



**Parce que la santé est un droit**

Texte  
de vision



médecine   
pour le peuple



# Parce que la santé est un droit

Texte de vision



médecine   
pour le peuple

# Introduction

Cher.e travailleur/travailleuse de la santé,  
Cher.e patient.e,  
Cher lecteur, chère lectrice,

Laissez-moi vous présenter trois histoires de nos patients – des histoires faciles à reconnaître.

**Abdel** est chauffeur de camion. Il travaille dans un service de dépannage et parcourt nos routes chaque jour pour dépanner les camions qui apportent notre nourriture, nos meubles et nos marchandises. Sans Abdel et tous ses collègues, les rayons de nos magasins seraient bien vides. Abdel a 52 ans quand son dos lâche : cassé, usé. Désormais, c'est l'invalidité qui l'attend. Comme seul soutien financier d'une famille de six personnes, il faut compter et recompter pour arriver à la fin du mois. Réaction de son employeur ? Il licencie Abdel et engage tout simplement quelqu'un d'autre. Il n'a aucune responsabilité, il n'y a aucune indemnité de préavis, rien. Après 28 ans de service. Comment est-ce possible ? Abdel n'est pas le seul dans son cas. A MPLP nous réalisons une étude sur les fins de carrière pour montrer que travailler plus longtemps n'est pas possible.

**Rosa** a 93 ans. C'est une femme vaillante qui vit toujours dans son propre appartement. La semaine dernière, elle éclate en sanglots lors d'une visite à domicile. Ça ne va plus. Rosa a de plus en plus de mal à se déplacer et partir en maison de repos s'impose. Les larmes coulent sur ses joues. Il y a les préoccupations financières : pourrai-je payer le séjour avec ma pension de 856 euros ? Mes enfants vont-ils devoir y mettre de leur poche ? Ses larmes expriment aussi la peur. Peur de perdre sa qualité de vie. Peur de devoir aller au lit vers 17 heures par manque de personnel. Peur de ne plus avoir de bons repas. C'est inacceptable. Rosa n'est pas la seule dans son cas. Avec MPLP, nous lançons une pétition pour davantage d'investissement dans les soins de santé.

**Laura** a 23 ans et souffre d'une maladie auto-immune. Cette maladie provoque une inflammation douloureuse au niveau de l'aîne et des aisselles. Elle ne dort pas, elle ne peut pas faire correctement son travail de femme de ménage sans souffrir de terribles douleurs. Le dermatologue prescrit un traitement. Un médicament coûteux, mais qui fonctionne. Les inflammations diminuent. Heureusement, il y a une intervention de la sécurité sociale. Jusqu'à ce qu'il s'avère que Laura a besoin d'une dose plus élevée que la plupart des patients, ce qui n'est pas remboursé par la mutuelle. Ses médecins font tout ce qu'ils peuvent pour obtenir des échantillons gratuits de la firme pharmaceutique, mais à chaque renouvellement, Laura attend avec anxiété pour savoir s'il y en aura assez, sans qu'elle doive dépenser la majeure partie de son salaire en médicaments. Laura n'est pas la seule dans son cas. Avec MPLP nous menons des actions pour des médicaments abordables..

Un travail qui rend les gens malades, des soins trop chers en raison de la commercialisation, des médicaments impayables... Ce ne sont là que quelques-uns des défis qui nous attendent. Face à cela, Médecine pour le Peuple présente un texte de vision qui déborde d'analyses inspirantes et d'idées novatrices. Dans le chapitre 1, nous examinons les déterminants sociaux de la santé. En d'autres termes : pourquoi les gens tombent-ils malades ? Comment obliger les employeurs à être davantage responsables de la santé de leurs travailleurs ? Comment les politiques en matière de logement, de climat, d'économies... affectent-elles notre santé ? Comment faire de la santé un droit fondamental ? Dans le chapitre 2, nous examinons de plus près notre système de soins de santé. Comment pouvons-nous non seulement guérir les personnes malades, mais aussi empêcher les gens de tomber malades ? Et comment le réaliser et que ce soit payable pour tous ? Pression au travail, factures élevées, inégalités... Qu'est-ce qui est à l'origine de tous ces problèmes ? Dans le chapitre 3, nous sommes au berceau d'un véritable Institut Salk pour la recherche et le développement de médicaments. Comment développer des médicaments en fonction des besoins de la population ? Vous allez tout découvrir la réponse à toutes ces questions.

En 2009, nous avons publié notre précédent texte de vision, Le droit à la santé dans une société saine. La présentation de ce texte de vision a été l'une des premières activités auxquelles j'ai assisté en tant que jeune infirmière nouvellement engagée. Un moment d'inspiration, pour moi et pour beaucoup d'autres. La vision de Médecine pour le Peuple est ce qui nous unit dans notre engagement pour de meilleurs soins de santé et un monde meilleur. Cette vision est ce qui nous protège le plus des dures intempéries de notre époque, du stress apporté par les nombreux défis qui nous attendent.

Nous sommes treize ans plus tard, et le monde ne s'est pas arrêté. Non seulement nous avons tous et toutes inexorablement pris de l'âge, mais il y a bien pire : les inégalités ne cessent de se creuser, les soins sont de plus en plus chers, la part des coûts des médicaments dans notre sécurité sociale augmente, les gouvernements continuent, les uns après les autres, de négliger la prévention... Heureusement, Médecine pour le Peuple ne s'est pas arrêtée non plus. De plus en plus de professionnels de la santé, dans plus de disciplines que jamais, trouvent leur place dans nos maisons médicales. Tant le centre médical pluridisciplinaire que le centre d'action se sont fortement développés. De l'introduction de psychologues de première ligne au suivi des patients chroniques par des infirmières, en passant par un triage rigoureux par le personnel d'accueil. De la lutte contre les économies dans les centres de santé de quartier aux bus de patients traversant la frontière néerlandaise pour aller acheter des médicaments moins chers, en passant par les actions de protestation contre la chasse aux malades de longue durée... Ce texte de vision est un exercice qui consiste à examiner la situation dans son ensemble. En 2020, nous avons décidé de nous lancer dans ce travail. Quelle meilleure occasion que notre 50e anniversaire ?

Et puis, en mars 2020, le monde s'est arrêté pendant un moment. Un virus a pris le contrôle de nos vies, de notre travail, de notre société. Comme nous travaillons dans le secteur de la santé, nous avons vu tous les aspects de la situation. Nous nous battions contre un inconnu. Et pourtant, une fois encore, c'est notre vision qui nous a maintenus debout et nous a montré la direction. Notre vision du travail et de la santé nous a envoyés dans les entreprises pour aider à effectuer les tests. Nous avons établi un protocole pour soutenir les syndicalistes dans leur lutte pour la sécurité des lieux de travail. A partir de notre vision des soins de santé nous avons

mis sur pied la recherche locale des contacts, et aidé les maisons de repos dans leur besoin de matériel, de tests et de personnel. A partir de notre vision des médicaments nous avons pris l'initiative de la campagne européenne No Profit on Pandemic, qui vise à lever les brevets de l'industrie pharmaceutique sur le vaccin. Le coronavirus a donné un choc supplémentaire à un modèle qui était déjà vacillant. C'était LE moment de mettre en avant nos idées ambitieuses et innovantes.

Ce texte n'est pas le produit d'un seul esprit brillant. Comme toujours à Médecine pour le Peuple, il s'agit d'une collaboration exceptionnelle. Des dizaines de collègues et de bénévoles ont apporté leur collaboration : après la première version, nous avons discuté de nos idées avec toutes les équipes et divers experts ; le texte a ensuite été coulé dans sa version finale, nettement améliorée. Je tiens donc à remercier chacun.e qui a participé. Désormais, il s'agit de diffuser ce texte le plus largement possible.

Médecine pour le Peuple ne serait pas Médecine pour le Peuple si elle en restait aux idées. Quelle que soit la qualité des idées, la pratique est la pierre angulaire de notre travail quotidien. Nos 25 000 patients, nos 220 membres du personnel et des centaines de bénévoles parlent de la santé, des conditions de vie et de travail, du droit à des soins accessibles et des médicaments. Chaque jour, les histoires affluent dans nos maisons médicales. Des histoires comme celles d'Abdel, de Rosa et de Laura.

C'est avec ces histoires que nous travaillons : nous en discutons lors de réunions d'équipe, nous analysons les causes sociales des maladies, nous effectuons des recherches et des études scientifiques supplémentaires, nous recherchons des exemples étrangers inspirants, puis nous retournons auprès des patients.

Ainsi, Abdel intervient lors d'une soirée d'information sur le travail et la santé et Rosa signe notre pétition pour un investissement dans les soins aux personnes âgées. Laura et sa famille viennent à une action pour des médicaments moins chers. Ensemble, nous nous adressons à la presse et nous racontons nos histoires sur les médias sociaux. Nos médecins et membres du personnel qui ont été élus portent celles-ci au Parlement et au conseil communal. Nous travaillons avec le PTB pour mettre les problèmes à l'ordre du jour politique, dans la rue et au conseil. Nous organisons les patients pour défendre le droit à la santé.

Ce processus, nous l'appelons « empowerment ». Dans le dernier chapitre de ce texte de vision, nous expliquons notre approche de ce processus dans les onze maisons médicales de Médecine pour le Peuple. Ce chapitre est une nouveauté par rapport à notre précédent texte de vision. Mais c'est l'essence même de Médecine pour le Peuple. Comprendre le monde, pour pouvoir le changer.

Médecine pour le Peuple travaille donc depuis cinquante ans sur le droit à la santé ; comme centre médical et comme centre d'action, un et inséparable. La première génération de médecins et de collaborateurs de Médecine pour le Peuple a décidé de ne pas faire carrière, mais de construire une société différente avec tout leur cœur, leur tête et leurs mains. La génération actuelle des médecins, du personnel infirmier, du personnel d'accueil... prévoit d'y ajouter de nombreuses années. Jusqu'à ce que chacun dispose du droit à la santé.

Les défis restent importants. Aller chez son médecin généraliste sans argent, étendre le système des centres de santé de quartier, s'opposer aux salaires trop élevés des spécialistes et à la charge de travail dans les soins de santé, briser les brevets qui tuent... Il est normal de se demander si tout cela est possible. Peut-on changer un système de manière aussi radicale ? Depuis les années 1980, nous avons assisté à la domination de l'idée néolibérale selon laquelle le marché libre fonctionne toujours mieux. On le constate non seulement chez les politiciens, mais aussi, par exemple, dans la gestion des hôpitaux où l'on fait appel à des managers financiers pour gérer les institutions hospitalières. De plus, après la crise de 2008, les coupes budgétaires ont encore tout accéléré.

Le coronavirus a été une onde de choc pour le monde, et ce sont les chocs qui font basculer le monde. Cela peut aller dans deux directions : du côté d'une logique encore plus libérale, ou du côté d'une logique plus sociale, plus publique. On veut nous faire croire qu'il n'y a pas d'alternative à la politique néolibérale actuelle ? La construction de la sécurité sociale après la Deuxième Guerre mondiale nous montre que c'est possible. Sous la pression de la base, une logique plus sociale a émergé. Là encore, nous décidons dans quelle direction nous voulons pousser. Il y a deux ans, nous avons dit adieu à Dirk Van Duppen, médecin « Kiwi » et président de Médecine pour le Peuple. Il nous a laissé l'espoir d'un monde meilleur

J'aime l'espoir,  
qui est l'opposé de la peur.  
La peur appelle la passivité, la léthargie,  
cela vous chasse, tremblant, sous votre lit.  
L'espoir vous apprend à vous lever et à chanter,  
peut-être timidement au début,  
comme une hirondelle,  
mais au fur et à mesure, de manière plus déterminée

(extrait de : Ainsi s'est écoulé le temps qui m'était compté)

Vous êtes un professionnel de la santé et voulez-vous contribuer à nourrir cet espoir ? Alors, vous êtes chez vous à Médecine pour le Peuple. En effet, changer la société est une tâche immense. Cela ne peut se faire que si nous nous unissons pour défendre les droits de tous. Dans votre cabinet de consultation, vous guérissez les maladies; ensemble, dans l'action, vous guérissez la société entière.



Bonne lecture !

**Janneke Ronse**

1er avril 2022

Présidente de Médecine pour le Peuple

# Sommaire

## Chapitre 1 :

### **La santé, une question de lutte contre l'injustice sociale**

1. Notre santé est déterminée par nos conditions de vie et de travail	10
2. Un système qui nuit à la santé	16
3. Une autre société est possible	34
Notes chapitre 1	37

## Chapitre 2 :

### **Soins de santé**

1. La santé comme marchandise	41
2. La santé comme droit fondamental	55
Notes chapitre 2	76

## Chapitre 3 :

### **Médicaments**

1. Vingt ans de lutte pour le droit aux médicaments	80
2. Les patients et la sécurité sociale paient le prix fort	86
3. Le modèle économique pharmaceutique entrave le progrès social	91
4. Le remède : faire des médicaments et des vaccins essentiels un bien public	96
Notes chapitre 3	103

## Chapitre 4 :

### **Empowerment**

1. La stratégie pour le changement	106
2. L'empowerment de l'individu au collectif	113
3. Soignants et empowerment : du prestataire de soins au militant pour la santé	119
Notes chapitre 4	124



## Chapitre 1

# La santé, une question de lutte contre l'injustice sociale



- 1. Notre santé est déterminée par nos conditions de vie et de travail**
- 2. Un système qui nuit à la santé**
- 3. Une autre société est possible**

# 1. Notre santé est déterminée par nos conditions de vie et de travail



*« Pourquoi traiter les gens sans changer ce qui les rend malades »*

Michael Marmot – président de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS, 2008'

Dans ce texte de vision, nous voulons identifier les circonstances qui rendent les gens malades. Un ouvrier portuaire qui a mal au dos ou une femme de ménage qui souffre de douleurs chroniques du poignet se voient bien sûr administrer un antidouleur et, si nécessaire, prescrire quelques jours de congé-maladie. Mais quelle solution structurelle apportons-nous si ces travailleurs doivent ensuite à nouveau déplacer de lourdes charges, manier la foreuse, essorer des serpillières et traîner des seaux toute la journée ? Souvent, en tant que professionnels de la santé, nous ne pouvons pas résoudre les problèmes de nos patients entre les quatre murs de notre cabinet de consultation.





## « Montre-moi tes poumons et je te dirai où tu habites »

La lutte contre le viaduc du Lange Wapper à Anvers a débuté dans notre maison médicale de Deurne. Nous avons constaté que six jeunes enfants sur dix avaient besoin d'un inhalateur, contre seulement un sur dix dans une commune rurale située à une quarantaine de kilomètres. Nous avons trouvé l'explication de cette différence dans la revue scientifique *The Lancet* : une étude montrait que les enfants qui vivent à proximité d'une autoroute ont des poumons en moins bonne santé. La même semaine, nous avons entendu parler du projet de construction du viaduc du Lange Wapper. Si celui-ci était mené à terme, le ring d'Anvers gronderait au-dessus des zones résidentielles densément peuplées de notre quartier. Nous savions que cela constituerait un désastre pour la santé publique. Nous avons élaboré un dossier reposant sur des données scientifiques probantes et avons entamé la résistance avec des patients, des groupes d'action et la société civile.

La lutte a été longue. Elle a duré plus de 10 ans. Un combat sur lequel le médecin Dirk Van Duppen revient avec émotion dans son livre intitulé « Ainsi s'est écoulé le temps qui m'était compté ». Nous avons sensibilisé un maximum de personnes aux effets de la pollution atmosphérique et sonore sur notre santé, en organisant des actions et des soirées d'information. Ce fut le combat de David contre Goliath. Nous affrontions le puissant lobby des fabricants de béton, alléché par une grosse opération particulièrement lucrative. Mais contre le pouvoir de l'argent et du lobby du béton, nous avons celui du nombre. Nous avons sensibilisé, mobilisé et organisé, dans tous les quartiers de la ville. Avec les mouvements citoyens Ademloos et StRaten Generaal, nous avons finalement recueilli plus de 50 000 signatures pour obliger la ville à organiser une consultation populaire. Dans celle-ci, les gens ont voté contre le viaduc du Lange Wapper. Le bourgmestre, Patrick Janssens, a dû faire marche arrière. Des années de chamailleries, de petits jeux juridiques et politiques, de soirées d'information et de manifestations se sont encore écoulées. Finalement, une alternative largement préférable a été proposée : le recouvrement du Ring. Mener ce projet à terme reste un combat, mais tout a été mis en branle pour sa concrétisation.

**Sofie Blancke**  
médecin MPLP Deurne

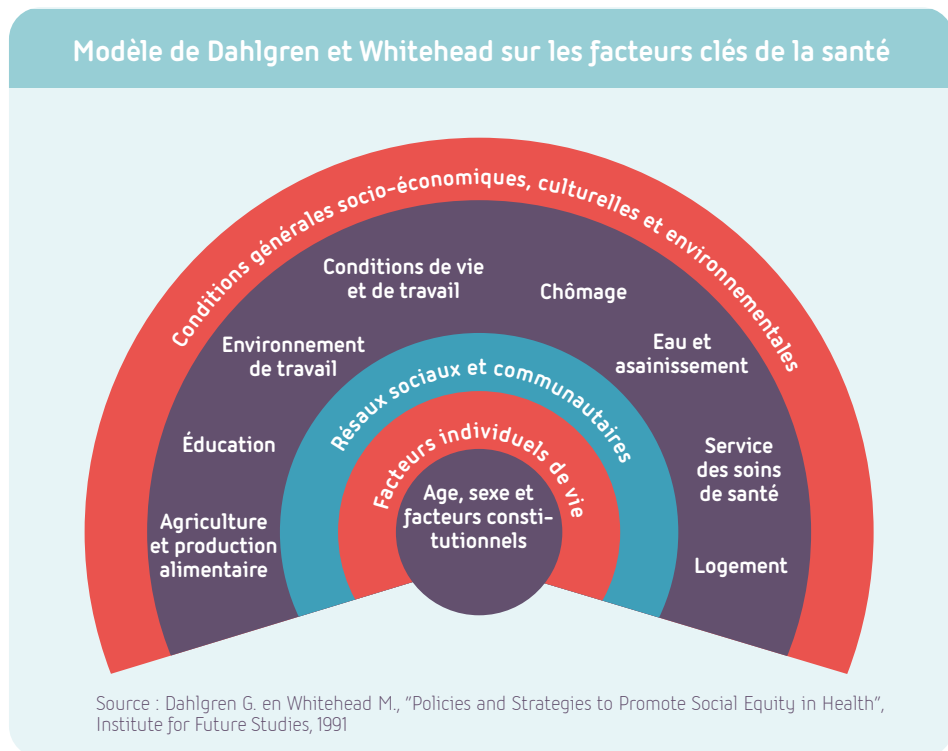


## Les déterminants sociaux de la santé

La santé est très largement déterminée par les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent et vieillissent. Autant de facteurs qui se situent en dehors du secteur de la santé. C'est ce qu'on appelle les « déterminants sociaux de la santé ».

Les chercheurs Margaret Whitehead et Göran Dahlgren ont étudié les différents facteurs qui déterminent notre santé et ont conclu qu'ils pouvaient les classer en différentes « couches ». Celles-ci sont schématisées dans le diagramme « arc-en-ciel » qu'ils ont élaboré.<sup>2</sup> Au centre figurent des facteurs sur lesquels nous ne pouvons quasiment pas agir : l'âge, le sexe, les facteurs

héréditaires... Viennent ensuite, dans une deuxième couche, un certain nombre de facteurs liés à notre comportement individuel. Il s'agit notamment du tabagisme, du régime alimentaire ou de l'exercice physique. Il y a ensuite les facteurs liés à notre environnement immédiat : le quartier où nous habitons, par exemple. Et enfin, dans le cercle extérieur, nous trouvons les conditions socio-économiques plus générales dans lesquelles nous vivons (où nous travaillons, les conditions dans lesquelles nous vivons, le revenu du ménage...).



En fait, ce sont les facteurs de la couche externe qui exercent la plus grande influence. Les facteurs biologiques et héréditaires ne jouent qu'un rôle mineur. Des chercheurs canadiens estiment que les facteurs biologiques déterminent notre santé pour environ 15 %, l'environnement immédiat pour environ 10 %, et le système de santé pour 25 %. Selon eux, la moitié de notre santé est déterminée par des facteurs sociaux et économiques.<sup>3</sup>

La même observation se dégage également de l'histoire. Les interventions sur les déterminants sociaux ont souvent été plus importantes que certains traitements. Pensons à la manière dont la prévalence d'une maladie pulmonaire dévastatrice comme la tuberculose a été considérablement réduite. La plus forte baisse du nombre de décès s'est produite à la fin du 19e siècle, bien avant qu'un traitement ne soit disponible. Le mouvement ouvrier a alors pu imposer de meilleures conditions de vie, et une alimentation plus saine et de meilleurs logements ont permis de réduire la mortalité due à la tuberculose.<sup>4</sup>

# Tout le monde n'est pas égal face à la maladie



*« De toutes les formes d'inégalité, l'injustice en matière de santé est la plus choquante et la plus inhumaine. »*

Martin Luther King – militant américain des droits civiques

Le fait que ces facteurs sociaux et économiques soient si importants pour l'état de santé général est en fait facile à comprendre si l'on effectue une comparaison de l'état de santé dans le monde. Un enfant né en Europe a de bonnes chances d'atteindre 77 ans. S'il naît en Afrique, son espérance de vie tombe à 60 ans.<sup>5</sup> La santé n'est pas la même pour tous.

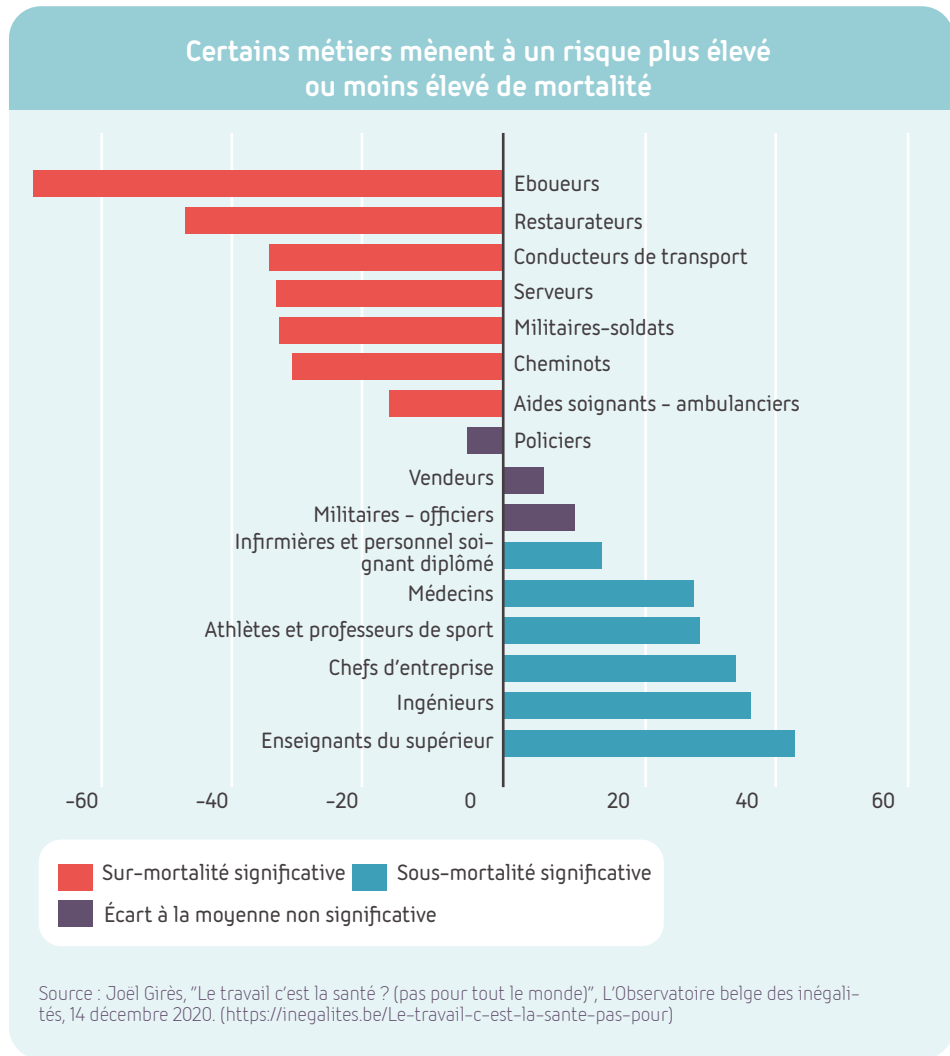
Ce phénomène ne concerne pas seulement les pays pauvres. Dans notre pays aussi, il y a de grandes inégalités. Par exemple, un habitant de Dour, une petite commune du Hainaut, vivra en moyenne jusqu'à 76 ans. C'est huit ans de moins qu'une personne née à quatre-vingts kilomètres de là, à Laethem-Saint-Martin, une commune riche située non loin de Gand. L'espérance de vie y est de 84 ans.<sup>6</sup> Dans un pays de la taille d'un mouchoir de poche, les différences d'espérance de vie sont énormes. Quelle est l'origine ? Nos conditions de naissance, de vie et de croissance sont inégales.

Par exemple, Saviez-vous que votre espérance de vie est influencée par votre travail ? Les personnes exerçant certaines professions – comme le personnel soignant, les ambulanciers, les cheminots, les conducteurs de transports publics – meurent « plus vite » que la moyenne. Le graphique ci-dessous montre la surmortalité ce groupe professionnel, c'est-à-dire une diminution de son espérance de vie par rapport à la moyenne.

Il est frappant de voir que les différences dans le graphique concernent toutes les personnes ayant un emploi. Donc, lorsque nous parlons de déterminants sociaux, le problème ne concerne pas uniquement les plus pauvres. Lorsqu'il est question d'inégalités en matière de santé, les experts parlent souvent d'un « fossé », mais la situation réelle ressemble plutôt à un escalier. Un escalier où, à chaque marche, la santé est un peu meilleure qu'à la marche précédente. Le chercheur britannique Michael Marmot parle d'un « gradient social ». Ainsi, même ceux qui ont un emploi et un revenu ne sont pas aussi bien lotis que les PDG et les riches rentiers.

La compréhension du rôle des déterminants sociaux de la santé rend les inégalités de santé entre les personnes et les pays d'autant plus inacceptables qu'elles sont en grande partie évitables. Vous ne pouvez rien changer à vos gènes ou à votre âge. Mais il en va tout autrement pour les déterminants sociaux de la santé : ceux-ci résultent de décisions politiques et économiques.

L'amélioration de la santé est donc une question de justice sociale, plus que de meilleurs soins de santé. Ce n'est par contre certainement pas une question de responsabilité individuelle. « L'injustice sociale tue à grande échelle », telle était la conclusion de l'Organisation mondiale de la santé en 2008. Il en va de même aujourd'hui. Pour y remédier, il faut s'attaquer à la racine du problème et donc aux « causes des causes » de l'inégalité sociale.



| Sur-mortalité/Sous-mortalité : l'augmentation ou diminution du risque de mortalité exprimé en pourcentage



## La santé, une responsabilité collective, pas individuelle

Dans notre maison médicale, j'accompagne un jeune patient atteint d'une forme grave de diabète et d'obésité morbide. Le jeune homme a déjà radicalement changé ses habitudes alimentaires et sa nouvelle médication fait également son effet. Nous nous heurtons cependant à un obstacle de taille : ses conditions de travail ont des conséquences désastreuses sur sa santé. Boulanger de formation, il travaille dans l'équipe de nuit d'une grande chaîne de supermarchés, toutes les nuits de 3 à 10 heures du matin. Il traîne quotidiennement plusieurs tonnes de matériel, qu'il s'agisse de sacs de farine ou de pétrins. Il dort en moyenne deux cycles de deux heures, soit 4 à 5 heures par jour. Son manque de sommeil entraîne une fatigue chronique et l'empêche de faire de l'exercice. Difficile aussi de perdre du poids dans ces circonstances. Il pourrait passer à un horaire de jour, mais cela impliquerait de perdre une grande partie de son salaire. Ce n'est pas envisageable financièrement. Pour joindre les deux bouts, sa famille a besoin des primes pour le travail de nuit.

En cas de problèmes de santé, les autorités pointent trop souvent l'individu du doigt. Les gens font-ils assez d'exercice ? Mangent-ils sainement ? C'est culpabilisant et inefficace. Manger, boire, fumer et faire de l'exercice ne sont pas simplement des choix individuels. Derrière les grands problèmes de santé que sont l'obésité et le tabagisme se cachent une industrie, qui fait des tonnes de publicité pour des aliments malsains, et un lobby du tabac influent, ainsi qu'un système économique qui entraîne les gens dans une course effrénée. Allez donc dire aux familles qui ont des horaires de travail flexibles, qui travaillent de nuit ou en équipe, pour des salaires de misère, qu'elles doivent prendre le temps de préparer ensemble des repas sains.

### **Mélissa Detilleux**

infirmière spécialisée en diabétologie MPLP Seraing



## 2. Un système qui nuit à la santé

Notre santé dépend donc en grande partie du contexte dans lequel nous grandissons, travaillons et nous logeons. Et celui-ci est désastreux aujourd'hui. Jamais notre société n'a été aussi fatiguée et malade. Tous les indicateurs de bien-être sont au rouge foncé. De plus en plus de gens souffrent de douleurs et d'inconfort et vivent avec l'anxiété et/ou la dépression. Et c'est surtout dans le groupe des jeunes (16-24 ans) que le bien-être général a connu une tendance à la baisse ces dernières années.<sup>7</sup>

Cette tendance négative s'observe également si l'on considère les différences d'espérance de vie. En 2001, un homme ayant un bon diplôme et des revenus élevés vivait six ans de plus qu'un homme ayant un niveau d'instruction plus bas. Dix ans plus tard, cet écart était passé à dix ans. Pour les femmes, la différence était passée de neuf à treize ans.<sup>8</sup> La crise économique et la vague de mesures d'austérité frappent durement la population et renforcent les inégalités sociales de santé.

La question est alors de savoir pourquoi. Au niveau mondial, Oxfam établit le constat que nous vivons dans un monde « où, depuis plus de quarante ans, ceux qui font partie du 1 % des plus riches gagnent deux fois plus que la moitié la plus pauvre de la population mondiale »<sup>9</sup> Il doit y avoir un mécanisme dans notre société qui crée et maintient cette inégalité. Le psychologue Paul Verhaeghe l'a très bien formulé : « Le sentiment d'être "à bout" est en train de devenir le grand dénominateur commun (...). Lorsque tant de personnes développent les mêmes symptômes, en une seule génération, on ne peut plus parler de problèmes individuels. On est confronté à autre chose »<sup>10</sup>. Dans les paragraphes suivants, nous décrivons comment le système capitaliste mine notre santé par différents mécanismes.



### Médecine pour le Peuple et Marx

Qu'est-ce qu'une organisation de maisons médicales a à voir avec un philosophe né il y a plus de deux cents ans ? Le marxisme nous aide à mieux comprendre comment les conditions dans lesquelles nous vivons influent sur la santé. Pour commencer, en vous encourageant à faire une analyse systémique chaque fois que vous êtes confronté à des problèmes sociaux dans votre cabinet. « Le marxisme a une grande importance pour la médecine », a écrit Richard Horton, rédacteur en chef de la revue médicale The Lancet.<sup>11</sup> C'est Karl Marx qui, le premier, a analysé la nature même du capitalisme en tant que système économique. Et ces mêmes mécanismes sont toujours observés aujourd'hui : de la pollution de l'environnement à la privatisation des soins de santé, en passant par les profits totalement démesurés que les multinationales tirent des médicaments aux prix exorbitants.

Comment cela fonctionne-t-il ? Dans le capitalisme, les entreprises doivent réaliser le plus de bénéfices possibles afin de pouvoir survivre dans la lutte de concurrence. Cela ne peut se faire



que d'une seule façon. En produisant le plus possible pour le moins cher possible. Au détriment des personnes et de l'environnement.

Le travail de l'homme et la nature sont la source de toute richesse. Le système capitaliste pousse les entreprises à exploiter davantage les travailleurs et à épuiser la planète, car c'est le seul moyen de faire plus de profits. Et c'est néfaste pour notre santé. Il suffit de penser à l'allongement des heures de travail, aux horaires flexibles, à la sous-traitance, aux bas salaires, aux contrats précaires... Mais aussi à la poursuite de l'extraction de combustibles fossiles, seulement parce que ceux-ci permettent de faire du profit – et cela en dépit de toutes les mises en garde concernant le réchauffement climatique. Pendant ce temps, les investisseurs de capitaux sont constamment à la recherche de nouveaux marchés pour croître encore plus, ce qui entraîne des privatisations du secteur public.

C'est pourquoi, en tant que professionnel de la santé, il est important d'examiner également la position sociale des patients. Le marxisme distingue les classes sur la base de votre place dans le processus économique. Et cette classe détermine en grande partie l'impact des changements sociaux sur votre santé.<sup>12</sup> La classe travailleuse comprend tous les ouvriers et employés qui gagnent leur salaire par le travail qu'ils fournissent. C'est la lutte de ces travailleurs pour leurs intérêts qui est le moteur du progrès pour de nombreux acquis sociaux.

## 2.1 Un système qui exploite le travailleur

Les aides-ménagères au dos cassé par le travail, les caissières et caissiers aux poignets fatigués par le scannage, les ouvriers de l'industrie automobile souffrant de douleurs cervicales, ou encore les aides-soignant.e.s pour les personnes âgées et les puéricultrices qui sont usé.e.s et en incapacité de travail pendant une longue période à cause d'un burn-out : à eux, nous n'avons pas besoin d'expliquer que le travail affecte leur santé.

Les gens passent une grande partie de leur temps au travail. Il est logique que le travail ait un impact important sur la santé. Le travail peut donner de la satisfaction et permettre de développer des talents. Il permet aux gens de contribuer à la société. Mais le travail peut aussi nuire à la santé. Plus de la moitié des personnes actives qui sont malades pensent que leur maladie est en partie due à leur situation professionnelle.<sup>13</sup> Comment se fait-il que tant de personnes dans notre société voient leur santé menacée par leur travail ?

Ce qui est certain, c'est que notre environnement de travail ne devient pas plus sain. Le centre de recherche européen Eurofound compare tous les cinq ans l'exposition des travailleurs aux risques professionnels. Il ressort de ces études que l'intensité du travail et la charge mentale et physique sont en augmentation. La Belgique est l'un des pays où l'intensité au travail augmente le plus rapidement. D'autres risques pour la santé au travail s'aggravent également, comme l'exposition à des mouvements répétitifs ou le travail dans des positions inconfortables. Et en termes de risques environnementaux (exposition aux substances toxiques, bruit, température...), on constate également une évolution plutôt défavorable en Belgique par rapport aux pays voisins. Il est donc grand temps de renverser la vapeur.

## Ils nous rendent fous



« Pendant les dix années où j'ai travaillé dans cette usine, les choses ont énormément changé. Nous avons dû fabriquer deux fois plus de sièges dans le même laps de temps, avec moins de personnel. Ils se tenaient à côté de nous, un chronomètre à la main. »

Témoignage d'une travailleuse à la chaîne de 50 ans<sup>15</sup>

Pourquoi tant de personnes tombent-elles malades au travail ? Il ne faut pas chercher midi à quatorze heures. On attend toujours plus des travailleurs. Chaque geste est chronométré. Les ouvriers de Volvo disposent exactement de 71 secondes avant que la voiture suivante ne passe sur la chaîne de montage. Le personnel soignant dispose de 10 minutes pour lever les personnes âgées, les laver et les mettre à table. Ces délais contraignants ne permettent pas d'adopter la posture correcte enseignée à l'école du dos. Cette pression est à l'origine de toutes sortes de nouvelles maladies, comme les MTR, un terme collectif donné par les médecins à tous



| MTR : abréviation de microtraumatismes répétés

les traumatismes liés à l'exécution répétée des mêmes mouvements, parfois petits et en soi non pénibles, sur une longue période. Il n'y a pas que le travail physiquement éprouvant qui affecte la santé. De nombreuses études montrent comment le travail influe sur la santé par les rythmes de travail effrénés, les actions répétitives, les horaires inappropriés et les constants délais contraignants permanents..

En 2021, Kim De Witte, l'expert du travail du PTB, a réalisé une analyse pointue du marché du travail actuel. Ils nous rendent fous : tel est le titre – on ne peut plus approprié – de son livre. Les témoignages et les nombreuses études scientifiques présentés dans son ouvrage ont le mérite de mettre le doigt sur la plaie : le stress au travail. Partout, il s'agit de faire plus avec moins de personnel, d'être plus flexible, de travailler plus longtemps. Le nombre de burn-outs augmente de façon spectaculaire.

« Le travail n'est pas une cure de santé » : telle est la conclusion éloquent de l'enquête à grande échelle « Modern Times » menée par la FGTB en 2017. Dans le cadre de celle-ci, pas moins de 8 travailleurs sur 10 déclarent que leur santé physique et/ou mentale est affectée par la manière dont le travail est organisé aujourd'hui. Dans l'étude, les plaintes les plus courantes sont le stress, les troubles du sommeil, le burn-out et l'irritabilité.<sup>16</sup>

Le stress et l'épuisement professionnel sont en train de devenir la pneumoconiose du 21e siècle. Il y a cinquante ans, lorsque les premières maisons médicales de Médecine pour le Peuple ont ouvert leurs portes, c'étaient les poumons des ouvriers qui souffraient de l'exposition chimique à l'amiante, et des patients devaient faire face à l'ennemi silencieux du saturnisme (intoxication causée par le plomb). Les substances toxiques et les accidents du travail sont toujours un problème, mais en plus de cela, nous sommes aujourd'hui confrontés à une épidémie de problèmes mentaux et de surcharge physique causés par le travail.



## La santé des travailleurs et travailleuses du secteur des titres-services

Alexandra, une jeune femme de 32 ans et mère de 2 jeunes enfants est venue en consultation. « Docteur, je n'en peux plus », me dit-elle d'emblée. « Je ressens une douleur insupportable à l'épaule gauche et au poignet. Je ne peux plus travailler et, lorsque j'arrive chez moi, je dois encore me charger du ménage. » Elle m'explique qu'elle travaille pour une grande société de titres-services, comme femme de ménage chez des particuliers. Son travail quotidien : frotter, récupérer, nettoyer les sols à genoux, se baisser des dizaines de fois pour soulever un seau d'eau, essorer les serpillières, nettoyer les vitres de gauche à droite en répétant inlassablement le même mouvement, rester debout pendant des heures d'affilée. Je comprends mieux d'où vient cette douleur et que celle-ci ne fera qu'empirer si elle continue à faire un travail aussi pénible.

Nous abordons son cas lors de la réunion médicale. Mes collègues connaissent bien ce genre d'histoire. Ils ont eux aussi un ou deux patients qui travaillent dans le secteur et souffrent de ce que nous appelons, en langage médical, des « troubles musculo-squelettiques ». Il s'agit souvent d'une tendinite de l'épaule ou du coude, d'un nerf pincé au niveau du poignet provoquant des douleurs et des picotements dans les doigts, de douleurs dorsales...

J'ai alors pris la décision de consacrer mon travail de fin d'études aux troubles musculo-squelettiques dans le secteur des titres-services. Nous recevons bon nombre de témoignages de patients qui travaillent dans ce secteur et qui veulent raconter comment leur travail nuit à leur santé. Nous identifions plusieurs facteurs : les bas salaires, la peur de devoir se mettre en congé-maladie et de perdre ainsi des clients, l'angoisse de découvrir qu'on ne peut plus travailler et de perdre le seul revenu de leur famille (nombre de ces personnes sont des femmes seules avec enfants), etc. Tout au long de l'étude, l'équipe de la maison médicale comprend rapidement que pour mettre fin à la douleur des patientes, elle doit avant tout les soutenir de toutes les manières possibles dans leur lutte pour de meilleures conditions de travail et de meilleurs salaires.

**Elisa Munoz Gomez**  
médecin MPLP La Louvière



La pression qui résulte de l'obligation de constamment jongler avec les horaires de travail et les dizaines de candidatures à envoyer pour un nouvel emploi est également écrasante. Incertitude relative à l'emploi ou stress, liée à la combinaison de deux jobs à temps partiel ou de missions d'intérim : pour nombre de citoyens, c'est le quotidien. Dans le secteur du travail intérimaire, on fonctionne encore avec des contrats journaliers. Ce n'est que quelques heures à l'avance que les gens savent s'ils auront encore un job le lendemain.

