉCONOMIE INFORMELLE DE LA SANTÉ

Tout comme pour le travail de soins non rémunéré dans des contextes non professionnels, les femmes, les minorités sexuelles, ainsi que les personnes immigrées, sont aussi surreprésentées dans l'économie informelle. Étant donné que dans le secteur informel, l'employeur et/ou la formation ne sont pas reconnu·e·s par le gouvernement, ces dernier·ère·s sont plus sujet·te·s encore aux conditions de travail malsaines, car iels n'ont pas les mêmes droits que les travailleur·euse·s du secteur formel de la santé<sup>15</sup>.

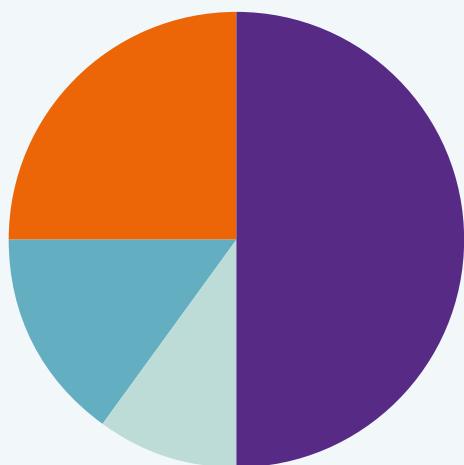
Un grand nombre de ce personnel de santé travaille dans les services de santé communautaires ou

de district. Ce sont souvent des bénévoles non rémunéré·e·s, alors qu'iels sont indispensables aux soins de santé de première ligne<sup>16</sup>.

Près de 60 % des agent·e·s de santé communautaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire déclarent ne pas recevoir de salaire, et les recherches suggèrent que ce chiffre peut atteindre 85 % sur le continent africain<sup>17</sup>. Dans les faits, iels sont plus que des agent·e·s de santé : iels font aussi un travail social qui prend en compte tous les déterminants sociaux qui influencent la santé d'une personne<sup>18</sup>.

**«En tant qu'agent·e de santé communautaire, vous êtes censé·e connaître l'état de santé de chaque foyer de votre quartier. Nous organisons des campagnes au cours desquelles nous nous rendons chez les gens pour leur expliquer différentes maladies. Nous menons également des enquêtes pour savoir si les familles disposent de toilettes ou d'un accès à l'eau potable. Si quelqu'un tombe malade, nous l'emmènons à l'hôpital»**

*témoignage d'un agent de santé communautaire philippin dans une enquête menée par nos organisations partenaires.*



## Déterminants sociaux de la santé:



# LE RACISME DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Partout dans le monde, les professionnel·le·s de la santé font état de racisme dans l'exercice de leur métier<sup>19</sup>. Cela peut être une des raisons pour laquelle iels quittent le secteur. En Palestine, le personnel arabe fait même face à une répression directe de la part de l'État israélien.

## Violences israéliennes contre le personnel de santé

«Les territoires palestiniens occupés comptent parmi les endroits les plus dangereux au monde pour les professionnel·le·s de la santé.» C'est ce qui ressort d'un rapport des Nations unies.<sup>20</sup> Depuis les points de contrôle aux barrages, jusqu'aux attaques directes. Le système d'apartheid israélien soumet les professionnel·le·s de la santé palestinien·ne·s à une très forte pression. Nos partenaires Bisan, AWDA et Health Work Committees peuvent en attester. Leurs effectifs ont fortement diminué au cours

des dix dernières années en raison de la répression israélienne. Chez AWDA, par exemple, huit membres du personnel ont été blessé·e·s par la violence israélienne. L'impact psychologique est énorme. L'anxiété, le stress et la dépression ne sont pas rares parmi le personnel de santé palestinien. Près de 20 % des infirmier·ère·s palestinien·ne·s déclarent souffrir du syndrome de stress post-traumatique, un état provoqué par des situations particulièrement stressantes ou traumatisantes.

**20 %**  
des infirmier·ère·s  
palestinien·ne·s déclarent  
souffrir du syndrome  
de stress post-traumatique.



# PRIVATISATION ET COMMERCIALISATION : DE QUOI S'AGIT-IL AU JUSTE ?

Les acteurs commerciaux du secteur de la santé ont empêché de répondre de façon efficace à la pandémie du COVID-19. Pour autant, les gouvernements ont poursuivi le démantèlement des

services de santé publics. Le secteur privé joue un rôle croissant dans les soins de santé.<sup>21</sup> Comment expliquer cela ?

Le marché mondial des **services de santé privés à but lucratif** figure parmi ceux qui se développent le plus rapidement au monde, avec des **taux de croissance annuels moyens compris entre 6 et 8 %**.



## LE RÔLE DES INSTITUTIONS FINANCIÈRES INTERNATIONALES

Dans la plupart des pays à faible revenu, la Banque mondiale (BM) et le Fonds monétaire international (FMI) sont les moteurs de la privatisation du secteur de la santé. Dans les années 1980, ils ont imposé des conditions d'emprunt étouffantes avec leurs tristement célèbres programmes d'ajustement structurel. Dans de nombreux pays, le secteur de la santé public était au bord de l'effondrement. Les gouvernements ont dû ouvrir leur secteur de la santé aux investissements étrangers et procéder à des

coups drastiques. Le plafonnement des dépenses salariales dans le secteur public a eu pour effet de sous-payer et de démotiver le personnel de santé. Les patient·e·s ont soudain dû payer davantage pour obtenir des soins, ce qui a entraîné des dépenses de santé élevées pour les familles. La recherche<sup>22/23</sup> montre l'impact négatif des politiques de la BM et du FMI sur la santé publique. Pourtant, ces institutions s'en tiennent à leur feuille de route habituelle.

«Avant la pandémie, 57 pays souffraient d'une grave pénurie de personnel de santé, selon l'OMS. Pourtant, le FMI a conseillé à 24 de ces 57 pays de geler ou même de réduire les dépenses salariales du secteur public<sup>24</sup>».

