

# DROIT À LA SANTÉ

## #PublicHealth4All

### Internationale des Services Publics

**Numero 1,  
mars/avril 2017**

## Il est temps d'unir nos forces et de lutter pour la santé pour tous

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » est l'un des droits humains qui figure dans la déclaration de 1948, époque à laquelle l'Organisation mondiale de la Santé a été créée pour contribuer à y concourir. Ce principe a été repris dans la constitution de nombreux pays. Des avancées majeures ont été obtenues suite à cette déclaration, en particulier dans les pays industrialisés. Mais nous sommes encore très loin de garantir le droit humain qu'est l'accès à la santé pour tous, malgré plusieurs accord intergouvernementaux sur la couverture santé universelle.



... pour financer l'eau et l'assainissement publics

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Nouvelles internationales</b>	<b>3</b>
<b>En bref</b>	<b>5</b>
<b>Afrique/Pays arabes</b>	<b>7</b>
<b>Asie et le Pacifique</b>	<b>10</b>
<b>Europe</b>	<b>14</b>
<b>Inter-Amérique</b>	<b>19</b>

Plus de 1 milliard de personnes vivent dans la pauvreté, sans accès à l'eau potable. La population sans accès à l'assainissement atteint même 2,6 milliards d'individus. Les enfants sont plus d'un millier à mourir chaque jour de maladies d'origine hydrique, lesquelles expliquent par ailleurs l'occupation de la moitié des lits d'hôpitaux à travers le monde. Les guerres, les conflits internes et les changements climatiques continuent de faire des dizaines de milliers de victimes, sans parler des millions de personnes qu'ils jettent dans une détresse absolue. Les personnels de santé paient de leur vie leur présence aux avant-postes dans la lutte contre les désastres naturels, humains et épidémiologiques, car ils œuvrent souvent sans protection adéquate, ni rémunération, ainsi que l'ont montré les épidémies récentes d'Ébola, de Zika ou de MERS. Surmenés, avec des équipes sous-dimensionnées par rapport aux populations, victimes de maladies contractées dans le cadre de leur travail, les personnels de santé se sacrifient et ce lourd tribut n'est plus acceptable.

Nous avons constaté d'énormes efforts de privatisation, de libéralisation et de coupes budgétaires dans la santé et les services sociaux, engagés au nom d'un projet idéologique qui repose sur les outils du 'libre-échange', mais aussi sur des conditions 'd'aide' et facilités de crédit accordées par les organisations financières internationales. Derrière ces initiatives, toujours la promesse que les 'marchés' feront mieux que les états parce qu'ils sont supposés être plus efficaces et moins bureaucratiques. La marge de manœuvre politique laissée pour entretenir ce niveau modeste ou améliorer les services de santé a été réduite par les programmes d'ajustement structurel adoptés par les pays en développement dans les années 1980-1990. Toutefois, il est admis aujourd'hui que ces mesures ont conduit à un accroissement des inégalités et à une dégradation de la qualité des services de santé. Persister dans cette politique reviendrait à anéantir les progrès importants enregistrés ces dernières décennies dans les conditions de santé et l'espérance de vie, en particulier pour une large part de la population des pays en développement.

Le sous-financement des services de santé publique oblige des centaines de millions de personnes à payer eux-mêmes des services de santé. D'après l'OMS, « environ 100 millions de personnes sont maintenues sous le seuil de pauvreté dans le monde chaque année en raison des dépenses de santé ». En résumé, le manque de soins de santé contribue à aggraver les inégalités et l'extrême pauvreté dans une société.

Cela indique clairement le besoin essentiel d'une couverture publique et universelle de santé pour que cette dernière soit un droit humain réalisable. Jusqu'ici, c'est plutôt le contraire que nous avons vu pourtant. Au cours des quelques décennies qui viennent de s'écouler, le secteur sanitaire et social a été l'une des cibles favorites de la restructuration qui a vu une implication croissante des intérêts privés à but lucratif dans la fourniture de services de santé, avec le soutien explicite des gouvernements présenté sous l'appellation de réformes de santé.

Ce soutien revêt différentes formes de privatisation, dont le partenariat public-privé (PPP), mais se traduit aussi par des politiques qui poussent les sociétés transnationales à s'impliquer davantage dans la prestation d'assurance-maladie et la production pharmaceutique. Ces réformes de santé s'inscrivent dans le cadre de réformes budgétaires tridimensionnelles : instaurer des systèmes de contrôle budgétaire plus strict, fixer de nouvelles priorités dans l'affectation des ressources gouvernementales s'appuyant sur une impression de croissance limitée, améliorer l'utilisation des ressources pour finalement créer un état 'dégraissé'.

Il est possible de réorienter la politique en matière de santé pour qu'elle replace l'humain au-dessus du profit. Ces possibilités incluent les Objectifs de développement durable et le Plan d'action quinquennal « Emploi en santé et croissance économique ». Mais pour que cet ancrage institutionnel soit effectif, les syndicats, les organisations de la société civile et nos communautés doivent initier activement ce processus et unir leurs forces derrière un agenda commun pour une santé publique universelle.