Le fait de travailler dans le cadre d'un contrat précaire va de pair avec une moins bonne santé mentale générale, un stress négatif, une souffrance psychologique, de l'anxiété, des symptômes dépressifs, la consommation d'antidépresseurs et une plus longue incapacité de travail liée à la dépression. Dans les secteurs de l'industrie et de la construction, les emplois précaires et instables sont associés à des accidents du travail et à des troubles musculo-squelettiques plus nombreux et plus sévères.<sup>17</sup>

La perte d'emploi et l'insécurité professionnelle résultant de la vague de restructurations et de faillites ayant suivi la crise financière et économique de 2008 ont un impact mental extrêmement lourd. Selon une étude, ils rendent même les personnes issues des classes sociales inférieures plus enclines au suicide.<sup>18</sup>

Ils nous font travailler plus dur, plus longtemps et de manière plus flexible. C'est la concurrence et la volonté de faire plus de profit qui poussent constamment dans cette direction, même si c'est au détriment du bien-être et de la santé des travailleurs. De diverses manières, notre sys-

tème économique cherche à obtenir des taux de profit encore plus élevés. En faisant travailler les gens plus vite, en leur donnant des contrats temporaires et des emplois flexibles afin de ne devoir les employer que lorsqu'ils sont vraiment nécessaires, ou en les faisant travailler plus longtemps. Ces trois stratégies ont des effets négatifs sur la santé. Sous le capitalisme, l'équilibre entre le travail et la santé est fondamentalement mis à mal.

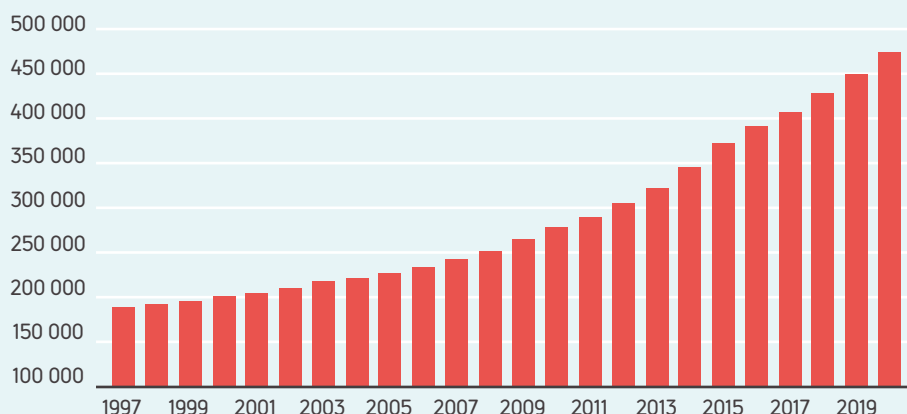
## Des chiffres alarmants

Pendant ce temps, tous les signaux d'alarme concernant le travail et la santé sont au rouge. Pour commencer, l'épidémie de burn-out. Pas moins d'un travailleur belge sur trois souffre d'un stress excessif au travail.<sup>19</sup> En un peu plus de deux ans, le nombre de travailleurs en incapacité de travail en raison d'un burn-out a augmenté de 162 %, passant de 3713 fin 2017 à 9708 en juin 2020. On constate par ailleurs une évolution inquiétante : de plus en plus de jeunes travailleurs souffrent également de problèmes psychologiques.

Dans le domaine des soins de santé, nous sommes tous confrontés à la croissance explosive du problème. Le professeur de psychologie Paul Verhaeghe l'a clairement décrit lorsqu'il a pris sa pension après près de quarante ans de pratique : « La cause des problèmes mentaux graves a radicalement changé depuis 1990, passant de la famille au lieu de travail. »<sup>20</sup>

Mais le stress professionnel croissant a également d'autres effets sur la santé. Nous constatons, par exemple, que le nombre d'accidents graves au travail est en augmentation.<sup>21</sup> Bien que les accidents du travail soient moins nombreux, la proportion d'accidents ayant des conséquences graves est plus élevée que jamais. Les demandes relatives aux maladies professionnelles sont également en augmentation. Il s'agit notamment de troubles musculaires et articulaires tels

Évolution du nombre de salariés malades de longue durée en Belgique, 1997-2020



Source : Demandé par MPLP à l'INAMI

que le tennis-elbow ou le syndrome du canal carpien, qui sont clairement liés à la situation de travail.

Pendant ce temps, dans notre pays, un demi-million de personnes souffrent d'une maladie de longue durée. Beaucoup d'entre elles ont plus de 55 ans. En effet, la forte pression du travail fait qu'il est tout simplement impossible pour de nombreux travailleurs de tenir plus longtemps. Pourtant, les gouvernements successifs nous ont obligés à travailler plus longtemps. L'âge légal de la pension a été porté à 67 ans et de nombreuses possibilités de pension anticipée ou partielle ont été éliminées ou réduites. Avec les syndicats, nous avons averti que ces mesures augmenteraient le nombre de personnes en congé de maladie de longue durée. Malheureusement, la suite nous a donné raison : pour chaque pré-pensionné en moins depuis 2012, il y a au moins un malade de longue durée en plus.<sup>22</sup> Fin 2021, notre pays était en passe d'atteindre le nombre record du demi-million de malades de longue durée, c'est-à-dire des personnes absentes de leur emploi pendant plus de 6 mois.

## Rendre saines les conditions de travail qui rendent malade



*« Le burnout pourrait être vu comme une réaction normale à un contexte pathologique »*

Conseil supérieur de la Santé, avis 'burnout et travail', 2017

Quelque chose doit fondamentalement changer dans notre manière d'envisager le travail et la santé. Il n'est pas normal que des personnes terminent leur carrière en invalidité ou en maladies de longue durée. Les gens ont le droit de quitter l'entreprise, à laquelle ils ont donné les meilleures années de leur vie, en aussi bonne santé le soir que lorsqu'ils franchissent le portail le matin. Cela peut se faire en portant la responsabilité de la santé des travailleurs sur l'entreprise.

La politique menée ces dernières années va dans le sens inverse : chaque fois que l'on évoque l'augmentation du nombre de malades de longue durée, ce sont les travailleurs malades qui sont pointés du doigt. Toute personne qui tombe malade doit suivre un parcours de réintégration. Ce parcours comprend une série de questionnaires qui vous rendent parfois encore plus malade que vous ne l'êtes déjà.<sup>24</sup> Dans la pratique, la réintégration est d'ailleurs très rare. Les employeurs ont la responsabilité de fournir un travail adapté, mais cela n'est quasiment pas contrôlé. Au terme d'un tel processus, deux travailleurs malades sur trois sont tout simplement licenciés.<sup>25</sup>

Nous devons inverser la logique. Partout où le travail rend les gens malades, il faut s'attaquer aux conditions de travail. Ainsi, chaque cas de burn-out ou de RSI (troubles musculo-squelettiques) doit être considéré comme un signal indiquant que les autres travailleurs sont également en danger. Au lieu de nous concentrer uniquement sur un rétablissement rapide (et un retour au travail) de la personne malade, nous devons nous pencher davantage sur la responsabilité de

l'employeur. De cette manière, nous évitons que les collègues de la personne malade (de longue durée) ne tombent malades également. Il s'agit de s'attaquer à la racine du problème plutôt que de se contenter de traiter uniquement les symptômes.

Des mesures concrètes seraient déjà un grand pas en avant :

- **En reconnaissant que les véritables experts des conditions de travail saines sont les travailleurs eux-mêmes.** Nous pouvons leur donner davantage la parole en démocratisant les comités pour la prévention et la protection au travail. Les représentants des travailleurs doivent être au centre de ce processus et disposer du temps et des ressources nécessaires pour étudier et améliorer les conditions de travail. Au lieu de se contenter de donner des conseils non contraignants, ils devraient avoir plus de pouvoir de décision dans l'entreprise.
- **En responsabilisant les employeurs aussi au plan financier quant aux travailleurs qui tombent malades.** Ils devraient payer des salaires garantis pendant au moins deux mois. Cette idée a déjà été proposée deux fois dans l'accord de gouvernement fédéral, et chaque fois l'organisation patronale FEB a réussi à faire changer d'avis le gouvernement. Il faut faire en sorte que les entreprises contribuent au revenu des employés malades de longue durée pendant une période plus longue. Dans certains pays voisins, c'est déjà le cas,<sup>26</sup> ce qui incite à proposer des conditions de travail et des postes adaptés pour la réinsertion.
- **En aidant les personnes à travailler sans les contraindre.** Les parcours de réinsertion ne doivent plus être couplés au licenciement. Les employeurs devraient être obligés de fournir un certain pourcentage de postes de travail adapté. Les malades de longue durée doivent pouvoir choisir un poste de travail adapté en concertation avec le médecin du travail et les représentants du CPPT.
- **En motivant les employeurs à s'engager dans la prévention.** Le burn-out doit être reconnu comme une maladie professionnelle, et la reconnaissance des autres maladies devrait être améliorée afin que les entreprises deviennent responsables de la prévention de celles-ci. Les allocations pour les maladies professionnelles devraient également être portées au moins au niveau des moyennes des autres pays européens, grâce aux contributions des employeurs.

Un problème structurel exige des solutions structurelles, tant au niveau de l'entreprise qu'au niveau de la société. Nous avons la possibilité de rendre le travail à nouveau sain. Tant de jeunes sont à la recherche d'un emploi, alors pourquoi faire travailler les gens plus longtemps ? La charge de travail doit être réduite de manière significative. Une réduction collective du temps de travail par l'introduction de la semaine de 30 heures est une réponse concrète à l'épidémie d'heures supplémentaires et aux agendas surchargés. Avec une pension complète à 65 ans, une retraite anticipée à 60 ans et des aménagements de fin de carrière à partir de 55 ans, nous faisons en sorte qu'il reste possible pour les travailleurs âgés de continuer à travailler. L'exemple du burn-out montre le choix auquel nous sommes confrontés. Dans son avis sur le burn-out et le travail, le Conseil supérieur de la santé souligne, comme beaucoup d'autres, que les causes et les solutions des maladies au travail ne peuvent plus être recherchées au niveau

CPPT : comité pour la prévention et la protection au travail. Ce comité est composé de représentants de l'employeur et de délégués syndicaux élus par les travailleurs de l'entreprise.

individuel. Au contraire : « Le burn-out peut être considéré comme une réaction (normale) à un contexte pathologique. (...) Prévenir ou soigner le burn-out doit en effet inclure un changement dans le modèle de société, plutôt que de reposer uniquement sur des solutions adaptatives, ou sur la médication ou la psychologisation. »<sup>28</sup>



## Dans quelle mesure l'état de santé des travailleurs âgés de 55 à 67 ans leur permet-il encore de travailler ?

Nous nous sommes posé cette question au sein de Médecine pour le Peuple à l'approche de la grande manifestation pour les pensions de mai 2018, lorsque des dizaines de milliers de personnes sont descendues dans la rue pour protester contre la réforme des pensions planifiée par la coalition gouvernementale. La « Suédoise » voulait mettre en œuvre un système à points, dans le cadre duquel nous travaillerions tous plus longtemps en échange d'une pension moins élevée. Chaque jour, nous constatons dans la pratique que la santé de nombreuses personnes ne leur permet tout simplement pas de travailler jusqu'à l'âge légal de la pension, et encore moins jusqu'à leur 67e anniversaire. Nous soutenons la lutte sociale des syndicats et avons voulu l'étayer par des chiffres concrets. Nous avons mené une enquête auprès de plus de 3 000 patients. Il en ressort qu'à partir de 55 ans, un quart des travailleurs est déjà en incapacité totale de travail. Un autre quart est partiellement inapte, pour des raisons de santé, et a donc besoin d'un travail adapté. À 65 ans, c'est même un travailleur sur deux qui est en incapacité totale de travail. Notre étude prouve que travailler plus longtemps, avec ou sans travail adapté, n'est pas envisageable pour une grande partie des travailleurs. Grâce à la lutte sociale, deux grandes manifestations et de nombreuses actions locales, le peuple a réussi à faire reculer le gouvernement. La pension à points, réduite en poussière, a disparu de la table du gouvernement.<sup>23</sup>

**Karel Van Bever**  
médecin MPLP Zelzate



## 2.2 Un système qui pollue

### De nombreuses substances pathogènes dans le sol, l'eau et l'air

Impossible d'ouvrir un journal sans y lire un article sur les substances pathogènes libérées dans notre sol, notre eau ou notre air et qui constituent une menace pour la santé publique. Il suffit de penser aux habitants de Zwijndrecht ou de Linkeroever qui vivent autour de l'usine



chimique 3M. Fin octobre 2021, 800 d'entre eux ont appris qu'ils avaient des taux trop élevés de SPFO dans le sang, un produit chimique non dégradable, potentiellement cancérigène et perturbateur du système immunitaire. À Moretusburg, le quartier de Hoboken situé à côté de l'usine sidérurgique Umicore, des taux de plomb excessivement élevés ont été décelés dans le sang des travailleurs et des enfants des environs. Près de Mons, on a constaté une pollution due aux « broyeurs à métaux », qui, en Europe, sont les plus grands émetteurs de PCB – c'est-à-dire des substances toxiques et difficilement dégradables qui s'accumulent dans les tissus gras. Voilà des exemples concrets de multinationales qui ne s'intéressent qu'à leurs profits à court terme, au détriment de la santé de leurs travailleurs, du voisinage et de la planète.

**Premier exemple. La pollution atmosphérique constitue une menace pour la santé publique au niveau mondial.** La quantité de polluants dans l'air, tels que les particules fines, le dioxyde d'azote ou le dioxyde de carbone, est si élevée que l'Organisation mondiale de la santé parle d'« urgence de santé publique ». La pollution atmosphérique due à la combustion du pétrole, du charbon et d'autres combustibles fossiles a causé 8,7 millions de décès en 2018.<sup>29</sup>

La pollution atmosphérique est également l'un des facteurs qui renforcent l'inégalité sociale. À Bruxelles, la qualité de l'air dans les différents quartiers a récemment été analysée. On a constaté que l'air des quartiers pauvres est quatre à cinq fois plus pollué que celui des quartiers riches. On peut superposer de manière presque identique la carte de la pollution atmosphérique à celle du contexte économique de chaque quartier.<sup>30</sup>

**Deuxième exemple. Changement climatique, code rouge pour un avenir sain.**

Les inondations dévastatrices dans la vallée de la Vesdre au cours de l'été 2021 ont mis en évidence les conséquences du changement climatique. Des dizaines de personnes sont mortes, des milliers de maisons ont été détruites, des communautés entières ont été disloquées. C'est l'émission massive de CO<sub>2</sub> depuis la révolution industrielle, principalement par la consommation de combustibles fossiles, qui est à l'origine du réchauffement de la planète. Dans le monde entier, les gens en ressentent de plus en plus les effets sur leur santé.<sup>31</sup> La revue médicale de référence The Lancet a qualifié le changement climatique de menace la plus importante pour la santé publique du 21<sup>e</sup> siècle.<sup>33</sup>

Mais le changement climatique n'affecte pas non plus tout le monde de la même manière. D'une part, parce qu'un petit groupe est responsable du problème. En Belgique, cinq multinationales émettent presque autant que tous les ménages réunis.<sup>34</sup> Au niveau mondial, une centaine de multinationales sont responsables de près de trois quarts des émissions à ce jour. D'autre part, ce sont les gens ordinaires qui en subissent les conséquences. Des travailleurs qui se sont déplacés le long des cours d'eau dans le sillage de l'industrie, et qui sont aujourd'hui les premières victimes des inondations, aux agriculteurs et ouvriers du Sud qui doivent fuir les sécheresses ou les inondations.

## Change the system, not the climate



« Entre le climat et le système capitaliste, la guerre fait rage »

Naomi Klein – journaliste canadienne et activiste, auteur de 'Tout peut changer : Capitalisme et changement climatique'



« Il est absolument nécessaire d'agir plus vite et de placer la santé des personnes et de la planète au-dessus de tout »<sup>35</sup>, tel est le conseil impérieux des scientifiques. Cela requiert un changement systémique. Car la crise climatique est une crise systémique, une crise du capitalisme lui-même, comme le démontre de manière détaillée Naomi Klein dans son livre *Tout peut changer*. Ce n'est sûrement pas la technologie qui fait obstacle à la transition écologique radicale qui s'impose aujourd'hui. La technologie permettant de rendre notre société neutre sur le plan climatique existe ou est en plein développement.

Aujourd'hui, nous pouvons produire de manière parfaitement propre sans nuire à la santé des travailleurs, du voisinage ou de la planète. Mais cela exige des investissements, et le capitalisme est régi par la loi de fer du profit maximal. Les actionnaires et les PDG des grandes multinationales sont aux commandes. Ils choisissent toujours ce qui est le plus rentable pour eux à court terme, et peu leur importent les intérêts à long terme de la population mondiale et du climat. Si la dernière goutte de pétrole rapporte suffisamment d'argent, les multinationales n'hésiteront pas à la pomper. Mais, comme l'écrit Naomi Klein : on peut changer les lois d'un système économique, pas celles de la nature.

## 2.3. Un système qui laisse les services publics au marché

Se loger, manger, se chauffer, trouver une place à la crèche pour un prix raisonnable, pouvoir faire du sport, partir en vacances, habiter un quartier agréable avec beaucoup d'espaces verts ... Ce sont des choses qui sont essentielles dans notre vie quotidienne et tellement importantes pour notre santé physique et mentale. Il est donc également normal que nous, en tant que société, veillions à ce qu'elles soient disponibles à tous. C'est la raison d'être de nos services publics.

Mais en réalité, on constate que de plus en plus d'économies sont réalisées sur ces services publics. La population est de plus en plus livrée aux caprices du libre marché. Résultat : tout devient de plus en plus cher et la qualité se détériore de plus en plus.

En menant leurs dures politiques d'austérité, les politiciens ont préparé la privatisation des services publics. Le scientifique et penseur politique américain Noam Chomsky a très clairement décrit cette technique : « Lorsque les politiciens veulent privatiser un secteur, ils font d'abord en sorte que celui-ci reçoive moins de moyens. Cela a pour conséquence que la qualité baisse et que les utilisateurs sont mécontents, suite à quoi les mêmes politiciens affirment que la privatisation est la seule solution. »

L'évolution décrite par Chomsky peut être observée dans plusieurs domaines. L'accès aux droits sociaux n'est plus garanti par des services publics forts, mais est de plus en plus laissé aux lois de l'offre et de la demande sur un marché privé. La santé devient une marchandise sur le marché, mais il en va de même pour notre droit au logement, aux transports, à l'énergie, à une alimentation saine, etc.





## L'austérité tue

« Le coût de la politique d'austérité se calcule en vies humaines. »

David Stuckler – professeur britannique en santé publique et des politiques publiques

Les politiques d'austérité menées après la crise financière de 2008 ont fait des ravages. Après avoir déversé des milliards de dollars dans les puits sans fond creusés par les banques et institutions financières, les gouvernements sont venus réclamer cet argent aux citoyens. Les services publics ont été réduits partout, et la protection sociale a diminué. Avec un impact majeur sur la santé de la population. En Grèce, pays qui a été en quelque sorte le lugubre laboratoire des politiques d'austérité, le budget consacré aux soins de santé a été divisé par deux. Résultat : un malade du cancer sur trois n'a pas d'argent pour consulter régulièrement un médecin. Dans le reste du monde aussi, les conséquences sont désastreuses. En Europe et en Amérique du Nord, la politique d'austérité a provoqué plus de dix mille suicides et jusqu'à un million de dépressions supplémentaires. Perdre son emploi, voire même sa maison, et avoir des dettes énormes... Ce drame s'infiltré dans la peau, au sens propre comme au sens figuré, et provoque de graves problèmes de santé. « Si la politique d'épargne européenne faisait partie d'un essai clinique, celui-ci serait arrêté. » Telle est la conclusion à laquelle parvient le chercheur David Stuckler. « Les preuves d'effets secondaires mortels sont accablantes. (...) Une récession fait mal, mais ces économies tuent ».<sup>36</sup>

### **Premier exemple. Home sweet home... L'impossible droit au logement.**

Le droit au logement a beau être inscrit dans la Constitution, trouver un logement décent et abordable s'apparente de plus en plus à une mission impossible. À quoi est-ce dû ? Le droit au logement est livré au marché et dépend du jeu de l'offre et de la demande. C'est le secteur privé, généralement les grands groupes immobiliers et les barons du logement, qui décident des maisons qui seront construites et du prix auquel vous pourrez y vivre. Avec pour unique ressort de faire le plus de profit possible. Les familles ne sont ainsi pas logées en fonction de leurs besoins, mais de leur pouvoir d'achat. Les autorités publiques ne font presque plus rien à cet égard. De moins en moins de logements publics ou sociaux sont construits et ceux qui existent sont souvent en mauvais état, notamment en termes d'isolation. Résultat : de plus en plus de personnes sont obligées de choisir : opter pour un logement insatisfaisant<sup>37</sup> ou consacrer une part trop importante de leurs revenus au logement, ce qui les conduit à s'endetter ou les empêche de réaliser d'autres dépenses, parfois essentielles.



## Logements en mauvaise santé

Une patiente nous consulte régulièrement pour des problèmes dermatologiques, qui affectent également son mari et leurs enfants. Lorsque nous cherchons les causes de ceux-ci, nous arrivons rapidement à la conclusion qu'il s'agit des conditions de logement. Elle vit dans un appartement situé dans un grand bloc de logements sociaux abritant plus de cinquante familles. Nous nous rendons sur place avec notre équipe. Nous constatons les problèmes d'humidité sur les murs, surtout dans les chambres à coucher. L'eau dégouline sur l'un des murs et il y a des traces d'humidité juste à côté du lit de leur enfant de 14 ans. Dans l'autre chambre à coucher, le lit de leur enfant d'un an et deux mois se trouve juste sous une énorme tache de moisissure. La famille fait tout son possible pour entretenir la maison et faire en sorte que l'humidité disparaisse : nettoyer, bien aérer, repeindre les murs, mais rien n'y fait.

La commune est au courant, mais ne réagit pas. Pis encore, elle répond aux résidents que c'est leur faute. Qu'ils ne ventilent pas assez. Le bâtiment doit être démolí, mais personne ne semble savoir quand. Pendant ce temps, les familles continuent à vivre dans des conditions indignes qui mettent potentiellement en péril leur santé en péril. Nous décidons avec notre équipe de faire analyser les moisissures et de vérifier s'il y a un lien avec les problèmes dermatologiques de la famille. Notre assistante sociale contacte également d'autres patients qui vivent dans le même immeuble et plusieurs familles unissent alors leurs forces. Elles demandent à tous les voisins de répondre à une enquête pour répertorier les problèmes. C'est ainsi que, lentement mais sûrement, un collectif se forme qui va exiger de la commune qu'elle effectue les travaux nécessaires.

### **Patricia Polanco**

coordinatrice MPLP Molenbeek



### **Deuxième exemple : la nourriture malsaine.**

L'accès à une alimentation saine est l'un des plus importants déterminants sociaux de la santé. Une alimentation saine est essentielle pour rester en bonne santé et contribue à prévenir les maladies non transmissibles telles que le diabète, le cancer, les maladies cardiaques et les attaques cérébrales. Pourtant, la réalité dans notre pays n'est pas très rose. Le régime alimentaire belge se caractérise par une consommation excessive de viande rouge, de viande préparée et de boissons sucrées, et par une consommation insuffisante de fruits, de légumes, de noix et de graines, de lait, d'œufs et de poisson.

En 2018, seulement 12,7 % de la population âgée de plus de six ans consommait la quantité quotidienne recommandée de fruits et légumes (au moins cinq portions). Et 20,4 % de la population buvait quotidiennement des boissons sucrées.<sup>38</sup>

La façon dont nous nous nourrissons aujourd'hui a beaucoup changé au cours des dernières décennies, et cette évolution coïncide avec la commercialisation de l'agriculture et du marché

alimentaire. Toute la production alimentaire – de l'agriculture à la vente – est passée de plus en plus sous le contrôle des multinationales industrielles.<sup>39</sup> La production alimentaire est devenue une partie de la lutte concurrentielle internationale. Dans ce combat, les lois sont simples : celui qui fournit le produit le moins cher et qui se vend le mieux est le gagnant. Mais ce qui se vend le mieux n'est pas forcément ce qui est le plus sain.

De plus, les aliments sains sont souvent chers et plus difficilement accessibles. D'où les différences sociales dans les habitudes alimentaires. Parmi les hommes et les femmes ayant un niveau d'éducation supérieur, il y a trois fois plus de personnes qui mangent suffisamment de fruits et légumes que parmi les personnes ayant le niveau d'éducation le plus bas.

## Faire du profit ne va pas de pair avec garantir la santé

Le marketing de l'industrie alimentaire est l'une des raisons pour lesquelles un nouveau champ de recherche a émergé dans le domaine des déterminants sociaux de la santé : les déterminants commerciaux de la santé. En effet, les intérêts commerciaux des grandes multinationales ont clairement un impact croissant sur la santé publique. Ce sont elles qui imposent aux gens des modèles d'alimentation à base d'aliments transformés et mauvais pour la santé. Ce sont elles qui spéculent sur le marché immobilier et font monter les prix. Il est de plus en plus admis que nous devons absolument nommer cet impact sur la santé.

Pourtant, de nombreux responsables politiques continuent de préconiser la privatisation d'encore plus de services publics. Distribution de l'eau, trains et bus... Même si les exemples étrangers montrent souvent que ce n'est pas une bonne idée. Dans notre économie capitaliste, les investisseurs chercheront toujours de nouveaux marchés pour augmenter leurs marges bénéficiaires. En d'autres termes, la protection de nos services publics est un combat important pour le droit à la santé.

## 2.4. Un système qui dresse les gens les uns contre les autres

### La discrimination nous rend malades

Dans nos maisons médicales, nous recevons souvent des personnes qui tombent malades, non pas à cause de l'augmentation de la charge de travail ou des effets néfastes de la pollution environnementale, mais parce qu'elles sont confrontées à la discrimination. La discrimination est encore très présente dans notre société, sur bien des plans. Et cela a un impact majeur sur la santé physique et mentale.

#### **Premier exemple. L'écart de santé entre les femmes et les hommes**

Dans le secteur de la santé, nous voyons presque tous les jours en consultation des femmes victimes de sexisme, de violences sexuelles, de comportements transgressifs, de violences intra-



familiales et d'innombrables autres formes d'inégalité et de discrimination. Une femme sur trois dans le monde subira des violences sexuelles au cours de sa vie. On estime que 100 femmes sont violées chaque jour en Belgique. Mais seules huit plaintes sont rapportées. Les organisations de femmes tirent la sonnette d'alarme depuis des années, car notre gouvernement ne fait toujours pas grand-chose malgré l'ampleur du problème.<sup>40</sup> HConséquence ? La violence peut continuer ; en 2021, les organisations féministes ont recensé 21 féminicides à la fin de l'année.

La violence et les comportements transgressifs ne sont pas la seule cause des inégalités de santé entre les femmes et les hommes. L'injustice est ancrée dans notre société. On constate aussi que le nombre de malades de longue durée augmente deux fois plus vite chez les femmes que chez les hommes. En effet, les femmes doivent toujours assumer la grande majorité des tâches ménagères et sont donc beaucoup plus exposées à la « rat race », la course effrénée. Et pour couronner le tout, les femmes travaillent toujours proportionnellement beaucoup plus dans des situations d'emploi précaire que les hommes. Horaires flexibles, contrats temporaires... L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est de 22,3 %, et la pension moyenne des femmes dans notre pays est lamentablement basse.<sup>41</sup> Une femme pensionnée sur deux vit avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté.

Et qu'en est-il des soins de santé eux-mêmes ? Le personnel soignant accorde probablement encore trop peu d'attention aux conséquences sur la santé de cette discrimination structurelle entre les sexes dans notre société. Chez les femmes, par exemple, les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques sont plus souvent mortels.<sup>42</sup> Les mêmes symptômes ne sont pas traités de la même manière : une femme souffrant d'une sensation d'oppression dans la poitrine se verra plus souvent prescrire des calmants ou des anxiolytiques, tandis qu'un homme sera plus souvent orienté vers un cardiologue.

### **Deuxième exemple. Racisme et santé**

Des études scientifiques montrent que la discrimination fondée sur la nationalité, l'origine ou la couleur de la peau est une cause de dépression, d'anxiété et de stress psychologique.

| Féminicide : meurtre d'une femme, parce que c'est une femme.

La discrimination engendre également des risques plus élevés d'hypertension artérielle et d'obésité, de maladies cardiovasculaires, voire même de cancer du sein et de mortalité prématurée.<sup>43</sup> Lorsqu'une personne est confrontée au racisme de manière régulière, elle vit un stress permanent, dans l'attente anxieuse de la prochaine fois où elle sera victime de racisme. Les victimes de racisme risquent également d'intérioriser les sentiments négatifs d'oppression et d'infériorité. L'influence des déterminants sociaux sur la santé des personnes issues de l'immigration joue aussi un rôle à cet égard : celles-ci sont plus vite orientées vers l'enseignement professionnel ou spécial, et plus susceptibles d'être exclues du marché local privé ou du marché du travail. Elles ont par conséquent plus de difficultés à accéder à un emploi ou à un logement de qualité et décent qui ne mette pas leur santé en danger.



## « Peut-être que je mérite ces remarques racistes ? »

Un jeune homme vient me consulter. Ce n'est qu'après de longues hésitations qu'il a fait le pas de consulter un psychologue. Il est souvent tendu, se met facilement en colère, dort mal, se replie sur lui-même. Il parle d'un ton hésitant de ses problèmes au travail. Il a un bon boulot, le travail de ses rêves même. Cependant, il vit mal les remarques racistes persistantes de ses collègues. Il se demande si ce n'est pas de sa faute. « Peut-être que j'exagère », « peut-être que je le mérite » ?

Nous cherchons d'abord ensemble des moyens de réduire son stress. Mais nous nous penchons également, dans le cadre de nos discussions, sur les facteurs sociaux. Nous parlons des mécanismes du racisme structurel et des dommages qu'il cause. De son impact sur les circuits du stress, sur l'image de soi et sur la confiance dans les autres. De la législation contre la discrimination et des possibilités de déposer plainte. Je vois progressivement cet homme s'épanouir à nouveau. Son histoire s'inscrit dans un contexte plus large. Il réalise qu'il n'est pas seul, que ce n'est pas sa faute. Son incertitude laisse place à la détermination. Finalement, nous contactons ensemble UNIA (successeur du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme). Je lui promets aussi de l'inviter à la prochaine manifestation contre le racisme.

Souvent, ce n'est pas l'individu qui est malade, c'est à la société qu'il faudrait une cure de rétablissement. L'impact de l'environnement socio-économique est trop souvent négligé en psychologie. On s'attarde surtout sur les possibilités qu'ont les gens de faire face au stress ou aux problèmes (pensez à des notions comme les stratégies d'ajustement, la résilience...). En d'autres termes, c'est l'individu qui est en cause. Il est pourtant largement démontré que l'environnement joue un rôle déterminant dans le développement des problèmes psychologiques.

### **Rody Verhage**

psychologue MPLP Hoboken







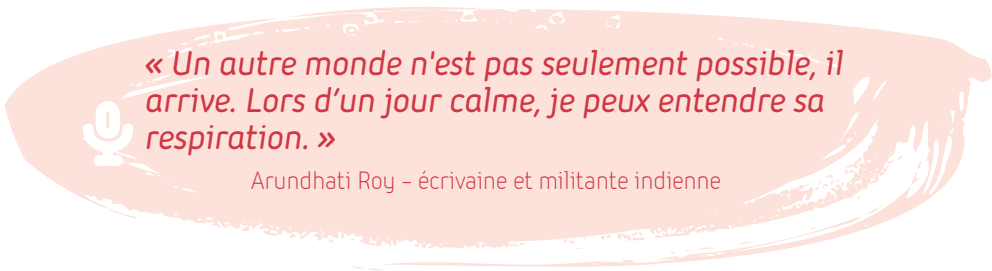
## Diviser pour mieux régner

Dans notre société, la division et la discrimination ont deux racines. D'une part, la discrimination est ancrée dans la recherche du profit des entreprises. Cela les arrange que, parmi les travailleurs, il y ait aussi des citoyens de deuxième et de troisième rang. Sans cette division entre les travailleurs, il n'y aurait pas d'« emplois Kleenex ». Et ces emplois mal payés et hyperflexibles sont très importants pour pousser les profits à leur maximum.



D'autre part, la classe dirigeante profite également du fait que la classe ouvrière est divisée. Tant que nous nous battons entre nous et que nous considérons notre voisin comme la cause de nos problèmes sociaux, nous ne nous tournons pas vers ceux qui, au sommet de notre société, accumulent les richesses. La classe dirigeante veut éviter que la classe travailleuse s'organise en un seul bloc, pour défendre ensemble ses droits sociaux. Individuellement, les doigts sont fragiles, unis, ils forment un poing. Et c'est la raison pour laquelle on essaie de nous monter les uns contre les autres.

### 3. Une autre société est possible



*« Un autre monde n'est pas seulement possible, il arrive. Lors d'un jour calme, je peux entendre sa respiration. »*

Arundhati Roy – écrivaine et militante indienne

Nous avons commencé ce chapitre par le constat que, souvent, nous guérissons des personnes pour ensuite les renvoyer aux conditions qui les ont rendues malades. Ces conditions sont enracinées dans le système économique qui domine notre société, le capitalisme. Dans ce système, les personnes et la nature sont exploitées pour le profit. De plus, ce système démantèle toujours plus nos services publics en fonction du marché, et il monte les gens les uns contre les autres. Dans de telles conditions, il est impossible de garantir le droit à la santé pour tous. Cela n'est possible que dans une société saine.

Une société saine signifie que la santé passe toujours en premier. Que la santé prime toujours sur le profit, qu'il s'agisse d'un bon logement, d'une alimentation saine, d'un travail digne ou d'autres déterminants sociaux. Les spécialistes de la santé et de la prévention appellent cela l'approche « Health in All Policies »<sup>44</sup> : les gouvernements devraient donner la priorité à notre santé dans tous les domaines politiques. Selon l'analyse que nous avons faite plus haut dans ce chapitre, c'est impossible dans le cadre du système capitaliste actuel.

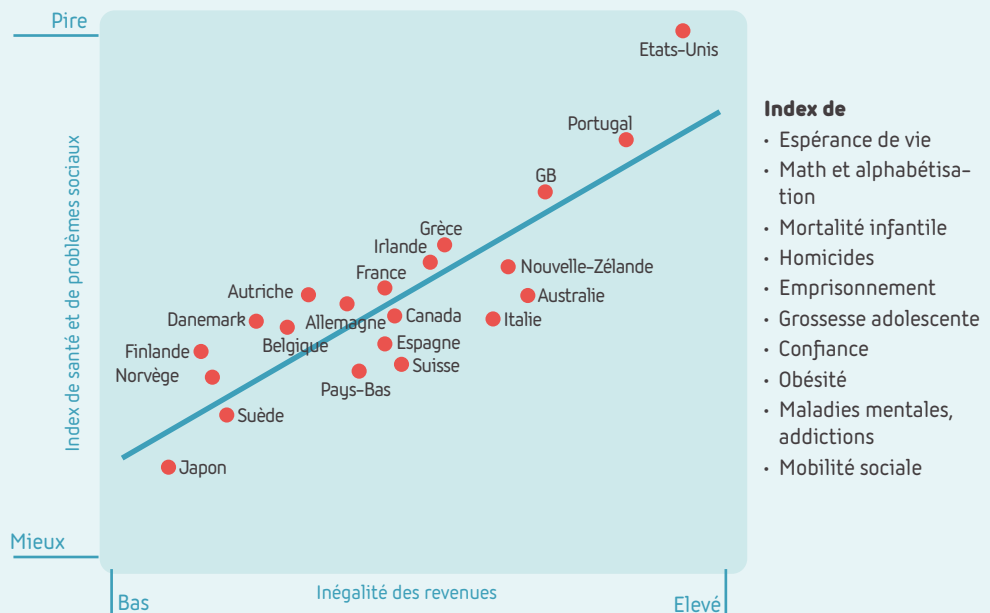
Un autre système est possible. Dans le socialisme, les travailleurs prennent eux-mêmes les commandes. Des secteurs importants de l'économie passent aux mains de la collectivité. L'économie n'est plus déterminée par la concurrence et la recherche du profit, mais par les besoins de la population et la capacité de la Terre. Les gens d'abord, pas le profit. C'est ainsi que nous pouvons garantir les droits fondamentaux de chacun.



## L'égalité est bonne pour la santé

S'appuyant sur une multitude de preuves scientifiques, les épidémiologistes sociaux britanniques Richard Wilkinson et Kate Pickett ont montré dans leur best-seller *The Spirit Level* comment l'inégalité sociale rend littéralement une société malade. Plus les inégalités de revenus sont importantes dans une société, plus le risque d'être confronté à toute une série de problèmes sanitaires et sociaux est élevé. Dans une société inégalitaire, l'espérance de vie est plus faible, la mortalité infantile plus élevée, les problèmes de santé mentale plus nombreux, la consommation de drogues plus forte et l'obésité plus importante. Par exemple, dans un pays comme le Japon, moins d'une personne sur dix souffre de problèmes de santé mentale ; dans une société très inégalitaire comme les États-Unis, c'est une personne sur quatre. Les sociétés inégalitaires sont également confrontées à plus de violence, emprisonnent proportionnellement plus de personnes, connaissent des niveaux plus faibles de confiance mutuelle et ont une vie communautaire plus faible. Les plus pauvres ne sont pas les seules victimes : toutes les couches sociales de la population souffrent sous un degré élevé d'inégalité.<sup>45</sup>

### Les problèmes sociaux et de santé sont pires dans les pays plus inégaux



- Index de**
- Espérance de vie
  - Math et alphabétisation
  - Mortalité infantile
  - Homicides
  - Emprisonnement
  - Grossesse adolescente
  - Confiance
  - Obésité
  - Maladies mentales, addictions
  - Mobilité sociale

Source : Wilkinson R. et Pickett K., "The Spirit Level : Why More Equal Societies Almost Always Do Better", 5 mars 2009. (<https://equalitytrust.org.uk/resources/the-spirit-level>)

Le choix d'une société différente, le socialisme, est la base de la collaboration entre Médecine pour le Peuple et le PTB. Le PTB réunit les personnes de toutes les couches de la population qui souhaitent œuvrer à un tel changement de paradigme. La proposition du parti pour un socialisme 2.0 décrit concrètement ce à quoi pourrait ressembler une telle alternative socialiste, aujourd'hui en Europe au 21e siècle, et comment une telle révolution majeure peut devenir possible.<sup>46</sup>

Si nous voulons changer fondamentalement notre système économique, il est essentiel que la lutte de la classe travailleuse ait un rôle central dans le combat pour une société différente. Mais pour que ce changement soit possible, il est crucial d'avoir une large unité de tous les mouvements progressistes de notre société. Travail & santé est donc un thème prioritaire pour Médecine pour le Peuple. Dans le même temps, nos maisons médicales et notre personnel sont actifs sur de nombreux autres thèmes - de l'environnement au logement, en passant par le racisme et le sexisme. Notre objectif est, à chaque petit pas, de nous rapprocher de cet autre monde.