Jasper Thys, collaborateur politique  
et campagne de Viva Salud

**En 2020, 62 pays ont consacré plus d'argent au remboursement de la dette qu'aux soins de santé.**

|                                | Pourcentage des recettes publiques consacrées au remboursement de la dette |      | La relation entre les dépenses de la dette et les dépenses en santé |      |
|--------------------------------|--|------|---|------|
|                                | 2016   | 2020 | 2016  | 2020 |
| Europe & Asie centrale         | 7.6  | 14.1 | 0.8   | 1.4  |
| Amérique latine & Caraïbes     | 10.9   | 14.2 | 0.8   | 1    |
| Afrique sub-saharienne         | 8.1  | 14.6 | 1.1   | 2.1  |
| Asie de l'Est & Pacifique      | 5.6  | 14.7 | 0.8   | 1.5  |
| Asie du Sud                    | 7.7  | 27.1 | 1.0   | 2.6  |
| Moyen-Orient & Afrique du Nord | 13.1   | 42.3 | 1.0   | 1.5  |

Source: Eurodad calculations based on Roefinty.

**La relation entre le remboursement des dettes et l'investissement dans la santé :**

Les chiffres d'Eurodad montrent qu'entre 2016 et 2020, certains pays ont dû consacrer jusqu'à 42,3% de leurs revenus à la dette extérieure. En 2020, c'est plus du double de ce qu'ils ont dépensé pour la santé.

## LE RÔLE DE NOTRE SYSTÈME ÉCONOMIQUE

Notre système économique mondial est injuste : des règles commerciales déloyales, l'évasion fiscale, des conditions d'emprunt étouffantes, des remboursements de la dette sur des décennies et des politiques financières internationales défaillantes sont autant d'éléments qui empêchent la plupart des gouvernements d'alimenter les revenus des États. Cela empêche les pays à faible revenu d'investir dans les soins de santé publics et dans le personnel de santé. La campagne Jubilee Debt a

montré l'année dernière que 64 pays à faible revenu dépensent davantage pour rembourser leurs créanciers étrangers que pour leurs soins de santé. En outre, les dépenses liées au remboursement de la dette mondiale augmentent d'année en année. Elles font obstacle aux investissements nécessaires dans les services publics. Les anciennes colonies ont été prises dans un système économique qui profite à un petit groupe de personnes et laisse la majorité de la population vivre dans des conditions inhumaines.

**Au niveau mondial,  
les pays perdent plus de**

**427 000 000 000 \$**

**chaque année à cause de l'évasion fiscale. Cette somme permettrait de payer les salaires de 34 millions d'infirmier·ère·s chaque année.**





## LE RÔLE DE LA PHILANTHROPIE

Au cours des années 1980, les institutions internationales, créées après la Seconde Guerre mondiale pour servir l'intérêt public, ont commencé à former des partenariats avec des philanthropes. Depuis lors, les initiatives caritatives de l'élite mondiale définissent de plus en plus l'agenda international en matière de santé. La Fondation Bill et Melinda Gates, par exemple, est le deuxième plus grand donateur de l'OMS, les gouvernements y contribuant de moins en moins. Ces philanthropes décident eux-mêmes de la manière dont leurs dons seront utilisés. C'est ainsi que l'OMS perd petit à petit son

indépendance. Les philanthropes ont souvent des intérêts indirects dans le monde de l'entreprise et de l'industrie. Ils encouragent le secteur privé à jouer un rôle central dans leur travail et sont à l'origine des partenariats public-privé (PPP). Il s'agit de contrats à long terme par lesquels le secteur privé met en place et exploite des projets d'infrastructure ou des services-clés traditionnellement gérés par les pouvoirs publics, tels que les hôpitaux, les écoles ou l'approvisionnement en énergie. Cela se fait trop souvent au détriment des droits humains et d'un véritable développement durable.

## LE RÔLE DE LA COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT

Plus d'un demi-milliard d'euros. C'est la somme que le gouvernement britannique aurait dépensée au cours de la dernière décennie pour soutenir les soins de santé privés dans des dizaines de pays à faible revenu. C'est ce que révèle une étude menée par Global Justice Now. Ces révélations ne sont toutefois pas une surprise. Depuis la crise financière de 2007-2008, les gouvernements et les institutions internationales promeuvent le secteur privé comme étant la clé du développement durable. Mais la pratique ne permet pas toujours de montrer

### « Le secteur privé utilise l'argent public »

l'impact positif de cette approche. Le secteur privé utilise l'argent public, par exemple, pour éliminer le risque lié à l'investissement, tout en s'en accaparant les bénéfices. En outre, l'argent est investi dans des secteurs stables où les défis sont moindres. La banque de développement belge « BIO Invests » investit elle aussi indirectement dans des acteurs privés de la santé dans les pays à faible revenu, par l'intermédiaire de fonds d'investissement et de grands gestionnaires d'actifs internationaux.

# DÉFINITION

Dans le domaine des soins de santé, la privatisation et la commercialisation revêtent toutes sortes de formes et de tailles. Les soins de santé deviennent essentiellement commerciaux, ce qui permet de réaliser des profits. La commercialisation implique une logique de marché et des principes commerciaux qui sont alors appliqués aux politiques publiques de même qu'aux acteurs du secteur.

Dans le cadre de la privatisation, les services de santé, la politique de santé et la production de produits de santé sont financés et mis en œuvre par des acteurs privés dans un but lucratif. Dans ce dossier, le terme «secteur privé» fait référence à tous les types d'acteurs privés à but lucratif.

## Combinaisons possibles de financement et dispositif public-privé

| Dispositif  | Public  | Privé sans but lucratif   | Privé avec profit  |
|-------------|---|---|--|
| Financement |   |   |  |
| Public      | Service public financé par les impôts, par exemple le NHS           | Système de soins sans but lucratif financé par la sécurité sociale par exemple la Belgique                        | Prestataires de soins de santé privés qui font des bénéfices, financés via la sécurité sociale   |
| Privé       | Service public financé par les utilisateur·rice·s ou leur assurance | Système de soins sans but lucratif financé par les utilisateur·rice·s ou leur assurance, par exemple les Pays-Bas | Prestataires de soins de santé privés qui font des bénéfices, financés par les utilisateur·rice·s ou leur assurance, par exemple les États-Unis. |

Source: WHO taskforce on health economics (1995) in E. Kondilis (2016), Privatization of healthcare in Europe.