# Notes

- 1 Michael Marmot était le président de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (CDSS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). CDSS, « 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 », OMS août 2008.
- 2 Göran Dahlgren and Margaret Whitehead, "The Dahlgren-Whitehead Model of Health Determinants: 30 Years on and Still Chasing Rainbows", Public Health, oktober 2021.
- 3 Ces chiffres ressortent de A. Sengupta et al. « The Dahlgren-Whitehead Model of Health Determinants: 30 Years on and Still Chasing Rainbows », Public Health, octobre 2021.
- 4 Le doctorat de l'historienne gantoise Isabelle Devos traitait de l'évolution de la maladie et de la mortalité dans notre pays du 18ième ou 20ième siècle et les mécanismes sous-jacents qui y ont joué un rôle. I. Devos, « Allemaal beestjes. Mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw », UGent, 2006.
- 5 OMS, « L'espérance de vie a progressé de 5 ans depuis 2000, mais les inégalités sanitaires persistent », Statistiques sanitaires mondiales, mai 2016 ; Observatoire des inégalités, « Les inégalités d'espérance de vie dans le monde se réduisent », mars 2018.
- 6 "Hier leven Belgen het langst", De Standaard, juillet 2015.
- 7 Conclusions du Bureau fédéral du Plan, qui, à la demande du gouvernement, analyse chaque année un certain nombre de paramètres qui doivent permettre de déterminer la qualité de vie dans notre pays. « Financiële crisis hakte in op gezondheid Belg » (la crise financière a nui à la santé des Belges), De Standaard, 6 février 2020.
- 8 Une étude du démographe Patrick Deboosere (VUB) a démontré les inégalités entre hommes et femmes et entre scolarisés et non-scolarisés : F. Renard et al., "Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011 : a census-based study", Archives of Public Health, 2019.
- 9 World Inequality Report 2018 geciteerd in het Oxfam-rapport "The inequality virus".
- 10 Selon un rapport du London School of Economics de 2006 un britannique sur six souffrirait d'une dépression ou d'un trouble anxieux chronique, W. Van Driessche, « Stress is de stofjong van de 21e eeuw », De Tijd, 2014.
- 11 R. Horton, « Offline: Medicine and Marx », The Lancet, novembre 2017.
- 12 Le célèbre marxiste, biologiste et professeur de santé publique à Harvard Richard Levins s'est exprimé sur l'importance de cette question : « Il ressort de la littérature scientifique que les pauvres et les opprimés sont plus vulnérables à presque tous les risques de maladie. Les chercheurs évoquent les différences de revenus, de niveau d'éducation des mères, et même de statut socio-économique. Mais ils ne parlent pas des classes. Pourtant, la classe sociale est le meilleur indicateur lorsqu'il s'agit de l'espérance de vie, de l'invalidité due à la vieillesse ou de la fréquence des crises cardiaques. » Source : [www.monthlyreview.org/2000/09/01/is-capitalism-a-disease/](http://www.monthlyreview.org/2000/09/01/is-capitalism-a-disease/)
- 13 Les MC ont interrogé les travailleurs pour savoir quelle était, selon eux, la cause des congés de maladie. Plus de la moitié des 4 350 personnes interrogées ont répondu que leur maladie était en partie due aux conditions de travail : pression de travail élevée, travail physiquement éprouvant, mauvaises relations avec les supérieurs. Pour plus d'informations, voir MC-informations 284, « Incapacité de travail. Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité », juin 2021.
- 14 Basé sur différents rapports de Eurofound : [www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/trends-in-job-quality-in-europe](http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/trends-in-job-quality-in-europe) en [www.eurofound](http://www.eurofound)
- 15 Travail de fin d'étude d'assistante en médecine générale Aicha Van Haeren et Liesbeth Veelaert. Publié en Huisarts Nu [www.huisartsnu.be/2018/nr4/masterthesis/waarom-stijgt-het-aantal-langdurig-zieke-werknemers-focusgroepenonderzoek](http://www.huisartsnu.be/2018/nr4/masterthesis/waarom-stijgt-het-aantal-langdurig-zieke-werknemers-focusgroepenonderzoek)
- 16 Le dossier dans son entièreté se trouve sur le site web de la FGVB, dossiers presse, 2018
- 17 Travail de fin d'étude de médecin généraliste en formation Heleen Aerts, « Gezondheidseffecten van werken met een niet-vast contract. Een bespreking van de literatuur en ervaringen van patiënten. », KULeuven, 2015"
- 18 Travail de fin d'études des médecins généralistes en formation Susan van der Wielen et Filip Vanderroot, KULeuven, 2011
- 19 La magazine pour militants de la CSC, Vakbeweging, a publié en avril 2021 un dossier 'bien-être mental au travail : danser sur une corde lâche ! Des chiffres ressorte que le nombre de personnes souffrant de stress, burn-out, harcèlement ou violences a augmenté les dernières années de manière explosive. En 2019 un travailleur sur trois (36,8%) en Flandre avait un niveau de stress problématique au travail. En 2012 ce chiffre s'élevait à 30%.
- 20 K. Sokol, "Psycholoog Paul Verhaeghe aan vooravond van pensioen: "Oorzaak psychische problemen verschoven van gezin naar werkvloer", VRT NWS, septembre 2021.
- 21 FEDRIS, "Rapport statistique 2019 – Maladies professionnelles", 2020; FEDRIS, "Rapport statistique 2020 – Accidents du travail – Secteur privé", 2021.
- 22 De chiffres que le PTB a demandé auprès de l'ONEM et l'INAMI est apparu qu'entre 2012 et 2019 le nombre de prépensionnés a diminué de 57 984 unité, mais sur la même période le nombre de malades de longue durée a augmenté d'exactly 73 688 personnes (plus de 55 ans) [https://www.ptb.be/une\\_tude\\_du\\_ptb\\_montre\\_le\\_lien\\_entre\\_l\\_augmentation\\_des\\_malades\\_de\\_longue\\_dur\\_e\\_et\\_la\\_casse\\_des\\_pr\\_pensions](https://www.ptb.be/une_tude_du_ptb_montre_le_lien_entre_l_augmentation_des_malades_de_longue_dur_e_et_la_casse_des_pr_pensions)
- 23 En 2020, lorsqu'il apparaît clairement que le gouvernement fédéral (Vivaldi) prépare de nouvelles mesures pour nous faire travailler (encore) plus longtemps, nous réalisons une nouvelle enquête à grande échelle auprès de tous nos patients âgés de 55 à 65 ans. Celle-ci révèle que la moitié des travailleurs ne peuvent pas travailler jusqu'à l'âge de la pension, et encore moins jusqu'à 67 ans.
- 24 R. Verhage, "Dit is Vivaldi: streng voor de langdurig zieken maar mild voor de bedrijven", De Wereld Morgen, octobre 2021

- 25 Ils sont déclarés définitivement inaptes par le médecin du travail, de telle façon que l'employeur peut invoquer la force majeure médicale et se défaire définitivement du travailleur, sans indemnité de licenciement et sans maintien de droits collectifs sociaux. Les syndicats parlent à juste titre d'une 'machine à licenciements'. Chiffres de la CSC (J. Matyn, "Christelijke vakbond ACV: "Twee op de drie werknemers worden na langdurige ziekte ontslagen""; VRT NWS, novembre 2019), après confirmées par une étude de la KU Leuven et L'ULB : L. Godderis et al., "Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk", KU Leuven & ULB, octobre 2020.
- 26 Aux Pays-Bas l'employeur doit continuer à payer 70% du salaire du travailleur pendant au moins deux ans.
- 27 Comme en France 5% par exemple.
- 28 Conseil Supérieur de la Santé – 'Avis burn-out et travail', 2017.
- 29 Source : <https://www.seas.harvard.edu/news/2021/02/deaths-fossil-fuel-emissions-higher-previously-thought>
- 30 Lors de la recherche CurieuzenAir Bruxelles a été dressé la carte de l'exposition de la population bruxelloise à la pollution de l'air. Trois mille citoyens, écoles, entreprises et institutions ont mesuré en octobre 2021 les concentrations de dioxyde d'azote (NO2) dans leur rue sur base d'un appareil de mesure placé sur leur façade. <https://curieuzenair.brussels/fr/curieuzenair-devoile-une-disparite-notable-des-niveaux-de-pollution-de-lair-a-bruxelles/>
- 31 La présidente de MPLP, Janneke Ronse a décrit plus en détail les conséquences médicales des inondations pour le site web du PTB ([www.ptb.be/inondations\\_les\\_besoins\\_m\\_dicaux\\_restant\\_lev\\_s](http://www.ptb.be/inondations_les_besoins_m_dicaux_restant_lev_s))
- 32 Dans l'article intitulé « Code red for a healthy future », des dizaines de chercheurs de premier plan expliquent de manière très précise comment le changement climatique affecte la santé. Source : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01787-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01787-6/fulltext)
- 33 Depuis 2015 The Lancet publie chaque année un rapport sur l'impact du changement climatique sur la santé public et ils ont en publié différentes articles. Ils peuvent être consultés sur leur site web [www.thelancet.com/countdown-health-climate](http://www.thelancet.com/countdown-health-climate)
- 34 Service d'étude du PTB : 5 MULTINATIONALES SONT RESPONSABLES D'UN CINQUIÈME DES ÉMISSIONS DE GAZ À EFFET DE SERRE EN BELGIQUE
- 35 T. Riley, "Just 100 companies responsible for 71% of global emissions, study says", The Guardian, juillet 2017.
- 36 Dans son livre « The Body Economic, Why Austerity Kills », Stuckler a recueilli une multitude de chiffres sur la façon dont les politiques d'austérité mises en œuvre par les gouvernements occidentaux après la crise financière de 2008 ont gravement affecté la santé de la population : <https://www.theguardian.com/society/2013/may/15/recessions-hurt-but-austerity-kills>
- 37 En Belgique, en 2019, 17 % des familles vivaient dans un logement inadapté (avec des infiltrations d'eau dans la toiture, le long des murs, des problèmes d'humidité et de moisissures...). De nombreuses familles vivent entassées dans des logements trop petits, mal situés, humides et mal isolés, avec les conséquences que cela implique pour leur santé physique et mentale et leur bien-être général.
- 38 Ces chiffres sont tirés de [www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/alimentation](http://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/alimentation)
- 39 Un des médecins retraités de MPLP, Staf Henderickx est allé à la recherche de l'histoire des aliments qui se trouvent sur notre assiette. Son livre s'appelle « Van mammoet tot Big Mac ». Il explique minutieusement que toute la chaîne alimentaire est en grande partie entre les mains de multinationales comme Nestlé et Unilever.
- 40 M. De Vries, "Een echt feministisch beleid leunt niet op vrouwen", Knack, mars 2022.
- 41 K. De Witte, "Je kan niet applaudisseren voor de helden van deze crisis en ze vervolgens laten werken tot 67", Knack, octobre 2020.
- 42 C'est entre autres le cas pour l'arthrose, l'arthrite, les douleurs dans le bas du dos, douleur du cou, maladie thyroïdienne, incontinence, le cataracte, les allergies, la migraine, l'asthme, les dépressions, la fatigue de long durée et ostéoporose. J. Van der Heyden et al., Enquête de santé 2018 : Santé et qualité de vie. Résumé des résultats, Sciensano, juillet 2019.
- 43 D. R. Williams et al., "Understanding how discrimination can affect health", Health Services Research, octobre 2019; J. Bouquet, "Racisme, sexisme... : les discriminations peuvent-elles provoquer des maladies ?", RTBF, avril 2021.
- 44 Développé dans le cadre de la Déclaration d'Adélaïde, Organisation mondiale de la santé, 2010.
- 45 Dans leur ouvrage suivant, intitulé The Inner Level, les auteurs explorent les raisons sous-jacentes pour lesquelles l'inégalité rend les gens malades. Nous y apprenons comment, dans le capitalisme, la concurrence entre les personnes rend celles-ci malades, parce qu'elle va à l'encontre de la nature essentiellement sociale de l'être humain. Lire par exemple : <https://lavamedia.be/fr/quand-line-galite-faconne-notre-identite/>
- 46 Les principes du socialisme 2.0 et la stratégie du changement figurent dans les textes du Congrès de la Solidarité du PTB 2015 : « Élargir, unir, approfondir. » Disponible sur [https://www.ptb.be/il\\_etait\\_une\\_fois\\_le\\_ptb](https://www.ptb.be/il_etait_une_fois_le_ptb)

## Chapitre 2

# Soins de santé



- 1. La santé comme marchandise**
- 2. La santé comme droit fondamental**

La santé est précieuse. Toute personne qui tombe malade souhaite recevoir de bons soins de santé. Notre société doit avoir l'ambition non seulement de guérir et de soigner les malades, mais également de maintenir tout le monde en aussi bonne santé que possible. C'est la raison pour laquelle la prévention, l'accessibilité et la qualité des soins doivent être une priorité, toujours et partout.

Les soins de santé sont aujourd'hui sérieusement malades, dans notre pays et dans le monde. Les questions d'argent prennent de plus en plus de place, au détriment des aspects humains. La logique capitaliste s'infiltrer de tous les côtés. Lutter pour le droit à la santé, c'est aussi se battre pour des soins de santé de meilleure qualité et une approche plus sociale.

Dans ce chapitre, nous exposons notre vision des soins de santé. Nous revenons d'abord sur les évolutions négatives des dernières années. Nous défendons la solidarité de notre sécurité sociale contre la commercialisation rampante. Nous allons ensuite un pas plus loin et détaillons l'erreur systémique fondamentale qui affecte l'organisation de notre système de santé. Nous prônons un changement fondamental : des soins proches des gens, à partir du niveau local. Nous montrons à quoi ressemblerait concrètement un tel système, depuis le travail de prévention jusqu'aux soins hospitaliers. Nous expliquons finalement pourquoi il faut un modèle public-social pour parvenir à ce résultat





# 1. La santé comme marchandise

Le droit à la santé est un droit fondamental, ou devrait l'être en tout cas. Ce droit est en effet de plus en plus menacé, pour différentes raisons. Dans cette partie, nous décrivons brièvement comment la santé est progressivement devenue une marchandise. Nous commençons par décrire la façon dont les patients eux-mêmes vivent les problèmes : les factures élevées, les délais d'attente, le personnel surchargé. Nous expliquons ensuite comment les coupes dans les dépenses publiques conduisent à la commercialisation des soins de santé. Enfin, nous nous attardons sur le cœur de tous ces problèmes : l'erreur systémique qui affecte nos soins de santé..

## 1.1 Quand l'humain n'est pas au centre des soins

De temps en temps les journaux publient des informations positives sur notre système de soins de santé, « qui est « parmi les meilleurs d'Europe ».<sup>1</sup> Nombre de Belges sont de fait très satisfaits de la qualité des traitements qu'ils reçoivent lorsqu'ils tombent malades. L'éthique professionnelle de notre personnel soignant est remarquable. Celui-ci est aussi bien formé. Mais demandez donc au Belge moyen s'il pense que les soins de santé se sont améliorés au cours des dix dernières années et de sérieux problèmes feront surface. Les gens se plaignent des factures élevées, des délais d'attente et du manque de temps du personnel. Le fil conducteur ? Alors que le personnel soignant choisit ce métier parce qu'il veut aider les gens, le système est de plus en plus axé sur l'argent. Nous énumérons ci-dessous quelques évolutions négatives.

### Cher, très cher, toujours plus cher

Les Belges paient de leur poche environ 20 % du total des dépenses de santé, directement ou par l'intermédiaire d'assurances privées.<sup>2</sup> Cela signifie que la sécurité sociale n'intervient pas pour un euro sur cinq. Cette proportion est beaucoup plus élevée en Belgique que dans les pays voisins.

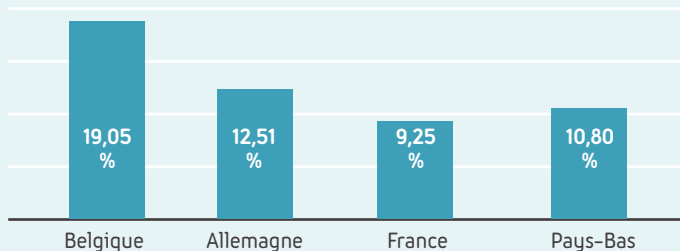
Les factures d'hôpital et les médicaments représentent la plus grande partie des coûts supportés par les patients en Belgique.<sup>3</sup> Nous payons un **ticket modérateur** pour les consultations médicales et les médicaments. Certains traitements tels que la psychothérapie et l'ostéopathie sont peu remboursés, tout comme de nombreux médicaments d'usage temporaire. En cas d'hospitalisation, le patient assume également une partie des coûts : le ticket modérateur, le matériel, les médicaments et les suppléments d'honoraires.

Ce sont ces factures hospitalières élevées qui font qu'aujourd'hui, presque tous les Belges qui en ont les moyens souscrivent une assurance hospitalisation privée. Mais les compagnies d'assurances ont pour objectif de faire des bénéfices. Si la facture augmente, les primes suivent. Celles-ci ont explosé, de 5,5 à 9 % en 2016, en raison de l'augmentation des suppléments d'honoraires.<sup>4</sup>

| La commercialisation est le processus dans le cadre duquel les services sont de plus en plus exploités à des fins lucratives.

| Le ticket modérateur est le montant que vous payez pour les frais médicaux et qui n'est pas remboursé par la mutualité. Les autorités publiques pensent que cela empêchera les gens d'abuser des soins médicaux. Incroyable, non ?

## Part des dépenses personnelles dans le total des soins de santé pour la Belgique et les pays voisins, 2018



Source : Federal Public Service – Social Security, "The evolution of the social situation and social protection in Belgium 2020", mars 2021. (<https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/en/publications/silc/silc-analysis-social-situation-and-protection-belgium-2020-en.pdf>)

Conséquence de ces factures élevées : de nombreux Belges reportent certains soins pour des raisons financières. Nous connaissons ce problème depuis longtemps, mais il s'aggrave encore. En 2008, 0,5 % des adultes reportaient des soins. Ils étaient 2,3 % en 2016. Pour les soins dentaires, ce chiffre est passé de 1,6 % à 3,7 %. Ces résultats sont bien pires que ceux de nos voisins, selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).<sup>5</sup> En 2017, 6,7 % des personnes disposant des revenus les plus faibles n'ont pas pu bénéficier de soins dans notre pays, soit le troisième chiffre le plus élevé d'Europe (après la Grèce et la Lettonie).<sup>6</sup> En repoussant leurs consultations médicales, les patients courent le risque de voir leur cas s'aggraver et d'avoir plus tard des problèmes de santé et des coûts encore plus importants. La pauvreté est cause de maladie, la maladie est cause de pauvreté. De tous les pays d'Europe occidentale, la Belgique connaît l'écart le plus important entre riches et pauvres en matière de besoins médicaux non satisfait.<sup>7</sup>

Quiconque a déjà été hospitalisé sait que la facture peut être particulièrement salée. En Belgique, le patient est souvent dans l'impossibilité de connaître à l'avance le prix d'une consultation, d'un traitement ou d'une hospitalisation. Il n'est quand même pas normal que les malades soient anxieux de recevoir leur facture ! On observe d'énormes différences entre l'hôpital le plus cher et le moins cher. Une patiente en chambre double paie entre 136 et 370 euros pour un accouchement. En raison des suppléments d'honoraires élevés, la facture en chambre individuelle varie de 1 039 à 3 339 euros.<sup>8</sup>

## Médecine à deux vitesses

Ceux qui en ont les moyens peuvent se payer des soins de qualité, les autres non. On parle aussi de « médecine à deux vitesses ». Le problème est double : l'accès est inégal, et les soins sont organisés de manière inégale, déconnectés des besoins des patients. Lorsqu'une médecine à deux vitesses s'installe, on constate la même évolution, partout dans le monde : la partie rentable des soins se développe fortement, au détriment des soins aux personnes fragiles ou sans ressources. Il en va de même en Belgique. On voit émerger une médecine à deux vitesses. C'est par exemple le cas des spécialistes qui effectuent une partie de leurs actes au **tarif conventionné** et le reste au tarif non conventionné, décidant eux-mêmes du montant supplémentaire que le patient devra payer. Nos médecins généralistes entendent souvent dire que les patients peuvent obtenir

une consultation plus rapidement s'ils se rendent dans le cabinet privé du spécialiste. Si vous ne pouvez payer que le tarif normal, vous serez inscrit sur la liste d'attente. Un speedy pass dans les soins de santé, qui veut de ça ?

## Un manque criant de personnel

Les patients ne sont pas les seuls à payer le prix fort de cette évolution. Les conditions de travail de notre personnel soignant deviennent plus pénibles d'année en année. Prodiger des soins humains devient aujourd'hui un défi surhumain. Le personnel soignant est trop souvent considéré comme un coût pouvant faire l'objet d'économies. Nous soignons de plus en plus de patients, avec de moins en moins de personnel. Alors que chacun sait que des soins de qualité requièrent précisément plus de collaboration et plus d'attention pour chaque patient.

Il y a une grave pénurie de médecins généralistes partout en Belgique. Le nombre de communes en manque de médecins généralistes est en augmentation. Ce sont les communes où l'on dénombre moins de 90 médecins généralistes actifs pour 100 000 habitants. La Flandre compte 300 communes, 227 d'entre elles manquaient de médecins généralistes en 2019. En Wallonie, c'est le cas pour 146 des 259 communes.<sup>9</sup>

Qui plus est, près de la moitié de nos médecins généralistes ont 55 ans ou plus. L'afflux actuel de jeunes généralistes ne pourra jamais compenser les départs à la retraite. Dans de nombreuses régions, il sera donc impossible pour les patients d'un généraliste qui part à la retraite de trouver un nouveau médecin. La pandémie de coronavirus a également été un test grandeur nature pour les médecins généralistes. Ils ont réalisé à quel point il était urgent que les soins de première ligne reçoivent l'appui de médecins supplémentaires. Dans une telle situation, il est intenable de limiter l'afflux de nouveaux généralistes par un examen d'entrée aux études de médecine et un système de contingentement.

Après des années d'austérité, il y a de moins en moins de personnel infirmier au chevet du patient. Les aspects humains des soins sont réduits au strict minimum. Les soignants ont souvent l'impression de ne pas pouvoir faire le travail qu'ils ont choisi, à savoir prendre soin des patients, en principe le plus beau métier du monde. Dans les hôpitaux belges, les infirmières s'occupent de deux à dix patients de plus que ce qui est considéré comme sûr au niveau international (environ 8 patients par infirmière en moyenne pour une équipe de jour). Il ressort d'études internationales que si le nombre de patients par infirmière est réduit, la santé de tous s'améliore et la mortalité des patients diminue.<sup>10</sup> Pour les médecins, les infirmières, le personnel en charge de la logistique, de la maintenance, des laboratoires, des cuisines... la charge de travail est trop élevée et les salaires ne suivent pas. En 2020, 6,7 % du personnel soignant était malade depuis plus d'un an, contre 4,6 % dans le reste de la société.<sup>11</sup> Il ressort d'une étude effectuée par MPLP en 2020 que le présentéisme constitue un énorme problème au sein du personnel infirmier.<sup>12</sup>

Tarif conventionné : Les mutualités se mettent d'accord sur les prix avec les médecins pour éviter qu'un patient ne soit désagréablement surpris (financièrement) après une consultation. Si un médecin accepte de tels accords, il est conventionné. Dans le cas contraire, il est non conventionné et demande un montant plus important aux patients. Les médecins peuvent aussi travailler partiellement comme conventionnés et comme non conventionnés.

Système de contingentement : Depuis 1997, le gouvernement fédéral a décidé de limiter le nombre de médecins. Il le fait par le biais du contingentement. Cela signifie que seul un certain nombre de médecins (le contingent) obtient un numéro INAMI depuis 2005 et que seuls les services de ces médecins sont remboursés par les mutualités. L'accès à la profession est ainsi limité.

Présentéisme : le fait d'être présent au travail quand on est malade

C'est la raison pour laquelle de nombreux professionnels quittent le secteur des soins de santé. C'est un problème mondial, le résultat d'années d'austérité. En Belgique, plus de 19 000 titulaires du diplôme d'infirmier travaillent dans un autre secteur.<sup>13</sup> Après la cinquième vague de coronavirus, un généraliste sur trois a pensé démissionner.<sup>14</sup> La situation dans les maisons de repos est tout aussi désastreuse.<sup>15</sup>



## « Impossible de bien soigner dans ces conditions »

« Quand on entame des études d'infirmière, on sait que le métier a des côtés difficiles. Mais aujourd'hui, dans mon travail, j'ai beaucoup plus de soucis que ce que j'avais prévu. Le pire pour moi, c'est l'angoisse d'être appelée un jour de repos. Il arrive régulièrement que la direction demande au personnel de faire des heures supplémentaires pour pallier le manque de personnel, quand la pression hospitalière est élevée. C'est une source de stress permanent pour tout le personnel hospitalier, l'angoisse de ne pas pouvoir récupérer.

Nous ne nous sentons pas valorisés. Je travaille en équipes toute l'année, je fais des nuits, des week-ends, je travaille les jours fériés... La rémunération du personnel soignant n'est pas au niveau du travail qu'il accomplit. Le fait qu'il s'agisse d'un métier lourd n'est pas non plus reconnu. Je suis jeune et je sais déjà que je ne tiendrai pas jusqu'à mes 67 ans !

Les conditions dans lesquelles nous travaillons aujourd'hui font que nous ne pouvons pas exercer notre métier correctement. Il est nécessaire que le gouvernement investisse dans les soins



de santé, sinon la qualité dont nous sommes habituellement si fiers disparaîtra. J'aime mon métier, j'aime être infirmière plus que tout, mais pour combien de temps encore ? Je n'ai que 28 ans et je suis déjà fatiguée. »

Heureusement que les gens résistent. Le personnel soignant lutte par le biais d'actions, de manifestations et de grèves pour obtenir de meilleurs salaires et une hausse des effectifs, afin de pouvoir dispenser des soins à

visage humain. Les images du personnel du CHU Saint-Pierre de Bruxelles tournant le dos à la Première ministre Sophie Wilmès en pleine crise du coronavirus ont fait le tour du monde. Le personnel soignant

a alors remporté une grande victoire :

Sous la pression, le gouvernement n'a pas eu d'autre recours que de débloquer un Fonds Blouses blanches avec des moyens supplémentaires. Nous constatons que dans d'autres pays européens (France, Espagne, Allemagne...) le personnel soignant s'organise et lutte aussi collectivement pour de meilleures conditions de travail.

### Laura

infirmière à l'hôpital universitaire CHU à Liège

## 1.2 La commercialisation n'est pas une loi naturelle, mais le fruit d'une politique délibérée



*« La technique classique pour privatiser : désinvestir, faire en sorte que les choses ne fonctionnent pas, que les gens se fâchent, puis tout confier à des capitaux privés. »*

Noam Chomsky – professeur américain de linguistique, philosophe, critique des médias et activiste politique<sup>16</sup>

### Austérité et big business dans la santé

En Belgique, la sécurité sociale est en place depuis 1945. Nous assumons collectivement les coûts afin que les personnes malades puissent être soignées. La sécurité sociale est le point d'ancrage de cette solidarité – entre riches et pauvres, jeunes et vieux, bien portants et malades. Mais aujourd'hui, la sécurité sociale est menacée. Pourquoi les patients paient-ils de plus en plus de leur poche ? Pourquoi y a-t-il une pénurie de personnel ? Parce que le budget fédéral de la santé est trop limité. Les gouvernements procèdent, l'un après l'autre, à des coupes dans les soins de santé. Simultanément, les entreprises privées jouent un rôle de plus en plus important, qu'il s'agisse de compagnies d'assurances, de sociétés de services ou d'investisseurs en bourse. De grandes entreprises et des investisseurs qui pensent d'abord et avant tout au profit.

En Belgique, le budget des soins de santé est déterminé par une norme de croissance établie par la loi. C'est nécessaire, car nos besoins en matière de santé évoluent : augmentation des maladies chroniques, vieillissement de la population, progrès technologiques médicaux...<sup>17</sup> En 2015, le gouvernement Michel a réduit cette norme de croissance de 3 % à 1,5 %, sans explication. Le Bureau fédéral du Plan recommandait pourtant une croissance moyenne de 2,5 % par an.

Ce n'est pas un hasard si nos hôpitaux souffrent d'un énorme manque d'argent depuis des années. Un hôpital belge sur trois est déficitaire.<sup>18</sup> Le financement fixe par la sécurité sociale est structurellement trop faible.<sup>19</sup> Cela ne suffit même pas à payer les salaires du personnel. Les directions des hôpitaux sont obligées de chercher d'autres solutions, ce qui pousse à la commercialisation. Comment ça se passe exactement ?

Les hôpitaux essaient, d'une part, d'augmenter les revenus provenant des actes des spécialistes. C'est la raison pour laquelle les suppléments d'honoraires ont tellement augmenté. Le fait que les médecins et les hôpitaux soient payés à l'acte signifie que de nombreux examens et traitements sont prescrits, sans être vraiment nécessaires. Vous avez besoin d'un scanner ? C'est de l'argent gagné pour l'hôpital. Vous avez besoin d'une opération ? C'est de l'argent gagné pour

l'hôpital. Vous avez besoin d'une période de convalescence après une opération lourde, ou d'une oreille attentive pour savoir pourquoi vous vous sentez mal ? Ça ne rapporte rien à l'hôpital : veuillez laisser votre place aux patients qui ont besoin d'un scanner ou d'une opération.

La réduction du financement public des soins, dans notre système de paiement à l'acte, conduit paradoxalement à la surconsommation. L'OCDE estime que, dans les pays occidentaux, jusqu'à un cinquième de toutes les ressources sont gaspillées. En Belgique, cela représenterait environ 3,35 milliards d'euros.<sup>20</sup> La principale raison de ce gaspillage est la surconsommation dans nos hôpitaux. Non seulement cela coûte beaucoup d'argent, mais c'est également nuisible à notre santé. Nous sommes par exemple parmi les peuples les plus irradiés d'Europe. Un Belge est irradié 1,5 fois plus qu'un Français au cours de sa vie, et trois fois plus qu'un Néerlandais.<sup>21</sup>

D'autre part, les établissements de soins de santé confient de plus en plus de services à des partenaires commerciaux : fournisseurs et entreprises de restauration, blanchisserie, équipes de nettoyage, partenariats public-privé pour les infrastructures. C'est une évolution dangereuse. Prenons l'exemple du Centre de Psychiatrie Légale de Gand, qui est géré par la société privée Sodexo depuis 2014. Les actionnaires de Sodexo sont servis en premier. Le personnel et les internés paient la facture. Certains jours, il n'y a pas une seule infirmière dans les services de haute sécurité.<sup>22</sup> Nous observons le même scénario partout : dans les maisons de repos privées, les laboratoires médicaux commerciaux...



## Le modèle du NHS, essor et déclin



*« La maladie n'est pas une faveur que les gens doivent gagner, ni un délit pour lequel ils doivent être punis, mais un malheur dont le coût doit être supporté par la communauté. »*

Aneurin Bevan, ministre britannique de la Santé en 1948, fondateur du NHS

Le système de santé britannique NHS (National Health Service) est considéré comme l'un des meilleurs du monde. C'est en 1948, durant l'après-guerre, qu'est mis sur pied le NHS, comme une réalisation concrète de la volonté de progrès social de la société en réponse au fascisme vaincu. Le système fournissait des soins de qualité pour tous, gratuitement, indépendamment des revenus ou du statut. Toutes les régions, tous les quartiers et les moindres recoins du Royaume-Uni ont bénéficié d'un accès égal aux soins. En outre, l'offre de soins était globale. Il était possible de se rendre dans tous les services locaux pour obtenir des soins généraux ou spécialisés, ainsi que chez le dentiste, le kinésithérapeute, le psychologue... Une solide organisation au niveau national, sous contrôle public, permettait également de centraliser facilement les données et les résultats à des fins scientifiques afin d'ajuster les politiques, si cela s'avérait nécessaire. En bref, il s'agissait d'un système renommé qui a été copié dans plusieurs pays, à juste titre, notamment au Canada, en Espagne, au Portugal et dans certains pays scandinaves.

Mais comment se fait-il que le NHS suscite autant de réactions négatives aujourd'hui ? Le modèle est sous pression depuis quarante ans en raison de coupes budgétaires, de démantèlements et de privatisations successives. Dès les années 1980, Margaret Thatcher a démantelé des pans entiers du NHS. Elle l'a soumis aux lois du marché. La compétitivité accrue a généré un conflit entre intérêts sanitaires et économiques. En 2012 également, sous David Cameron, le système a été durement frappé. La loi de 2012 sur la santé et les soins sociaux (The 2012 Health and Social Care Act) a encore davantage privatisé le NHS en sous-traitant ses services à des entreprises privées, souvent sous le contrôle de fonds d'investissement internationaux.



La santé est devenue une marchandise. Les conséquences néfastes de cette politique destructrice se font sentir aujourd'hui. Même avant la pandémie de coronavirus, une personne sur six devait attendre plus de 18 semaines pour un traitement de routine, alors que le NHS se trouve confronté depuis un certain temps déjà à des pénuries de personnel.

Heureusement, le secteur s'est mobilisé en force pour s'opposer à la poursuite de la destruction du NHS. Des organisations telles que « We Own It » (C'est à nous) sont très claires : « Le NHS est là pour chacun de nous lorsque nous avons besoin de lui. Maintenant, c'est lui qui a besoin de nous. »<sup>23</sup>

## Les conséquences de la commercialisation

En observant ce qu'il s'est passé dans d'autres pays, nous savons quelles sont les conséquences de la commercialisation (de certaines parties) du secteur des soins de santé. Plus la commercialisation est importante, plus la santé devient inégale et coûteuse. L'efficacité diminue, tout comme la qualité. Les personnes qui ont le plus besoin de soins sont les premières qui en font les frais.

La commercialisation des soins coûte plus cher aux patients et aux autorités. Les chiffres du coût du système étasunien ne laissent aucune place au doute. Il y a plusieurs raisons à cela.

**En premier lieu**, il n'y a de véritable solidarité que si les risques sont répartis entre le plus grand nombre. Si les patients aux revenus les plus élevés se retirent et cherchent des solutions individuelles et plus chères, ils ne contribuent plus à la solidarité. Les soins pour les autres patients deviennent plus coûteux. Le coût total des soins devient ainsi plus élevé pour la société.

**Deuxièmement**, la commercialisation des soins entraîne des coûts supplémentaires. Le profit est le plus important d'entre eux. En Europe, le groupe Orpea, qui possède des maisons de repos et de soins dans 16 pays européens, a réalisé un bénéfice de 160 millions d'euros en 2020. Le groupe Helios-Fresenius, actif dans le secteur hospitalier en Allemagne et en Espagne, a réalisé

un bénéfice de 666 millions d'euros en 2020.<sup>24</sup> De l'argent destiné aux soins file tout droit dans les poches des actionnaires. Outre le bénéfice, il y a ce qu'on appelle les coûts de transaction. La commercialisation entraîne une bureaucratie considérable, car les assureurs privés veulent tout vérifier avant de rembourser. Ils essaient d'écartier autant de remboursements que possible. Médecins et patients croulent sous la paperasse.<sup>25</sup> La publicité fait également partie des coûts de transaction, représentant jusqu'à 15 % des dépenses des assureurs privés.<sup>26</sup>

La commercialisation entraîne la concurrence et la fragmentation, alors que la collaboration est justement cruciale en matière de soins de santé. Les patients souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques sont particulièrement affectés. Car c'est précisément pour eux que la collaboration et l'échange d'informations sont si importants.<sup>27</sup> C'est également désastreux en cas d'épidémies, comme nous avons pu le constater durant la pandémie de coronavirus.



## Pourquoi commercialiser les maisons de repos n'est pas une bonne idée

De plus en plus de maisons de repos et de soins belges sont gérées par des groupes commerciaux internationaux, bien plus que chez nos voisins. En Flandre, leur part a augmenté de près de 50 % en six ans.<sup>28</sup> ZILs contrôlent désormais près d'un tiers du secteur.<sup>29</sup> En Wallonie, près de



la moitié des maisons de repos et de soins sont aux mains de groupes privés. À Bruxelles, ce chiffre dépasse les 60 %.<sup>30</sup>

L'objectif de ces grands groupes commerciaux est avant tout de réaliser des bénéfices. Cela compromet la qualité des soins. En Flandre, les maisons de repos et de soins gérées par de grands groupes commerciaux emploient 22 % de personnel en moins que leurs homologues du secteur public.<sup>31</sup> Elles figurent plus souvent sur la liste de surveillance accrue en raison de manquements graves. Le matériel d'incontinence et l'alimentation font régulièrement l'objet d'économies. Et tout cela sachant que les résidents paient en moyenne plus de 200 euros par mois en plus.<sup>32</sup>

Alors que les personnes âgées paient facilement 2 000 euros par mois et que le personnel croule sous le travail, les actionnaires se frottent les mains. La « silver economy », l'éco-

Matériel d'incontinence : matériel utilisé pour les personnes qui ne peuvent plus retenir les urines ou les selles. Ce qui arrive aussi quand il n'y a pas de personnel suffisant pour les accompagner aux toilettes à temps.



nomie liée aux personnes âgées, est en plein essor et des millions d'euros de dividendes ont été versés, y compris durant la pandémie de coronavirus. Tant par des opérateurs commerciaux, comme Armonea, que par des multinationales de l'immobilier de santé, comme Aedifica. « Les quinze dernières années, l'accent n'a pas été mis sur le bien-être, mais sur la croissance et la rentabilité. Une somme d'argent gigantesque », déclare Kris Cuyvers, un banquier qui était actif dans le secteur des soins de santé commerciaux.<sup>33</sup>

Le gouvernement flamand a néanmoins décidé d'accélérer encore la commercialisation des soins. Dans le cadre d'un nouveau décret, il a voulu permettre aux investisseurs privés de racheter des parties de maisons de repos et de soins publiques. Le personnel et les syndicats, le Vlaamse Ouderenraad (Conseil flamand des personnes âgées), la société civile et le secteur des soins ont immédiatement réagi. Grâce à des actions et à la pression de la base, nous avons heureusement pu empêcher l'adoption du décret, mais la lutte se poursuivra certainement dans les prochaines années.

**Lise Vandecasteele,**  
médecin MPLP Hoboken  
et membre du Parlement flamand pour le PTB



## Un phénomène européen

Ce processus d'économies et de privatisations n'est pas un phénomène purement belge. On l'observe partout en Europe. Et l'Union européenne (UE) y est pour beaucoup. Les soins de santé ont beau relever de la compétence des États membres, l'UE n'en fait pas moins pression sur ces derniers, par divers mécanismes directs et indirects, pour que la privatisation des soins de santé se poursuive.<sup>34</sup>

Prenons par exemple le cadre budgétaire, qui est très strict. Chaque État membre est étroitement surveillé par la Commission européenne. Celle-ci assure un suivi annuel des mesures budgétaires, économiques et fiscales de chaque pays. Elle formule des recommandations sur base des rapports que le pays lui soumet. Un exemple récent : la Commission européenne a critiqué l'augmentation des salaires du personnel soignant en Belgique.<sup>35</sup>

Aucune directive européenne officielle n'oblige les États membres à privatiser les soins de santé ; (ce qui est par contre bien le cas pour les chemins de fer, par exemple). On le doit à la résistance de la base. Depuis 2006, les États membres de l'UE sont liés par la directive Bolkestein, qui les oblige à ouvrir leurs services aux entreprises des autres pays de l'UE. Heureusement, grâce aux mobilisations syndicales, les soins de santé ont été retirés de la directive.<sup>36</sup>

Des groupes de pression libéraux (dont KPMG, McKinsey, etc.), des groupes de réflexion et des acteurs privés du secteur des soins font tout ce qu'ils peuvent pour mettre fin à cette exception. Ils chuchotent directement à l'oreille des parlementaires européens, participent aux commissions en tant qu'organes consultatifs « neutres », et poussent de toutes parts les directives européennes vers plus de privatisation.<sup>37</sup> C'est clair : l'Union européenne n'opte pas pour un service public de santé fort et accessible à tous.

## 1.3 L'erreur systémique dans les soins de santé

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, un certain nombre de pays européens ont choisi de confier davantage aux autorités publiques l'organisation de l'offre d'hôpitaux et de prestataires de soins de santé (Angleterre, Espagne, pays scandinaves...). En revanche, la Belgique a opté pour la « médecine libre » : les prestataires de soins de santé s'installent où ils veulent, la coopération n'est pas stimulée et tout est payé à l'acte. Aujourd'hui, ce modèle se heurte à ses limites.

Aucun pays d'Europe n'a le même système de santé que les autres. Tous sont différents. Mais dans l'éventail de choix politiques envisageables, deux visions fondamentales s'opposent : une vision libérale et une vision publique. Le point de vue libéral part de l'idée que la santé est une marchandise. Les soignants offrent leur produit, leur traitement et leurs soins aux personnes malades qui sollicitent leur aide. Cette vision divise les soins de santé en un marché de fournisseurs et d'acheteurs.<sup>38</sup> Cela conduit à choisir un modèle dans lequel ces fournisseurs, les prestataires de soins de santé, se font concurrence pour les acheteurs, les patients, et dans lequel le paiement est déterminé par le nombre d'actes effectués.

Le tableau ci-dessous montre les différents modèles de soins de santé dans les différents pays. Ceux-ci sont souvent hybrides. L'argent des soins de santé provient soit de l'État (financement public), soit de la poche du patient ou de sa compagnie d'assurances privée (financement privé). Les établissements de santé peuvent appartenir à l'État (public), à des organisations sans but lucratif ou à des acteurs commerciaux.

Combinaisons possibles de financement et de fourniture publics et privés

Fourniture →	Public	Privé sans but lucratif	Privé commercial
Financement ↓			
Public	A. Service public gouvernemental payé par impôt - Ex. NHS	B. Système de soins à but non lucratif financé par la sécurité sociale - Ex. Belgique	C. Les prestataires de soins de santé réalisent des bénéfices, payés par la sécurité sociale
Privé	D. Service public payé par les usagers ou leur assurance	E. Système de soins à but non lucratif financé par les utilisateurs ou leur assurance - Ex. Pays-Bas	F. Les prestataires de soins de santé réalisent des bénéfices, payés par les utilisateurs ou leur assurance - Ex. États-Unis

Source : WHO tasks force on health economics, 1995, in Elias Kondilis "Privatization of healthcare in Europe", 2016



## Les États-Unis, le contre-exemple

Aux États-Unis, le système de santé est entièrement commercial. La santé est intégralement financée par des compagnies d'assurances, dont la majorité sont privées. Ces entreprises ont beaucoup de pouvoir et une influence directe sur la politique de santé. Un tel système présente de nombreux problèmes.