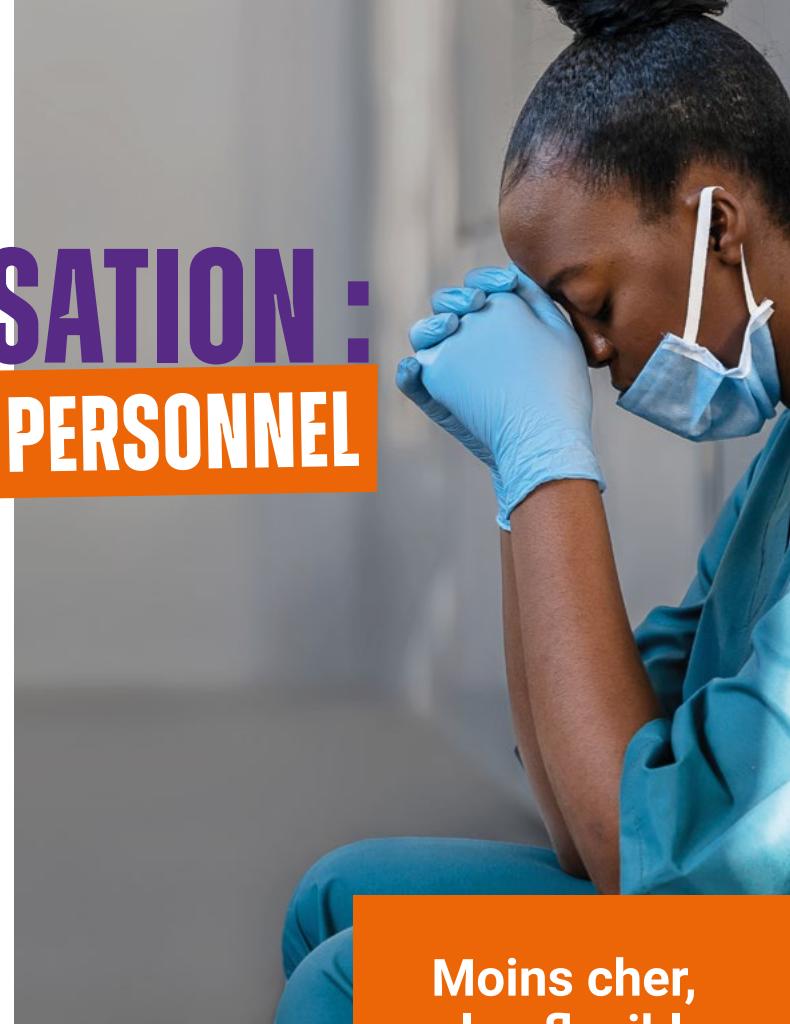


# AUSTÉRITÉ ET COMMERCIALISATION : UNE TRAGÉDIE POUR LE PERSONNEL

La logique de marché ne permet pas d'améliorer les soins de santé pour tou·te·s. Lorsque le profit et les économies prennent, le respect des conditions de travail décentes et la qualité des soins diminuent.

## UNE SANTÉ ET UNE SÉCURITÉ EN DÉCLIN

L'une des méthodes pour faire des économies dans le secteur de la santé consiste à réduire les dépenses en matière de santé et de sécurité au travail. La pandémie du COVID-19 l'a douloureusement démontré. Bien que les soignant·e·s exercent leur métier dans des conditions dangereuses, iels ne reçoivent pas



**Moins cher,  
plus flexible,  
plus efficace.**

de matériel de protection suffisant. La pénurie de masques, de gel hydroalcoolique et de gants a rendu le personnel particulièrement vulnérable aux infections. Selon l'OMS, en mai 2021, environ 115.000 soignant·e·s dans le monde avaient succombé au COVID-19 après un an de pandémie.

## CHARGE DE TRAVAIL PLUS ÉLEVÉE

Le personnel de la santé du monde entier se fait entendre. Iels sont frustré·e·s par leurs conditions de travail et la manière dont iels doivent faire leur travail. La pandémie a entraîné le départ de nombreuses personnes du secteur de la santé. En conséquence, le travail repose aujourd'hui sur beaucoup moins de travailleur·euse·s. La charge de travail est énorme et la profession exige de plus en plus de personnel. Moins cher, plus flexible, plus efficace. La gestion du temps et la paperasserie sont privilégiées aux dépens de soins de qualité. On le constate également

dans les maisons de repos, surtout lorsque ce sont des acteurs privés qui gèrent les soins. Pas le temps de discuter avec les patient·e·s, tout est ordonné à la minute près. La qualité des soins diminue et le personnel soignant ne trouve plus de satisfaction dans son travail. Le stress, les troubles physiques et l'épuisement professionnel en sont les conséquences inévitables. Les absences prolongées de membres du personnel alourdissent logiquement la charge de travail de leurs collègues.

# MOINS DE SÉCURITÉ

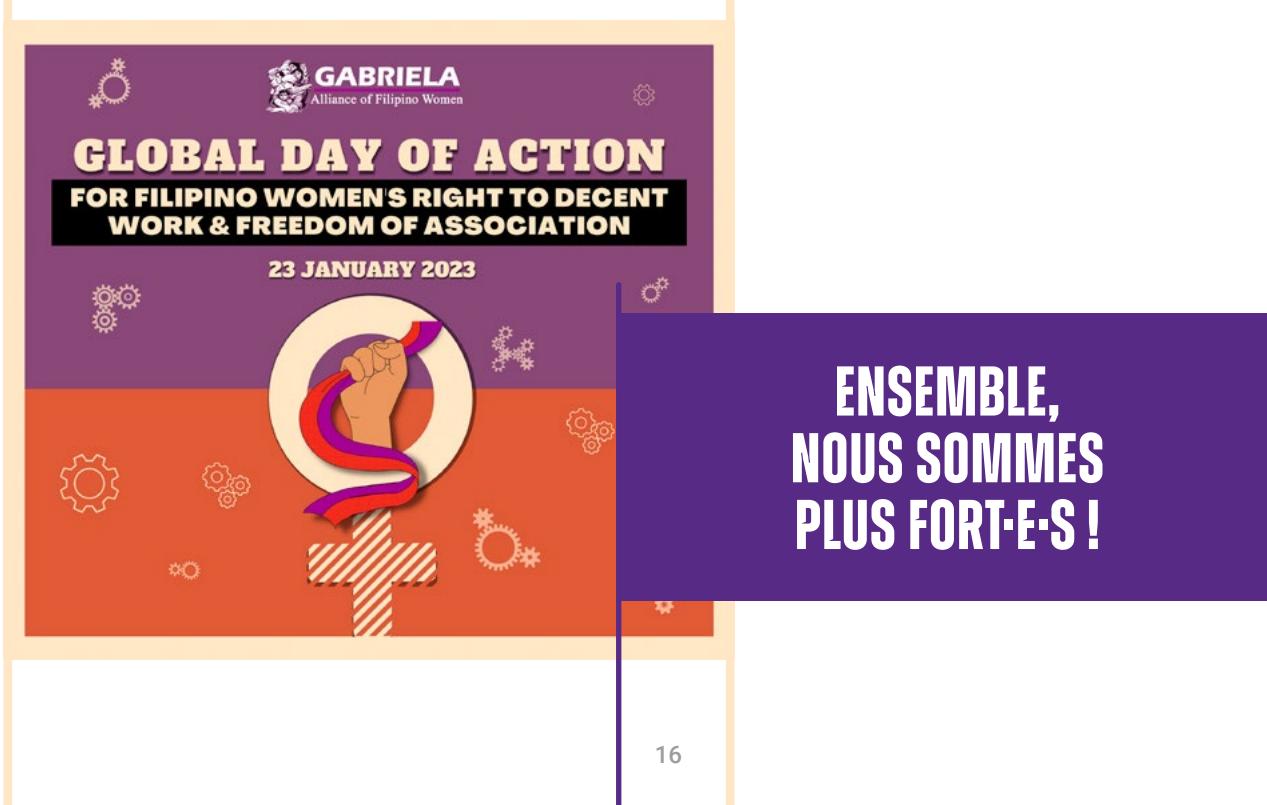
Pendant la pandémie, le personnel de santé a été abondamment applaudi. Mais aujourd’hui, il n’y a toujours pas de véritable soutien. Les conditions de travail du personnel de santé restent très contestables, surtout dans le secteur privé. Une étude portée sur le personnel de santé en Catalogne<sup>25</sup> montre que les infirmier·ère·s du secteur privé sont plus susceptibles de travailler à des salaires inférieurs et à des heures irrégulières que celleux du secteur public. Cela a un impact considérable sur leur santé mentale et physique. En outre, le travail intérimaire est en augmentation dans le monde entier. Il devient de plus en plus difficile d’obtenir

un contrat à durée indéterminée (CDI). Par exemple, dans un secteur privé en pleine expansion en Inde, les contrats fixes sont rares. Par conséquent, le personnel de santé y est souvent moins bien payé, ou l'est juste au-dessus du salaire minimum.<sup>26</sup> Parfois, les conditions salariales dans le secteur privé sont plus attrayantes que dans le secteur public, mais les contrats précaires signifient que le personnel accumule moins de droits à la retraite, au congé maladie ou au chômage. En outre, les heures supplémentaires ne sont pas toujours rémunérées et le risque de licenciement injustifié est très élevé.

# SYNDICATS PLUS FAIBLES

Ensemble, nous sommes plus fort·e·s ! Telle est l’ambition des syndicats : ils rassemblent le personnel de santé et agissent d’une seule voix. Ils sont le levier qui permet de s’attaquer de manière ciblée à des conditions de travail malsaines. Les syndicats négocient de meilleures conditions salariales, dénoncent le manque de flexibilité et veillent à ce que les droits du personnel soient respectés. Toutefois, dans le secteur privé, le nombre de soignant·e·s syndiqué·e·s est beaucoup plus faible. En Pologne, par exemple, iels sont à peine 5%.

Un peu partout, des soignant·e·s perdent même leur emploi pour avoir adhéré à un syndicat. Et certaines entreprises privées de santé font tout ce qu’elles peuvent pour empêcher la formation de syndicats. Ce phénomène s’appelle la casse syndicale et va à l’encontre de l’article 23 de la Déclaration universelle des droits humains (DUDH) : toute personne a le droit de fonder un syndicat et/ou d’y adhérer.



# « LE MANQUE DE PERSONNEL COÛTE DES VIES ! »

Ce message a résonné à de multiples reprises au Royaume-Uni depuis décembre 2022. Pour la première fois, des dizaines de milliers d'infirmier·ère·s ont manifesté. Par cette grève historique, iels ont appelé au renforcement du NHS, le service national de santé britannique<sup>27</sup>.

À la même période, le 10 janvier 2023, le gouvernement conservateur du Royaume-Uni a décidé de soumettre au Parlement un projet de loi controversé sur la grève. Ce projet de loi permettait au gouvernement et aux employeur·euse·s d'exiger des soignant·e·s qu'iels assurent un service minimum en cas de grève<sup>28</sup>. Ce projet de loi s'appliquait notamment aux secteurs de la santé et de l'éducation. Or, ce sont précisément ces secteurs qui sont massivement descendus dans les rues au cours des mois précédents l'annonce du gouvernement. Le projet de loi permettait aux employeur·euse·s de licencier plus facilement les travailleurs et travailleuses en grève et de poursuivre les syndicats en justice. Une gifle pour le personnel du secteur public britannique, qui considère la grève comme leur dernier recours face au coût insupportable de la vie au Royaume-Uni.<sup>29</sup>



# FUITE DES CERVEAUX

Enfin, l'externalisation des soins de santé à des investisseurs commerciaux est préjudiciable au secteur public, car elle détourne des ressources rares telles que des professionnel·le·s qualifié·e·s. 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» ou «fuite des soins», interne et internationale, entraîne une pénurie de personnel de santé dans le secteur public ainsi que dans les zones rurales. Il en résulte un manque d'accès à des soins de santé de qualité pour une grande

partie de la population. Les pays à faible revenu sont particulièrement touchés. Ils voient un grand nombre de leurs professionnels de la santé émigrer vers les pays à revenu élevé, qui tentent de résoudre leurs propres pénuries, en provoquant d'autres ailleurs. Les pays à faible revenu supportent le coût de la formation des soignant·e·s, tandis que les pays à revenu élevé en récoltent les bénéfices. L'Organisation internationale pour les migrations estime que les pays à faible revenu perdent 500 millions de dollars par an à cause de la migration des professionnel·le·s de la santé vers les pays à revenu élevé.