D'une part, il n'est pas du tout efficace. Les États-Unis dépensent plus en soins de santé que de nombreux autres pays, mais leurs résultats ne sont pas meilleurs pour autant. Si l'on effectue une comparaison avec les pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent 16,9 % de leur PIB à la santé, contre 8,9 % en moyenne.<sup>40</sup> Pourtant, la population n'y est pas en meilleure santé. Au contraire : les États-Unis sont, de tous les pays occidentaux, celui où le taux de mortalité infantile est le plus élevé.<sup>41</sup>

Les compagnies d'assurances n'obéissent qu'à une seule logique, celle de l'argent. Si vous dépendez d'un assureur pour votre santé, les conséquences peuvent être terribles. Les histoires les plus pénibles sont celles que racontent ceux qui ne sont pas assurés. En 2020, 13 % des



citoyens étasuniens ne disposaient d'aucune couverture médicale.<sup>42</sup> Les primes sont énormes et augmentent souvent si vous avez déjà des problèmes de santé.

Les personnes qui tombent malades et perdent leurs revenus peuvent littéralement sombrer dans la pauvreté du jour au lendemain. Des factures d'hôpital élevées, la perte de tout revenu, et finalement la compagnie d'assurances qui ne vous couvre plus.

Il existe une alternative à ce système défaillant. Bénéficiant d'un large soutien, Alexandria Ocasio-Cortez et Bernie Sanders ont proposé

« Medicare for All ». Medicare est une assurance maladie, organisée au niveau national, qui couvre les plus de 65 ans et certaines personnes souffrant de maladies chroniques (plus de 59 millions de citoyens étasuniens). Medicare for All étendrait cette couverture à tous les citoyens, réduisant ainsi les dépenses de santé et rendant les soins plus accessibles.<sup>43</sup>



## Pays-Bas : des mutualités aux compagnies d'assurance privées

Le gouvernement néerlandais a décidé de supprimer les mutualités en 2006. Les assureurs privés les ont remplacées. Ils étaient censés rendre le système plus efficace. Depuis lors, chaque Néerlandais doit s'affilier à une compagnie d'assurance maladie pour obtenir le remboursement de ses frais médicaux. On peut comparer ce système à l'assurance incendie ou familiale en Belgique. L'assuré verse une prime. Celle-ci s'élève en moyenne à 1 200 euros par an. Chaque police comporte également une franchise. Avant que l'assurance n'intervienne, l'assuré doit verser les premiers frais de sa poche, en moyenne 385 euros. La franchise ne s'élevait encore qu'à 170 euros en 2011. Elle a donc plus que doublé en dix ans.



Quinze ans après la mise en œuvre de cette réforme, le bilan est négatif à tous égards. Les compagnies d'assurance maladie veulent attirer le plus de clients possibles en achetant un maximum de soins au prix le plus bas possible. Les prestataires de soins de santé sont soumis à une pression constante pour faire plus avec moins d'argent. Ils disposent dès lors de moins de temps pour des soins de qualité. Tous se plaignent également de la lourdeur de la

charge administrative, à commencer par les médecins généralistes. Il faut tout le temps remplir des papiers, négocier des contrats. « Il y a trop de costumes-cravates dans notre système de santé, et pas assez de blouses blanches », a résumé l'élue de gauche Renske Leijten.<sup>44</sup>

Les coûts ont-ils diminué comme le gouvernement l'avait promis ? Pas du tout. Entre 2004 et 2012, les coûts des soins de santé sont passés de 65,4 à 92,8 milliards d'euros. Et cette augmentation ne résulte pas uniquement du vieillissement et de l'innovation.

## Le système belge : un système hybride

La Belgique dispose d'un système de soins de santé hybride : le financement est principalement public, les soins sont proposés par des acteurs privés, sans but lucratif et publics, et l'organisation des soins est largement libre (libérale).

Un nombre croissant de personnes sont conscientes des problèmes de notre système de soins de santé. Le secteur et les patients sont frustrés depuis un certain temps, mais la pandémie a encore aiguisé les problèmes. Et l'ampleur de ceux-ci ne fera que croître les prochaines années, en raison de l'évolution des besoins de la population.

L'un des problèmes les plus discutés est, sans aucun doute, **la négligence totale de la prévention**. Guérir ceux qui tombent malades, nous le faisons bien. Mais empêcher les gens de tomber

malades, ça, c'est une autre histoire. La Belgique affiche un piètre bilan en ce qui concerne le nombre de décès qui auraient pu être évités par la prévention. Bien pire que nos voisins.<sup>45</sup>

À quoi est-ce dû ? Les médecins généralistes, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé font de leur mieux pour développer la prévention. Mais le problème est ailleurs : le paiement à l'acte fait que les politiciens considèrent la prévention comme un coût qui ne rapporte rien au prestataire. C'est la raison pour laquelle on accorde d'office plus d'argent et d'attention au curatif qu'au préventif. Les soins qui requièrent principalement du temps et de la main-d'œuvre reçoivent automatiquement moins d'attention que les grandes interventions techniques. Les campagnes de prévention professionnellement conçues restent ainsi sous-utilisées, personne n'ayant vraiment le temps ou l'espace pour s'en charger.

Le manque de prévention met notre santé en danger. Le nombre d'opérations de l'estomac augmente d'année en année, mais une approche globale de l'obésité dans notre société fait toujours défaut. Chaque jour, les Belges avalent un million de doses d'antidépresseurs. Si vous faites une dépression, il n'est par contre pas facile de trouver quelqu'un pour une conversation reconfortante ou un bon conseil. Un enfant sur quatre utilise désormais un inhalateur au moins une fois par an pour des problèmes d'asthme, mais la pollution atmosphérique reste un problème.<sup>46</sup>

La **fragmentation du paysage** des soins de santé a aussi de nombreuses conséquences négatives. Il n'y a presque pas de collaboration structurée entre les hôpitaux et les soins de première ligne. Même au sein des soins de première ligne, la collaboration laisse à désirer. A fortiori dans les grandes villes, où l'échelle joue un rôle supplémentaire. Malgré l'énorme implication des infirmières, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des assistants sociaux, des dentistes, des médecins généralistes, etc., les structures de concertation sont très limitées, que ce soit pour traiter conjointement des patients spécifiques ou, encore moins, pour faire face aux problèmes de santé plus généraux rencontrés dans le quartier.

**Aucun plan** ne définit où nous avons besoin de quel type de soins, **en fonction des besoins** de la population. Chaque prestataire de soins de santé est libre de s'établir où il le souhaite. L'offre détermine donc la demande : si une région compte de nombreux hôpitaux dotés d'un service d'orthopédie, on y pratiquera davantage d'arthroscopies du genou, même si les habitants de cette région n'ont pas nécessairement plus de problèmes de genou qu'ailleurs. L'offre de prestataires de soins de santé, tels qu'un cabinet de médecin généraliste, une institution psychiatrique ou un centre de soins résidentiels, est dispersée de manière aléatoire sur le territoire, avec parfois de fortes concentrations dans une zone et d'importantes pénuries ou de longues distances dans une autre.

Les problèmes que nous avons énumérés ne sont pas de petits problèmes. Et ils sont connus. Depuis des années, des livres, des rapports, des études... paraissent régulièrement. Tous soulignent les mêmes points sensibles. Et pourtant, (presque) rien ne change. La raison en est que la cause du problème se trouve à la racine. Si nous voulons de vraies solutions, nous devons opter pour un changement de système. Manque de prévention, surconsommation, fragmentation... En y regardant de plus près, on constate que les problèmes résultent souvent de l'organisation libérale de notre système de santé.



## Pourquoi un système de santé libéral complique les choses en cas de pandémie

La crise liée au coronavirus nous a ouvert les yeux sur le fonctionnement de notre système de santé. Dès les premières semaines de la crise liée au coronavirus, il est clairement apparu que le gouvernement était incapable de faire face à la pandémie avec le modèle de soins actuel.

Ça a commencé par le manque de matériel de protection, les stocks brûlés. Le traçage des contacts a échoué sur toute la ligne. Les patients testés positifs n'ont pas été contactés ou l'ont été beaucoup trop tard par les centres d'appels commerciaux auxquels le gouvernement a recouru. Nous avons formé des volontaires dans nos maisons médicales pour qu'ils procèdent eux-mêmes au traçage des contacts de nos patients positifs.<sup>47</sup> Les personnes en charge du traçage doivent être proches des gens pour jouir de la confiance que requiert ce genre de mission. Ce point est crucial pour limiter la propagation du virus.



Plus tard, des patients nous ont contactés, paniqués, parce qu'ils ne pouvaient pas prendre rendez-vous pour se faire tester. Le gouvernement bruxellois jugeait que seuls les hôpitaux pouvaient effectuer des tests, et ceux-ci étaient engorgés. Nos patients devaient attendre jusqu'à 48 heures pour obtenir un rendez-vous et 48 heures de plus pour obtenir le résultat du test. Nous avons demandé à la com-

mune d'établir un centre de test local, proche des gens. N'obtenant pas de réponse, nous avons décidé de prendre les devants. Le soir, la maison médicale s'est transformée en centre de test.

Si les responsables politiques, les politiciens, doivent tirer une leçon de cette crise, c'est que notre système de santé doit être organisé de manière totalement différente. « Ce n'est pas un hasard si des pays comme Cuba, le Vietnam et la Thaïlande s'en sortent mieux dans cette crise », a déclaré Erika Vlieghe dans De Standaard. « Ils disposent de bons soins de santé préventifs. » Pendant une crise sanitaire, mais aussi dans un contexte normal, l'accent devrait être mis sur les soins de première ligne, sur des maisons médicales multidisciplinaires au sein desquelles de nombreuses personnes travaillent en équipe. En nous renforçant mutuellement et en étant proches des habitants du quartier, nous repérons les problèmes et pouvons y faire face rapidement

**Nele Vandenbempt**  
médecin MPLP Schaerbeek



## 2. La santé comme droit fondamental

*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, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.*

Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme

La commercialisation des soins de santé en Belgique est encore relativement limitée par rapport à nos voisins. Cela résulte en grande partie de l'importance du secteur social, également connu aujourd'hui sous le nom de secteur non marchand. Les soins aux personnes âgées mis à part, la plupart des institutions de soins en Belgique relèvent des secteurs public et social. Qu'ils aient été fondés historiquement par l'église catholique, par des autorités communales ou des centres universitaires, nos hôpitaux n'ont pas été créés pour faire des bénéfices. Ils constituent, avec notre solide système de sécurité sociale et notre personnel soignant, les piliers qui maintiennent la qualité et l'accessibilité de nos soins de santé.

Mais quiconque porte un œil critique sur notre système de santé réalise qu'un changement s'impose. Les soins de santé y sont considérés comme quelque chose que l'on peut proposer, pas que l'on doit garantir. Des centaines de milliers de prestataires de soins donnant le meilleur d'eux-mêmes sont confrontés aux limites de l'organisation actuelle. Des soins considérés comme un marché, où le curatif supplante le préventif, où la concurrence l'emporte sur la coordination et l'efficacité, où la quantité prévaut sur la qualité, où les équilibres financiers sont plus importants que la dimension humaine.

Secteur non marchand: secteur composé d'organisations qui poursuivent un objectif social sans intention commerciale. Une organisation à but non lucratif peut générer des revenus et réaliser des bénéfices pour autant que ceux-ci soient réinvestis dans l'organisation.

Afin d'améliorer fondamentalement nos soins de santé, Médecine pour le Peuple veut mener une double bataille. Ce chapitre expose les deux axes de ce combat.

D'une part, nous voulons protéger et développer les points forts de notre système actuel. Le financement public par la sécurité sociale est menacé par la commercialisation et des tentatives de division.

D'autre part, nous avons besoin d'un plan ambitieux pour l'avenir. Un plan qui ose sortir des sentiers battus, de ce qui est généralement considéré comme faisable. Ce plan va à l'encontre des intérêts des entreprises privées. Il mobilise le peuple en faveur d'un modèle public-social 2.0.

## 2.1. Une sécurité sociale solide



« *La solidarité est la tendresse des peuples* »

Tomas Borge, homme politique nicaraguayen

Médecine pour le Peuple prône la solidarité la plus large possible. La classe ouvrière a bâti la sécurité sociale de ses propres mains. Ensemble, en unissant ses forces. Au début, il s'agissait simplement de mettre de l'argent de côté pour couvrir le salaire d'un camarade malade. En 1945, la sécurité sociale a été créée, telle que nous la connaissons. Aujourd'hui, c'est toujours une arme contre le chacun pour soi des plus riches. Saviez-vous que le risque de pauvreté en Belgique ne s'élèverait pas à 15 % mais à 43 % si la sécurité sociale n'existait pas ? <sup>48</sup>

La sécurité sociale est pourtant soumise à rude épreuve. D'une part, elle est structurellement sous-financée. D'autre part, les nationalistes menacent de la diviser.

### Payer ensemble, pas chacun pour soi

Si nous voulons mettre fin à la commercialisation, notre sécurité sociale doit être suffisamment financée. C'est une condition préalable essentielle. Le gouvernement voit pourtant les choses autrement, et réduit le financement de notre sécurité sociale année après année, depuis des décennies.

| Nationalistes : Des personnes et des partis politiques qui veulent diviser notre pays.



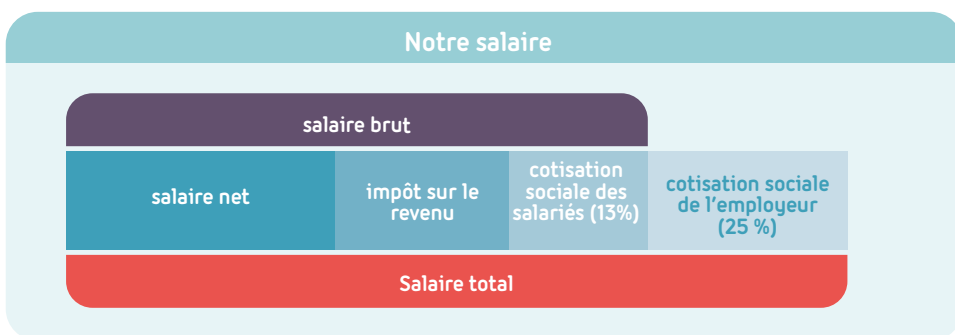


## L'argent de notre sécurité sociale

On nous répète à l'envi que le financement de notre sécurité sociale « coûte trop cher ». Mais qu'en est-il exactement ?

Le budget de la sécurité sociale s'élève à 100 milliards d'euros. C'est énormément d'argent. Ce montant sert à payer nos pensions, nos soins de santé, les prestations versées aux malades ou aux chômeurs, les allocations familiales. L'ensemble est géré par l'Office national de la sécurité sociale (ONSS) et scindé du reste des fonds publics. L'argent provient des cotisations prélevées sur les salaires des travailleurs. Nous renonçons donc en fait à une partie de nos revenus pour subvenir aux besoins de ceux qui en ont besoin à ce moment-là.

Dès le début, ces cotisations sociales ont été menacées par ceux qui paient nos salaires, les employeurs. Moins ils doivent payer de salaire, plus ils font de bénéficiaires. C'est la raison pour laquelle ils s'attaquent à la partie de notre salaire qui ne va pas directement sur notre compte en banque : le coût de la main-d'œuvre diminue pour l'entreprise, tandis que notre salaire net reste identique ou augmente légèrement. Les employeurs gardent plus d'argent en poche, tandis que le financement solidaire de la sécurité sociale s'effrite.



## Si on coupe une maison en deux, elle s'effondre

Un modèle Kiwi est impensable si nous avons trois ou quatre systèmes de santé distincts. Trois ou quatre ministres négocieront-ils, chacun de son côté, le prix des médicaments avec les multinationales pharmaceutiques ? Va-t-on constituer de nouveaux comités de concertation pour que trois ministres et cabinets fassent à trois ce qu'un seul pourrait faire ? Les mutualités de chaque Région ou Communauté devront-elles négocier séparément les honoraires des médecins ? Qu'en est-il des problèmes éthiques si une autorité publique rembourse encore les dialyses après 65 ans et l'autre pas ?

Aujourd'hui en Belgique, la sécurité sociale est la principale arme contre l'inégalité. Mais elle menace d'être scindée en deux ou plusieurs morceaux. C'est ce que souhaite le Voka, la fédération patronale flamande. Celle-ci veut prendre le contrôle total du secteur des soins de santé, non pas pour mieux soigner les patients, mais pour faire revenir plus rapidement les malades de longue durée sur le marché du travail.

Des partisans de la médecine gratuite et d'autres forces progressistes préconisent aussi de scinder les soins de santé, tout en voulant maintenir le financement fédéral. Ce plan entraîne des problèmes insolubles. Si les soins de santé sont régionalisés, mais que leur financement demeure une matière fédérale, Flamands et Wallons vont être mis en opposition les uns aux autres.<sup>49</sup> Cela conduira inévitablement à la scission de la sécurité sociale.

La Caisse d'assurance maladie flamande (Vlaamse zorgkas) constitue déjà un exemple de ce que la sécurité sociale deviendra si elle tombe aux mains des nationalistes. Finie la solidarité en matière de financement (tout le monde paie le même montant), finie la solidarité en matière de dépenses (les allocations ne dépendent plus des besoins), finie la concertation sociale (les syndicats ne sont plus impliqués) et finie la vision publique de la sécurité sociale (les assureurs privés sont autorisés à entrer sur le marché). Nous ne pouvons pas accepter que cela se produise avec l'ensemble de la sécurité sociale.



## Le chaos du coronavirus

La gestion de la crise liée au coronavirus a mis douloureusement en évidence la complexité de la structure de l'État belge. Alors qu'une approche rapide et centralisée aurait pu sauver de nombreuses vies, pas moins de neuf ministres de la Santé se sont bousculés dans notre pays. Tout le monde est compétent, personne n'est responsable.

Les soins infirmiers à domicile sont une compétence fédérale, mais qu'une infirmière à domicile donne un coup de main dans une maison de repos et de soins, relevant de la compétence régionale, et la question se pose de savoir qui paiera la facture. Le ministre fédéral De Backer a proposé à deux reprises de fournir des masques chirurgicaux aux maisons de repos et de soins, mais la Flandre a décliné cette offre.

Cette situation contraste avec la solidarité du personnel infirmier qui est venu à la rescousse des maisons de repos lors de la première vague. Des patients du Limbourg ont également été traités dans les hôpitaux de Bruxelles et d'Anvers. Lors de la deuxième vague, ce sont des patients liégeois qui ont été pris en charge dans le Limbourg. Travailler main dans la main a sauvé des vies.

**Aurélië Decoene**  
membre du service d'études



## We are one

Les soins de santé doivent être plus proches des patients. Il faut une organisation locale des soins et de la prévention dans les districts de santé locaux. La meilleure façon de développer ces districts de santé locaux est de les transformer en un puissant service de santé publique, soumis à des directives qui émanent du niveau fédéral et sont applicables à tout le pays. Un niveau intermédiaire de ministres flamands, wallons ou bruxellois ne rapprochera pas d'un millimètre les soins de santé des patients. Et relever de deux niveaux de pouvoirs, qui imposent tous deux des directives différentes, ne va pas faciliter la vie des districts de santé locaux.

Un seul ministre de la Santé n'est pas une garantie de solidarité, mais ça en est une condition préalable. Qui nous permet d'unir nos forces. C'est également logique, sain, efficace et meilleur marché.



- **Logique.** Plus le groupe est important, mieux les risques sont répartis et plus la solidarité est forte. Nous ne sommes pas tous jeunes ou vieux en même temps, ni simultanément tous en bonne santé ou malades. Ceux qui sont en bonne santé et capables de travailler cotisent pour ceux qui ont besoin de soins.
- **Sain.** Les patients sont mieux soignés si la première ligne, les hôpitaux et les maisons de repos collaborent les uns avec les autres. Cette collaboration doit être encouragée par les pouvoirs politiques, pas le contraire.
- **Efficace.** L'unité de commandement permet de mieux soigner les patients et de mieux protéger les soignants.
- **Meilleur marché.** Un ministre de la Santé au lieu de neuf, c'est aussi moins d'argent gaspillé en ministres, cabinets et administrations, qui font tous le même travail et doivent se concerter.

## La meilleure politique pour tous

« Francophones et néerlandophones ont une conception différente des soins de santé », entend-on parfois. MPLP est fière de la collaboration entre ses onze centres médicaux d'action. Cette collaboration démontre que les défis majeurs des soins de première ligne sont très similaires, quelle que soit la Région. Une vision sociale et scientifique des soins de santé pèse bien plus que les éventuelles différences culturelles. Les habitudes ne sont pas toujours les mêmes ici et là, c'est une évidence. Mais ce qui fonctionne mieux d'un côté de la frontière linguistique devrait pouvoir être étendu au reste du pays.

Les différences sont aussi parfois plus importantes entre l'est et l'ouest qu'entre le nord et le sud du pays, car les médecins en Belgique sont peu encadrés dans leur manière de travailler.<sup>50</sup> Médecins et soignants coordonnent leur pratique avec les collègues qui ont suivi la même formation et avec lesquels ils sont en contact étroit. Mais la formation est différente des deux côtés de la frontière linguistique. On voit bien qu'un fractionnement supplémentaire entraînera toujours plus de différences. Les nationalistes font de ces différences des antagonismes. Et c'est ainsi que les différences deviennent des armes contre la solidarité et l'unité. Chaque fragmentation conduit à la fragmentation suivante. Continuer à fractionner les soins de santé est le moyen le plus rapide de fractionner la sécurité sociale elle-même : l'objectif déclaré du Voka.

MPLP plaide en faveur de plus d'unité et de solidarité. Nous voulons la meilleure politique pour tous. Si quelque chose fonctionne bien dans certains districts, tous les patients de l'ensemble du pays devraient en profiter.

## Soutenir et développer la société civile

Nous sommes confrontés à d'importants défis pour défendre le financement et l'unité de la sécurité sociale. Nous nous appuyons sur les partenaires de la société civile pour les surmonter. Les syndicats et les mutualités, tout d'abord. Mais les associations de patients, de lutte contre la pauvreté, d'aide aux réfugiés... sont aussi des partenaires importants pour protéger la sécurité sociale et forcer le changement, ensemble. Lorsque le gouvernement a décidé de pénaliser financièrement les malades de longue durée, les réactions critiques de la société civile ne se sont pas fait attendre. Ce sont les syndicats et les mutualités en premier lieu, qui ont pu arrêter les réformes antisociales. Ils sont proches des travailleurs, des jeunes et de tous les opprimés.

La société civile est sous pression dans le climat néo-libéral qui règne actuellement. Les organisations qui effectuent un travail d'émancipation, ainsi que les associations qui permettent aux gens de faire valoir leurs droits, sont dans le viseur du politique. Le fait que les autorités réduisent leurs subventions n'a rien d'étonnant. Cela nous ramène en arrière, au temps de la charité médiévale. MPLP veut aider les gens à défendre leurs droits. C'est la raison pour laquelle nous travaillons un maximum avec la société civile.

## 2.2 Plan d'avenir pour les soins de santé

Protéger le financement et l'unité de la sécurité sociale n'est pas l'unique défi auquel nous sommes confrontés. Comme nous l'avons exposé ci-dessus, une sécurité sociale solide est un élément crucial pour lutter contre la commercialisation croissante de nos soins de santé. La société civile, les prestataires de soins de santé et les patients luttent bec et ongles contre la pression et les attaques constantes des milieux libéraux. Si nous voulons consolider durablement le droit à des soins de santé de qualité pour tous, nous ne pouvons pas nous limiter à lutter en faveur d'une sécurité sociale solide. Nous devons aussi aborder la question de l'organisation de notre système de santé. Celui-ci sait très bien soigner les gens, mais pas les maintenir en bonne santé. Un changement radical s'impose pour remédier à cette situation. Nous devons passer à un système de santé social 2.0, dans le cadre duquel la santé est considérée comme un droit, pas comme une marchandise. Mais à quoi pourrait ressembler un système aussi différent ? Et quelles sont les conditions requises pour le mettre en place ?



### MPLP prouve que ça marche

L'expérience de 50 ans de nos centres médicaux d'action est positive. On y retrouve tous les éléments d'une vision sociale de la santé : accessibilité, prévention, coopération multidisciplinaire, financement lié à la population, participation, responsabilisation... Pourquoi cela ne peut-il pas être généralisé ?

Je travaille depuis 1 an et 8 mois à la maison médicale Médecine pour le Peuple de Marcinelle. J'ai commencé à travailler ici à mi-temps, comme nettoyeuse, pour compléter mon autre mi-temps à l'hôpital où je travaillais déjà depuis 5 ans. Pour moi, l'hôpital n'est plus aujourd'hui qu'une espèce d'« usine à soins ». Les soins sont basés sur des chiffres financiers et moins sur le bien-être des patients. Je nettoie les salles d'opération et les chambres, en particulier dans les services réservés aux malades du Covid, et suis ainsi en contact étroit avec les infirmières, le personnel soignant, les médecins, les chirurgiens... Et j'ai vu comment tous les membres de chaque service doivent se démener pour pouvoir voir les nombreux patients, jour et nuit. J'ai vu comment il fallait travailler rapidement au bloc opératoire, parce qu'on enchaînait les opérations, que d'autres patients attendaient et qu'on ne pouvait pas se permettre de perdre du temps. J'ai vu dans les yeux de mes collègues le stress causé par la pression continue imposée par la direction. Celle-ci n'a fait qu'augmenter depuis que la pandémie de coronavirus a éclaté.

À Médecine Pour Le Peuple Marcinelle, j'ai découvert tout autre chose. Je constate chaque jour que MPLP donne la priorité au patient et aux travailleurs en matière de soutien et de suivi médical. Tous les aspects de la vie sont pris en compte. Grâce au système de forfait, le patient ne doit pas se préoccuper du montant qu'il devra payer ou du nombre de consultations par mois qu'il pourra se permettre. Je suis heureuse d'avoir pu découvrir les valeurs et la vision de MPLP. Je sais maintenant que des soins de santé différents sont envisageables. Ici, les patients et leur santé ont la priorité, et tout le monde collabore pour atteindre cet objectif.

**Fadwa Agday**  
accueillante MPLP Marcinelle



## 1. Des soins de santé proches des gens

Il est important de disposer d'une structure qui connecte tous les travailleurs des soins de santé. Nous voulons organiser les soins de façon à ce que chaque quartier dispose d'un centre de soins de première ligne pour ses habitants, où médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, dentistes et autres peuvent collaborer. Avec une telle organisation, les hôpitaux sont répartis sur le territoire de manière à ce que tout citoyen puisse bénéficier de soins aussi près de chez lui que possible. Le financement des hôpitaux dépend aussi de la population de la zone où ils sont implantés, ce qui élimine toute concurrence.

La meilleure façon de construire un service de santé social accessible à tous est de partir de la base. L'OMS recommande aux pays de travailler avec des districts de santé locaux, des zones de 100 à 200 000 habitants qui peuvent constituer le niveau intermédiaire entre les structures publiques nationales et la population locale.<sup>51</sup> Notre système de soins de santé est aujourd'hui complètement fragmenté. Cette notion de district nous permettrait de tout repenser. Qu'est-ce qu'il faudrait, selon nous, dans chaque zone d'environ 100 000 habitants pour assurer la bonne santé de tous ?

Les zones de première ligne qui existent déjà en Flandre sont un premier pas dans la bonne direction. Les prestataires de soins peuvent s'y concerter au sein d'une même zone locale. Il est important que ces zones de première ligne puissent devenir de vrais organes décisionnels, plutôt que les simples espaces de concertation qu'elles sont aujourd'hui. Pour développer ce potentiel, il leur faut plus de personnel et de ressources structurelles.



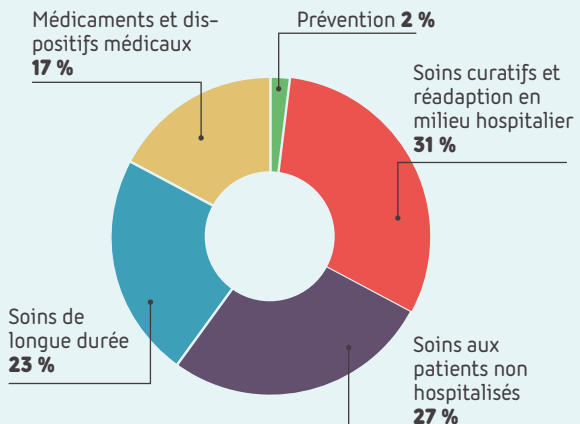
## Un service local de prévention

Notre vision globale de la santé est que chacun reste en forme et en bonne santé le plus longtemps possible. En Belgique, nous consacrons honteusement peu de ressources à la prévention et à la promotion de la santé.<sup>52</sup> Ces dernières années, seuls 2 % de notre budget de santé ont été consacrés à la prévention.<sup>53</sup> Les experts en prévention affirment pourtant que la part consacrée à la prévention devrait être d'au moins 5 %.<sup>54</sup> Chaque euro investi dans la prévention rapporte quatre euros à la société à long terme.<sup>55</sup> Les ressources disponibles pour la prévention sont donc extrêmement limitées. Elles doivent, qui plus est, être réparties entre les différentes régions, qui développent chacune leurs propres campagnes de prévention.<sup>56</sup> Des campagnes souvent utiles sur des thèmes importants – alimentation saine, santé sexuelle, bien-être mental... – mais aucune instance qui veille, au niveau local, à ce que le plus grand nombre de personnes possible soient effectivement informées.<sup>57</sup> Une barque sans rames. Le système de santé social que nous projetons mise sur un service de prévention local dans chaque district, avec des équipes de prévention capables d'intervenir sur le terrain.

Imaginez tout ce que de telles équipes pourraient faire. Des séances d'information à l'école. Mais aussi des projets locaux, comme s'attaquer à un problème environnemental dans le quartier. Ces mêmes équipes pourraient être déployées pour combattre les épidémies et autres foyers infectieux.

Il est important à cet égard que les agents de prévention connaissent leur quartier ou leur commune. Cela les rend attentifs aux problèmes de la personne, de sa famille, de son domicile, mais aussi du voisinage, par exemple les passages à niveau dangereux, la pollution de l'environnement, etc. Ils s'intéressent spécifiquement aux groupes vulnérables et à leurs besoins. Nous pourrions adopter cette approche, par exemple dans le cadre de la vaccination contre la grippe ou le coronavirus. Ils peuvent également travailler en étroite collaboration avec le reste des soins de première ligne. Par exemple, en travaillant une partie de leur temps à partir des maisons médicales existantes. C'est le meilleur moyen d'apprendre à connaître de nombreuses personnes et d'impliquer d'autres prestataires de soins de santé.

### La plupart des dépenses de santé sont consacrées aux soins hospitaliers et ambulatoires, et très peu à la prévention



Source : "State of Health in the EU – Belgique", OESO en het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie, augustus 2019. ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_be\\_dutch.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_be_dutch.pdf))

Un service de prévention local peut également servir de passerelle entre le quartier et d'autres organismes de prévention locaux. Pensez aux centres PMS, aux services de l'ONE, aux médecins du travail, aux mutualités... Avec le soutien d'épidémiologistes locaux, ils pourraient également suivre et analyser les données sanitaires de la région, pour découvrir les problèmes de santé qui y sont prévalents.

Cinq agents de prévention par district de santé local abattraient déjà un travail considérable. Cela n'en fait que 550 pour l'ensemble du pays. Sachant qu'au plus fort de l'épidémie de coronavirus, le gouvernement a employé 1 100 traceurs de contacts dans les centres d'appels, pourquoi ne pourrions-nous pas libérer ces ressources pour la prévention de manière permanente ?



## Le Japon

Au Japon, il existe un service de santé publique local pour chaque district ou arrondissement d'environ 300 000 habitants. Ces services, dirigés par l'institut national de santé publique, ont vu le jour vers 1937, car il existait de grandes différences entre les problèmes sanitaires des villes et des campagnes. Ces « Hokenjo » peuvent donc avoir des fonctions différentes en fonction de leur population. On y trouve des médecins, des infirmier.e.s, des techniciens de laboratoire, des pharmaciens et d'autres professionnels formés par l'institut national.

La tuberculose était l'une des principales causes de mortalité au Japon dans les années 1950 et 1960, mais elle a été presque éradiquée grâce à la détection, au traitement et au suivi par le Hokenjo au niveau local. Le personnel infirmier est allé à la recherche des malades de la tuberculose et a sensibilisé la population à l'importance de l'hygiène. Le Hokenjo mène des campagnes de prévention, collecte des données locales pour la recherche épidémiologique, est responsable de la sécurité alimentaire et des facteurs environnementaux. Il aide les médecins locaux à fournir des soins aux personnes âgées, aux malades chroniques et aux enfants ; il

coordonne l'organisation des soins dentaires et des soins de santé mentale.<sup>58</sup>



© Kaname Yonegama/The Yomiuri Shimbun via AP Photo

Lorsque la pandémie de coronavirus a éclaté, ces services de prévention locaux se sont avérés être parmi les meilleurs au monde pour répondre rapidement à une crise sanitaire aiguë. Le dépistage, l'isolement et le soutien des soignants locaux ont été mis en place très rapidement au Japon et ont permis de sauver de nombreuses vies.



## Une maison médicale sociale dans chaque quartier

Dans le cadre d'un système de santé social 2.0, la première ligne sert de base à nos soins de santé. C'est là que nous pouvons le plus précocement et le plus efficacement faire face aux problèmes de santé. Nous savons que les pays dotés d'un système solide de soins de première ligne obtiennent de meilleurs résultats que les autres. Aujourd'hui, en Belgique, à peine 5 % du budget total de l'Inami est consacré aux soins de première ligne. Mais il ne suffit pas d'augmenter le financement. C'est l'organisation qui doit changer.

Le paysage des soins de santé est actuellement déterminé par la médecine libérale et est complètement fragmenté. Les prestataires de soins de santé s'organisent de plus en plus en groupes, mais la plupart de ces cabinets sont constitués d'une, voire de deux disciplines au maximum.<sup>59</sup> En outre, en raison du système de paiement à l'acte, le revenu dépend du nombre d'actes, de sorte qu'il reste souvent peu de temps pour la concertation et la planification des soins. Alors que pour les patients souffrant de maladies chroniques, il faut généralement être capable de collaborer avec de nombreuses disciplines différentes. En disposant d'une meilleure vue d'ensemble du traitement d'un patient à l'hôpital, un médecin généraliste ou un coordinateur de soins serait davantage en mesure de tout rationaliser. C'est la raison pour laquelle nous devons construire une première ligne solide, sur le modèle des maisons médicales. Différentes disciplines s'y retrouvent sous le même toit.<sup>60</sup> Cela permet également d'améliorer l'accessibilité et la coopération.<sup>61</sup>

Si le gouvernement le veut, il est parfaitement possible d'établir un tel centre médical de quartier, une maison médicale sociale, au niveau de chaque quartier. Avec des médecins généralistes, du personnel infirmier, des psychologues et des kinésithérapeutes. Mais aussi, pourquoi pas, un dentiste, un assistant social... Les soins sociaux dans notre pays sont extrêmement fragmentés, c'est la raison pour laquelle nous soulignons l'importance de leur intégration dans une maison médicale. Nous parvenons ainsi à une approche accessible et généraliste.

Nous pouvons tendre vers un objectif de cinq à huit maisons médicales, avec une population de patients de dix à vingt mille personnes, par district de santé de 100 000 habitants. Ce centre médical devient alors le centre névralgique du quartier, le point de contact où chacun peut se rendre en cas de questions et de problèmes.

Votre proximité au quartier vous permet de faire rapidement le lien entre les problèmes individuels des patients et un problème de santé collectif. S'il s'avère que plusieurs enfants ont des caries, il est plus judicieux de s'attaquer à ce problème de manière préventive à l'école que d'envoyer chaque enfant séparément chez le dentiste.

En tout état de cause, investir davantage dans les centres de santé communautaires n'entraîne pas de coûts supplémentaires pour les pouvoirs publics. Les coûts augmentent en première ligne (médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers), mais diminuent en deuxième ligne (hôpitaux, spécialistes, médicaments, etc.). En d'autres termes, investir dans des maisons médicales signifie avant tout modifier la répartition des ressources, une plus grande attention étant accordée à de bons soins de santé de base et à la prévention.<sup>62</sup>



## À Cuba, on reste longtemps en bonne santé

L'île socialiste de Cuba manque cruellement d'argent en raison du blocus économique étasunien. Les hôpitaux doivent se contenter d'équipements obsolètes. Par exemple, ils ont rarement accès à un scanner. Néanmoins, nombre d'indicateurs de santé du pays sont excellents : l'espérance de vie moyenne y est de 79 ans, presque la même qu'aux États-Unis, alors que le taux de mortalité infantile (4/1 000) est même inférieur à celui des États-Unis.

Comment les Cubains obtiennent-ils de si bons résultats ? Cuba œuvre à la construction d'une société socialiste, où l'humain occupe la position centrale. La santé y est un droit de l'homme, repris dans la Constitution. La santé n'y est pas considérée comme l'absence de maladie mais comme un état de bien-être physique, mental et social. Cette vision intégrale et inclusive mise pleinement sur le sport et la culture, l'éducation gratuite de l'enfance à la retraite, le collectif et la solidarité. À Cuba, les soins de santé sont entièrement publics, gratuits et accessibles à tous. L'accent est mis sur la première ligne et la prévention.



Le ministère cubain de la Santé est convaincu que les actions de prévention peuvent conduire à une réduction des maladies de l'ordre de 90 %. Cette approche préventive peut être observée à tous les niveaux. On compte un médecin généraliste et un infirmier ou une infirmière de quartier pour 150 à 200 familles. Ils vivent dans le quartier et connaissent très

bien les gens et leurs problèmes de santé. En fonction de sa catégorie de risque, chaque patient reçoit une ou plusieurs fois par an la visite du médecin généraliste. Lors de ces visites à domicile, le médecin donne également des conseils, par exemple sur l'élimination des eaux stagnantes, une alimentation saine et l'hygiène des mains.

Chaque district dispose d'une polyclinique, couvrant grosso modo 25 000 habitants, où les spécialistes tiennent des consultations et où travaille également un épidémiologiste. C'est ici que sont centralisées les informations sur la santé de la population fournies par les médecins généralistes. Et c'est aussi à ce niveau que sont lancées les campagnes de santé à l'échelle du quartier. Si cela s'avère nécessaire, il est possible de faire appel à un spécialiste des maladies infectieuses. Il existe aussi des hôpitaux spécialisés.

Les autorités mènent des campagnes de prévention dans tout le pays. L'éducation à la santé fait ainsi partie des matières enseignées à l'école. La contraception est gratuite et Cuba a l'un des taux de vaccination les plus élevés au monde pour de nombreuses maladies. En outre, l'industrie alimentaire est soumise à un contrôle central visant notamment à limiter la teneur en sel des produits alimentaires. Ici, les lobbies de l'industrie alimentaire n'ont pas la même influence qu'en Occident. La santé d'abord, pas le profit.<sup>63</sup>

## Santé mentale : parler plutôt que prescrire

La souffrance mentale est très répandue au sein de notre société. En 2018, un tiers des Belges souffraient de problèmes de santé mentale.<sup>64</sup> La crise liée au coronavirus a encore aggravé la situation. La Belgique compte par ailleurs depuis des années le taux de suicide le plus élevé d'Europe occidentale. Pourtant, pas moins de 60 % des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne peuvent pas accéder à une aide adaptée à leurs besoins. Elles sont en effet confrontées à de sérieux obstacles : la difficulté de savoir à qui s'adresser, le coût élevé des thérapeutes privés ou de longs délais d'attente dans les centres subventionnés (parfois jusqu'à un an et demi !).



Il est clair que nous avons besoin d'une approche efficace pour aborder et prévenir les problèmes de santé mentale. Les gens doivent pouvoir trouver rapidement le chemin des soins et du soutien psychologiques appropriés. Nous préconisons un système où les gens puissent accéder à des traitements de qualité et sans médicaments inutiles.

Il est nécessaire de disposer de services facilement accessibles auxquels (les proches et les soignants) des personnes souffrant de problèmes de santé mentale puissent s'adresser tant physiquement que virtuellement. Afin de leur permettre d'obtenir les informations pertinentes et d'être orientés rapidement vers les soins appropriés. Nous devons investir dans des soins psychologiques de première ligne, accessibles à tous, sans prescription et sans critères de diagnostic ou de gravité. Le psychologue de première ligne procède à une évaluation des problèmes en un nombre limité de séances. Il traite les problèmes psychologiques légers ou modérés et, le cas échéant, oriente les personnes vers des soins appropriés, plus spécialisés.

Le/la psychologue de première ligne doit être proche, accessible et abordable. Il est préférable que cela se fasse dans des lieux que les gens connaissent déjà. De cette façon, les soins de santé mentale trouvent leur place dans les services de soins de quartier : dans les écoles et l'animation socio-éducative, dans les centres ONE, dans les centres de services aux personnes âgées, dans les structures accessibles comme les maisons médicales, dans les associations... Au plus près des gens, afin que ceux qui en ont besoin puissent recevoir rapidement les soins appropriés.