## RÉPARTITION DES SOIGNANT·E·S<sup>30</sup>



**37 %**

en Amérique du Nord



**3 %**

en Afrique

## CHARGE DE MORBIDITÉ



**10 %**

en Amérique du Nord



**24 %**

en Afrique

## CONDITIONS DE TRAVAIL EN RDC : UNE ENQUÊTE

Etoile du Sud (EDS) et Si Jeunesse Savait (SJS), deux organisations partenaires de Viva Salud, ont mené des enquêtes auprès de 1.330 soignant·e·s de Kinshasa, du Nord-Kivu et du Katanga en 2022. Elles ont interrogé des médecins, des infirmier·ère·s et des pharmacien·ne·s sur les conditions de travail dans le secteur de la santé. L'enquête a révélé que 74 %

des personnes interrogées déclarent qu'il y a une pénurie de soignant·e·s ayant reçu une formation de qualité dans le pays. Dans les zones rurales, ce chiffre atteint même 91 %. Les conditions de travail dans les zones rurales et dans le secteur public sous-financé sont sans conteste les pires. Les mauvaises conditions de travail et les bas salaires sont considérés comme les principaux facteurs de pénurie dans le secteur de la santé. Cela pousse les soignant·e·s vers l'étranger ou dans le secteur privé.

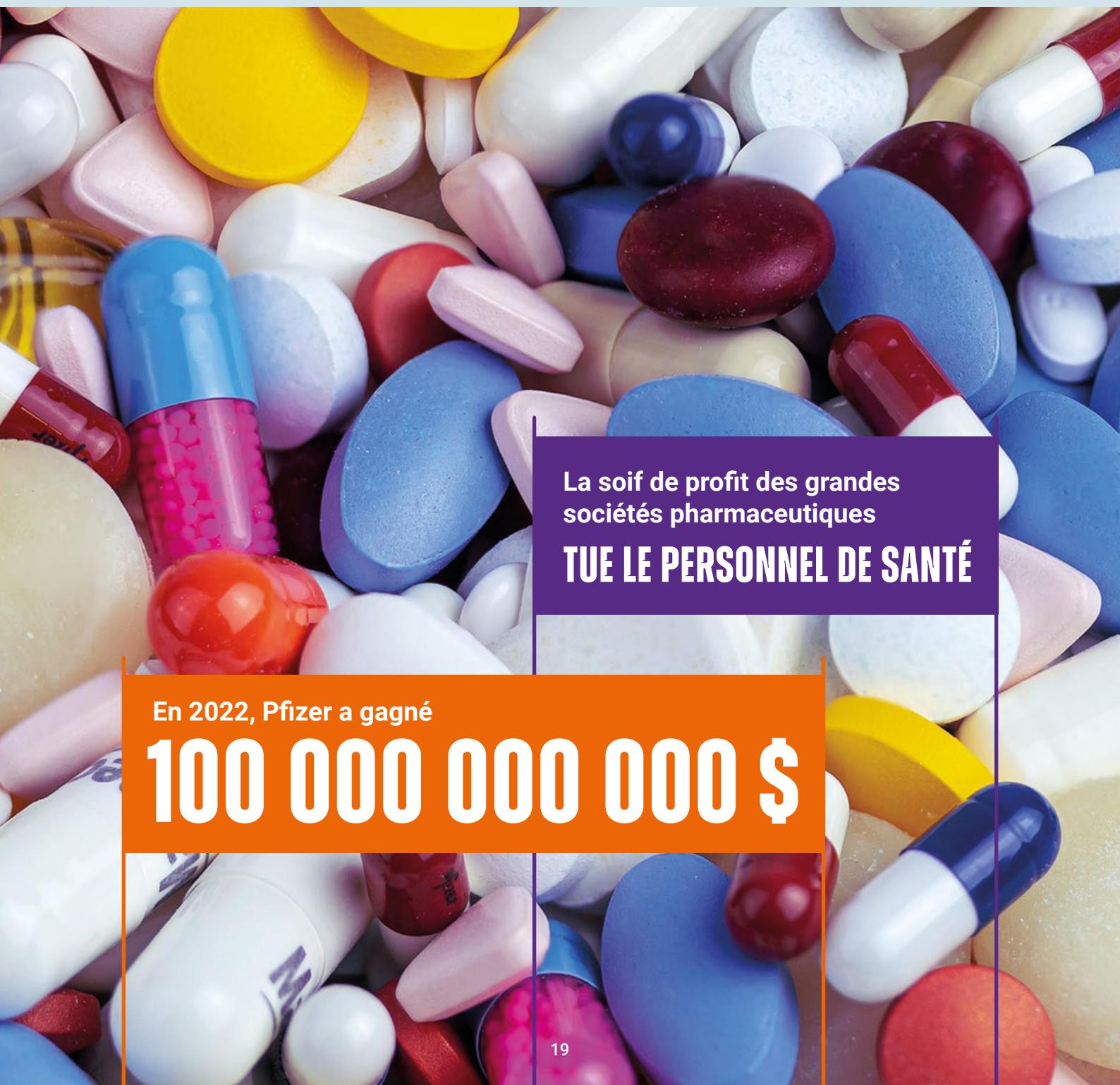
Un membre du personnel soignant interrogé a déclaré :

*«Lorsque les agent·e·s de santé choisissent de continuer à travailler pour un service public, c'est pour des raisons de sécurité de l'emploi. Il est difficile pour le gouvernement de licencier quelqu'un. Mais en ce qui concerne les conditions de travail, les conditions de vie et le salaire, le secteur privé, les ONG et le secteur de la santé à l'étranger font mieux. Par conséquent, il y a beaucoup moins d'agent·e·s de santé correctement formé·e·s qui travaillent pour les services publics. Et comme le gouvernement est conscient qu'il paie mal le personnel de santé, il sait que les contrôles de qualité sont inutiles.»*

# LA SOIF DE PROFIT DU BIG PHARMA VS LES PROFESSIONNEL·LE·S DE LA SANTÉ

Les grandes entreprises pharmaceutiques ont réalisé des profits colossaux ces dernières années. En 2022, Pfizer a gagné 100 milliards de dollars. Un record. Soit autant que les dépenses totales de santé de 100 pays réunis. Pourtant, la campagne de vaccination contre le COVID-19 peut difficilement être qualifiée de succès. Surtout pour les professionnel·le·s de

la santé des pays à faible revenu. Fin 2021, après un an de vaccination, à peine un·e soignant·e sur trois avait été vacciné·e. Et ce, bien que le personnel de santé ait été désigné comme un groupe prioritaire pour la vaccination contre le COVID. La soif de profit des grandes sociétés pharmaceutiques tue le personnel de santé.



En 2022, Pfizer a gagné  
**100 000 000 000 \$**

La soif de profit des grandes sociétés pharmaceutiques  
**TUE LE PERSONNEL DE SANTÉ**

# LA VOIE À SUIVRE

Nous devons investir dans le personnel de santé et dans un système de santé public solide. C'est très clair aujourd'hui. Comment soigner nos soins de santé ?

PRENONS SOIN DES SOIGNANT·E·S

## DES SYNDICATS ET DES MOUVEMENTS SOCIAUX FORTS

Les mouvements sociaux et les syndicats jouent un rôle central dans l'amélioration des conditions de travail dans le secteur des soins. Ils constituent une force collective organisée qui fait entendre la voix du personnel de santé. Ils centralisent leurs frustrations et inscrivent leurs préoccupations à l'agenda politique en tant que partenaires du dialogue social. Les syndicats plaident au niveau national pour la ratification de conventions mais aussi pour l'élaboration d'instruments internationaux visant à améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins. Ils jouent un rôle-clé dans la mise en œuvre de solutions politiques.

La liberté d'association et le droit à la négociation collective sont des principes importants du droit international. Le personnel de santé et les syndicats doivent participer aux décisions concernant leur profession et avoir la possibilité de se faire entendre. Pourtant, tous les pays membres de l'Organisation internationale du travail (OIT) ne respectent pas ces principes. C'est pourquoi la lutte pour de meilleures conditions de travail est aussi une lutte pour une action sociale forte et un espace démocratique plus important. Il est essentiel que les syndicats au niveau international unissent leurs efforts pour résoudre ces problèmes.



# UNE ÉCONOMIE MONDIALE

## JUSTE

Il existe des richesses colossales à investir dans les soins de santé publics et dans l'amélioration des conditions de travail dans le secteur de la santé. Mais cette richesse est concentrée entre de mauvaises mains. Selon Oxfam<sup>31</sup>, la richesse des 10 hommes les plus riches de la planète a doublé pendant la pandémie, alors que 99 % de la population mondiale s'est appauvrie. Avec une répartition plus équitable des ressources, les gouvernements pourraient investir davantage dans des services publics solides et dans des emplois décents dans le secteur public. Mais il faut une action sociale féroce et des propositions politiques audacieuses pour parvenir à un système économique socialement plus juste. L'annulation de la dette, la justice fiscale internationale et les accords commerciaux équitables devraient être au cœur des discussions sur l'amélioration des conditions de travail.



# UNE COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT EN FAVEUR D'UN SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC



Nous savons qu'un système de santé public solide est le meilleur moyen de protéger et de promouvoir le droit à la santé pour tou.te.s. Cependant, au cours des dernières décennies, les soins de santé publics ont été démantelés et affaiblis dans de trop nombreux pays. Les institutions financières internationales, les grandes sociétés pharmaceutiques, les compagnies d'assurance et même la coopération au développement internationale jouent toutes un rôle dans ce démantèlement. Il est essentiel que les fonds publics destinés au développement durable du secteur de la santé dans les pays à faible revenu ne soient pas utilisés pour encourager davantage de privatisation du secteur de la santé.

Les gouvernements qui participent à la coopération au développement dans le domaine de la santé doivent s'engager à soutenir le développement de services de santé publics solides dans les pays bénéficiaires. Ils doivent veiller à ne pas utiliser l'aide publique au développement (APD) pour investir dans des entreprises de santé privées à but lucratif ou pour promouvoir des partenariats public-privé.

# DES ACCORDS INTERNATIONAUX SOLIDES

Il existe une série d'instruments internationaux, de déclarations et de conventions visant à rendre les conditions de travail dans le secteur des soins de santé plus sûres et plus saines. Ces instruments sont importants car ils fournissent un cadre pour la réglementation au niveau national. Par exemple, le 10 juin 2022, les membres de l'OIT ont reconnu la «sécurité et la santé au travail» comme un principe fondamental. Une autre réalisation majeure a été l'adoption de la convention 190, la première convention internationale à déclarer le droit à un environnement de travail exempt de violence et de harcèlement. L'OMS a également lancé plusieurs plans d'action pour aider les États membres à élaborer des politiques pour leur personnel de santé. Ainsi, de nombreuses discussions ont lieu au



niveau international pour améliorer les conditions de travail des soignant·e·s. Malheureusement, ces lignes directrices restent largement inappliquées au niveau local parce qu'elles ne sont pas contraignantes. Elles manquent souvent de l'apport du personnel concerné et ne sont pas applicables. Il est nécessaire de collecter davantage de données, de renforcer les mécanismes de suivi et de redevabilité pour garantir une mise en œuvre aux niveaux national et international.

## UN MODÈLE DE SANTÉ ALTERNATIF

Imaginez un modèle de soins de santé où les patient·e·s et les professionnel·le·s de la santé passent avant les résultats financiers. Un modèle dans lequel les patient·e·s n'auraient pas à craindre des dépenses de santé faramineuses et où le personnel de santé retrouverait le temps de s'occuper convenablement des patient·e·s. Bref, un modèle dans lequel les usines de soins de santé sont remplacées par des centres de santé sociaux de quartier. Un rêve lointain ? Ou une victoire réalisable ? La deuxième option !