En investissant d'abord dans des mesures préventives et en étant très facilement accessible, on peut intervenir rapidement dans les problèmes de santé mentale et toucher davantage de personnes. Y compris celles qui passaient jusqu'ici à travers les mailles du filet. Pour les personnes qui nécessitent une aide plus spécialisée, il faut miser sur les centres de santé mentale,<sup>65</sup> qui sont actuellement confrontés à des listes d'attente toujours plus longues. Pour les personnes souffrant de graves problèmes psychiatriques, nous misons prioritairement sur un élargissement des équipes mobiles. Celles-ci peuvent être déployées rapidement pour aider les gens dans leur propre environnement familial, et ce aussi bien pour les situations de crise que pour le suivi et les soins chroniques.

## Un hôpital axé sur les patients

Quand l'hôpital se préoccupe vraiment des patients, et moins de l'argent, il devient aussi moins central dans l'organisation des soins. Il coopère avec les maisons médicales et le service local de prévention au sein de chaque district de santé local. La collaboration entre les différents professionnels de santé peut par exemple être financièrement encouragée. Une prime peut ainsi être accordée au médecin généraliste, au kiné et au spécialiste s'ils se penchent ensemble sur le cas d'un patient chronique, plutôt que de faire venir celui-ci à une consultation particulière chez chacun d'eux. Dans certaines régions du monde, les soins de première ligne et les hôpitaux bénéficient même d'un budget commun, ce qui les incite fortement à se concentrer sur la prévention.

Le bon fonctionnement d'un hôpital requiert la participation de tous : du personnel en charge du nettoyage et de la cuisine aux aides-soignants, en passant par les assistants en logistique. Toutes les professions travaillant à l'hôpital devraient avoir leur mot à dire sur la politique hospitalière, et pas seulement les médecins. Il importe donc pour y arriver que l'hôpital ne soit plus financièrement dépendants des médecins. Toute personne qui travaille à l'hôpital doit également travailler pour l'hôpital. L'externalisation et le recours au travail intérimaire font diverger les normes de qualité, les normes de personnel et les salaires.

Lorsque les pouvoirs publics prévoient un budget suffisant, les entreprises hospitalières peuvent redevenir des hôpitaux, et les réseaux hospitaliers peuvent à nouveau coopérer au lieu de se faire concurrence.



### Finançons la santé, pas la maladie

Dans la région de la Forêt-Noire en Allemagne, un groupe de médecins a convaincu deux mutualités de financer au forfait les soins de santé d'une population d'environ 30 000 habitants. C'est ainsi qu'est née l'organisation de santé *Gesundes Kinzigtal*. Les médecins reçoivent un complément de revenu s'ils participent au programme. Un grand nombre d'initiatives de prévention ont vu le jour, qui poussent entre autres les patients à faire plus d'exercice. Le nombre d'hospitalisations urgentes a diminué quatre ans. Cela a permis de réduire les dépenses de 17 % par rapport au reste de la population.

En Espagne, en Suède et en Nouvelle-Zélande, certains districts de santé locaux fonctionnent de la même manière. La question à laquelle ils tentent en première instance de répondre est : « Comment maintenir les gens en bonne santé ? ». Les hôpitaux, les médecins généralistes, les soins de santé mentale, la prévention et les soins à domicile sont financés par un budget commun. Tous ces prestataires de soins de santé sont responsables conjointement, par bassin de soins, de l'amélioration de l'état de santé de la population. On est à l'opposé de la maximisation de la quantité de soins observée dans notre pays. Une source d'inspiration pour changer radicalement la façon dont les hôpitaux sont financés en Belgique ?

## Une attention particulière pour nos aînés

« Les personnes âgées sont l'avenir, pas le passé. » Chacun d'entre nous sera vieux un jour, c'est la vie. Nous avons droit au repos et aux soins à la fin d'une vie active au cours de laquelle nous avons contribué à la communauté. La vision néolibérale dépeint les personnes âgées, tout comme les personnes handicapées ou les malades de longue durée, comme des éléments « non actifs » et improductifs qui nous coûtent de l'argent. La pression pour privatiser les soins aux personnes âgées afin d'en tirer des bénéfices est énorme, comme nous l'avons vu plus haut dans ce chapitre.

Il ressort de nombreuses études que l'exercice, la musique, les interactions sociales, l'apprentissage maintiennent les gens et leur cerveau en forme. L'isolement social et la solitude des personnes âgées nuisent par contre gravement à leur santé. Les personnes âgées solitaires présentent un risque plus élevé de démence et de maladies cardiovasculaires mortelles<sup>66</sup>.

Au lieu de froides maisons de repos privées et de soins à domicile fragmentés et mal coordonnés, nous avons besoin de soins aux personnes âgées fortement intégrés au district de santé local. Un conseil des personnes âgées garantit un droit de regard sur la meilleure façon d'organiser les soins et la promotion de la santé des personnes âgées au niveau local. Leur point de vue doit être pris en compte pour aménager les espaces publics et les logements sociaux.



Avec des ressources suffisantes pour des soins à domicile sur mesure, avec l'intégration des services sociaux, le suivi médical par les soignants de première ligne de la maison médicale et une maison de repos publique dans chaque quartier, nous assurons le bien-être de chaque personne âgée.

Les soins aux personnes âgées ne sont pas un coût, mais une valeur ajoutée. Nous pouvons apprendre tellement de choses de personnes ayant une riche expérience de vie. Une maison de repos publique est une maison de repos ouverte, pas un endroit où l'on « se débarrasse » des personnes âgées. Les résidents restent des gens du quartier. Leur jardin appartient à la communauté, les enfants des écoles y font des activités et le personnel a le temps et les ressources nécessaires pour que la vie sociale y soit épanouissante.

## Une politique inclusive

Une société prouve qu'elle est forte lorsqu'elle prend soin de chaque personne de manière solidaire. Nous voulons une société inclusive à laquelle participent activement les personnes en situation de handicap. Celles-ci doivent disposer d'un droit à bénéficier de soutien et d'assistance. Ce droit doit être juridiquement exécutoire, être contraignant vis-à-vis des pouvoirs publics. Il est important que les personnes en situation de handicap jouissent de la plus grande indépendance possible et soient impliquées dans les décisions qui les concernent. La politique actuelle ne garantit pas ces droits. Le maigre budget qui leur est octroyé fait de l'inclusion et de l'autonomie une farce, et non un droit.

Chaque enfant, chaque jeune, chaque être humain doit pouvoir se développer, prendre sa vie en main, être impliqué et reconnu pour ses talents et son potentiel. C'est la raison pour laquelle une bonne prise en charge des jeunes est un droit fondamental.

Qu'il s'agisse des soins aux jeunes ou aux personnes en situation de handicap, des ressources suffisantes doivent être investies dans l'encadrement, dans les soins et le personnel soignant, dans l'étude et l'échange d'expertise et d'expérience.

## 2. Financement par population

Nous lisons régulièrement des articles sur le manque d'argent des hôpitaux et les salaires exorbitants des spécialistes. Nous voulons changer de paradigme, passer de « comment tirer le plus gros chiffre d'affaires de personnes malades » à « comment maintenir les gens en bonne santé ». Nous devrions donc réfléchir à un système de financement alternatif. Celui-ci reposerait sur la qualité et la coopération entre les institutions. Ce n'est envisageable qu'avec un financement commun au niveau des districts de santé locaux. Une enveloppe d'argent pour le fonctionnement des services de soins de santé qui repose sur les besoins de la population prise en charge. La motivation passe ainsi de plus de production à plus de santé.

Cela va de pair avec un salaire fixe pour les prestataires de soins. Les médecins reçoivent un bon salaire, comme celui d'un professeur d'université. Ce salaire tient compte des qualifications, du temps de garde et des heures supplémentaires, mais qui valorise toutes les spécialisations de la même manière.

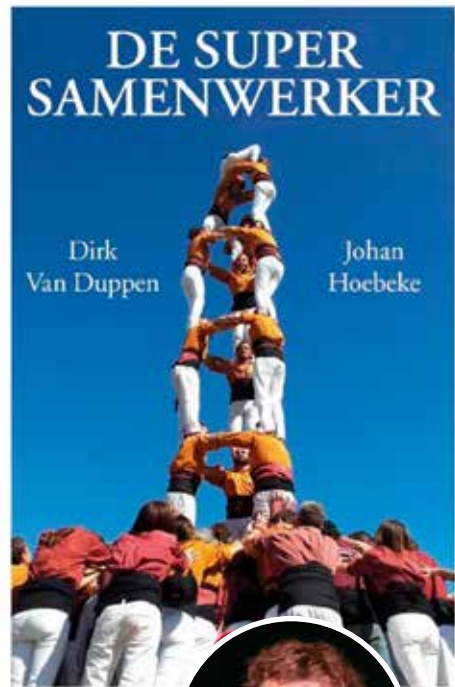
Une approche globale est plus difficile si on paie les prestataires de soins de santé à l'acte. Un district de santé avec un budget fixe bénéficie de beaucoup de patients en bonne santé et autonome. C'est ça qui les stimule à se concentrer sur la prévention, la promotion de la santé et la collaboration entre lignes de soins. Le système du forfait dans les maisons médicales de quartier le montre clairement. Cette plus grande autonomie des prestataires de soins n'est possible que si les ressources qu'ils reçoivent sont liées à la population dont ils sont responsables, et non au nombre de consultations ou de prestations techniques qu'ils fournissent.



## La motivation intrinsèque des soignants n'est pas l'argent

Dans son livre « L'Homme, un loup pour l'Homme ? – Les fondements scientifiques de la solidarité », Dirk Van Duppen a décrit comment l'être humain est par nature un être social qui prend soin des autres. Le personnel soignant est motivé s'il peut fournir les meilleurs soins au patient au sein d'une bonne équipe. Il en va de même pour toutes les professions du secteur des soins. Un système qui repose uniquement sur des incitations financières pour chaque acte supplémentaire n'est pas stimulant. Cela conduit à l'aliénation, à la déshumanisation des soins et à l'épuisement professionnel (burn-out).

Si l'on sait que la motivation intrinsèque des soignants n'est pas d'ordre financier, les solutions sont encore plus évidentes : mettons fin à la rémunération à l'acte et garantissons de bons salaires fixes et de bonnes conditions de travail à tout le personnel de la santé. La qualité des soins s'en verra améliorée, grâce à une forte motivation humaine à prendre soin des autres. La santé de chacun a beaucoup à gagner : celle du patient et celle du soignant.





## Un financement groupé favorise la coopération

Il y a 35 ans, le cabinet médical était une entreprise individuelle. Je n'avais de temps que pour la médecine curative. Depuis lors, les soins de santé sont devenus plus complexes. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques. Le développement technologique a en outre entraîné une plus grande surspécialisation au sein des hôpitaux. Le besoin de coordination s'en voit accru. Ces différents spécialistes ne se contredisent-ils pas ? Et que pense le patient de tout cela ? Ajoutez à cela l'augmentation des problèmes psychologiques : les personnes souffrant de stress, d'épuisement professionnel et de dépression.

Une médecine de qualité requiert davantage de prévention, de promotion de la santé, de responsabilisation, de concertation et un dossier médical électronique performant. Cela n'est possible que parce que l'encadrement dans notre maison médicale s'est considérablement amélioré. Ici, à Lommel, nous comptons quatre médecins, trois infirmières, un comptable, une aide-soignante, une diététicienne, deux réceptionnistes, une coordinatrice et une femme de ménage. Les infirmières ont repris une grande partie de notre travail : prises de sang, traitement de verrues, pansements, prévention, suivi des malades chroniques... auparavant, c'était les médecins qui se chargeaient de tout cela. Nous nous concertons souvent. Cela fait de nous des médecins beaucoup plus compétents. Quand nous nous penchons ensemble sur un cas, nous le comprenons mieux

**Luc Ectors**  
médecin MPLP Lommel



## 3. Tout sous gestion démocratique

La création d'un centre de santé dans chaque quartier, la gestion d'un service de prévention local, l'organisation d'un financement intégral pour chaque district de santé local... Si nous voulons garantir tout cela, le gouvernement doit jouer un rôle beaucoup plus actif qu'aujourd'hui au sein de notre système de soins de santé. Cela ne fonctionnera que si tout est aussi démocratique et participatif que possible.

Le responsable principal de chaque district de santé local doit être élu démocratiquement. En outre, nous organisons dans chaque district un conseil de soins composé de représentants de toutes les parties prenantes, qui se réunit chaque mois pour participer à la prise de décisions sur toutes les questions importantes. D'une part, les représentants des soignants, avec une bonne répartition entre les différentes institutions de soins et les différentes disciplines présentes dans le district. D'autre part, les patients - en gros, tous les habitants du quartier. Ceux-ci peuvent également être impliqués par le biais des associations de patients, des mutualités et d'autres organisations de la société civile.



Il est grand temps que tous ces acteurs aient davantage leur mot à dire sur les tenants et aboutissants de notre système de santé. L'INAMI, qui gère notre assurance maladie, est désormais géré conjointement par les mutualités et les associations professionnelles. Toutefois, ces structures nationales sont pour la plupart déconnectées de la réalité. La mise en place de 110 conseils de santé (un dans chaque district de santé local) nous permettrait de beaucoup mieux garantir la participation de tous à la réflexion et à la prise de parole sur l'avenir de notre système de santé social 2.0.

## 4. Normes de qualité

Les différents instituts scientifiques de notre pays font du bon travail. Nous l'avons constaté pendant la pandémie, mais aussi avant celle-ci. Ils disposent pourtant souvent de peu de personnel et de ressources.

Pendant la pandémie, de nombreux médecins et prestataires de soins de santé se sont malgré tout plaints de la multitude d'informations diffusées par une multitude d'instances. Des bulletins d'information contenant des directives médicales de diverses institutions et organisations se succédaient chaque semaine : Sciensano, Domus medica, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, le cercle de garde local, le Conseil supérieur d'hygiène publique, les zones de première ligne flamandes, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique, ... Il était presque impossible de s'y retrouver. Il est essentiel d'unifier le commandement, notamment en termes de normes de qualité et de directives.

Nous préconisons dès lors que des directives nationales pratiques et claires soient élaborées et communiquées à tous les prestataires de soins. Une politique de santé a de meilleurs résultats quand elle est basée sur des données scientifiques. Il faut davantage de ressources et de personnel pour la mettre en œuvre. Nous devons pouvoir compter sur une expertise indépendante pour faire le meilleur usage de nos fonds publics.



### L'exemple de la Suède

Les soins de santé sont de bonne qualité en Suède. L'espérance de vie des Suédois est l'une des plus élevées au monde. Le système de soins de santé public est financé par les impôts. Les services de base sont gratuits. Le prix des autres services est plafonné.

Prestataires de soins de santé et patients ont une grande confiance dans cette politique. Les soins de santé sont organisés au niveau régional, tout en bénéficiant d'un fort appui de diverses institutions publiques scientifiques nationales. La politique est unifiée. Le site national de santé [www.1177.se](http://www.1177.se) en constitue un bon exemple. Ce service de santé est disponible jour et nuit. Du personnel infirmier répond à vos questions. Il cherche ou organise des soins pour vous. Les mêmes conseils sont dispensés dans tout le pays sur la base des directives scientifiques nationales en matière de diagnostic et de traitement.

## 2.3 Un modèle public-social 2.0



*« Ce qu'il faut maintenant, ce n'est pas une réforme mais une transformation, une révolution. Une révolution tranquille, collective et réfléchie, à l'instar de celle qui a donné lieu à la constitution du NHS (National Health Service) en 1945. »*

Allyson Pollock, professeur de Santé publique  
à Newcastle, Royaume-Uni

Une sécurité sociale solide. Des soins de proximité au niveau du district, un financement lié à la population, une gestion démocratique, de l'attention pour le bien-être mental et social... Des pas en avant peuvent être faits dans chacun de ces domaines pris séparément. Pensez à l'élaboration de bassins de soins en Wallonie sur base de la bonne expérience des zones de première ligne en Flandre, pensez aux maisons médicales qui se multiplient, pensez à l'approche préventive de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), à la lutte du personnel soignant pour obtenir un meilleur salaire...

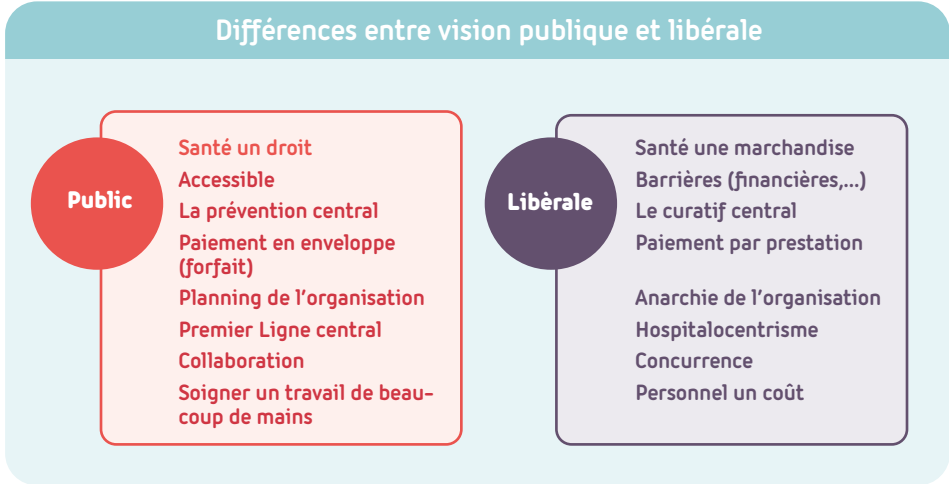
Mais l'infiltration du marché dans les soins de santé ne peut être contenue par de simples bricolages. Dans le cadre du système de santé libéral actuel, tout acquis est tôt ou tard remis en cause. Et on entend souvent la vieille rengaine : « il n'y a pas d'argent », « c'est la crise pour tout le monde » et « nous faisons ce que nous pouvons ». Il suffit de penser aux économies en matière de sécurité sociale découlant du tax shift du gouvernement Michel en 2016. Ou à la commercialisation des maisons de repos et aux coupes dans les maisons médicales que projetait Maggie De Block...

Il est important de protester contre de telles mesures, mais dans ce texte de vision de Médecine pour le Peuple, nous allons plus loin. Il ne suffit pas d'un peu bricoler à gauche et à droite. Il faut oser changer radicalement de cap. Impossible de traiter « l'erreur systémique » mentionnée dans la première partie de ce chapitre sans modifier le système en profondeur. Il faut s'attaquer aux racines du problème.

Nous voulons ancrer durablement nos acquis en matière de santé et les développer de manière ambitieuse. Il nous faut pour cela un système de soins complètement différent. Ce système de santé alternatif est un modèle public-social 2.0. L'ensemble de notre système de soins de santé y est organisé selon une vision publique. Celle-ci se démarque de la vision libérale actuelle. Il est temps de mettre ce débat à l'ordre du jour.

Ce modèle public-social 2.0 permet de consolider durablement les atouts de notre système non marchand actuel et de réaliser efficacement de nouvelles ambitions. Car les besoins sont importants.

## Différences entre vision publique et libérale



**Le financement est assuré par les pouvoirs publics.** Le budget est suffisant pour que le secteur des soins de santé ne soit plus constamment poussé à réduire les coûts, privatiser et commercialiser. La santé redevient ainsi un droit et cesse d'être une marchandise. Un financement groupé des différentes lignes de soins, sous la forme d'un montant fixe pour la population locale, en fonction des besoins de santé. La prévention n'est dès lors plus considérée comme un coût, mais comme un investissement pour maintenir les gens en bonne santé.

**Les prestataires de soins de santé travaillent pour le service public.** Cela assure de disposer d'un personnel suffisamment nombreux, travaillant dans de bonnes conditions. C'est aussi la garantie de salaires fixes et satisfaisants, d'une bonne retraite et d'une solide couverture sociale. De cette façon, les spécialistes sont payés de manière identique, qu'ils fassent du travail humain ou technique. Les prestataires de soins de santé peuvent ainsi privilégier la qualité plutôt que la quantité. La coopération peut pleinement s'épanouir.

Pour que tout le monde soit couvert, l'offre **de soins est coordonnée centralement et organisée localement**. Le gouvernement fédéral veille à ce que personne ne soit exclu, qu'il y ait suffisamment de personnel et de ressources, et que les directives soient claires... Les districts déclinent la politique au niveau local, près des gens.

Seul un service public-social 2.0 fera en sorte que la santé devienne un droit pour tous, partout et pour toujours.



# Notes

- 1 Voici, à titre d'exemple, le titre d'un long article paru dans De Standaard, fin février 2019. Détail : l'étude a été menée par le Health Consumer Powerhouse, un groupe de réflexion privé libéral qui ne considère les soins de santé que sous l'angle du consommateur individuel. Réserve importante exprimée par Ri De Ridder lorsque la nouvelle a été annoncée. [https://www.standaard.be/cnt/dmfj20190225\\_04205485](https://www.standaard.be/cnt/dmfj20190225_04205485)
- 2 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- 3 [https://atlas.ima-aim.be/jive?workspace\\_guid=e09625c3-b5d8-4d40-947d-b16c12640778](https://atlas.ima-aim.be/jive?workspace_guid=e09625c3-b5d8-4d40-947d-b16c12640778)
- 4 <https://kce.fgov.be/fr/performance-du-système-de-santé-belge-évaluation-de-l'équité>
- 5 La tendance en Belgique est inverse à celle observée en Europe, où les besoins médicaux non satisfaits dans le groupe aux revenus les plus faibles ont diminué de 4,7 % (2011) à 2,3 % (2017). [http://www.ose.be/fchiers/publication/santé/2020\\_Ces\\_Baeten\\_NIHDI\\_Inequalities\\_access\\_care\\_Report\\_FR.pdf](http://www.ose.be/fchiers/publication/santé/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Report_FR.pdf)
- 6 OCDE - Profils de santé par pays 2019, Belgique [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-santé/belgium-country-profile-health-2019\\_e5559793-nl#page9](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-santé/belgium-country-profile-health-2019_e5559793-nl#page9) 10 le tarif standard recommandé par la mutualité et sur lequel repose le remboursement.
- 7 OCDE Profils de santé par pays 2019, Belgique
- 8 [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgique-profls-de-sante-par-pays-2019\\_1860d1c0-fr#page9](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgique-profls-de-sante-par-pays-2019_1860d1c0-fr#page9)  
<https://www.dkv.be/fr/a-propos/presse/la-forte-augmentation-des-couts-des-soins-hospitaliers-entraîne-ineluctablement-unv>
- 9 Références : <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/la-liste-des-146-communes-wallonnes-en-penurie-ou-en-penurie-grave-de-medecins-generalistes.html> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-huisartsarme-gemeentes-blijft-toenemen#:~:text=227%20huisartsarme%20gemeentes,juni%202019%20tot%20eind%202020>
- 10 [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_325B\\_Dotation\\_infirmiere\\_synthese\\_2nd\\_edition.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf)
- 11 <https://www.idewe.be/fr/-/le-secteur-des-soins-face-%C3%A0-36-d-absent%C3%A9isme-en-plus-que-les-autres-secteurs>
- 12 Présentisme chez les infirmier.e.s : Étude qualitative et quantitative, Dr. L. Lagrandcourt, MPLP
- 13 [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers\\_sur\\_le\\_marche\\_du\\_travail\\_2017.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers_sur_le_marche_du_travail_2017.pdf)
- 14 Référence : <https://www.vrt.be/vrtnews/nl/2022/02/10/op-3-huisartsen-wil-stoppen/#:~:text=Uit%20een%20bevraging%20van%20de,nu%20al%20met%20een%20huisartsentekort.>
- 15 La pénurie de personnel dans nos maisons de repos est intenable. Nous aurions besoin d'environ deux fois plus de personnel pour fournir des soins sûrs et de qualité. 80 % du personnel soignant des maisons de repos flamandes (privées et publiques) disposent de trop peu de temps pour donner aux résidents les soins et l'attention dont ils ont besoin, selon les enquêtes de la CSC.
- 16 [https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6440-acv-openbare-diensten-csc-services-publiics/6540-sectoren-\(overzicht-met-links\)-secteurs-\(aper%C3%A7u-avec-liens\)/openbare-zorg/brochure-zorgenqu%C3%AAtelv.pdf?sfvrsn=afb40c5b\\_4](https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6440-acv-openbare-diensten-csc-services-publiics/6540-sectoren-(overzicht-met-links)-secteurs-(aper%C3%A7u-avec-liens)/openbare-zorg/brochure-zorgenqu%C3%AAtelv.pdf?sfvrsn=afb40c5b_4)
- 17 Célèbre linguiste et philosophe américain, né en 1928.
- 18 MC, septembre 2020 : « Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? » [https://www.mc.be/media/0-CM-info%20281-11705-FR\\_tcm49-67219.pdf](https://www.mc.be/media/0-CM-info%20281-11705-FR_tcm49-67219.pdf)
- 19 Analyse MAHA Belfius 2020 <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/maha-analyse-2020>
- 20 le Budget Ressources financières.
- 21 Calculs dans le texte de la vision « Helping people live the healthiest lives possible ». Sur la base des chiffres du KCE et de l'OCDE. <https://proxy-ftp-upload-statics.kubernetes.prod.cloud.mediafin.digital/static/tijd.be/pdf/Helping%20people%20live%20the%20healthiest%20lives%20possible.pdf>
- 22 Extrait du livre de Ri De Ridder, « Goed Ziek », p. 91.
- 23 <https://www.demorgen.be/nieuws/soms-geen-enkele-verpleger-per-afdeling-in-hoogbeveiligd-centrum-baca0510/>
- 24 Référence : <https://weownit.org.uk/public-ownership/nhs>  
<https://www.independent.co.uk/voices/how-nhs-being-dismantled-10-easy-steps-10474075.html> <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2791/rr>  
<https://www.health.org.uk/publications/long-reads/returning-nhs-waiting-times-to-18-weeks>
- 25 Sebastian Franco, « Mapping the privatisation of healthcare in Europe », European Network of Corporate Observatories, 14 octobre 2021.
- 26 Health, health care and capitalism. Dans L. Panitch et C. Leys (éditeurs), Morbid symptoms : Health under capitalism. Pays de Galles : Merlin Press, 2009, p. 18.
- 27 Why Single-Payer Health Care Saves Money, Robert H. Frank, 7 juillet 2017, The New York Times, <https://www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html>
- 28 Financing of integrated care in primary care, Impact of commercialisation in the Netherlands and Sweden, Tim Joye, mémoire de maîtrise en médecine généraliste, Université de Gand, p. 40.
- 29 [https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmfj20180308\\_03398914](https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmfj20180308_03398914)
- 30 Agentschap Zorg & Gezondheid, « Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum. Meting 2020 », <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>.
- 31 Sebastian Franco, « Mapping the privatisation of healthcare in Europe », European Network of Corporate Observatories, 14 octobre 2021.
- 32 C'est ce qui ressort d'une question parlementaire du PTB au Parlement flamand, voir [https://www.pvda.be/gemiddeld\\_22\\_min-der\\_personeel\\_in\\_commerciële\\_woonzorgcentra](https://www.pvda.be/gemiddeld_22_min-der_personeel_in_commerciële_woonzorgcentra)
- 34 Agentschap Zorg & Gezondheid, « Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum. Meting 2020 », <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>.

- 35 « Privatisering van openbare ouderenzorg : de kraak van de eeuw », Lise Vandecasteele, Knack, 12 juillet 2021.
- 36 Corporate Europe Observatory, janvier 2021, « When the market becomes deadly »
- 37 Commission européenne, novembre 2020, Commission opinion on the 2021 Draft Budgetary Plan of Belgium. [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/stability-and-growth-pact/annual-draft-budgetary-plans-dbps-euro-area-countries/draft-budgetary-plans-2021\\_en#belgium](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/stability-and-growth-pact/annual-draft-budgetary-plans-dbps-euro-area-countries/draft-budgetary-plans-2021_en#belgium)
- 38 Cependant, les maisons de repos continuent d'être considérées comme des services privés sur le marché libre européen, ce qui laisse aux groupes commerciaux multinationaux la liberté d'en acheter de plus en plus.
- 39 En outre, la Commission européenne considère en principe les soins de santé comme une « activité économique » couverte par la législation relative au marché unique, qui prévoit le libre échange des biens, des personnes, des capitaux et des services. Sur la base de ce cadre, un lobbying intense est mené visant à sous-traiter les services de santé à des entreprises privées. Le marché européen privilégie les partenariats public-privé, la concurrence entre les établissements de santé et la vente d'hôpitaux à des investisseurs privés.
- 40 En anglais, on parle de providers & purchasers.  
L'achat de soins peut être effectué par le patient de sa propre poche, par le biais de régimes d'assurance maladie (publics ou privés) ou directement avec l'argent de l'État.
- 41 Ce sont principalement les compagnies d'assurances privées qui assurent la couverture des soins de santé (pour 68 % de la population en 2019). Chiffres de 2019. <https://www.census.gov/library/publications/2020/demo/p60-271.html>  
L'offre d'assurances est d'ailleurs peu diversifiée. En 2014, quatre sociétés se partageaient 83 % des polices d'assurances. Cela ne favorise pas la concurrence ni la baisse des prix comme le promet la loi du libre marché.
- 42 Panorama de la santé 2021, OCDE, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en>
- 43 Les États-Unis consacrent 16,8 % de leur PIB aux soins de santé, contre 8,8 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Panorama de la santé 2021, OCDE, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en>
- 44 « Women's Health Insurance Coverage », Kaiser Family Foundation, 8 novembre 2021, <https://www.kff.org/other/fact-sheet/womens-health-insurance-coverage/>  
La commercialisation des soins de santé accroît également l'inégalité entre les sexes. Près d'une femme sur quatre n'a accès aux soins de santé que par l'intermédiaire de l'assurance de son mari. Ceci contribue fortement à la décourager de le quitter, si elle est victime de violence domestique.  
État de la santé dans l'UE, Profil de santé par pays 2019, Belgique
- 45 Interview pour Solidaire en 2015  
<https://www.solidaire.org/articles/pays-bas-trop-de-costumes-cravates-et-pas-assez-de-blouses-blanches>
- 46 État de la santé dans l'UE : Belgique. Profils de santé par pays 2019. [https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/2019\\_chp\\_be\\_french\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/2019_chp_be_french_0.pdf)
- 47 RÉFÉRENCES ENCORE À COLLECTER DANS LE TEXTE POUR LE PLAN PROMETHEUS
- 48 Nous avons publié notre expérience en matière de traçage de contacts locaux dans le cadre d'une étude : « Haalbaarheid van actieve contact tracing van COVID-19-infecties in de eerstelijnszorg : een pilootproject », Tijdschr. voor Geneeskunde, 76, n° 12, 2020
- 49 SOURCE : [www.socialsecurity.be](http://www.socialsecurity.be) chiffres de 2014
- 50 Tom Zwanepoel et Tony Van de Calseyde, « Splitsing gezondheidszorg legt bom onder interpersoonlijke solidariteit », De Gids, 26 avril 2021
- 51 Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Étude des disparités de la chirurgie électorale en Belgique, rapport 42A, 2006.  
Guy Tegenbos, « Kans op operatie verschilt zeer sterk per regio », De Standaard, 11 octobre 2006. « Kijkoperatie degeneratieve knieartrose vaak overbodig », De specialist, despecialist.eu, 24 septembre 2019.
- 52 Bart Criel et Janneke Ronse dans De Morgen <https://www.demorgen.be/meningen/onze-les-uit-de-coronacrisis-organiseer-gezondheidszorg-meer-lokaal-b32a7e95/>  
Encore plus élaboré dans TVG : <https://tvgg.be/nl/artikels/van-basisarts-tot-public-health-verschillende-wegen-om-naar-rome-te-reizen>
- 53 Quelle est la différence entre les deux ? En bref, la prévention revient plutôt à se concentrer sur l'évitement des maladies, par exemple par la vaccination ou le dépistage précoce du cancer. La promotion de la santé incite à faire des choix plus sains, par exemple en sensibilisant la population à faire plus d'exercice et à manger plus sainement.
- 54 Calcul par la MC. [https://www.mc.be/media/PREVENTION%20ET%20PROMOTION%20DE%20LA%20SANTE\\_tcm49-69773.pdf](https://www.mc.be/media/PREVENTION%20ET%20PROMOTION%20DE%20LA%20SANTE_tcm49-69773.pdf)
- 55 Opinion de la Plateforme de Prévention [https://logoantwerpen.be/sites/default/files/domain%20editor/Melissa/Opiniestuk%20Preventieplatform\\_de%20nood%20om%20te%20investeren%20in%20preventie%20is%20nog%20noit%20zo%20groot%20geweest.pdf](https://logoantwerpen.be/sites/default/files/domain%20editor/Melissa/Opiniestuk%20Preventieplatform_de%20nood%20om%20te%20investeren%20in%20preventie%20is%20nog%20noit%20zo%20groot%20geweest.pdf)  
Voir aussi l'appel de dizaines d'universitaires du secteur médical fin 2019, avant même la crise liée au coronavirus. [https://www.standaard.be/cnt/dmfj20191006\\_04648748](https://www.standaard.be/cnt/dmfj20191006_04648748)
- 56 Chiffres du professeur d'économie de la santé Lieven Annemans, basés sur une étude britannique. (RÉFÉRENCE?)
- 57 En Flandre, il s'agit de l'Agentschap Zorg & Gezondheid (Agence Soins et Santé). En Wallonie, l'Agence pour une vie de qualité (AViQ). À Bruxelles, pas moins de trois institutions différentes (!) sont compétentes. Plus de détails dans le rapport de la MC [https://www.mc.be/media/PREVENTION%20ET%20PROMOTION%20DE%20LA%20SANTE\\_tcm49-69773.pdf](https://www.mc.be/media/PREVENTION%20ET%20PROMOTION%20DE%20LA%20SANTE_tcm49-69773.pdf)
- 58 En Flandre, il existe les Logo (Lokaal GezondheidsOverleg). Mais il s'agit avant tout d'une organisation en réseau. Leur tâche première est de mettre les organisations locales et les travailleurs de la santé en contact avec les projets de prévention existants. Leur objectif n'est pas d'aller elles-mêmes vers le public cible. Le personnel disponible est également limité : 90 équivalents temps plein, répartis dans 15 entités Logo en Flandre et à Bruxelles.  
Informations via le site web <https://www.vlaamse-logos.be/node/75>  
Les francophones disposent des Centres locaux de promotion de la santé (CLPS). Avec 9 centres pour l'ensemble de la Wallonie et 1 pour Bruxelles, on constate les mêmes limitations. <https://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante/organismes-agrees-organes-avis>
- 59 1) [https://www.researchgate.net/publication/51167509\\_Structure\\_and\\_roles\\_of\\_public\\_health\\_centers\\_hokenjo\\_in\\_Japan](https://www.researchgate.net/publication/51167509_Structure_and_roles_of_public_health_centers_hokenjo_in_Japan)  
2) <https://www.niph.go.jp/journal/data/69-1/202069010002.pdf>

- 60 Cela fait de la Belgique le dernier de la classe en Europe.  
Voir Qualicopc-studie <https://www.demorgen.be/nieuws/artsen-spelen-soloslim~b16bb612/>
- 61 Pour chaque patient enregistré, la mutualité verse un montant fixe par mois à la maison médicale. Le patient et la mutualité ne paient plus à l'acte.
- 62 En mai 2020 encore, cette tribune de professeurs d'Anvers et de Gand dans le cadre de la crise liée au coronavirus. <https://www.demorgen.be/nieuws/de-coronacrisis-kan-de-huisartsenzorg-voorgoed-veranderen-b70fc191/>
- 63 Ce chiffre a été calculé par les mutualités dans leur étude comparative des deux systèmes. Voir <https://ima-aim.be/Communique-de-presse-Les-Maisons?lang=fr>
- 64 Références :
1. <https://www.medischcontact.nl/news/latest-news/article/learning-about-cuban-health.htm>
  2. Gardiner J. Is Cuba the answer ? BMJ 2011 ; 343:d7460 doi:10.1136/sbmj.d7460
  3. Campion EW, Morrissey S. A different model--medical care in Cuba. N Engl J Med. 24 janvier 2013 ;368(4):297-9. doi: 10.1056/NEJMp1215226. PMID : 23343058.
- 65 Why Single-Payer Health Care Saves Money, Robert H. Frank, 7 juillet 2017, The New York Times, <https://www.nytimes.com/2017/07/07/upshot/why-single-payer-health-care-saves-money.html>
- 66 Les Centra Geestelijke Gezondheidszorg (centres de soins de santé mentale), en Flandre, et le Service de santé mentale, en Wallonie, sont des centres subventionnés où les personnes souffrant de (graves) problèmes mentaux ou psychiatriques peuvent se rendre pour obtenir de l'aide et un accompagnement. L'équipe de chaque centre est composée de psychiatres, de psychologues, de psychothérapeutes et de travailleurs sociaux. Le tarif standard pour un entretien psychologique est de 11 euros. Les soins d'urgence et une première consultation restent gratuits. Les personnes qui bénéficient d'une intervention majorée, au titre de la réglementation sur la maladie et l'invalidité, ou d'une guidance budgétaire paient un tarif réduit de 4 euros par entretien.
- 67 Social Isolation and Loneliness in Older Adults : Review. American journal of geriatric psychiatry. Décembre 2020 28(12) : 1233-1244.

## Chapitre 3

# Médicaments



- 1. Vingt ans de lutte pour le droit aux médicaments**
- 2. Les patients et la sécurité sociale paient le prix fort**
- 3. Le modèle économique pharmaceutique entrave le progrès social**
- 4. Le remède : faire des médicaments et des vaccins essentiels un bien public**

# 1. Vingt ans de lutte pour le droit aux médicaments

Les médicaments constituent un élément essentiel de notre système des soins de santé. Après avoir décrit un problème de santé auquel les gens sont confrontés, la question suivante s'ensuit inévitablement : « Existe-t-il un médicament ? ». Pour de nombreux patients, la découverte de nouveaux médicaments a représenté un monde de différence. Même si ce n'est malheureusement pas le cas pour tous les problèmes médicaux, les médicaments aident les gens à guérir. Alors que nous, la collectivité, n'avons absolument aucun droit de parole sur les pilules et les poudres qui sont développées, et encore moins sur leur prix. Le gouvernement a donné les clés de la politique des médicaments au secteur privé, nous rendant totalement dépendants d'une poignée de multinationales pharmaceutiques.

L'ancien président de MPLP Dirk Van Duppen, décédé bien trop tôt, tirait la sonnette d'alarme en 2004 avec son livre « *La guerre des médicaments* ». Ce livre a fait l'effet d'une bombe et a lancé un débat social et politique sur la politique des médicaments. Tout au long des pages, il expose minutieusement comment nous payons beaucoup trop cher les médicaments. Comment les multinationales pillent ainsi des milliards de notre sécurité sociale. Mais aussi comment les entreprises pharmaceutiques manipulent la recherche scientifique. Comment elles s'intéressent principalement aux moyens de faire des profits et non à ce qui est nécessaire pour la santé publique. Et comment elles essaient d'influencer le comportement des médecins en matière de prescriptions. « Tout ça, c'est du passé », entend-on parfois dire les gens du lobby pharmaceutique. Mais est-ce réellement le cas ? Nous constatons que de nombreuses pratiques abusives dénoncées par Dirk Van Duppen existent encore aujourd'hui, même si elles prennent parfois une forme différente.



## Le modèle Kiwi

L'histoire de la guerre des médicaments a commencé avec un patient cardiaque du médecin généraliste Dirk Van Duppen, patient dont les médicaments n'étaient pas remboursés. À la maison médicale De Bres de MPLP à Deurne, ils ont décidé de mener une petite étude scientifique. Les médecins ont alors découvert un mode opératoire : des patients qui n'avaient pas besoin du médicament étaient remboursés et les patients qui en avaient besoin ne l'étaient pas ! Dirk Van Duppen a soulevé la question dans le journal De Morgen et la guerre des médicaments a ainsi éclaté. Un an plus tard, en 2004, il a publié un livre portant le même titre. « *La guerre des médicaments – Pourquoi sont-ils si chers ?* » était une accusation contre l'industrie pharmaceutique et sa soif d'argent, sa machine marketing et son pillage de la sécurité sociale. Le livre a également montré qu'il était possible de mener une politique différente en matière de médicaments. Dirk s'est alors inspiré de la Nouvelle-Zélande. Là, ce n'est pas le lobby pharmaceutique,

| Multinationale : entreprise ayant des implantations dans plusieurs pays..

| Lobby : organisation dont l'objectif principal est d'influencer les décideurs afin que leurs intérêts non démocratiques puissent être intégrés dans les lois.



mais le gouvernement qui est aux commandes. Celui-ci organise un appel d'offres public pour les médicaments et ne rembourse que les produits présentant le meilleur rapport qualité-prix. En Nouvelle-Zélande, les médicaments sont donc jusqu'à 90 % moins chers que chez nous. Ce système est connu dans notre pays sous le nom de « modèle Kiwi ». L'idée a fonctionné comme un aimant et a mobilisé beaucoup de monde. En un rien de temps, cent mille personnes ont signé une pétition du syndicat chrétien des employés et de la KWB. MPLP a également mené ses propres actions. Ainsi, nous avons emmené nos patients dans la ville frontalière néerlandaise de Hulst, où ils pouvaient acheter des médicaments moins chers.