Les maisons médicales de quartier existent dans notre pays depuis plus de 50 ans. Elles fonctionnent différemment du système habituel de cabinets médicaux, où les médecins sont payés à la consultation

et où le temps consacré à la consultation et à la planification des soins est souvent insuffisant. Dans les maisons médicales de quartier, une équipe de professionnel·le·s, composée d'infirmier·ère·s, kinésithérapeutes, de diététicien·ne·s et de psychologues, travaille en étroite collaboration pour améliorer la santé des patient·e·s. Iels complètent leurs connaissances et leur expertise, adoptant finalement une vision globale de la santé de leurs patient·e·s. Iels font le lien entre les problèmes individuels des patient·e·s et les causes sociales de

ces problèmes, contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales. Leur principale préoccupation est d'éviter que les gens ne tombent malades. Proches des gens, loin de la soif de profit.

**« Les maisons médicales de quartier existent dans notre pays depuis plus de 50 ans »**



## LES MAISONS MÉDICALES DE QUARTIER

**Qu'est-ce qui différencie le travail de soins de santé dans les maisons médicales de quartier ? Et pourquoi est-il plus qualitatif pour le personnel de santé ?**

**Janneke Ronse,**  
présidente de Médecine pour le Peuple, l'explique.



Pourquoi choisit-on une profession dans les soins de santé ? Parce qu'on veut prendre soin des gens. Nous oublions parfois l'importance de la satisfaction professionnelle. Si l'on ne peut pas vraiment s'occuper des autres, on se heurte à un mur sur le long terme. Dans les soins de santé, il y a deux fois plus de burn-out que dans les autres secteurs.

Chez MPLP, nous travaillons beaucoup en équipe. Nos collègues réfléchissent ensemble aux meilleurs soins à apporter aux patient·e·s dans leurs maisons médicales. Les psychologues, les infirmier·ère·s, les diététicien·ne·s et les médecins généralistes travaillent ensemble dans plusieurs disciplines. Le travail administratif est confié à des spécialistes. Les prestataires de soins de santé se concentrent donc uniquement sur les soins.

En outre, nous accordons une grande attention à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Nos collègues ont un emploi du temps clair avec une semaine normale de 38 heures. Ils ne sont pas obligé·e·s de travailler tous les weekends, de faire toutes les gardes du soir ou de faire 60 heures par semaine.

Enfin, chez MPLP, nous réalisons de nombreux projets qui croisent le médical et le politique. Sur le terrain, nous sommes confronté·e·s quotidiennement à des problèmes sociaux, tels que les longues listes d'attente pour les soins psychologiques ou les problèmes de santé liés au travail. Si les collègues peuvent s'immerger dans un problème et y travailler ensemble, dans la pratique mais aussi en dehors, cela ajoute beaucoup à leur motivation.



# PARTICIPEZ ET RESTEZ INFORMÉ·E !

**RESTEZ AU COURANT**  
des luttes menées par les  
professionnel·le·s de la santé  
dans le monde entier.



[www.vivasalud.be](http://www.vivasalud.be)



[vivasaludbelgique](#)



[vivasaludbelgique](#)



[vivasaludbe](#)



Recevez les mises à jour hebdomadaires  
de la campagne via WhatsApp en envoyant  
un message avec la mention « **Je m'inscris** »  
au **0470 82 72 22** ou en scannant le code QR:



Au niveau international, Viva Salud  
est active au sein du mouvement  
mondial pour le droit à la santé,  
le People's Health Movement.

[phmovement.org](http://phmovement.org)

La lutte mondiale des  
travailleur·euse·s de  
la santé contre la  
privatisation de la santé

[peoples-health-dispatch.ghost.io](http://peoples-health-dispatch.ghost.io)

# FAITES UN DON

Grâce à votre don, les mouvements sociaux peuvent maintenir la pression et s'opposer à la privatisation et à la commercialisation de nos soins de santé.



Soutenez la campagne en faisant un don sur le compte de Viva Salud  
**BE17 5230 8138 7321**  
(communication: Zorg-Soin)  
Soutenez en ligne sur [vivasalud.kalect.com](http://vivasalud.kalect.com)

## ENTREZ EN ACTION

Sur notre site web, voyez comment vous pouvez soutenir les travailleur·euse·s de la santé dans le monde entier et rappelez aux décideur·euse·s politiques leurs responsabilités.

## PARTAGEZ VOTRE EXPÉRIENCE

Vous êtes vous-même ou vous connaissez un·e travailleur·euse de la santé ? Vous souhaitez témoigner des mauvaises conditions de travail dans le secteur de la santé et soutenir ainsi la lutte des travailleur·euse·s de la santé dans le monde entier ? Envoyez un mail à [nicky@vivasalud.be](mailto:nicky@vivasalud.be).