En 2005, la guerre des médicaments a atteint le Parlement fédéral. Les députés ont pu se prononcer sur une loi qui introduirait le modèle Kiwi dans notre pays. Des partisans sont apparus dans presque toutes les familles politiques. Cela a provoqué une grande panique parmi les entreprises pharmaceutiques, qui ont organisé une conférence de presse commune pour la première fois dans l'histoire. L'unique message était le suivant : il ne peut absolument pas y avoir de modèle Kiwi. Leur opération de lobbying n'est pas restée sans conséquence. Le modèle Kiwi a muté en « kiwi light ».<sup>1</sup> Mais même cette version très allégée a permis de faire chuter les prix. La prise de conscience concernant les sommes d'argent excessives qui tombent aux mains des entreprises pharmaceutiques s'est également accrue. Le modèle Kiwi a

été appliqué à l'achat de vaccins par les Communautés, par exemple pour le vaccin VPH contre le cancer du col de l'utérus. Le prix est ainsi passé de 375 euros à 51 euros pour trois injections. Cela a permis d'administrer gratuitement le vaccin à toutes les filles élèves de première secondaire.<sup>2</sup>

Depuis quelques années, les maisons médicales de MPLP continuent de taper sur le même clou. Chaque année, nous présentons à la presse nos calculs sur les sommes que peut rapporter le modèle Kiwi.<sup>3</sup> Lorsque la ministre de la Santé de l'époque, Maggie De Block, a annoncé qu'elle voulait rendre les antibiotiques et les inhibiteurs d'acide gastrique plus chers, nous nous sommes rendus aux Pays-Bas à bord de 10 bus pour démontrer l'énorme différence de prix. Ce fut un succès, car Maggie a dû faire marche arrière. Et une fois de plus, nous mettons en lumière l'alternative du modèle Kiwi. Un nouveau projet de loi portant sur le modèle Kiwi a été l'une des dernières réalisations de Dirk Van Duppen avant qu'il ne soit terrassé par une maladie fatale. Nos parlementaires du PTB ont déposé une proposition de loi détaillant ce que pourrait être un tel modèle Kiwi en Belgique.<sup>4</sup> Nous continuons le combat de Dirk !

### **Tim Joye**

responsable du service d'études de MPLP



## Du Lipitor à Humira

Le secteur pharmaceutique n'est certainement pas resté inactif ces dernières années. La route vers les plus gros profits n'est plus la même qu'il y a vingt ans. Cette évolution était inéluctable, d'autant que les progrès spectaculaires de la science ont modifié le type de médicaments commercialisés.

À l'époque de la guerre des médicaments, les entreprises pharmaceutiques réalisaient leurs bénéfices principalement grâce aux médicaments utilisés pour des maladies très fréquentes : trop de cholestérol, hypertension artérielle, acide gastrique, etc. Ce sont les produits qui ont rapporté beaucoup d'argent, des médicaments qui pouvaient être prescrits à de très larges groupes de patients et qui devaient souvent être pris pendant une longue période. Revenu garanti. Comme les blockbusters du monde du cinéma, superproductions à gros succès au budget de plusieurs millions et qui rapportent gros. Pour beaucoup de ces blockbusters, le brevet a expiré et des versions génériques moins chères sont apparues sur le marché. Les bénéfices étaient sous pression. En 2009, nous lisons dans le journal :<sup>5</sup> « La plupart des grandes entreprises pharmaceutiques ont aujourd'hui beaucoup de mal à maintenir leur position, leur chiffre d'affaire et leurs bénéfices ».

L'industrie pharmaceutique a donc commencé à chercher d'autres moyens de vendre des médicaments en réalisant des bénéfices élevés. Ils ont un problème avec les nouveaux médicaments de la dernière décennie : la plupart sont destinés à des maladies qui touchent un nombre beaucoup plus restreint de patients. De nombreux traitements actuellement en cours de développement appartiennent aux domaines de l'immunothérapie et de la thérapie génique. Il s'agit de domaines de la science médicale qui n'en étaient encore qu'à leurs balbutiements il y a vingt ans, mais qui ont énormément évolué depuis. Cela ouvre la voie à un meilleur traitement de nombreuses maladies. Pensons aux maladies immunitaires chroniques<sup>6</sup> comme la maladie de Crohn ou la polyarthrite rhumatoïde, mais aussi au cancer et à certains troubles génétiques. Il s'agit donc de médicaments ayant un impact important, mais dont le public cible est plus restreint que celui de leurs prédécesseurs d'il y a vingt ans.

Pour faire de ce groupe de médicaments la nouvelle vache à lait, les entreprises pharmaceutiques ont modifié leurs prix. Si le public cible est plus restreint et que vous souhaitez réaliser le même chiffre d'affaires, vous devez augmenter les prix. En sept ans le prix d'un traitement d'un cancer a multiplié par vingt par exemple. Le modèle économique a été adapté à l'évolution technologique. Des blockbusters, on est passé aux nichebusters.<sup>7</sup>

La comparaison dans le tableau ci-joint rend l'évolution plus concrète. Nous montrons le numéro 1 dans le Top 25 de l'INAMI de 2002 et de 2020. Il s'agit de la liste des 25 médicaments qui

<sup>5</sup> Générique : médicament contenant le même principe actif que le médicament de marque commercialisé à l'origine. Le générique ne peut être commercialisé qu'après l'expiration du brevet du médicament de la marque originale.

<sup>6</sup> Immunothérapie : thérapie médicale visant le système immunitaire. On traite les maladies en stimulant ou en inhibant nos défenses. De nombreux nouveaux médicaments contre le cancer

<sup>7</sup> Thérapie génique : introduction de matériel génétique (ADN, ARN) chez le patient pour prévenir ou guérir une maladie.

## Médicaments qui coûtent le plus à l'INAMI – 2002 et 2020

		Prix par dose	Nombre de doses remboursées	Total du montant remboursé
2002	atorvastatine	0,68 euros	111 millions	76 millions d'euros
2020	adalimumab	20,39 euros	5 millions	102 millions d'euros

coûtent le plus cher à l'INAMI. Le numéro 1 actuel, l'adalimumab (nom de marque Humira), est utilisé par beaucoup moins de personnes qu'il y a vingt ans pour le médicament hypocholestérolémiant atorvastatine (nom de marque Lipitor).

L'histoire du prix de l'adalimumab, l'Humira donc, est une bonne illustration de la manière dont les prix sont artificiellement augmentés encore plus qu'auparavant. L'Humira est un anti-inflammatoire destiné au traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Il a été commercialisé pour la première fois en 2003 par Abbott (aujourd'hui AbbVie). Après l'expiration du brevet en 2018, de nombreux hôpitaux ont lancé de nouveaux appels d'offres pour profiter de la baisse des prix. Le prix de Humira a immédiatement chuté d'environ 80 %.<sup>8</sup>

## La transparence en danger

| Pour les toutes petites niches, comme les médicaments dits orphelins, un régime de remboursement spécifique a même été créé au sein de l'INAMI – le fameux article 81 ; De cette façon le prix de revient exact de cette catégorie de médicaments reste un secret bien gardé.

L'histoire de cette nouvelle procédure – l'article 81 – démontre bien comment le gouvernement a complètement suivi le nouveau modèle commercial de l'industrie pharmaceutique. En 2015, la ministre libérale Maggie De Block a conclu un « Pacte d'avenir » avec pharma.be, le lobby belge des grandes entreprises pharmaceutiques. L'industrie pharmaceutique a accepté que le prix d'un grand nombre de médicaments classiques puisse être revu à la baisse, en échange de la promesse que les nouveaux médicaments de niche puissent obtenir un accès rapide et facile au remboursement.

Depuis lors, le nombre de médicaments relevant de l'article 81 a augmenté de manière exponentielle, passant de 6 en 2010 à 135 en 2019.<sup>9</sup> Nous négocions donc avec les grandes multinationales le prix de leurs médicaments, mais nous gardons le secret sur le montant pour les pays voisins. Cela afin de ne pas nuire à la position concurrentielle de l'entreprise. Ce système sape

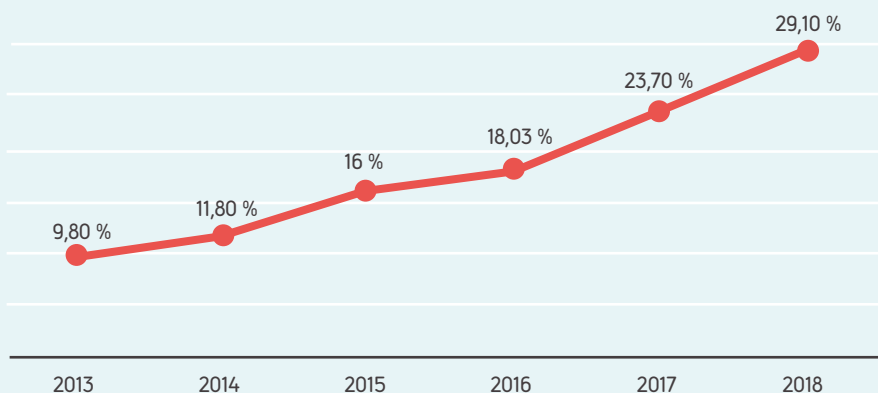
| Médicament orphelin : médicament destiné au traitement de maladies rares et graves



notre démocratie. Même les députés élus au Parlement n'ont pas accès aux contrats secrets. Il s'agit d'un mécanisme qui incite tout simplement à pratiquer des prix toujours plus élevés.

L'article 81 n'est pas le seul tapis rouge que les politiciens ont déroulé devant Big Pharma. Au sein de l'Union européenne, il y a eu le règlement sur les médicaments orphelins, et les États-Unis ont fait de même avec le Orphan Drug Act. Ces directives prévoient, entre autres, des avantages fiscaux et l'exclusivité du marché. Le nombre de médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à un milliard d'euros dans l'UE est passé de 4 en 2013 à 20 en 2019.<sup>10</sup>

### Part des dépenses de médicaments en Belgique sous contrat secret (article 81), 2013 - 2018



Source : Simon Andries, "Hoe de liberale minister de vrije markt uitschakelt", De Standaard, 2 juni 2018. ([https://www.standaard.be/cnt/dmf20180601\\_03541830](https://www.standaard.be/cnt/dmf20180601_03541830))



## Le bébé Pia

En septembre 2019, une vague de solidarité a déferlé sur notre pays. On a diagnostiqué chez un bébé, Pia, une atrophie musculaire spinale (AMS), une maladie musculaire génétique et incurable qui peut entraîner une paralysie et, dans le pire des cas, la mort. Plus d'un million de SMS d'une valeur de 2 euros ont été envoyés pour aider à payer le médicament extrêmement coûteux Zolgensma. L'entreprise pharmaceutique Novartis demande en effet 1,9 million d'euros par dose. Novartis invoque les coûts élevés de la recherche sur le Zolgensma, mais elle passe sous silence le fait que ce n'est pas elle qui a réalisé la percée scientifique, mais le laboratoire de recherche public Généthon, lui-même financé par des fonds publics et – ô ironie – par le grand public grâce à du crowdfunding. Ensuite, c'est la start-up américaine AveXis qui a investi les ressources nécessaires pour réaliser les études cliniques. Ce n'est que lorsque ces études se sont avérées concluantes que le géant pharmaceutique Novartis a pris le train en marche.

Ce médicament est-il si cher parce que les coûts de production sont élevés ? Non, Novartis exploite le fait que le médicament fonctionne si bien et soit si convoité. Le prix de vente de 1,9 million d'euros a généré un bénéfice de 143 millions d'euros sur trois mois en 2019.<sup>11</sup> David Lennon, le président d'Avexis, a déclaré sans honte aucune :

« Devrions-nous alors traiter gratuitement toutes les Pia ? La valeur du produit est très élevée et le prix est juste. »<sup>12</sup> Sans scrupules. La protestation s'est encore intensifiée. Finalement, l'entreprise a trouvé une solution : un tirage au sort.<sup>13</sup> Dans les pays où le Zolgensma n'est pas remboursé, le sort décidera désormais quels bébés de moins de deux ans recevront le médicament gratuitement. Pile ou face sur la vie ou la mort. Avec le PTB, nous avons exigé que le ministre intervienne. C'est possible avec une licence contraignante.<sup>14</sup> Cela signifie que le ministre oblige le titulaire du brevet à accorder une licence à un autre fabricant pour produire le médicament. Cela aurait pu faire baisser le prix du Zolgensma. L'histoire du bébé Pia a incité notre groupe au Parlement à présenter un projet de loi visant à faciliter le recours aux licences obligatoires dans notre pays.



**Sofie Merckx,**  
médecin MPLP Marcinelle  
et chef de groupe du PTB à la Chambre



<sup>11</sup> Start-up : il s'agit généralement d'une entreprise à croissance rapide qui souhaite proposer au marché un produit ou un service, un processus commercial ou une plateforme innovants.

## 2. Les patients et la sécurité sociale paient le prix fort



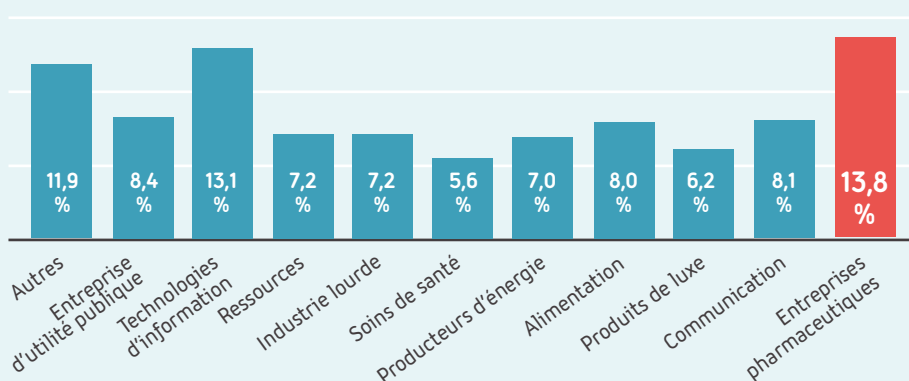
« L'investissement le plus rentable après le pétrole et l'immobilier ? Les maladies. »

Médecins du Monde – Campagne « Le Prix de la vie »<sup>15</sup>

Les familles paient encore chaque année des centaines d'euros de leur propre poche pour des médicaments.<sup>16</sup> Tout aussi important : avec ses prix exorbitants, l'industrie pharmaceutique commet également un véritable hold-up sur notre système de sécurité sociale, qui est chargé de rembourser ces médicaments extrêmement coûteux. Elle place le gouvernement devant un choix déchirant : soit nous payons le prix qu'elle impose, soit les patients se voient refuser l'accès aux nouveaux médicaments. Il en résulte qu'aucun autre poste de dépenses du secteur de la santé n'augmente de manière aussi spectaculaire que celui des médicaments. Cela met sous pression l'ensemble du système de sécurité sociale, si bien que tous les autres secteurs doivent se serrer la ceinture depuis des années. Entre 2020 et 2024, quelque 1,4 milliard d'euros seront nécessaires pour le remboursement des médicaments en Belgique. C'est 30 % de plus que le budget de la période précédente. Et ce, malgré le fait que les dépenses des soins n'augmenteront que de 241 millions d'euros (14 %).<sup>17</sup>

Pendant ce temps, les bénéfices des multinationales pharmaceutiques s'envolent. Ainsi, en 2021, le groupe Roche est devenu numéro un grâce à un fabuleux bénéfice de 13,7 milliards de dollars.<sup>18</sup> Les entreprises pharmaceutiques sont beaucoup plus rentables que les autres grandes

### Marges bénéficiaires des entreprises pharmaceutiques et autres entreprises



Source : Ledley F. et al., "Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies", JAMA, 2020. (<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762308>)

La marge bénéficiaire indique les revenus nets générés en pourcentage du chiffre d'affaires total.

Les marges bénéficiaires médianes de 500 entreprises (reprises dans le S&P 500 dataset) entre 2000 et 2018, regroupées par secteur, sont affichées ici.

entreprises.<sup>19</sup> Le graphique ci-dessous montre la différence de marge bénéficiaire nette par secteur économique. L'industrie pharmaceutique l'emporte haut la main. Pour chaque 100 dollars de chiffre d'affaires, elle a réalisé 13,8 dollars de bénéfices. C'est mieux que le secteur bancaire, mieux que le secteur de l'énergie, etc. La marge bénéficiaire moyenne des autres secteurs n'était que de 7,7 %.<sup>20</sup>

## Le prix des médicaments « est celui que le fou est prêt à payer »



*« Les firmes pharmaceutiques partent du principe qu'on est prêt à vendre sa maison pour être soigné d'un cancer. »*

Dirk Van Duppen – ancien président de MPLP

Comment les entreprises pharmaceutiques peuvent-elles justifier qu'elles demandent autant d'argent pour un seul médicament ? Prenons l'exemple du sofosbuvir, un médicament contre l'hépatite C. Médecins du Monde a découvert qu'il coûtait environ 100 euros à produire, alors que les laboratoires Gilead demandent jusqu'à 43 000 euros pour celui-ci.<sup>21</sup> L'industrie pharmaceutique invoque souvent les coûts élevés de la recherche et du développement de médicaments innovants et les risques élevés qu'elle serait amenée à assumer. Mais il est inconcevable qu'elle puisse justifier un prix de vente 400 fois supérieur au coût de production, comme c'est le cas pour le sofosbuvir. Nous savons également que le vaccin contre le coronavirus est beaucoup plus cher que le prix de revient. Les pharmacologues et les économistes estiment que le vaccin de Pfizer peut être produit à un prix compris entre 0,8 et 1,4 dollar. Si l'on ajoute à cela les coûts de recherche, de développement et de distribution, on arrive à un maximum de 3 dollars par dose, même avec des estimations généreuses. Aujourd'hui, notre gouvernement paie 19,5 dollars à Pfizer.<sup>22</sup>

Les entreprises pharmaceutiques affirment que la recherche de nouveaux médicaments est de plus en plus coûteuse. Mais les exemples ci-dessus montrent que ce coût ne correspond pas du tout aux prix faramineux. Un autre exemple : Pour dix nouveaux médicaments anticancéreux largement utilisés, les chercheurs ont calculé que le coût moyen de développement était d'environ 648 millions d'euros, tandis que le gain médian était de 1 658 millions.<sup>23</sup>

Le problème est que les gouvernements ne connaissent souvent pas le coût exact du développement d'un nouveau médicament. Des chercheurs de Louvain ont également constaté que l'industrie pharmaceutique surestimait largement les coûts moyens de développement dans sa communication. Le coût moyen du développement d'un nouveau médicament s'est avéré inférieur de près d'un milliard et demi de dollars à ce que prétend le secteur pharmaceutique.<sup>24</sup>

Si le prix n'est pas déterminé par le coût de production et s'il n'est pas non plus déterminé par le coût de la recherche et du développement, alors par quoi est-il déterminé ? L'exemple du sofosbuvir et de l'hépatite est très éloquent. L'entreprise a calculé ce prix sur la base de ce que coûte

au patient et à la collectivité une transplantation du foie, une opération qui peut être évitée par le traitement au sofosbuvir. Les lobbyistes de Big Pharma appellent cela la « tarification basée sur la valeur ». Le prix dépend donc de la valeur que le médicament a pour notre santé. C'est absurde. C'est comme si le coût de l'installation d'un airbag dans votre voiture dépendait de la valeur de la vie sauvée lors d'un grave accident. Comment détermine-t-on la valeur d'une vie humaine ? La santé n'a pas de prix, the sky is the limit. Jusqu'où iriez-vous si votre enfant était atteint de leucémie et que vous aviez besoin d'un médicament ? Si nécessaire, vous vendriez votre maison et tous vos meubles. Les personnes malades sont prêtes à faire beaucoup pour être guéries. C'est précisément ce que l'industrie pharmaceutique exploite en faisant payer les médicaments au prix le plus cher possible que les patients et l'assurance soins de santé sont prêts à payer. « Il devient donc possible de tirer profit des besoins d'autrui et il y a alors un risque que le prix ne soit finalement pas en rapport avec les coûts de production. On dit parfois que c'est « ce que le fou est prêt à payer », explique Marc Reynebeau.<sup>25</sup>

## Brevets et monopoles : la privatisation de la recherche publique

Comment se fait-il que les entreprises pharmaceutiques aient un pouvoir tel qu'elles peuvent manipuler les prix de la sorte ? Ce sont les fameux « brevets » qui rendent cela possible. Un brevet donne à une entreprise le droit exclusif de commercialiser un médicament ou un vaccin. Dans aucun autre secteur, les brevets ne sont aussi fortement réglementés et protégés que dans le secteur pharmaceutique. Un brevet confère aux entreprises une position de monopole pendant au moins vingt ans. Nul autre n'est autorisé à produire et à commercialiser le médicament, et la société pharmaceutique est libre de fixer le prix de manière entièrement unilatérale. Il n'existe de toute façon pas de concurrents moins chers.

Pourtant, les nouveaux médicaments ou vaccins ne sont généralement pas découverts par les entreprises pharmaceutiques elles-mêmes. Parmi les nouveaux médicaments que les géants pharmaceutiques tels que Pfizer et Johnson & Johnson mettent sur le marché, ils en ont découvert eux-mêmes 11 à 23 %.<sup>26</sup> La stratégie des multinationales pharmaceutiques est très simple : elles écumant le marché à la recherche des médicaments et des technologies les plus prometteurs et investissent des sommes considérables pour les acheter. Comment cela fonctionne-t-il exactement ?

- Les percées dans la recherche et le développement de médicaments innovants sont presque toujours le fruit d'années de recherches de scientifiques passionnés de différentes universités, financées par des fonds publics. Cette recherche fondamentale est la plus coûteuse et comporte les plus grands risques.
- Les nouvelles découvertes sont ensuite généralement développées par l'entremise de *spin-off* privées à but lucratif. La nouvelle connaissance est protégée par un brevet afin que personne d'autre ne puisse l'utiliser.

Monopole : Une situation dans laquelle un produit ou service n'est offert que par une seule organisation. Le prix n'est pas déterminé alors par le fonctionnement du marché, mais fixé par l'unique fournisseur.

Spin-off : un spin-off est une entreprise issue d'une autre entreprise plus grande ou d'un institut de recherche. Il s'agit souvent d'entreprises innovantes qui découlent directement de la recherche





- Les grandes entreprises biotechnologiques ou pharmaceutiques ne prennent pas le train en marche avant que les premières études cliniques ne se soient déroulées de manière concluantes. Elles choisissent les candidats médicaments les plus prometteurs en vue de les développer et de les commercialiser. Elles acquièrent les brevets ou – ce qui arrive encore plus souvent – elles y jettent de l’argent pour ajouter les start-up, les spin-off et les sociétés de biotechnologie présentant les médicaments les plus prometteurs à leur portefeuille..

En d’autres termes : l’investissement public dans la recherche à haut risque finit par être privatisé par Big Pharma. La plupart des recherches à l’origine des nouveaux médicaments sont financées par des fonds publics. Rien qu’en Amérique, plus de 70 % de la recherche fondamentale à l’origine des nouveaux médicaments est effectuée par des institutions publiques, des universités et d’autres organisations à but non lucratif.<sup>27</sup> Cette recherche collective ne produit pas un bien public, mais des connaissances qui sont monopolisées par les entreprises. Et le contribuable paie deux fois : une première fois pour la recherche et une deuxième fois pour le remboursement de médicaments très chers. Charges publiques, bénéfices privés, un mécanisme bien connu du capitalisme.

Le modèle de profit de l’industrie pharmaceutique a donc considérablement changé ces dernières années. Les multinationales pharmaceutiques ne sont plus seulement des entreprises qui fabriquent et vendent des médicaments. Une grande partie des bénéfices des multinationales ne provient plus des ventes, mais des transactions financières. De grands fonds d’investissement ont racheté les actions des géants pharmaceutiques ; ces sociétés rachètent elles-mêmes leurs propres actions pour en faire monter le prix. Les dividendes versés aux actionnaires sont en constante augmentation et dépassent les budgets consacrés à la recherche et au développement de nouveaux médicaments.<sup>28</sup>

Étude clinique : lors d’une étude clinique, des médicaments ou d’autres traitements médicaux sont testés sur des cobayes humains. Un médicament n’est autorisé à sortir sur le marché que si une étude clinique prouve que la substance est efficace, et ne provoque pas d’effets secondaires graves.

La monopolisation dans le secteur pharmaceutique est énorme. Les petites entreprises ayant des médicaments prometteurs en cours de développement sont constamment rachetées par les grands acteurs. Les grands n'avaient plus seulement les petits, mais aussi d'autres grands. Le nombre de fusions et d'acquisitions annuelles est passé d'environ 100 opérations à la fin des années 1980 à 800 opérations en 2015. Le pouvoir dans le monde pharmaceutique est donc concentré entre les mains d'un petit club de multinationales.<sup>29</sup> En 2017, les quatre plus grandes entreprises pharmaceutiques ont représenté plus de 40 % du chiffre d'affaires total du secteur pharmaceutique.<sup>30</sup> Les entreprises doivent se plier à cette concurrence pour maintenir leur position : c'est manger ou être mangé.



## ADPIC et SIDA

Jusqu'aux années 1990, la protection des brevets s'arrêtait aux frontières nationales. Un brevet américain n'avait aucune valeur juridique en Inde ou au Brésil, par exemple. En commençant le développement de leurs propres industries, ces pays seraient en mesure de produire leurs propres médicaments – en toute légalité – et ne seraient donc plus dépendants des exportations américaines. Les géants pharmaceutiques américains y ont vu une menace majeure pour leur chiffre d'affaires. Après une campagne de lobbying massive, la protection par brevet a été mise en place au niveau mondial. Soumis à forte pression, en 1994, 123 pays ont signé le fameux Accord sur les ADPIC (accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce).<sup>31</sup> Daarin verbonden ze zich ertoe om patentbescherming op hun grondgebied af te dwingen voor minstens twintig jaar. Een geneesmiddel produceren en verkopen waarop je niet het patent hebt, wordt daardoor illegaal. Landen werden voor hun geneesmiddelen afhankelijker van een handvol rijke multinationals.

Ils s'engagent par là à faire respecter la protection des brevets sur leur territoire pendant au moins 20 ans. Produire et vendre un médicament dont on ne détient pas le brevet devient donc illégal. Les pays sont devenus plus dépendants d'une poignée de riches multinationales pour leurs médicaments.

Mais le sida est alors arrivé. La pandémie de VIH a mis en évidence le conflit entre les intérêts des grandes entreprises et la santé publique. En Afrique du Sud, des milliers de personnes mouraient du sida chaque jour. Les inhibiteurs du sida existaient, mais étaient beaucoup trop chers et les entreprises détentrices des brevets refusaient de baisser leurs prix. Le gouvernement d'Afrique du Sud, qui venait de sortir de l'Apartheid, voulait profiter de l'occasion offerte par l'accord ADPIC (Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) pour importer d'Inde des inhibiteurs génériques du sida moins chers. Bien sûr, l'industrie pharmaceutique ne pouvait pas rester les bras croisés. En 1998, 39 multinationales pharmaceutiques – soutenues par le gouvernement américain de Bill Clinton et la Commission européenne – ont intenté une action contre le gouvernement Mandela.



© Eric Miller

Big Pharma contre Nelson Mandela. Une pression publique massive, soutenue par de nombreuses ONG et des mouvements populaires dans le monde entier, a obligé le gouvernement américain à faire marche arrière. Finalement, les géants pharmaceutiques ont eux aussi renoncé à leur action. En Afrique du Sud, Big Pharma a pour la première fois mordu la poussière. Enfin, une déclaration, prononcée à Doha en 2001, a réaffirmé que l'accord ADPIC permettait à des pays comme l'Afrique du Sud d'utiliser certaines mesures de l'accord, telles que les licences obligatoires et les importations « parallèles » d'un autre pays.

Heureusement, ce système est de plus en plus critiqué. En 2020, au début de la pandémie de coronavirus, le prix Nobel d'économie américain Joseph Stiglitz a écrit « Les monopoles sont mortels ». Selon lui, ils coupent l'accès à des médicaments vitaux qui auraient été disponibles dans un système alternatif.<sup>32</sup>

L'économiste italienne Mariana Mazzucato est également très critique. Depuis plusieurs années, elle mène des recherches sur le thème de l'innovation. Elle a qualifié de « criminelle » l'attitude de l'industrie pharmaceutique en temps de coronavirus. En 2019, elle a publié le rapport international « The people's prescription », établissant un diagnostic très net du modèle d'innovation en matière de santé qui, selon elle, est « cassé ».<sup>33</sup> Son message est clair : « Aujourd'hui, les brevets sont généralement trop stricts. Nous avons laissé les entreprises en abuser. » Mazzucato décrit comment l'industrie pharmaceutique, grâce à son monopole, fixe le prix d'un médicament tout simplement à la limite maximale de ce qu'un pays est en mesure de payer. Elle est très claire sur la question de l'innovation : « Les brevets actuels n'encouragent pas l'innovation, ils lui sont même préjudiciables. Ils détruisent de la valeur au lieu de la créer. »<sup>34</sup>

### 3. Le modèle économique pharmaceutique entrave le progrès social

« Pour Big Pharma, il est plus avantageux de fabriquer une nouvelle crème pour le corps qu'un vaccin. »<sup>35</sup>



Noam Chomsky – professeur américain de linguistique, philosophe, critique des médias et activiste politique<sup>36</sup>

« Sans brevets, pas d'innovation » : quiconque a déjà assisté à une discussion sur les brevets connaît cette affirmation péremptoire. Lorsque, pendant la crise du coronavirus, l'appel à la levée des brevets sur le vaccin est devenu de plus en plus fort, la N-VA a rapidement pris le train en marche avec cet argument familier.<sup>36</sup> « Abolir les brevets est une idée communiste », a ajouté la N-VA. Cependant, la réalité est que le modèle économique de l'industrie pharmaceutique et ses brevets constituent un obstacle entre le progrès scientifique et la santé de notre population.

# Désormais, ce n'est pas la santé, mais le profit privé qui est le moteur de l'innovation

L'industrie pharmaceutique néglige actuellement de nombreux besoins importants en matière de santé. La maladie d'Alzheimer en est un bon exemple. Pfizer, Merck, Roche... l'une après l'autre, les plus grandes multinationales ont arrêté leurs recherches sur la maladie d'Alzheimer ces dernières années. Pour notre population vieillissante, cette recherche a une valeur énorme, mais les premiers résultats étaient trop faibles et elles ont donc abandonné.

Bart De Strooper, spécialiste de la maladie d'Alzheimer, en a fait l'expérience au cours de ses recherches et a décrit avec justesse ce qu'il en est aujourd'hui : « Les premières recherches sur les médicaments n'ont pas donné le résultat escompté. Les études cliniques pourraient être améliorées et un budget plus important est nécessaire pour la recherche fondamentale. L'industrie pharmaceutique a été trop rapide pour mettre au point des médicaments et trop rapide pour abandonner lorsque cela ne débouchait pas sur une réussite immédiate. En raison de résultats décevants, les grandes entreprises pharmaceutiques ont abandonné la recherche sur la démence. C'est très cynique. Pfizer a ensuite annoncé qu'elle reprendrait le fil "lorsqu'elle verrait de nouvelles opportunités". Elles ne veulent donc plus utiliser leurs énormes ressources jusqu'à ce que d'autres mettent d'abord eux-mêmes la main au feu. »<sup>37</sup>

Même lorsque l'industrie pharmaceutique reçoit des fonds du gouvernement à des fins d'innovation, elle choisit de les utiliser principalement pour les sujets sanitaires qui sont commercialement les plus intéressants.<sup>38</sup> C'est pourquoi nous n'étions absolument pas préparés lorsque l'épidémie de coronavirus a éclaté. Mais nous n'avons pas appris de nos erreurs. La résistance aux antibiotiques est peut-être le plus grand problème auquel nous devons faire face. Les experts craignent qu'après le coronavirus, ce soit la prochaine pandémie « silencieuse » à venir. Il s'agit de bactéries qui ne répondent plus aux antibiotiques existants. Le problème est qu'aucune nouvelle classe d'antibiotiques n'a été développée depuis les années 1980. Seules trois entreprises pharmaceutiques ont des programmes de recherche à petite échelle. La raison est simple : les antibiotiques ne doivent souvent être pris que pendant environ sept jours et ne rapportent tout simplement pas assez à l'industrie pharmaceutique. La protection de notre corps contre les bactéries n'est donc pas suffisamment rentable.<sup>39</sup>

Investir dans un vaccin qui prévient une maladie ou dans un médicament qui la guérit est de toute façon moins intéressant commercialement, car on n'en a généralement besoin qu'une seule fois. Cela a incité la banque d'investissement Goldman Sachs à poser la question suivante, honnête, mais choquante : « Guérir les patients constitue-t-il un modèle économique durable ? » Du point de vue du profit, il est beaucoup plus intéressant de développer des médicaments à prendre sur de longues périodes par les consommateurs fortunés. « Les médicaments pour le cœur, les tranquillisants qui créent une dépendance et les traitements contre l'impuissance masculine sont les plus rentables. Pas les médicaments contre les infections nosocomiales, les infections émergentes et les maladies tropicales mortelles traditionnelles. Un médicament uni-

versel contre la grippe – un vaccin qui cible les parties immuables des protéines de surface du virus – est réalisable depuis des décennies, mais il n'est pas assez rentable pour constituer une priorité », résume l'écrivain et activiste politique Mike Davis.<sup>40</sup> Le scientifique et analyste politique américain Noam Chomsky a donc raison : une crème pour le corps rapporte plus qu'un vaccin. À l'inverse, beaucoup de nouveaux médicaments sont mis sur le marché sans que leur efficacité ne soit prouvée. Par exemple, via le célèbre article 81 de Maggie De Block. Sur les 12 cancers pour lesquels de nouveaux traitements ont été approuvés ces dernières années, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a constaté une (légère) augmentation de l'espérance de vie dans six cas seulement. Dans les six autres, rien du tout.<sup>41</sup>

En réalité, une très grande partie du chiffre d'affaires pharaonique de l'industrie pharmaceutique n'est pas du tout utilisée à des fins d'innovation. L'industrie pharmaceutique consacre environ 15 % de son chiffre d'affaires.<sup>42, 43</sup> à la recherche et au développement. Souvent, elle dépense autant, voire plus, en marketing.<sup>44</sup> Grâce aux bilans annuels des plus grandes multinationales, nous savons qu'elles consacrent une fois et demie plus de fonds au paiement des dividendes plutôt qu'aux départements de recherche.<sup>45</sup>

Il est également frappant de constater que cette politique vise à guérir les maladies plutôt qu'à les prévenir.<sup>46</sup> Or la prévention des maladies est beaucoup plus efficace et moins coûteuse que leur traitement. Les motifs économiques amènent les chercheurs à se focaliser sur des médicaments curatifs. Plus les entreprises pharmaceutiques finalisent les études cliniques pour un nouveau médicament rapidement, plus longtemps elles profitent de la période bénéfique garantie grâce au brevet. Les traitements préventifs demandent beaucoup plus de temps de recherche. Ainsi 17 000 études étaient en cours sur des médicaments pour la guérison de cancers à un stade avancé avec très peu de chance de survie pour le patient, alors qu'à peine 500 études traitaient de la prévention du cancer.<sup>47</sup>



# L'influence sur les chercheurs et les prescripteurs

Les grandes sociétés pharmaceutiques ont donc un pouvoir énorme sur la science médicale aujourd'hui. Mais le problème va au-delà des seules priorités qu'elles se fixent. Elles exercent également une influence sur la recherche scientifique de plusieurs manières. Avec pour conséquence la déformation et la manipulation de notre connaissance de la réalité.<sup>48</sup>

Par exemple, les résultats des essais cliniques sont souvent gardés secrets s'ils sont décevants. Des recherches ont montré que 15 à 50 % de toutes les études cliniques ne sont jamais publiées. Les scientifiques ne disposent donc pas une vue d'ensemble des recherches déjà réalisées. Ils ne voient que les résultats positifs. De la sorte, on ne peut pas apprendre des échecs déjà rencontrés par d'autres.<sup>49</sup> Cela nous mène inutilement sur de fausses routes, et au gaspillage. Cochrane, une organisation qui évalue la recherche médicale, a calculé que 150 milliards d'euros sont gaspillés chaque année pour des études qu'un concurrent est également en train de réaliser ou qui ont été réalisées il y a dix ans et dont les résultats n'ont jamais été rendus publics.

Il y a ensuite l'influence exercée sur les médecins eux-mêmes, ceux qui prescrivent les médicaments. Le nombre de visites pharmaceutiques chez les médecins généralistes est peut-être en baisse, mais l'influence demeure. Les entreprises pharmaceutiques ont investi près de 250 millions d'euros dans la « collaboration ».<sup>50</sup> avec les prestataires de soins de santé, les établissements de santé et les associations de patients en 2019. L'industrie préfère de plus en plus rendre visite au spécialiste, car il prescrit souvent les médicaments les plus récents.

Il est préférable que les médecins qui prescrivent des médicaments aux patients soient informés par une organisation indépendante afin de garantir une médecine de qualité fondée sur les faits. En Belgique, par exemple, il existait jusqu'il y a peu l'ASBL Farmaka, un centre indépendant, qui promouvait l'utilisation responsable des médicaments.<sup>51</sup> Farmaka était une épine dans le pied de l'industrie pharmaceutique. Le centre a dû licencier ses 28 employés à la suite des coupes budgétaires de la ministre De Block (Open Vld).

## Pénuries fréquentes de médicaments

Les patients comptent sur le fait qu'ils peuvent obtenir les médicaments nécessaires quand ils en ont besoin. Mais ils sont de plus en plus confrontés à des pénuries. Les patients se rendent chez le pharmacien avec leur ordonnance, pour s'entendre dire que leur médicament n'est pas disponible. Parfois, ils doivent attendre pendant des mois. Cette situation crée naturellement beaucoup d'incertitude chez les médecins et les patients. Souvent, ces ruptures de stock ne sont pas un hasard, mais sont totalement liées au prix que les producteurs peuvent obtenir ailleurs.

Les producteurs et les grossistes jouent en quelque sorte avec leurs stocks, en fonction de l'endroit où les plus gros profits peuvent être réalisés. La manière dont les entreprises pharmaceutiques et les grossistes provoquent des pénuries et les utilisent pour augmenter leurs profits est devenue un modèle commercial en soi.

Evidence-based medicine : médecine fondée sur les meilleures preuves scientifiques existantes pour décider du traitement d'un patient



## Pfizer s'incline devant un groupe de patients

Fin octobre 2016, Pfizer a arrêté la fourniture du médicament Ledertrexate. Le médicament injectable était utilisé, entre autres, pour lutter contre les douleurs articulaires et les maladies auto-immunes. À la suite de la décision de Pfizer, on estime que, depuis novembre, 10 000 patients ont été privés de leur médicament. Avec, en conséquence, des douleurs inutiles et une progression de la maladie. J'étais l'un d'entre eux et j'ai contacté la direction de Pfizer. Celle-ci a déclaré que la rupture d'approvisionnement était due à un problème de production dans leur usine. Un cas de force majeure, en quelque sorte. Mais après enquête, il s'est avéré que Pfizer avait des usines pour la production de ce médicament dans au moins quatre pays ! Un problème de production dans une usine ne pouvait tout simplement pas entraîner l'arrêt des livraisons en Belgique. À moins que Pfizer n'ait préféré vendre la production là où un prix plus élevé était payé ? Avec Médecine pour le Peuple, nous avons alors décidé d'engager une action en justice. Nous voulions que Pfizer comparaisse devant un tribunal. Le 25 janvier, en notre nom, deux avocats ont envoyé une mise en demeure à Pfizer, exigeant la reprise des livraisons dans les 24 heures. Dans le cas contraire, le géant pharmaceutique serait poursuivi en référé. Le lendemain, Pfizer a envoyé une notification aux avocats : « L'approvisionnement a été repris. »

**Peter Franssen**  
patient de MPLP Genk



## 4. Le remède : faire des médicaments et des vaccins essentiels un bien public

Nous avons besoin d'un changement de cap radical. Les médicaments que nous utilisons, les traitements que nous développons, les maladies sur lesquelles travaillent nos chercheurs : le fonctionnement de la science médicale et du secteur des médicaments doit être basé sur les besoins de santé de la population, et non sur les intérêts privés de quelques géants pharmaceutiques. Pour cela, nous avons besoin d'un gouvernement qui prenne en main la politique des médicaments et joue un rôle proactif, depuis la recherche initiale et le développement ultérieur jusqu'à la production finale et à la distribution.

### Inspiration du modèle Kiwi néo-zélandais

Le gouvernement néo-zélandais a procédé à un remaniement radical dans les années 1990. C'est à cette époque qu'a été créée Pharmac, une agence gouvernementale chargée de reprendre le contrôle du développement, de la production et de la vente des médicaments aux mains des multinationales pharmaceutiques. Depuis des années, elle est la source d'inspiration de la campagne Kiwi de Médecine pour le Peuple. L'objectif du modèle Kiwi est que notre pays reprenne les rôles de la politique des médicaments.

Ce modèle a été décrit pour la première fois dans le livre de Dirk Van Duppen, et a ensuite été développé pour le contexte belge dans une proposition de loi du PTB.





L'idée se compose de trois étapes. Tout d'abord, nous cherchons à savoir de quels traitements la population a besoin. Une analyse des besoins permettra de déterminer quels médicaments sont éligibles au remboursement. Une équipe d'experts indépendants sélectionne ensuite les médicaments les plus appropriés sur la base de critères scientifiques objectifs et d'études. Seuls les médicaments qui fonctionnent vraiment, ceux qui sont meilleurs parmi ce qui existe déjà, sont retenus. Enfin, un appel d'offres public est organisé, dans lequel le gouvernement demande aux entreprises pharmaceutiques de soumettre une offre de prix pour la production des médicaments sélectionnés. Seule l'entreprise qui offre le meilleur médicament au meilleur prix obtient un remboursement par la sécurité sociale.<sup>52</sup>

C'est une idée simple, dont la logique s'oppose diamétralement à la situation actuelle dans notre pays. Grâce au modèle Kiwi, nous reprenons, en tant que société, le contrôle de nos médicaments. Aujourd'hui, toute la politique est déterminée par les intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique. Avec le modèle Kiwi, nous passons d'une approche axée sur l'offre à une approche axée sur les besoins. Ensuite, le gouvernement utilise le pouvoir d'achat collectif de la sécurité sociale comme contrepoids aux monopoles pharmaceutiques, afin d'imposer le prix le plus bas possible.

En 2021, la<sup>53</sup> Cour des comptes belge a confirmé que le modèle Kiwi garantit des médicaments moins chers et de meilleure qualité. Leur avis sur la proposition de loi est positif et réaffirme les principaux avantages. Le kiwi rapporte de l'argent à la sécurité sociale. Il garantit aussi de meilleurs médicaments, dans la mesure où seuls les médicaments dont la valeur ajoutée est avérée sont remboursés. Il évite les conflits d'intérêts en sélectionnant les médicaments sur la base de critères scientifiques, et non plus sur la base du lobbying et du marketing des entreprises privées. De plus, il offre des garanties en matière de sécurité d'approvisionnement.

Plus tôt nous pourrions introduire ce système en Belgique, mieux ce sera. Aujourd'hui encore, notre système de sécurité sociale pourrait faire des économies considérables grâce à un modèle Kiwi. Dans le groupe des nouveaux médicaments, il existe également une catégorie qui mérite une attention particulière. Depuis plusieurs années, on voit apparaître des médicaments biosimilaires, des alternatives génériques à des médicaments biologiques (biomédicaments) coûteux comme Humira, dont on a parlé au début de ce chapitre.<sup>54</sup> Bien que cela puisse représenter une économie considérable. En 2019, les médicaments biosimilaires ont permis d'économiser 271 millions d'euros, malgré leur utilisation limitée.<sup>55</sup>

Néanmoins, le modèle Kiwi n'est pas suffisant pour concrétiser pleinement le droit aux médicaments. Le nouveau modèle commercial de l'industrie pharmaceutique pose de nouveaux défis auxquels le modèle Kiwi seul ne peut apporter de réponse. Comment pouvons-nous faire en sorte qu'à l'avenir, nous n'ayons plus à entendre des histoires déchirantes comme celles du bébé Pia et du bébé Lucien ? Comment pouvons-nous faire en sorte que davantage de recherches soient consacrées à des domaines moins lucratifs tels que la résistance aux antibiotiques ? Tant d'années après « La Guerre des médicaments », nous avons besoin de mettre à jour le modèle Kiwi pour affronter les nouveaux défis..

Les « biomédicaments » sont des médicaments biologiques. Cela signifie qu'ils sont fabriqués grâce à l'utilisation d'un organisme vivant. Quand une entreprise générique crée un produit similaire après expiration du brevet, on parle d'un biosimilaire. Parce que dans les médicaments biologiques la structure n'est jamais tout à fait identique.

# Un Institut Salk européen : faire des médicaments et vaccins essentiels un bien public

Lorsque Novartis décide d'exiger 1,9 million d'euros pour son médicament qui peut sauver la vie d'un bébé, le modèle Kiwi n'offre pas de solution. Et face à un tel cas de figure, l'institut Pharmac néo-zélandais est, lui aussi, impuissant. Ce que tout gouvernement peut faire, bien sûr, c'est accorder une licence contraignante pour briser le monopole sur un certain médicament ou traitement et permettre à d'autres entreprises de le produire, comme cela s'est déroulé dans la lutte contre le sida. Il ne s'agit toutefois pas d'une solution durable. Le problème des licences contraignantes est qu'elles doivent être demandées pays par pays et brevet par brevet. Ainsi, nous restons condamnés à recoller les morceaux. Il est crucial que nous reprenions le contrôle public beaucoup plus tôt dans le processus de recherche scientifique et de développement des médicaments, en commençant par les médicaments et vaccins qui sont vraiment essentiels à notre santé publique.

C'est un scénario d'avenir que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a recommandé dans son rapport.<sup>56</sup> de 2016 qui, en collaboration avec un groupe de réflexion international, recherchait des solutions aux prix élevés des médicaments. Il s'agit d'un plaidoyer pour considérer les médicaments comme un « bien public » de A à Z : « Dans un tel scénario, les brevets et les monopoles n'auraient plus de raison d'exister, dans la mesure où les médicaments et autres technologies de santé seraient considérés comme des biens publics. (...) Le public paie pour toutes les recherches et a donc un droit légitime sur les résultats. » On ne saurait être plus clair.



## « Pourrait-on breveter le soleil ? » (Jonas Salk)

Jonas Salk a prouvé que l'on pouvait aussi faire les choses différemment. Au milieu du siècle dernier, la polio ravageait le monde. C'est l'une des maladies les plus dévastatrices jamais connues de l'humanité. Le virologue Salk, avec son équipe de scientifiques passionnés, a lutté contre le virus. Quelque 20 000 médecins et agents de santé ont uni leurs forces, et avec succès : le 26 mars



1953, Jonas Salk annonçait un vaccin sûr et efficace contre la polio. Quand un journaliste lui a demandé : « Et qui détient le brevet maintenant ? », le Dr Salk a répondu sobrement : « Les gens, je dirais. Il n'y a pas de brevet. Pourrait-on breveter le soleil ? » Le vaccin contre la polio a été mis à disposition sans brevet, et la maladie a été éradiquée dans de grandes parties du monde.

Il est possible de conserver, entre les mains du public, les connaissances sur les médicaments et les vaccins que nous développons en grande partie avec des fonds publics. C'est la puissante position de monopole du titulaire du brevet qui met aujourd'hui les gouvernements hors-jeu. Une initiative à l'échelle européenne pourrait créer le pouvoir de changer de stratégie. Un institut européen pour la recherche et le développement, que nous pourrions appeler « Institut Salk » en l'honneur du découvreur désintéressé du vaccin contre la polio. .

## Comment fonctionne l'Institut Salk européen ?

L'Institut Salk européen se compose de trois axes.

1. Tout d'abord, l'axe de la recherche. Nous mettons en place un fonds de recherche ambitieux qui réunit toutes les subventions de recherche européennes. Nous finançons la recherche biomédicale de nos scientifiques avec des fonds publics, de A à Z. Cela peut se faire soit en prenant en charge les études cliniques, soit en donnant aux centres de recherche les ressources nécessaires. Mais dès le départ, des conditions sont couplées au financement. Transparence, toutes les données et tous les résultats de la recherche doivent être accessibles au public. Et les groupes de recherche ou entreprises participants ne sont pas autorisés à breveter eux-mêmes les résultats.
2. Le deuxième axe est la création et la gestion d'une base de données de connaissances publiques. Un réservoir de connaissances collectives, où tous les résultats et les connaissances technologiques sont rassemblés et partagés. Tout produit final développé au sein de l'Institut fera l'objet d'une **licence ouverte**. Nous veillons à ce que toutes les données et informations nécessaires restent publiques et à ce que le savoir-faire relatif à la production d'un médicament puisse être transmis à ceux qui en ont besoin.
3. Enfin, un axe de production, qui organise la production et la distribution. Les entreprises pharmaceutiques peuvent répondre à un appel d'offres pour la production et la fourniture d'un médicament pour tous les pays participants. Pour chaque produit, nous concluons ensuite un contrat avec une entreprise, sélectionnée sur la base de différents critères. Le prix et la qualité, bien sûr, mais l'institut peut aussi décider de se pencher sur les conditions de travail du personnel, par exemple.

| Une licence ouverte signifie que la propriété de l'invention est protégée, mais que tout nouvel utilisateur est automatiquement autorisé à récupérer et à utiliser toutes les informations la concernant

Les principes du modèle Kiwi continuent donc de s'appliquer au sein de l'Institut Salk. Seuls les médicaments nécessaires et offrant une valeur ajoutée sont éligibles au remboursement. Les entreprises pharmaceutiques peuvent continuer à produire des médicaments, mais ce qui change, c'est qu'elles ne peuvent plus acquérir un droit de monopole sur les connaissances publiques. Si différentes entreprises ont la capacité de produire un certain médicament, cela devrait être parfaitement possible.

L'Institut Salk européen peut également exploiter ses propres capacités de recherche et de production. Les laboratoires de recherche publics peuvent être orientés vers la recherche prioritaire de solutions aux plus grandes menaces pour la santé publique. Par exemple la résistance aux antibiotiques. Et les entreprises de production publiques peuvent contribuer à briser le monopole de Big Pharma et à faire baisser davantage les prix.

Il existe différents exemples dans lesquels des médicaments sont ou ont été développés ou produits. L'exemple le plus connu est Cuba, où l'institut public de recherche a par exemple déjà développé deux vaccins à part entière contre le coronavirus. Mais il y a aussi des exemples de pays capitalistes. Au 20<sup>ème</sup> siècle et pendant 70 ans, Connaught Labs du Canada était une entreprise publique avec sa propre capacité de recherche. Les scientifiques ont contribué à quelques percées médicales importantes, comme le développement de la pénicilline et le vaccin contre la polio.

### Que signifie la dissociation pour la recherche et la production de médicaments?



Éliminer les monopoles



Baisser radicalement les prix des médicaments



Encourager les recherches



Épargner de l'argent aux consommateurs, les payer de taxes et les employés

Source : Knowledge Ecology International, "Delinkage is a term to describe changes in the way we finance R&D", website bezocht op 12 januari 2022. (<https://delinkage.org/>)

## Quels sont les avantages ?

L'Institut Salk européen s'appuie sur le pouvoir de l'« open science ». Collaboration et partage Parce que la connaissance s'épanouit quand elle est partagée. Le partage des connaissances permet aux chercheurs de s'appuyer sur le travail des autres. Tout comme cela se passe dans le développement de logiciels. Si les équipes scientifiques travaillent ensemble pour chercher des réponses, nous pourrions faire de nombreuses autres percées. Collectivement, nous allons au-delà de la somme des entreprises individuelles à but lucratif qui, aujourd'hui, font souvent le même travail en parallèle. Nous ferions ainsi en sorte que la motivation intrinsèque des scientifiques passionnés soit pleinement exploitée : les gens sont plus performants lorsqu'ils voient clairement qu'ils travaillent pour le progrès de la collectivité, plutôt que pour le rendement maximal d'actionnaires privés.



### Pas de profit sur la pandémie

Depuis le début de l'année 2020, le Covid-19 a causé beaucoup de souffrance humaine à travers le monde. L'avènement des vaccins a apporté l'espoir d'une amélioration. Les vaccins ont été développés grâce à d'importantes sommes d'argent public, mais les entreprises pharmaceutiques contrôlent la production et fixent les prix grâce aux brevets qu'elles détiennent. Résultat : il n'y a pas assez de vaccins pour toute la population mondiale. Les vaccins sont également chers, car les entreprises veulent faire des bénéfices. L'Afrique du Sud et l'Inde ont proposé une solution : elles ont demandé à l'Organisation mondiale du commerce de suspendre temporairement les brevets sur les médicaments, les vaccins, le matériel de test et d'autres technologies clés dans la lutte contre le Covid-19. Cela s'est déjà produit avec le vaccin contre la polio et les médicaments contre le VIH. Cependant, l'Union européenne, entre autres, s'oppose à cette proposition. De nombreux citoyens et organisations sociales ont lancé une initiative citoyenne européenne intitulée « Pas de profit sur la pandémie ». L'objectif : un million de signatures de la part d'un million d'Européens. La Commission européenne devra alors discuter à nouveau de la levée des brevets. Tout le monde a droit à un vaccin et à des médicaments pour lutter contre le Covid-19. Les informations sur la qualité, la sécurité et les coûts de production des vaccins et des médicaments doivent être rendues publiques. La recherche d'un vaccin, financée par des fonds publics, ne doit pas être privatisée. Une pandémie ne peut pas être rentable. En bref, tout le monde a droit à la santé, car personne n'est en sécurité tant que tout le monde ne l'est pas !

#### **Mathilde El Bakri**

responsable de la maison médicale MPLP Schaerbeek  
et responsable nationale pour les campagnes



Organisation mondiale du commerce : L'Organisation mondiale du commerce est une organisation intergouvernementale chargée de faire respecter les accords commerciaux entre les pays.

Initiative citoyenne : une possibilité pour les citoyens d'attirer l'attention politique et administrative sur leurs idées. Une initiative citoyenne européenne doit être soutenue par au moins un million de citoyens ayant le droit de vote, issus d'au moins sept pays de l'UE.

Avec un Institut Salk européen, nous pouvons réduire énormément le prix des médicaments. Aujourd'hui, les multinationales pharmaceutiques invoquent le coût élevé du développement pour justifier leurs prix très hauts. Mais, en gardant le développement de nouveaux médicaments sous contrôle public et en partageant toutes les connaissances acquises, l'institut dissocie la production de la recherche et du développement. La littérature anglophone parle de « delinkage » (découplage). C'est le moyen d'obtenir beaucoup plus de transparence, le prix d'un médicament pouvant être déterminé par le coût réel de production..

Les possibles réductions de prix sont probablement énormes. Selon des chercheurs britanniques, les prix des médicaments brevetés contre le cancer pourraient baisser de 75 %.<sup>58</sup> En Nouvelle-Zélande, le modèle Kiwi permet au gouvernement d'économiser 1,56 milliard par an sur le budget des médicaments. Et cela, sur une population de 5 millions d'habitants. Si l'on applique ces chiffres aux 447 millions de citoyens européens, on obtient une économie de 140 milliards d'euros.

En ramenant les prix à un niveau normal, nous donnons plus de moyens à notre système de sécurité sociale et à l'ensemble du système de soins de santé. Pour investir dans plus de personnel et dans plus de prévention. Et une partie des fonds économisés par chaque pays pourrait être investie dans l'Institut Salk européen. En effet, un fonds de recherche à l'échelle européenne aura besoin de milliards d'euros. En 2021, des économistes italiens travaillaient déjà sur une proposition pour le Parlement européen. Ils parlent d'un budget de départ de 6,5 milliards d'euros.<sup>59</sup> Mais si nous voulons vraiment donner de l'ambition au projet, il faudra aller encore plus loin. Selon le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé), c'est possible. « Les subventions pour les études indépendantes ne nécessitent pas plus de ressources financières que celles précédemment investies dans les soins de santé », indique leur rapport. « Le prix des médicaments ayant nettement baissé, une partie des budgets santé précédemment dépensés pour les médicaments sert désormais à investir dans la recherche. »

C'est donc parfaitement possible. Jonas Salk l'avait déjà dit : « L'espoir réside dans les rêves, dans l'imagination et le courage de ceux qui transforment les rêves en réalité. »



Delinkage = signifie littéralement « dé-lier ». Dans le modèle actuel, une entreprise pharmaceutique lie le coût du développement et le coût de la production au prix de son médicament, ce qui est à l'origine du manque de transparence et des abus.

# Notes

- 1 Pour son mémoire de master en sociologie à la KU Leuven, Jasper De Witte a enquêté en 2011 sur les raisons pour lesquelles le modèle Kiwi n'a pas vu le jour en Belgique. En 2007, Herman Van Eeckhout (Pharma.be) a admis que son organisation sectorielle avait lancé la plus grande campagne de lobbying de son histoire. Source : Tom Cochez, « Hoe het kiwimodel tot kiwimoes werd gereduceerd », Apache, 4 novembre 2011
- 2 De Morgen a fait état de cette importante différence de prix dans « Vaccins tegen baarmoederhalskanker vijf keer duurder in Wallonië » le 9 septembre 2010. Les écoles flamandes ont pu négocier à l'époque un rabais important en opposant les deux fabricants Sanofi-Pasteur-MSD et GSK.
- 3 Chaque année, Médecine pour le Peuple analyse les 25 médicaments qui reçoivent le plus de fonds de l'INAMI. Elle examine le type de médicaments, leur efficacité par rapport à d'autres médicaments et à quel point leur prix peut baisser en organisant un appel d'offres public. En 2019, 325 millions d'euros pourraient être économisés dans les dépenses publiques, mais également 227 millions d'euros cumulés pour les patients. Sources : Simon Grymonprez, « Kiwimodel voor medicijnen brengt half miljard euro op », De Standaard, 23 avril 2019.
- 4 Le texte et le rapport de la Cour des comptes peuvent être consultés sur le site web de La Chambre. Raoul Hedebouw, « Proposition de loi instaurant une politique des médicaments efficiente, efficace et accessible grâce à l'application du modèle Kiwi », Chambre des représentants de Belgique, 4 décembre 2019. (<https://www.dekamer.be/doc/fwb/pdf/55/0848/55r0848001.pdf>).
- 5 Analyse de De Morgen à la suite du rachat monstre par Pfizer de son concurrent Wyeth. Le journal faisait notamment référence à l'expiration du brevet du Lipitor en 2011, un médicament qui a joué un rôle important dans La Guerre des médicaments. (<https://www.demorgen.be/nieuws/farmareus-pfizer-biedt-record-voor-overname-van-wyeth-bd03f2b0/>)
- 6 Maladie immunitaire : trouble congénital et chronique du système immunitaire, dans lequel des parties du mécanisme de défense sont absentes ou fonctionnent moins bien.
- 7 Un terme introduit par Nature en 2010. Lorsqu'il a été constaté que toutes les grandes sociétés pharmaceutiques se sont tournées vers le secteur des médicaments orphelins, <https://www.nature.com/articles/nm0810-837a>
- 8 En 2021, la Nederlandse Stichting Farma ter Verantwoording a demandé à AbbVie de rendre des comptes sur les prix exorbitants qu'elle a pratiqués pour Humira pendant des années. Selon la fondation, ils ont abusé de leur position dominante sur le marché. (<https://www.farmaterverantwoording.nl/nl/humira-adalimumab/>)
- 9 Les chiffres officiels concernant cette catégorie de médicaments figurent dans les rapports « Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE) » établis par l'Inami. En additionnant ceux de 2019, nous arrivons à 135. (<https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-morse.aspx>)
- 10 Source : Marselis D. en Hordijk L. "Van blockbuster naar nichebuster." Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 29/07/2020.
- 11 « ...dat leverde de farmareus in de maanden juli, augustus en september geen windeieren op: het medicijn bracht omgerekend 143 miljoen euro op, ruim de helft meer dan de 88 miljoen euro waarop de analisten hadden gerekend. » a écrit Kristof Simoens dans « Medicijn voor baby Pia levert bedrijf Novartis grote winst op: "Dit is dus rijk worden op de kap van de ziekte" », Gazet van Antwerpen, 23 octobre 2019 ([https://www.gva.be/cnt/dmf20191022\\_04678771](https://www.gva.be/cnt/dmf20191022_04678771))
- 12 Extrait d'une interview avec David Lennon dans « Moeten we dan alle Pia's gratis behandelen? », De Standaard, 23 octobre 2019 ([https://www.standaard.be/cnt/dmf20191022\\_04678681](https://www.standaard.be/cnt/dmf20191022_04678681))
- 13 « Gratis 'Pia-medicijn' wordt verlost », De Standaard, 21 décembre 2019
- 14 « Budget des médicaments : deux mesures que De Block devrait prendre (plutôt que de passer des accords secrets avec Big Pharma) », 21 octobre 2019 ([https://www.ptb.be/budget\\_des\\_medicaments\\_deux\\_mesures\\_que\\_de\\_block\\_devrait\\_prendre\\_plut\\_t\\_que\\_de\\_passer\\_des\\_accords\\_secrets\\_avec\\_big\\_pharma](https://www.ptb.be/budget_des_medicaments_deux_mesures_que_de_block_devrait_prendre_plut_t_que_de_passer_des_accords_secrets_avec_big_pharma))
- 15 Campagne « The Cost of Life ». <https://thecostoflife.org/fr-BE/>
- 16 La dépense annuelle moyenne en médicaments et produits pharmaceutiques par ménage belge est passée de 653 euros en 2016 à 668 euros en 2018 et à 861 euros en 2020. Source : Enquête belge sur le budget des ménages (<https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages>)
- 17 Les chiffres viennent du Comité de Monitoring. Décrits par Jeroen Bossaert dans « Gezocht: 1,4 miljard euro extra voor geneesmiddelen », De Morgen, 21 octobre 2019.
- 18 The Fortune Global 500 est un classement des entreprises, des plus grandes aux plus petites, basé sur leur chiffre d'affaires annuel. ([https://fortune.com/global500/2021/search/?fg500\\_profits-desc](https://fortune.com/global500/2021/search/?fg500_profits-desc))
- 19 Source : Ledley et al, « Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies », JAMA, 3 mars 2020 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054843/>) cité par le philosophe, biologiste et journaliste d'investigation Ruben Mersch dans « De prijzen van geneesmiddelen kunnen écht wel lager », De Correspondent, 30 avril 2020. (<https://decorrespondent.nl/11195/de-prijzen-van-geneesmiddelen-kunnen-echt-wel-lager/696890362080-81f500e9>)
- 20 Source : Ledley et al, "Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies", JAMA, 3 mars 2020 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054843/>) Cité par le journaliste d'investigation Ruben Mersch dans « De prijzen van geneesmiddelen kunnen écht wel lager » (les prix des médicaments peuvent vraiment baisser), De Correspondent, 30 avril 2020.
- 21 Campagne de Médecins du Monde de 2016. (<https://www.rtf.be/article/hepatite-c-medecins-du-monde-conteste-le-brevet-et-le-cout-exorbitant-d-un-medicament-8903736>)
- 22 Et nous savons, d'après des notes des négociations publiées, que Pfizer voulait à l'origine demander 100 dollars. Le journaliste de De Standaard Ruud Goossens parle du « hold-up de Pfizer ».
- 23 Référence par l'experte en brevets Amaka Vanni dans Lava à une étude américaine publiée dans la revue médicale JAMA Internal Medicine. Lava : <https://lavamedia.be/fr/propriete-intellectuelle-et-imperialisme-vaccinal/> JAMA: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2653012>
- 24 Avec les données publiques disponibles, il a été calculé que la mise sur le marché d'un nouveau médicament coûtait 1 200 millions d'euros. C'est une grande différence par rapport aux calculs précédents, qui aboutissaient à 2 500 millions d'euros. Fait remarquable, ces chiffres sont basés sur les chiffres fournis par les entreprises elles-mêmes. Source : Wouters et al, "Estimated research and development investment needed to bring a new medicine to market, 2009-2018", Journal of American Medical Association (JAMA), 2020. (<https://nieuws.kuleuven.be/en/content/2020/average-cost-of-developing-a-new-drug-could-be-up-to-1-5-billion-less-than-pharmaceutical-industry-claims>)
- 25 L'historien et journaliste Marc Reynebeau a exprimé sa critique dans « Wat de zot ervoor moet geven », De Standaard, 21 avril 2021.
- 26 Des chiffres que le journaliste d'investigation Ruben Mersch a recueillis pour le site d'information néerlandais De Correspondent. Pour les grandes entreprises pharmaceutiques, le développement de médicaments est devenu une question secondaire. 9 juillet 2020. (<https://decorrespondent.nl/11398/voor-farmabedrijven-is-het-ontwikkelen-van-medicijnen-bijzaak-geworden709527141312-41f7162a>)
- 27 Analysé par Ruben Mersch dans « De uitvinder van het coronavaccin is... niet Big Pharma (maar die krijgt wel de eer én de poen) », De Correspondent, 5 février 2021.
- 28 L'organisation hollandaise SOMO a fait des recherches sur la financiarisation du secteur et leur rapport se trouve sur leur site web : [www.somo.nl/nl/somo-toont-financialisering-farmaceutische-industrie-aan/](http://www.somo.nl/nl/somo-toont-financialisering-farmaceutische-industrie-aan/)
- 29 Myoung Cha, Theresa Lorrinan, "Why pharma megamergers work", McKinsey & Company, 1 février 2014. ([www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/why-pharma-megamergers-work](http://www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/why-pharma-megamergers-work))
- 30 Une analyse du pharmacien, Master of Business Administration (MBA) et blogueur The Minimalist/Pharmacist dans « A detailed business analysis of the Pharmaceutical Industry. », 1er février 2018. (<https://medium.com/minimalist-pharmacists/pharmaceutical-industry-analysis-f4834efbe947>)

- 31 Le journaliste d'investigation Ruben Mersch a joliment décrit comment les règles actuelles de protection de la propriété intellectuelle sont écrites à la demande et à la mesure de l'industrie pharmaceutique occidentale dans « Coronavaccins zijn te belangrijk om aan een handvol farmaceuten over te laten », De Correspondent, 26 février 2021.
- 32 Il évoque, entre autres, les 100 000 cas évitables de décès d'enfants dus à la pneumonie en Inde, parce que Pfizer a le monopole du vaccin PCV13 qui, de ce fait, coûte des centaines de dollars. Source : Joseph E. Stiglitz et al, « Zeker nu zijn monopolies dodelijk », De Standaard, 29 avril 2020.
- 33 Elle établit un quadruple diagnostic du modèle d'innovation actuel, où la recherche et le développement sont motivés par le profit à court terme plutôt que par les priorités de santé publique ; où il y a un manque de transparence et de collaboration ; où les prix des médicaments montent en flèche ; et où les rendements à court terme pour les actionnaires et la financiarisation font la loi. [https://www.ucl.ac.uk/bartlett/public-purpose/sites5/public-purpose5/files/peoples\\_prescription\\_report\\_final\\_online.pdf](https://www.ucl.ac.uk/bartlett/public-purpose/sites5/public-purpose5/files/peoples_prescription_report_final_online.pdf)
- 34 « Politici hebben een gebrek aan visie: economer Mariana Mazzucato over de kansen die de overheid laat liggen » (les politiciens manquent de vision : l'économiste Mariana Mazzucato sur les opportunités que laisse dormir le gouvernement), De Morgen, 31 décembre 2021.
- 35 « Noam Chomsky: 'Coronavirus Pandemic Could Have Been Prevented' », RSN, 4 avril 2020. (<https://readersupportednews.org/opinion2/277-75/62229-noam-chomsky-coronavirus-pandemic-could-have-been-prevented>)
- 36 Anneleen Van Bossuyt & Kathleen Depoorter, « Het opheffen van patenten is alleszins niet de oplossing », De Morgen, 29 janvier 2021. (<https://www.demorgen.be/meningen/het-opheffen-van-patenten-is-alleszins-niet-de-oplossing-b48a0bab/>)
- 37 « Alzheimer-autoriteit Bart De Strooper: 'Strijd tegen dementie moet even dwingend worden als die tegen kanker' » (l'expert de la maladie d'Alzheimer Bart De Strooper : "La lutte contre la démence doit devenir aussi impérative que la lutte contre le cancer"), De Morgen, 26 février 2022.
- 38 Grâce à l'initiative européenne relative aux médicaments innovants, l'industrie pharmaceutique disposait d'un budget de recherche de pas moins de 2,6 milliards entre 2008 et 2020 pour investir dans l'innovation en matière de santé. Les ONG Global Health Advocates and Corporate Europe Observatory ont révélé comment l'industrie pharmaceutique a omis d'investir ces fonds dans des domaines de recherche où le financement public est nécessaire de toute urgence, tels que la préparation à long terme aux épidémies (comme le corona), le VIH/sida et les maladies tropicales négligées liées à la pauvreté. ([corporateurope.org/sites/default/files/2020-05/R%3%A9sum%3%A9-Ex%3%A9cutif-PPP-Rapports.pdf](http://corporateurope.org/sites/default/files/2020-05/R%3%A9sum%3%A9-Ex%3%A9cutif-PPP-Rapports.pdf))
- 39 Un constat qui a conduit un ancien économiste en chef de Goldman Sachs à conclure que seule une entreprise publique pouvait apporter une solution à ce défi pour la santé publique mondiale. (<https://www.theguardian.com/business/2019/mar/27/nationalised-drug-companies-may-be-needed-to-fix-antibiotics-market>)
- 40 Mike Davis, « Le Monstre entre », Lava, 5 juin 2020. (<https://lavamedia.be/fr/le-monstre-entre/>)
- 41 Étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2021. (<https://kce.fgov.be/fr/les-nouveaux-m%C3%A9dicaments-contre-le-cancer-offrent-ils-toujours-un-r%C3%A9el-b%C3%A9n%C3%A9fice-aux-patients>)
- 42 L'organisation de lobbying pharmaceutique, la Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques, a partagé ces chiffres dans « The Pharmaceutical Industry in Figures - Key Data 2021 » (<https://www.efpia.eu/media/602709/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2021.pdf>)
- 43 La « Campaign for Sustainable Rx Pricing (CSRxP) » a analysé ces dépenses dans « Breaking down the Big Pharma dollar - Part 1 », 15 mai 2019. (<https://www.csrpx.org/dose-of-reality-breaking-down-the-big-pharma-dollar/>)
- 44 La plus grande organisation mondiale de régulateurs de santé, la Regulatory Affairs Professionals Society (RAPS), a analysé les dépenses dans « Do Biopharma Companies Really Spend More on Marketing Than R&D ? », 24 juillet 2019. (<https://www.raps.org/news-and-articles/news-articles/2019/7/do-biopharma-companies-really-spend-more-on-market>)
- 45 Nous avons déjà évoqué l'étude sur ces bilans annuels. « The financialisation of Big Pharma ». (<https://www.somo.nl/nl/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Rapport-The-financialisation-of-Big-Pharma-def.pdf>)
- 46 Des médecins et des pharmaciens d'Ibadan (Nigeria) ont écrit une lettre à une revue scientifique pour expliquer que la médecine préventive est plus importante que la médecine curative. Babatunde et al., « Enhancing preventive medicine over curative medicine: Role of telemedicine », Public Health in Practice, novembre 2021. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535221000550>)
- 47 Austin Frakt est un économiste de santé de Harvard qui a écrit dans cet article e.a. sur les priorités de la recherche de médicaments contre le cancer. Austin Frakt, "Why Preventing Cancer Is Not the Priority in Drug Development", The New York Times, 28 décembre 2015 ([www.nytimes.com/2015/12/29/upshot/why-preventing-cancer-is-not-the-priority-in-drug-development.html](http://www.nytimes.com/2015/12/29/upshot/why-preventing-cancer-is-not-the-priority-in-drug-development.html))
- 48 Une étude de l'Université de Bath (Royaume-Uni) a analysé huit secteurs industriels pour comprendre comment ils utilisent la science pour maximiser leurs profits. Legg et al., "The Science for Profit Model-How and why corporations influence science and the use of science in policy and practice", PLOS ONE, 2021. (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253272>)
- 49 Nature Human Behaviour a souligné à quel point il est important de faire connaître également l'absence de résultats ou les revers. "The importance of no evidence", Nature Human Behaviour, 2019. (<https://www.nature.com/articles/s41562-019-0569-7>)
- 50 Thierry Christiaens, professeur de pharmacologie clinique (UGent) et affilié au Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP), notamment, critique l'influence croissante des entreprises pharmaceutiques dans Debackere E., « Farmabezoekjes aan de huisarts dalen, maar 'beïnvloeding blijft' », De Standaard, 2021 ([https://www.standaard.be/cnt/dmf20210103\\_98300563](https://www.standaard.be/cnt/dmf20210103_98300563))
- 51 Farmaka proposait notamment un large éventail de documentation médicale qui pouvait être téléchargée gratuitement, jusqu'à sa fermeture en 2018. BCfi/CBIP, « Archives de Farmaka », 16 mai 2019. (<https://farmaka.cbip.be/fr/documentation/publications>)
- 52 Dans notre proposition de loi Kiwi, nous préconisons la création d'une agence gouvernementale (« Agence pour la gestion pharmaceutique » dotée d'une branche scientifique et d'une branche économique, pour organiser respectivement l'analyse des besoins et les marchés publics.
- 53 Jeroen Bossaert, « Rekenhof steunt PVDA-voorstel: 'kiwimodel' kan factuur geneesmiddelen onder controle brengen », (la Cour des comptes soutient la proposition du PTB : le "modèle Kiwi" peut donner la maîtrise sur la facture des médicaments), De Morgen, 26 mai 2021
- 54 Lorsque les entreprises de génériques fabriquent un produit équivalent après l'expiration du brevet, on parle de « biosimilaire », car la structure d'un médicament biologique n'est jamais exactement la même.
- 55 La Mutualité chrétienne (MC) a publié une analyse de l'utilisation des médicaments biosimilaires en 2019 qui montre que la Belgique accuse un retard frappant par rapport aux pays voisins. ([https://www.mc.be/media/21\\_0654\\_studiedienst\\_magazine\\_A4\\_FR\\_CM-info285\\_M%C3%A9dicaments\\_tcm49-71604.pdf](https://www.mc.be/media/21_0654_studiedienst_magazine_A4_FR_CM-info285_M%C3%A9dicaments_tcm49-71604.pdf))
- 56 Calculs de Medaxes, l'organisation belge de lobbying des entreprises de médicaments génériques, ([www.medaxes.be/sites/default/files/in-line-files/20190322\\_medaxes\\_memorandum\\_fr\\_final.pdf](http://www.medaxes.be/sites/default/files/in-line-files/20190322_medaxes_memorandum_fr_final.pdf))
- 57 KCE et ZIN, « Des scénarios du futur pour des médicaments accessibles : la Belgique et les Pays-Bas réunissent un think tank international », 22 juin 2016. (<https://kce.fgov.be/fr/press-releaser/des-sc%C3%A9narios-du-futur-pour-des-m%C3%A9dicaments-accessibles-la-belgique-et-les-pays-bas-r%C3%A9>)
- 58 Des médecins et des pharmaciens du Royaume-Uni ont décrit comment de nouveaux traitements anticancéreux abordables peuvent être réalisés et mis à la disposition des médecins et des patients du monde entier en recourant aux médicaments génériques. Hill et al., "Estimated generic prices of cancer medicines deemed cost-ineffective in England: a cost estimation analysis", BMJ Open, 2017. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2810283/>)
- 59 L'économiste italienne a élaboré plusieurs options politiques après enquête auprès des parties intéressées, dans un rapport destiné à une commission du Parlement européen chargée de la recherche sur la science et la technologie (STOA). Florio et al., "European pharmaceutical research and development: Could public infrastructure overcome market failures?", STOA Panel, 2021.



## Chapitre 4

# Empowerment



- 1. La stratégie pour réaliser le changement**
- 2. L'empowerment de l'individu au collectif**
- 3. Soignants et empowerment : du prestataire de soins au militant pour la santé**

# 1. La stratégie pour réaliser le changement



*« S'assurer que le corps est fort ne se fait pas tant par le travail habile de la main d'un médecin sur un corps faible, mais plutôt grâce au travail de l'ensemble de la communauté sur le plan social. »*

Ernesto « Che » Guevara – Médecin et révolutionnaire

Le système dans lequel nous vivons ne parvient pas à garantir à tous le droit à une bonne santé. Le fossé en matière de santé se creuse. Beaucoup trop de personnes vivent et travaillent dans des conditions insalubres. Les soins de santé sont de plus en plus considérés comme une marchandise et des économies sont faites sur les budgets. Pendant ce temps, Big Pharma pille le portefeuille des patients et notre sécurité sociale. Si nous voulons que nos patients soient en bonne santé, un changement fondamental s'impose dans notre société.

Chaque jour, dans nos maisons médicales, nous sommes confrontés aux conséquences de ce système injuste. Un ouvrier du bâtiment qui a le dos en compote et qui doit travailler encore 15 ans avant de pouvoir prendre sa retraite. Une mère seule qui a des problèmes financiers à cause des factures de son traitement contre le cancer. Comme professionnels de la santé, nous voulons nous attaquer aux causes des maladies et des inégalités, lutter contre l'idée que nous ne pouvons rien y faire et que nous, soignants, devrions simplement l'accepter ou nous contenter de soigner les symptômes. Nos centres médicaux ne veulent pas simplement mettre des pansements sur les plaies, mais constituer des leviers pour offrir des solutions structurelles.



Nous ne pouvons pas lutter pour le droit à la santé sans nos patients. Le changement n'arrive pas par magie. Dans cette société un petit groupe puissant profite du statu quo. Les multinationales qui polluent l'air, les sols et les cours d'eau, Big Pharma qui empêche des bénéfices exorbitants, les institutions européennes qui ne jurent que par l'austérité et les privatisations... : pour gagner contre eux, il faut agir en nombre. L'étude des taux de mortalité au cours des 200 dernières années révèle qu'une plus grande prospérité n'entraîne pas automatiquement une meilleure santé. Ce n'est qu'à partir du moment où les gens se sont organisés et ont défendu leurs droits que leur santé s'est améliorée.<sup>1</sup> Dans notre pays aussi, les historiens belges affirment « que toutes les grandes réformes en Belgique ont vu le jour non pas à l'initiative du Parlement, mais sous la pression de "la rue" ».<sup>2</sup>

Pour nous, l'objectif principal est de réunir le plus grand nombre possible de patients afin qu'ils défendent ensemble leurs droits. Nous voulons aider les gens, mais en même temps, les rendre plus forts. C'est l'idée de l'« empowerment » (ou émancipation). Être soignant ET militant. Dans notre texte de vision de 2010, cela s'énonce comme suit : « *Les stratégies de l'empowerment devraient aider les individus à lier leur lutte personnelle pour une meilleure santé à la lutte collective pour l'amélioration de la santé de tous.* »



## Des conditions de travail sûres en période de Covid

Pendant la pandémie, le lieu de travail a été une source majeure d'infections. Un journal a titré à l'automne 2020 « Champ libre pour le virus » à propos de la propagation du coronavirus dans les entreprises. Nous avons annoncé via nos maisons médicales qu'une personne sur cinq avait été contaminée au travail. Nous l'avons découvert en appelant tous nos patients testés positifs. Quelle est notre explication à une telle circulation du virus sur le travail ? Au Parlement, notre médecin Sofie Merckx a découvert que plus de 6 employeurs sur 10 n'étaient pas en règle lors des contrôles des mesures contre le coronavirus.

Durant cette période, un cheminot, patient de la maison médicale, m'a appelée pour me dire que plusieurs collègues avaient été testés positifs au coronavirus sur son lieu de travail à La Louvière. Les collègues malades ont dû être mis en isolement, mais les autres collègues qui avaient été en contact avec eux ont été invités à reprendre le travail. La SNCB a refusé d'organiser un test pour les collègues qui avaient été en contact étroit, malgré l'insistance des syndicats. Il m'a expliqué que les travailleurs étaient inquiets. Certains sont des patients à haut risque et d'autres ont des membres de leur famille à la maison qui sont vulnérables. J'en ai informé mon équipe et après discussion, nous avons décidé de tester nous-mêmes 44 travailleurs de l'atelier à La Louvière.

Nous avons fixé les rendez-vous avec les travailleurs un samedi matin. Toute l'équipe de la maison médicale s'est mobilisée, ainsi que les travailleurs, qui étaient présents très tôt pour organiser notre venue. Certains d'entre eux ont inscrit les cheminots, d'autres se sont occupés de l'administration des tests et les médecins ont fait les tests... Après cette belle et bonne collaboration, nous nous sommes quittés le sourire aux lèvres. Après 48 heures, les résultats nous sont parvenus. 12 tests se sont avérés positifs. 12 cheminots sur 44 étaient porteurs du virus sans le savoir et pouvaient donc contaminer leurs collègues et les passagers du train chaque jour.

Plusieurs maisons médicales de Médecine pour le Peuple sont venues en aide aux patients sur leur lieu de travail. À Herstal, nos collègues sont allés tester un département d'AB Inbev qui comptait de nombreuses contaminations. Les travailleurs se sont mis en grève, ce qui a permis d'améliorer les règles de sécurité relatives à la propagation du coronavirus dans l'entreprise. Ce fut une étape importante dans la lutte pour la sécurité au travail en période de Covid.