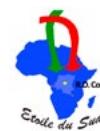


# BIBLIOGRAPHIE

- 1 International Council of Nurses. (2021). The Global Nursing Shortage and Nurse Retention.
- 2 World Health Organization: WHO. (2019, 7 août). Health workforce. <https://www.who.int/health-topics/health-workforce>
- 3 Meeussen, C. (2022, 20 mai). Bijna helft verpleegkundigen op intensieve denkt aan stoppen. De Standaard. [https://www.standaard.be/cnt/dmf20220519\\_97761884](https://www.standaard.be/cnt/dmf20220519_97761884)
- 4 Ollevier, I. (2022, 15 décembre). Voor de eerste keer in de geschiedenis staken de verpleegkundigen in Engeland, Wales en Noord-Ierland. [vrtnews.be](http://vrtnews.be).
- 5 Certain-e-s manifestant-e-s ont été battu-e-s, frappé-e-s, maltraité-e-s et blessé-e-s. D'autres ont été arrêté-e-s puis relâché-e-s.
- 6 World Health Organization: WHO. (2022, 7 novembre). Occupational health: health workers. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- 7 World Health Organization: WHO. (2022, 7, novembre). Occupational health: health workers. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- 8 Peoples Dispatch. (2022, 3 novembre). IMF's pinkwashing has multifold effects on women's health. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2022/11/03/imfs-pinkwashing-has-multifold-effects-on-womens-health/>
- 9 World Health Organization. (2019). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. World Health Organization.
- 10 Peoples Dispatch. (2022, 3 novembre). IMF's pinkwashing has multifold effects on women's health. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2022/11/03/imfs-pinkwashing-has-multifold-effects-on-womens-health/>
- 11 Peoples Dispatch. (2022, 3 novembre). IMF's pinkwashing has multifold effects on women's health. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2022/11/03/imfs-pinkwashing-has-multifold-effects-on-womens-health/>
- 12 Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76, 927-937. Retrieved from <https://oem.bmjjournals.org/content/76/12/927>.
- 13 Lakew, K. (2022). Sexual harassment and abuse in the health sector: data are needed to inform our response. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.o2268>
- 14 Tabaac, A., Perrin, P. B., & Benotsch, E. G. (2018). Discrimination, mental health, and body image among transgender and gender-non-binary individuals: Constructing a multiple mediational path model. *Journal of gay & lesbian social services*, 30(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/10538720.2017.1408514>
- 15 Global Deal. (2022, 12 avril). Global Deal Conference - Session 3: Improving occupational health and safety [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=sV9EzWBhSw>
- 16 Hanson, K., Brikci, N., et al. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10(5), E715-E772. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00005-5)
- 17 Nepomnyashchiy, L., Westgate, C., Wang, A., Olsen, H., Yadav, P., & Ballard, M. (2020). Protecting community health workers: PPE needs and recommendations for policy action. Center for Global Development cited in [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00311-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00311-4/fulltext)
- 18 NLGN. (2012). Healthy Places: Councils leading on public health. In [www.newlocal.org.uk](https://www.newlocal.org.uk/wp-content/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf). [https://www.newlocal.org.uk/wp-content/uploads/Healthy-Places\\_FINAL.pdf](https://www.newlocal.org.uk/wp-content/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf)
- 19 Sillis, M. (2022, 12 mai). Sociale professionals getuigen over racisme in de zorg. Sociaal.Net. <https://sociaal.net/achtergrond/sociale-professionals-getuigen-racisme-in-de-zorg/>
- 20 United Nations. (2019). Report of the UN Commission of Inquiry on the 2018 protests in the OPT (A/HRC/40/74). <https://www.ohchr.org/en/hr-bodies/hrc/co-iopt/report2018-opt>
- 21 Vous n'avez pas encore lu le dossier? Retrouvez notre dossier «Pourquoi les soins de santé publics sont meilleurs»: <https://www.vivasalud.be/wp-content/uploads/2020/02/Pourquoi-les-soins-desant%C3%A9-publics-sont-meilleurs.pdf> ( Steendam, J. (2019). Pourquoi les soins de santé publics sont meilleurs EPO. <https://www.vivasalud.be/wp-content/uploads/2020/02/Pourquoi-les-soinsde-sant%C3%A9-publics-sont-meilleurs.pdf>)
- 22 Forster, T., Kentikelenis, A., Stubbs, T., & King, L. (2020). Globalization and health equity: The impact of structural adjustment programs on developing countries. *Social Science & Medicine*, 267, 112496. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112496>
- 23 Thomson, M. J., Kentikelenis, A., & Stubbs, T. (2017). Structural adjustment programmes adversely affect vulnerable populations: a systematic-narrative review of their effect on child and maternal health. *Public health reviews*, 38(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0059-2>
- 24 IMF tells countries facing critical health worker shortages to cut public employment funding. (2020, 22 juin). PSI - The global union federation of workers in public services. <https://publicservices.international/resources/news/imf-tells-countries-facing-critical-health-worker-shortages-to-cut-public-employment-funding?id=10904&lang=en>
- 25 The Care Contradiction: The IMF, Gender and Austerity. (2022). In ActionAid International. <https://actionaid.org/sites/default/files/publications/The%20Care%20Contradiction%20-%20The%20IMF%20Gender%20and%20Austerity.pdf>
- 26 Fité-Serra, A. M., Gea-Sánchez, M., Alconada-Romero, Á., Mateos, J. C. P., Blanco-Blanco, J., Barallat-Gimeno, E., Roca-Llobet, J., & Muntaner, C. (2019). Occupational Precariousness of Nursing Staff in Catalonia's Public and Private Nursing Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4921. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244921>
- 27 Nagarajan, R. (2019, 5 décembre). Delhi: Nurses make less than your plumber. *The Times of India*. <https://timesofindia.indiatimes.com/city/delhi/nurses-make-less-than-your-plumber/articleshow/72374665.cms>
- 28 <https://bills.parliament.uk/bills/3396>
- 29 Peoples Dispatch (2023, 3 février). Massive workers' rallies across UK defend the right to strike. Peoples Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2023/02/03/massive-workers-rallies-across-uk-defend-the-right-to-strike/>
- 30 Stella C. E. Anyangwe and Chipayeni Mtonga (2007). Inequities in the Global Health Workforce: The Greatest Impediment to Health in Sub-Saharan Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 4(2), 93-100.
- 31 Oxfam International. (2022, 17 janvier). Ten richest men double their fortunes in pandemic while incomes of 99 percent of humanity fall. Oxfam International. <https://www.oxfam.org/en/press-releases/ten-richest-men-double-their-fortunes-pandemic-while-incomes-99-percent-humanity>

## Ce document a été

- écrit par Nicky Gabriëls et Jasper Thys,
- consolidé grâce à l'aide dévouée de divers collègues, bénévoles et organisations partenaires de Viva Salud,
- développé avec le soutien de la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) et de Wallonie-Bruxelles International (WBI),
- conçu par Switch,
- imprimé par EPO.





Viva Salud asbl  
Chaussée de Haecht 53  
1210 Bruxelles  
02 209 23 65  
[info@vivasalud.be](mailto:info@vivasalud.be)  
[www.vivasalud.be](http://www.vivasalud.be)  
compte n° BE17 5230 8138 7321

**PRENONS SOIN DES  
SOIGNANT·E·S**