**Saskia Deceuninck**  
médecin MPLP La Louvière





L'origine du terme « empowerment » remonte aux mouvements sociaux des années 1960 et 1970. Le but était d'accroître le pouvoir et l'influence de groupes opprimés. Le pédagogue de la libération brésilien Paolo Freire, entre autres, a élaboré ce concept. Les trois piliers de l'empowerment étaient les suivants : l'augmentation de la conscience critique, l'accroissement du contrôle, et l'action. Freire voulait que les gens acquièrent une connaissance et une compréhension de la nature et des causes de l'injustice à travers leur propre expérience directe, avec l'intention de les changer.<sup>3</sup>

Le concept d'empowerment fournit un cadre aux organisations telles que Médecine pour le Peuple, qui veulent lier l'aide individuelle à la lutte collective. Dans le domaine des soins de santé, nous chérissons une vision de la relation avec le patient qui rompt radicalement avec le paternalisme classique de Meneer Dokter (Monsieur le médecin, une série télévisée flamande). Selon nous, le patient n'est pas dans une position de dépendance par rapport au prestataire de soins, mais les deux sont sur un pied d'égalité. L'empowerment suppose que les patients s'émancipent et prennent leur propre destin en main. Il part du pouvoir des personnes à s'autonomiser, à revendiquer leurs droits et à dépasser leur éventuelle dépendance à l'aide ou à la charité. L'empowerment contient le mot « power » (pouvoir). Le changement de pouvoir est central, contrairement à l'approche classique de l'aide qui est axée sur le soulagement des besoins.<sup>4</sup>



## L'empowerment, une notion « malléable »

De nos jours, tout le monde parle d'empowerment. Mais qu'en est-il si la Banque mondiale utilise également ce terme à tort et à travers ? Est-ce que tout le monde veut dire la même chose ? L'empowerment est devenu une notion « malléable », proposant différentes significations au cours des 30-40 dernières années.<sup>5</sup>

Le néolibéralisme a abusé de ce terme à partir des années 1980 pour promouvoir son propre agenda. L'« empowerment » est devenu un terme qui sonne bien ; il a été utilisé pour défendre des mesures exigeant des gens qu'ils apprennent à résoudre eux-mêmes leurs problèmes autant que possible. De cette manière, ils pouvaient également décharger les autorités de leurs tâches principales. L'empowerment ne consistait plus à redistribuer le pouvoir, mais à s'appuyer sur la « propre force » des citoyens.<sup>6</sup>

Ces dernières années, de plus en plus d'associations sociales parlent à nouveau d'empowerment. On accorde une attention accrue aux inégalités en matière de santé et aux nombreux obstacles auxquels les personnes socialement vulnérables sont confrontées. Parmi les professionnels de la santé et du travail social, on entend parfois parler aujourd'hui d'« equity » ou d'« universalisme proportionnel », qui consiste à réfléchir à la manière de donner à chacun et chacune l'aide et les opportunités dont il ou elle a besoin. En premier lieu, il s'agit de supprimer les obstacles et de déployer des efforts supplémentaires pour atteindre les personnes socialement vulnérables. Mais il est également question d'autonomiser les gens, de leur donner plus de contrôle.<sup>7</sup>

Dans le même temps, nous constatons que la responsabilité sociale du médecin généraliste et des autres travailleurs de première ligne fait de plus en plus débat. L'idée d'une maison médicale de proximité était considérée comme radicale il y a 50 ans, mais elle est aujourd'hui en plein essor. Ces maisons ont fait connaître le modèle des « soins de première ligne communautaires ». Les médecins généralistes et autres prestataires de soins de première ligne peuvent ainsi détecter et signaler les problèmes de santé locaux et les facteurs pathogènes (« health advocacy »). L'idée de prestataires de soins de santé faisant la liaison avec le contexte social fait un retour en force, et c'est positif. Mais en réalité, le politique n'est pas toujours de notre côté, et signaler les problèmes ne suffit souvent pas à changer les choses. Dès lors, il est précieux de remettre à l'honneur le concept d'empowerment : l'organisation collective de gens pour accroître leur pouvoir et forcer le changement.

Les maisons médicales de Médecine pour le Peuple sont à la fois un centre médical et un centre d'action. L'empowerment est notre protection pour éviter de devenir une confirmation du système. Face à un travailleur en proie à une dépression parce qu'il a perdu son emploi, ou un enfant en bas âge qui souffre d'asthme parce que les murs de sa chambre sont couverts de moisissures, quelle attitude adopter ? Ils ont besoin de nos soins, mais quel est l'effet de notre aide si nous nous limitons à cela ? Les effets de l'injustice dans la société sont alors adoucis et le système continue à tourner. Par le biais de l'empowerment, nous tentons de lutter pour qu'une telle injustice s'arrête. C'est la différence entre travailler d'une manière qui confirme le système et travailler de manière à se libérer du système.

Le travailleur de la santé américain Irving Zola a décrit cela par une belle métaphore : « En tant que médecins, nous nous tenons au bord d'une rivière tourbillonnante. Nous entendons le cri d'un homme qui se noie. Nous sautons dans la rivière, mettons nos bras autour de lui, le ramenons sur la rive où nous lui prodiguons une respiration artificielle. Juste au moment où il recommence à respirer, nous entendons un autre appel à l'aide et la scène se répète. Nous sommes tellement occupés à secourir et à réanimer que nous oublions de remonter le courant et de voir qui pousse tous ces gens dans la rivière. » C'est exactement ce que signifie se libérer du système. S'engager aux côtés des victimes et s'attaquer aux causes de leur souffrance.





## Le changement ne se produit pas par magie

Au cours des trente dernières années, l'ONG Viva Salud a travaillé intensivement sur le droit à la santé et l'empowerment. L'empowerment est, à notre avis, la meilleure garantie d'un changement durable. Le changement ne se produit pas par magie. Les personnes qui profitent de l'exploitation et de l'oppression ne renonceront pas d'elles-mêmes à leur pouvoir. Les personnes socialement opprimées ne peuvent acquérir du pouvoir qu'en s'organisant et en défendant ensemble leurs intérêts collectifs. De cette façon, elles créent un contre-pouvoir qui peut exercer une pression sur les entreprises ou le gouvernement. En se mobilisant, de grandes victoires peuvent être remportées. La lutte pour l'hôpital Fabella engagée par nos partenaires aux Philippines en est un exemple. L'hôpital Fabella est considéré comme la maternité la plus active du monde (avec une moyenne de 70 à 80 accouchements par jour). Dans le pays, où les soins de santé sont largement privatisés et inabordables pour la majorité de la population, l'hôpital est depuis toujours un refuge pour les femmes de la capitale et des provinces environnantes, car les services y sont gratuits. En raison d'un manque d'investissements de la part du gouvernement, le bâtiment n'a pas été rénové depuis longtemps. Le gouvernement a utilisé l'état de délabrement comme argument pour fermer l'hôpital et le remplacer par un hôpital privé. La fermeture laisserait les travailleurs ordinaires et une moyenne de 1 000 patients par jour sur le carreau. L'une d'entre eux, Aniceta, a déclaré : « Lorsque vous entrez dans un hôpital, la première chose à laquelle vous pensez n'est pas de savoir si vous allez bientôt guérir, mais si vous allez pouvoir payer les factures. Je me souviens avoir dû partager un lit avec un autre patient parce qu'il n'y avait pas assez de lits. Lorsque j'ai entendu parler des plans de privatisation du gouvernement, ma première réaction a été la suivante : qu'arrivera-t-il aux gens comme moi si nous tombons malades ? »

Nos partenaires ont lancé un appel pour protester contre les plans de privatisation. Cet appel a provoqué un véritable soulèvement populaire. Les femmes enceintes se sont mobilisées jour après jour, avec l'appui des infirmières et de nombreux Philippins inquiets. Après plusieurs confrontations, le directeur de l'hôpital a décidé d'entamer un dialogue avec les manifestants. Les femmes avaient gagné.

Au fil des mois, de nombreuses femmes actives dans le mouvement de protestation ont appris à connaître leurs droits. Aniceta nous a écrit : « Pendant les formations et les forums auxquels j'ai participé, j'ai appris que la privatisation des hôpitaux faisait partie du programme néolibéral du gouvernement. Si je n'avais pas été organisée, je n'aurais jamais ressenti l'envie de comprendre ce qui se passe dans notre société. Mais en participant aux manifestations et aux actions, ma combativité pour les droits des personnes est devenue plus profonde et plus forte. » Le changement décrit par Aniceta va au-delà du moment lui-même. L'un de nos partenaires, le mouvement des femmes Gabriela, travaille spécifiquement sur la violation des droits des femmes aux Philippines, dans la famille et dans la société. Dans les expériences de lutte comme celle de



Fabella, la confiance en soi des femmes grandit et elles osent revendiquer leurs droits. Elles ne se considèrent plus comme des victimes, non seulement par rapport au gouvernement, mais aussi, petit à petit, par rapport à leur mari.

Mais au-delà des conséquences individuelles, une réelle différence s'opère lorsque toutes ces personnes s'organisent et se rassemblent dans la rue. Au final, l'effort collectif du mouvement national philippin contre la privatisation en mars 2018 a abouti à une victoire majeure : le Parlement a approuvé la « loi antiprivatisation des hôpitaux publics, des établissements de soins de santé et des services de santé ». Cette loi interdit au ministre de la Santé ou à toute autre personne d'initier, de provoquer ou d'approuver la privatisation d'un hôpital public, d'un établissement de santé public ou d'un service de santé public.

### **Geraldine Malaise**

collaboratrice de Viva Salud



## 2. L'empowerment de l'individu au collectif

Dans un centre médicale d'action, vous pouvez travailler de manière très concrète, et de multiples façons différentes, à l'autonomisation des patients (empowerment).

### A. Impliquer le patient

**Pour commencer, vous pouvez impliquer le patient dans les examens ou les traitements que vous envisagez.** Pendant la consultation, l'empowerment commence par ce « *shared-decision making* » (la prise de décision partagée). L'objectif est de permettre aux patients de participer à la réflexion pour déterminer ce qui est le mieux pour eux, afin qu'ils aient davantage de contrôle sur leur santé. Cela va à l'encontre du paternalisme de *Meneer Dokter* que l'on trouve malheureusement encore dans les soins de santé. Des médecins aux infirmières en passant par les accueillants : on parle encore régulièrement des patients et aux patients en partant de la position que seul le soignant sait ce qu'il faut faire. Alors qu'en fait, vous pouvez avant tout beaucoup apprendre l'un de l'autre – l'un en tant qu'expert des connaissances médicales, et l'autre en tant qu'expert de son propre corps et de sa propre santé. La prise de décision partagée donne au patient la position centrale et tente de partir des objectifs que les personnes se fixent elles-mêmes, au lieu de se concentrer sur tout ce qui rend la personne malade et l'affaiblit. Elle donne aux gens plus de contrôle sur leur propre santé et les rend ainsi plus forts.

### B. Améliorer la conscience critique

**Outre le fait de donner au patient plus de contrôle, améliorer sa conscience critique est crucial dans l'empowerment.** Les patients qui viennent nous voir recherchent avant tout une solution médicale à leurs problèmes de santé. Il peut être utile, à ce moment-là, de réfléchir avec ces personnes au contexte social de leurs symptômes. À Médecine pour le Peuple, nous appelons cela le stéthoscope social. Brosser le tableau plus large de la situation peut redonner de l'énergie aux gens, parce qu'on leur montre que le problème est plus large que leur propre personne. Cela va à l'encontre du discours individualiste et culpabilisant des médias, du monde politique, des employeurs. « Tu as un burn-out parce que tu ne poses pas assez de limites. » « Tu as le coronavirus parce que tu n'es pas vacciné. » « Tu as du diabète parce que tu ne manges pas sainement. » « Tu as eu un accident au travail parce que tu n'es pas prudent. »

Il est important de garder cette vision sociale aussi large que possible. Un logement en mauvais état, des conditions de travail pénibles, la pollution dans l'air : les gens vivent souvent leurs problèmes comme une situation qui ne peut être changée. Les gens qui restent seuls avec cette « conscience de l'exploitation » risquent aussi d'aggraver leur maladie par de la frustration, de la colère, de la résignation. En tant que médecin, vous voyez des patients qui perdent courage, prennent trop de médicaments, ne suivent pas fidèlement la thérapie et n'ont aucune motivation pour le traitement.

Cependant, ce n'est pas le destin, c'est une injustice qui nous est faite par les décisions des gouvernements ou des entreprises qui sont aux commandes. Sensibiliser les gens à la conscience critique, c'est aussi leur dire qu'il peut en être autrement. Pourquoi le gouvernement fait-il travailler tout le monde plus longtemps ? Qu'est-ce qui se cache derrière leurs belles paroles à la télévision ? C'est la première étape pour agir soi-même. Doit-on accepter son sort, ou peut-on y changer quelque chose ?



## « Ce n'est pas ma faute. »

Rita, une femme seule de 54 ans, m'appelle pour prendre rendez-vous. Elle était réticente à l'idée de me contacter, dit-elle, mais son syndicat lui a conseillé de franchir quand même le pas. Rita est chez elle depuis maintenant un an, depuis que l'usine Ford où elle a travaillé pendant 20 ans a fermé ses portes. Ces derniers temps, elle se sent très tendue. Elle en a assez qu'on lui demande constamment si elle a enfin trouvé du travail. Les employeurs sont souvent réticents à l'embaucher, préférant des travailleurs plus jeunes. Ses accompagnateurs lui disent de ne pas être trop exigeante, de ne pas chercher un travail uniquement près de chez elle. Elle a l'impression de devoir toujours faire ses preuves. Elle se sent tendue à chaque fois qu'elle a rendez-vous avec son accompagnateur. Entre-temps, ses revenus ont également diminué. Elle ressent encore plus de stress. Elle ne se sent pas non plus sûre d'elle-même parce que pendant 20 ans, elle a fait un certain travail qui lui plaisait et que soudain, elle doit faire autre chose. Dans un autre endroit, avec d'autres collègues. Son ancienne routine lui manque, son ancienne équipe, son travail où elle se sentait en sécurité et en confiance. C'est une conversation émotionnelle. Je peux ressentir son stress.

Une histoire comme celle de Rita était fréquente dans les années qui ont suivi la fermeture de l'usine Ford. Dans notre pays, l'encadrement est faible pour les personnes qui subissent un licenciement collectif. Tant mentalement que socialement. Elles sont mises sous pression pour trouver rapidement un emploi, mais elles n'ont pas choisi de devenir chômeuses du jour au lendemain. Une fois chez le psychologue, les problèmes sont souvent traités individuellement, ce qui est tout à fait bénéfique pour certains problèmes. Mais la perte d'emploi et ses conséquences sont des problèmes sociaux. Plus j'en discute avec Rita, plus elle comprend la situation et se rend compte qu'il s'agit d'un problème collectif. Lorsque les patients comprennent que leurs problèmes (ou une partie de ceux-ci) peuvent être expliqués par l'inégalité sociale ou d'autres problèmes sociaux, cela peut être très libérateur et avoir un effet d'empowerment. Je perçois clairement que nos conversations lui font du bien. Lors de l'entrevue suivante, je l'incite à participer à une conversation informelle avec les personnes qui ont perdu leur emploi chez Ford. Maintenant, ce n'est plus du tout un problème individuel : ensemble, en tant que groupe, il devient à nouveau possible de réaliser des choses. Les discussions de groupe sur la vie après Ford apportent du soutien, de la compréhension et des informations à des dizaines d'anciens employés.

**Aysun Yildiz**  
psychologue MPLP Genk



## C. Collectif

**Un troisième niveau d'empowerment est le collectif.** Afin de démontrer aux patients qu'ils ne sont pas seuls avec leur histoire, nous essayons de les rassembler autour de certains thèmes avec des personnes qui partagent un vécu similaire, par le biais de projets de promotion de santé de la maison médicale. Nous organisons un cours collectif sur les causes et les effets du stress pour les patients qui souffrent d'excès de stress, nous donnons des cours de néerlandais aux femmes migrantes du quartier, etc. En apprenant à se connaître les uns les autres, en échangeant des expériences, les gens découvrent qu'ils sont nombreux à se trouver dans la même situation.

Cette collectivité était également essentielle dans la vision de l'empowerment de Freire. « Parce que les véritables changements dans les conditions de vie ne peuvent jamais être réalisés uniquement au niveau individuel. C'est toujours un processus, à la fois collectif et personnel. »<sup>9</sup>



### Parler ensemble de la douleur chronique

Chaque semaine, je reçois plusieurs patients souffrant de douleurs persistantes. L'épaule, le cou, le genou, le dos... Ils travaillent dans la construction, au port, au supermarché, etc. Je les vois souvent courir d'un spécialiste à l'autre, à la recherche d'une explication et d'une solution à leur douleur. À chaque fois, ils reçoivent un conseil différent, un traitement différent. Mais la douleur ne disparaît pas. Après un certain temps, plus personne ne semble savoir comment se débarrasser réellement de sa douleur. Les patients perdent courage. Ils ne se sentent pas mieux, mais doivent payer une facture astronomique de frais médicaux.

Dans les maisons médicales, nous organisons des cours collectifs pour les personnes souffrant de douleur chronique. Une partie importante du contenu est consacrée à l'éducation à la douleur, en expliquant comment la perception de la douleur fonctionne dans notre corps. Les connaissances médicales sur les origines et la persistance de la douleur dans le cerveau ont énormément évolué ces dernières années. Il est très important de transmettre ces informations aux patients.

La douleur est un signal d'alarme du corps qui ne correspond pas toujours à un problème à l'endroit où nous ressentons la douleur. Par conséquent, il n'est pas utile de continuer à rechercher d'éventuelles lésions par des examens techniques pour les douleurs qui persistent pendant une longue période. Il semble que de nombreux facteurs psychosociaux tels que les inquiétudes et les émotions, le stress, mais aussi les expériences passées influencent l'apparition et l'intensité de la douleur. Cela offre des possibilités d'apprendre comment influencer positivement ces facteurs soi-même, afin de reprendre le contrôle de la douleur.

Nos cours collectifs y contribuent. Les participants, qui ont des problèmes similaires, trouvent beaucoup de reconnaissance, de compréhension et de conseils auprès des autres. Ils ne sont pas seuls face à leur douleur, c'est quelque chose que d'autres personnes vivent aussi au quotidien. La douleur devient un problème partagé. En outre, la douleur chronique est également démasquée : ce qui semble être une question personnelle est plutôt un signal d'alarme social. La course effrénée de notre société de performance maintient les gens dans une situation de maladie chronique et les exclut de la vie active. Après une quête vaine, souvent longue de plusieurs années, d'un remède miracle auprès de spécialistes, les patients retrouvent ensemble courage et confiance.

**Leen Vermeulen**  
médecin et collaboratrice nationale  
des projets de groupe



## D. L' action concrète

**Enfin, il y a le cap de l'action concrète à passer.** VDe la contamination au plomb à Hoboken à une vague de coronavirus au travail à Herstal : s'il apparaît que de nombreuses personnes sont touchées par la même injustice, il est alors temps de relever le gant. Dans le but d'amener un réel changement.

Participer à un mouvement rend les gens plus forts. Des études montrent que l'empowerment est bon pour la santé. Des chercheurs de Baltimore ont ainsi constaté une amélioration spectaculaire de divers paramètres de santé lorsque la population de certains quartiers a commencé à s'organiser pour lutter contre le racisme et la discrimination.<sup>10</sup> Dans notre pays, la MC a constaté qu'il existe un lien entre l'engagement social et la santé. « Celles et ceux qui sont engagés socialement ont le sentiment de faire davantage partie de la société, vivent des liens sociaux plus forts, se sentent moins seuls, ont un sentiment plus fort d'accomplissement personnel et sont moins individualistes que ceux qui ne participent pas. » Plus l'engagement était actif, plus les différences s'accroissaient.<sup>11</sup> Viva Salud parle d'empowerment dans son manuel : « Quand nous demandons aux gens de nous parler de ce qui, à leurs yeux, constitue le changement le plus important depuis qu'ils s'organisent dans un combat collectif pour les droits et la justice sociale, il apparaît que l'action collective renforce la confiance en soi et accroît la conscience du fait que leur situation n'a rien d'une fatalité, mais qu'ensemble, avec leurs semblables, ils peuvent eux-mêmes y remédier. ».<sup>12</sup>



## Les campagnes politiques à MPLP, comment ça fonctionne ?

L'action collective est dans notre ADN. Nous ne nous contentons pas de soigner les maladies dans nos cabinets. Chaque campagne que nous menons dans nos maisons médicales est un moment d'échange avec nos patients et avec la classe travailleuse en général. Que les campagnes soient nationales, locales ou européennes, les gens s'y reconnaissent et s'y intéressent. Elles suscitent toujours de nombreuses discussions et donnent matière à réflexion. Et beaucoup d'actions concrètes aussi ! La crise du coronavirus l'a montré plus que jamais. Médecine pour le Peuple est signataire de l'initiative citoyenne européenne « Pas de profit sur la pandémie ». Dans ce contexte, nous avons recueilli des milliers de signatures en Belgique pour demander la levée des brevets sur les vaccins. Nous avons demandé à nos patients de signer cette initiative citoyenne et ils ont eux-mêmes fait signer des personnes de leur entourage, dans leur famille et au travail. Avec d'autres organisations, nous avons organisé des actions à Bruxelles devant la Commission européenne et devant le siège de Pfizer. Nous avons fait bouger les lignes et mis ce débat de société à l'ordre du jour : allons-nous vraiment permettre à Big Pharma de tirer un maximum de profit de la pandémie en vendant ses vaccins à des prix exorbitants ?

Nous voulons que les gens prennent conscience que leurs problèmes de santé, leurs conditions de travail, leur situation de logement et leurs soucis

financiers sont le résultat d'un système capitaliste qui ne place pas les personnes et leurs besoins au centre des préoccupations. Et surtout que les choses peuvent changer et que nous ne sommes pas obligés d'accepter la situation telle qu'elle est. Il existe de nombreuses possibilités de s'impliquer et d'agir. C'est le moteur du changement. Nous voulons travailler ensemble à un large mouvement d'émancipation et nous le faisons à travers nos campagnes. En impliquant le plus grand nombre de personnes possible autour de nous dans ce projet.

Nous essayons également d'encourager les gens à s'organiser activement. Dans leur syndicat, sur leur lieu de travail pour défendre leur droit de travailler dans de bonnes conditions. Dans les comités de quartier pour la préservation des espaces verts ou des logements de qualité et abordables. Dans un mouvement de jeunesse comme RedFox, qui offre un soutien scolaire gratuit aux écoliers ayant des difficultés d'apprentissage, ou encore au PTB, le parti qui se bat pour une société différente et plus solidaire.

### Amandine Linotte

responsable de la maison médicale MPLP Herstal  
et responsable nationale pour les campagnes



### 3. Soignants et empowerment : du prestataire de soins au militant pour la santé

*« On ne peut pas se consacrer à la santé sans être engagé dans la lutte sociale pour la santé. »*



Bernard Lown – professeur américain en cardiologie, inventeur et a eu le prix Nobel de la Paix 1985

Pour le droit à la santé, nous avons besoin de travailleurs et travailleuses de la santé (health professionals), de qualité et sociaux, mais aussi et surtout de militants engagés pour la santé (health activists). À Médecine pour le Peuple, nous combinons les deux.

L'engagement social est reconnu par de plus en plus de gens comme une partie importante du travail de soignant. Dans la formation, l'« action sociale » est l'une des sept compétences cruciales à acquérir, tant pour les médecins que pour les infirmières et le personnel paramédical.<sup>13</sup> Le doyen d'une faculté de médecine américaine a écrit un plaidoyer en faveur des « médecins militants » dans une revue médicale reconnue : « Ce n'est qu'en dénonçant les problèmes sociaux que nous pouvons améliorer la santé de la population. L'engagement social doit être repris dans la description de la fonction. »<sup>14</sup>

C'est encore plus vrai dans les soins de première ligne que dans le reste des soins de santé. La médecine générale occupe une position privilégiée en raison de ses contacts intenses et à long terme avec toutes les couches de la population. Cette perspective sociale nous place en position de force pour contribuer à la prévention des maladies et à l'identification des facteurs pathogènes.

L'empowerment peut préserver les professionnels de la santé des sentiments d'impuissance et de burn-out. « Plus on travaille longtemps comme médecin généraliste, plus on voit l'influence des décisions politiques sur la santé des gens », a déclaré Stephanie De Maesschalck, professeure de médecine générale, au magazine Humo. Ce constat peut être source d'indignation et d'engagement, mais il a aussi un effet démotivant sur de nombreux prestataires de soins. Dans une enquête réalisée par Artsenkrant (la version néerlandophone du Journal du Médecin), 4 médecins sur 10 ont obtenu un score élevé pour le burn-out. Un quart d'entre eux en ont parfois complètement marre du travail et un tiers en sont de plus en plus éloignés.<sup>15</sup> Un spécialiste hospitalier, qui a pris sa retraite après 13 ans, l'a exprimé comme suit dans Knack : « Je ressens une impuissance absolue lorsque je vois des patients allongés dans leur lit devant moi. (...) Les gens tombent malades et meurent de causes évitables. Tant que les causes réelles ne seront pas traitées, je continuerai à ressentir cette impuissance. »<sup>16</sup>

Pourtant, au cours de votre formation, vous ne recevez que très peu d'informations sur la manière de prendre en main cette tâche importante. Au contraire, votre formation et votre profession de soignant vous enseignent souvent un certain nombre d'attitudes qui font obstacle à l'empowerment du patient. L'engagement et le militantisme ne donnent pas seulement du pouvoir aux patients, mais ils ont également un impact sur les prestataires de soins et leur façon de travailler.

## A. Voir les gens sous l'angle de leur force

L'empowerment permet de prêter davantage attention aux forces et aux talents des patients. Dans un cabinet de médecine générale, on voit généralement les gens quand ça va mal. Un dos cassé, un burn-out, une forte fièvre... Sur la base de ces impressions, il est parfois difficile de croire que ces mêmes personnes peuvent défendre leurs droits et faire imposer une société plus saine. Les soignants tombent souvent dans le fatalisme. « Il y a tellement de misère dans le monde, les gens sont constamment occupés à résoudre leurs problèmes, il n'est plus possible de les mobiliser ou de les organiser. » Mais entrer en action avec les patients, permet de découvrir énormément de forces et des talents cachés surprenants.

## B. Le partage est souvent la solution durable

Le prestataire de soins est régulièrement confronté à des problèmes complexes. Souvent, les patients viennent nous voir seuls avec leur problème, et on ressent une forte pression pour trouver une solution rapidement. Pensez, par exemple, au jeune de vingt ans à qui on ne donne aucune chance sur le marché du travail. Ou à la famille qui perd espoir à cause de problèmes d'humidité dans la maison pour lesquels elle ne trouve pas de solution. Les médecins, les psychologues et les assistants sociaux passent parfois des heures à rédiger des certificats ou à appeler des instances. Dans ces moments de frustration, il est parfois bon de s'arrêter un instant : peut-être y a-t-il d'autres gens dans le quartier qui ont le même problème ?

C'est un déclic qu'on doit être capable d'avoir : mettre en suspens la demande d'aide individuelle d'un patient et prendre le temps de partager son expérience avec d'autres. Individuellement, le soignant peut avoir l'impression de ne pas être à la hauteur du patient qui se trouve en face de lui à ce moment-là. Mais souvent, l'approche collective permet d'obtenir beaucoup plus de résultats beaucoup plus durables à moyen terme.





## Travail d'équipe pendant le coronavirus : du pessimisme et du repli sur soi, au collectif et à la confiance dans les forces de chacun

À Médecine pour le Peuple, vous n'êtes jamais seul, ce qui est en soi assez inhabituel dans le secteur des soins de santé. Bien qu'ils soient en contact avec des dizaines de patients chaque jour, de nombreux médecins généralistes ont l'impression d'être seuls. Le déclenchement de la crise du coronavirus a été l'un de ces moments. Tout à coup, on avait l'impression qu'il n'y avait plus que des coups de fil, des e-mails, des règles, de la paperasse administrative et des tâches supplémentaires qui nous tombaient dessus, ainsi qu'une maladie dont nous ne savions rien ou presque. De nombreux collègues se sont repliés encore un peu plus sur eux-mêmes. Parce qu'il y avait beaucoup de travail administratif à faire, et bien sûr, parce qu'il y avait aussi le risque d'être infecté. La frustration s'est accrue au fil du temps. Chaque jour, nous avions de nombreux patients au téléphone avec des problèmes dus à la quarantaine, à la perte de revenus, à la solitude ou à des membres de la famille malades pour lesquels nous ne pouvions pas faire grand-chose. C'était comme si c'était chacun pour soi dans la pandémie.

Mais MPLP ne serait pas MPLP si nous ne recherchions pas rapidement des solutions ensemble. Lors de la réunion d'équipe, nous avons fait l'inventaire des principaux problèmes auxquels nos patients étaient confrontés. Et ensuite : nous nous sommes mobilisés et nous avons agi. En col-



laboration avec les patients et les résidents locaux, nous avons mis en place différentes équipes de bénévoles : pour faire les courses et apporter les ordonnances, mais aussi pour informer les patients, offrir une oreille attentive en période de confinement, aider pour les tests et les recherches de contacts et les détections de sources et fabriquer des masques buccaux.

Au final, plus de 300 bénévoles se sont joints à MPLP pendant le coronavirus. Même le curé nous a ouvert son église pour y installer un centre de test. Grâce à tous ces super collaborateurs, nous avons pu continuer à garantir des soins de première ligne orientés vers le patient, qui soient préventifs et sociaux durant toute cette période.

**Anne Delespaul**  
médecin MPLP Deurne



## C. Médecin et patient sur un pied d'égalité

L'empowerment contribue également à rendre la relation entre le soignant et le patient moins hiérarchisée. Dans la société, les soignants, en particulier les médecins, sont encore mis sur un piédestal. Le patient vient avec une demande de soins et est donc en quelque sorte dépendant du prestataire de soins, mais cela ne le rend pas inférieur. Agir ensemble est l'un des meilleurs moyens de réduire au maximum cette sensation d'asymétrie. Parler aux patients de la situation dans le monde montre que leur opinion est appréciée.



## D. Choisir son camp

Nous choisissons consciemment notre camp. Si nous voyons que des gens ont des problèmes, nous voulons les aider. Beaucoup de soignants ne sont pas habitués à cette approche. Ils estiment que ce n'est pas leur rôle de prendre position sur les situations intolérables qui sont passées en revue dans leur cabinet. « Ne vous mêlez pas des clivages politiques, car cela ne fait que polariser et mettre en danger votre travail médical », entendons-nous. La question est de savoir ce que cela nous apporte à long terme. « La politique est une médecine à grande échelle », a écrit Rudolf Virchow, l'un des fondateurs de la médecine sociale au 19<sup>e</sup> siècle. La pandémie de coronavirus nous a appris que cette leçon est toujours d'actualité. L'implication dans la politique est souvent considérée comme une restriction ou une distraction, mais elle nous rend en réalité plus forts. Il s'agit d'une extension de notre travail quotidien. C'est donc aussi la tâche des professionnels de la santé de s'engager dans la politique.

Prendre parti ne va-t-il pas à l'encontre des principes de neutralité médicale ? Bien sûr, vous devez être neutre dans le traitement de vos patients. Tout le monde a droit aux mêmes soins de qualité, que l'on soit de gauche, de droite, croyant ou athée. Mais cela ne signifie pas que, en tant que prestataire de soins de santé, vous ne pouvez pas réagir lorsque vous êtes confronté à des abus.

« Rester neutre face à l'injustice, c'est choisir le camp de l'opresseur. Si vous voyez un éléphant écraser la queue d'une souris, votre neutralité n'est d'aucune utilité pour cette souris », déclarait Desmond Tutu, militant sud-africain des droits de l'homme, décédé en 2021. Ne pas choisir de camp, c'est aussi prendre parti, le parti du statu quo, le parti de l'éléphant, selon la citation de Desmond Tutu. C'est pourquoi Médecine pour le Peuple est associée au PTB, le parti politique qui se bat pour un autre système.

« Les philosophes n'ont fait qu'interpréter diversement le monde, ce qui importe, c'est de le transformer », disait Karl Marx. Lors de la célébration de son 200e anniversaire en 2018, le rédacteur en chef Richard Horton s'est adressé aux lecteurs de la revue médicale de référence The Lancet : « Le marxisme est un appel à s'engager, une invitation à renforcer la lutte pour la protection des valeurs que nous partageons. Nous pouvons conclure que la médecine a beaucoup à apprendre de Marx ».<sup>17</sup>



## Ensemble avec le PTB à nos côtés

Lorsque j'ai commencé à travailler comme médecin généraliste à Médecine pour le Peuple il y a plus de 10 ans, mon expérience de l'inégalité et de ses déterminants sociaux était très limitée. Je savais que certains de mes collègues étaient très actifs au sein du PTB. Cela me semblait à l'époque être une position difficile à tenir. Comment peut-on agir avec objectivité dans une salle de consultation si la couleur de votre engagement est si ouvertement visible ? Est-on alors toujours crédible en tant que médecin ?

Cependant, ce sont les récits des patients qui m'ont fait comprendre qu'en tant que médecin, on doit prendre activement parti, si on veut que la santé des gens s'améliore. Il y a l'exemple du Moretusburg à Hoboken, un quartier résidentiel populaire situé juste à côté de l'usine métallurgique de la multinationale Umicore, dont les émissions de métaux lourds ont causé d'importants problèmes de santé pendant des décennies. Les enfants qui y grandissent et viennent chez nous en consultation ne tirent pas profit d'un travailleur social « impartial » qui accepte le statu quo. Les histoires très dures de parents inquiets vous poussent automatiquement vers le militantisme social.

Le PTB a contribué à mettre ces histoires en lumière et à les traduire au niveau politique, puis, avec les gens, à faire baisser les niveaux de plomb dans le sang. La puissance de la symbiose entre la MPLP et le PTB s'est avérée être un véritable levier pour faire bouger les choses sur le terrain. De ce fait, les conditions de vie se sont améliorées de façon spectaculaire pour beaucoup de gens au fil des ans, un impact qu'il est difficile d'égaliser individuellement en tant que médecin. MPLP et le PTB ne sont qu'une partie d'un grand mouvement social qui vous aide, comme médecin, à améliorer de manière structurelle la santé des gens.

**Filip Vanderoot**  
médecin MPLP Hoboken



# Notes

- 1 L'historien britannique Simon Szreter a étudié à Cambridge l'histoire de la santé publique au cours des 200 dernières années. Ses conclusions vont à l'encontre de l'idée selon laquelle le capitalisme et l'industrialisation au 19<sup>e</sup> siècle ont conduit à une amélioration de la santé publique. Au contraire, l'effet a été plutôt négatif. L'espérance de vie n'a commencé à augmenter que lorsque les responsables politiques ont investi dans des réformes sociales, sous la pression des luttes sociales d'en bas. Jason Hickel, auteur du livre « The Divide », fait souvent référence au travail de Szreter dans le débat avec les optimistes du progrès tels que Steven Pinker.  
Voir son opinion dans The Guardian en 2019 : <https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/nov/22/progressive-politics-capitalism-unions-healthcare-education>
- 2 Marc Reynebeau est l'auteur de « Een geschiedenis van België ». Il fonde sa thèse sur les travaux du professeur d'histoire Jan Dhondt : « In 1954 poneerde hoogleraar in de geschiedenis Jan Dhondt van de UGent de stelling dat alle grote veranderingen in het politieke systeem van België niet door het parlement of de politiek tot stand zijn gebracht, maar wel onder druk van straatprotest. » [https://www.standaard.be/cnt/dmf20160531\\_02317229](https://www.standaard.be/cnt/dmf20160531_02317229)
- 3 En 2014, l'ancien président de MPLP, Dirk Van Duppen, a écrit un chapitre sur l'empowerment pour le « Leerboek Huisartsgeneeskunde », qui se concentre sur le travail de Paolo Freire. (Ch. 18, p. 246)
- 4 Nous faisons référence à la brochure thématique de Viva Salud, « L'empowerment. Tous ensemble pour la santé ». (p. 85) <https://www.vivasalud.be/wp-content/uploads/2020/10/Brochure-Empowerment-FR.pdf>
- 5 Remerciements pour la notion à un article paru dans Santé conjugée, la revue de la Fédération des maisons médicales. <https://www.maisonmedicale.org/L-empowerment-une-notion-malleable.html>
- 6 La scientifique de la santé Jenny Boumans travaille depuis des années sur la signification de l'empowerment. Elle a écrit le livre « Naar het hart van empowerment ». Elle écrit : « Empowerment moet van een breder perspectief worden voorzien. Zeker nu het overheidsbeleid tamelijk eenzijdig gericht is op versterking van 'eigen kracht'. Het is even belangrijk dat kwetsbare burgers daarnaast ook meer stem krijgen en invloed kunnen uitoefenen op hun leefomstandigheden. » <https://www.movisie.nl/artikel/focus-empowerment-niet-alleen-eigen-kracht>
- 7 L'universalisme proportionnel est une méthode de lutte contre les inégalités en matière de santé. Le concept est que la politique ou l'action s'adresse à tous les citoyens (universel), mais que son application est d'autant plus intensive que les groupes cibles sont vulnérables et que les obstacles à surmonter sont nombreux (proportionnel).  
Le terme a été lancé par Michael Marmot, auteur du rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux.  
Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure sur l'universalisme proportionnel de Gezond Leven. Dans leurs 10 méthodes de travail, ils soulignent également l'importance de la politisation et de l'empowerment. <https://www.gezondleven.be/files/ongelijkheid/10-werkwijzen-volgens-het-principe-van-proportioneel-universalisme.pdf>
- 8 Dans le manuel de médecine générale des facultés flamandes et néerlandaises, le professeur Jan De Maeseneer écrit : « Het maatschappelijk perspectief van de huisarts vloeit verder voort uit zijn positie en werkwijze in de frontlinie van de gezondheidszorg. De huisartsenzorg is medeverantwoordelijk voor de optimalisering van het gebruik van de zorgvoorzieningen. De huisarts zorgt ervoor dat mensen met de grootste zorgbehoefte ook de meeste zorg ontvangen (het equity-principe). »  
Quatre contributions importantes que le médecin généraliste peut apporter y sont décrites :
  - Fournir des soins accessibles.
  - S'attaquer activement aux facteurs sociaux et, si nécessaire, faire appel à l'assistance sociale pour y remédier.
  - Identifier les facteurs sociaux pathogènes.
  - Renforcer la cohésion sociale et l'empowerment des patients, en collaborant avec les services de santé et d'aide sociale locaux.On parle de community-oriented primary care (COPC) lorsque les établissements de soins de première ligne lancent des interventions pour améliorer l'état de santé de leur quartier. (p. 240-242)
- 9 Citation de Jenny Boumans tirée du même ouvrage sur l'empowerment. <https://www.movisie.nl/artikel/focus-empowerment-niet-alleen-eigen-kracht>
- 10 Cette étude est décrite par le sociologue espagnol Vicenç Navarro dans un article de 2007, dans lequel il développe notamment sa vision des stratégies d'empowerment. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17436983/>
- 11 Volontariat et santé. Extrait de MC-Information, mars 2020 [https://www.mc.be/media/annexe-volontariat-et-sante-mc-uclouvain\\_tcm49-62950.pdf](https://www.mc.be/media/annexe-volontariat-et-sante-mc-uclouvain_tcm49-62950.pdf)
- 12 Extrait de la brochure sur l'empowerment de Viva Salud (p. 67)
- 13 Il s'agit du modèle CanMEDS, développé au Canada et utilisé aujourd'hui au niveau international comme cadre de référence pour la formation et la reconnaissance des médecins, des infirmières, etc. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>
- 14 Hommage dans la revue de référence New England Journal of Medicine à l'occasion du 200<sup>e</sup> anniversaire de Rudolf Virchow et du 100<sup>e</sup> anniversaire de Bernard Lown, deux médecins qui se sont engagés au cours de leur carrière : « Physicians as Activists ». <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2103050>
- 15 Description des résultats par De Standaard : [https://www.standaard.be/cnt/dmf20210519\\_98356659](https://www.standaard.be/cnt/dmf20210519_98356659)
- 16 « Na 13 jaar ben ik van plan om de geneeskunde vaarwel te zeggen. Ik wil geen dokter meer zijn. » Lettre d'adieu sur [knack.be](https://www.knack.be/nieuws/belgie/na-13-jaar-ben-ik-van-plan-om-de-geneeskunde-vaarwel-te-zeggen-ik-wil-geen-dokter-meer-zijn/) de l'interniste en formation Sam Proemans <https://www.knack.be/nieuws/belgie/na-13-jaar-ben-ik-van-plan-om-de-geneeskunde-vaarwel-te-zeggen-ik-wil-geen-dokter-meer-zijn/article-opinion-1451199.html>
- 17 Offline: Medicine and Marx [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32805-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32805-2/fulltext)



## Colophon

1 avril 2022

Rédaction : Médecine pour le Peuple

Éditeur responsable : Jan Franssen, Commandant Weynsstraat 85, 2660 Hoboken

Design : commsa.be

Couverture : Jasmine Elsen

Impression : Drukkerij EPO