C'est dans ce contexte qu'a été lancée la Campagne mondiale pour le droit humain à la santé de l'ISP lors de la réunion du Groupe de travail sur les services sociaux et de santé, à Genève, en décembre 2016. Nos affiliés présents dans différentes régions du monde ont engagé des actions et font avancer la campagne. Notre bulletin d'information Droit à la Santé est notre voix, notre façon de vous donner des nouvelles et de vous ouvrir des perspectives sur la campagne et les luttes menées à travers le monde pour imposer la santé comme un droit humain fondamental.

Je vous encourage à vous abonner au bulletin d'information et à nous envoyer vos contributions. Il est temps pour nous désormais de nous unir et de lutter pour la santé pour tous, qui s'inscrit dans notre combat pour que le peuple triomphe sur le profit. Ce qui passe par le partage de nos expériences et de nos idées. Unis et déterminés, nous vaincrons.



**Rosa Pavanelli**  
*Secrétaire générale de l'ISP*

## Vers une renaissance de l'Organisation mondiale de la Santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se trouve à un stade critique de son histoire : elle s'apprête à désigner un nouveau Directeur général (DG) qui prendra ses fonctions le 1er juillet 2017. Le monde a connu beaucoup de changements depuis la création de l'OMS en 1948, dotée d'une mission importante de pilotage et de coordination de la santé au plan international. Bien que l'état de santé de la population ait connu une amélioration générale significative grâce au développement économique et technologique, ce n'est pas suffisant pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

Le monde se caractérise désormais par des « défis grandissants avec de profondes implications sanitaires ». La gouvernance mondiale devient plus complexe sous l'influence montante des grandes entreprises et l'affaiblissement des institutions démocratiques. Gouverner la santé mondiale a pris un tour plus politique alors que l'OMS doit relever de plus en plus le défi du financement.

Parallèlement, les occasions ne manquent pas de faire de la « santé pour tous » plus qu'un simple slogan. Il y a suffisamment de richesses dans le monde pour que ce soit possible. Mais cela nécessite des changements structurels dans les pays, ainsi qu'une Organisation mondiale de la Santé qui soit forte, crédible et audacieuse pour faire avancer la cause de la santé publique pour tous. C'est dans ce contexte que s'ouvrira l'Assemblée mondiale de la Santé qui va élire le prochain DG en mai.

L'ISP a rejoint 27 organisations de la société civile afin d'envoyer un message commun aux états membres de l'OMS, et au monde en général, au sujet de l'OMS que nous souhaitons et la direction dont l'OMS a besoin (cf. <http://g2h2.org/posts/nextdg/>), avec pour objectif d'orien-

ter les débats en tant qu'acteurs non gouvernementaux. Reconnaisant à l'OMS un rôle primordial parmi les acteurs internationaux et multilatéraux qui font avancer la cause de la santé publique universelle, les signataires de ce communiqué appellent l'OMS à redoubler d'efforts pour fixer des priorités et décider d'orientations stratégiques en adoptant une perspective de santé publique mondiale plutôt qu'en se laissant guider par les intérêts et les priorités des bailleurs de fonds individuels.

Ce communiqué de la société civile appelle aussi l'OMS à revitaliser l'engagement des états membres en faveur de la santé publique, y compris en apportant des contributions non affectées à un niveau suffisant et en protégeant correctement l'organisation contre les intérêts privés.

Les organisations de la société civile sont intimement convaincues que le nouveau DG de l'OMS doit être un leader fort et reconnu, un champion de la santé publique. Il ou elle doit être un(e) diplomate capable de prendre en compte les facteurs politiques, économiques, sociaux et environnementaux, de promouvoir la justice en santé, la diversité, la démocratie et la responsabilité, d'avoir

des compétences de manager pour introduire des initiatives transversales et des procédures efficaces de prise de décision.

Voici les trois candidat(e)s au poste de DG de l'OMS : Sania Nishtar (Pakistan), David Nabarro (Royaume-Uni) et Tedros Adhanom Ghebreyesus (Éthiopie). L'ISP et plusieurs autres organisations de la société civile signataires de ce communiqué ont participé au débat dirigé sur la direction politique en faveur de la santé mondiale, organisé pour les candidats au Graduate Institute, à Genève, par Chatham House, la Fondation des Nations Unies et la Fondation Rockefeller.

Chacun des candidat(e)s est un(e) praticien(ne) médical et sanitaire expérimenté et un responsable politique. Mais il est navrant de constater qu'ils/elles ont tous hésité avant de prendre clairement position contre l'influence grandissante des intérêts privés, y compris des sociétés philanthropiques, dans l'OMS. Ceci pourrait bien refléter la peur de la puissance que pourrait avoir ces intérêts dans la course que re-



Candidats au poste de DG de l'OMS lors du débat qui a eu lieu à l'Institut universitaire de Genève. Photo : ISP

## Dépression : parlons-en



Affiche de la Journée Mondiale de la Santé de 2017. Photo: OMS

Affronter le trouble dépressif majeur (TDM), souvent appelé simplement dépression, sera le thème auquel se consacre cette année la Journée mondiale de la Santé, le 7 avril prochain. Le TDM correspond à une humeur sombre chez une personne, caractérisée par au moins deux semaines de tristesse persistante, de manque d'énergie et de perte générale d'intérêt pour ce qui la motive habituellement.

Cet état conduit souvent à l'anxiété, à une forme de désespoir et à une faible estime de soi, rejaillissant sur les relations avec la famille et les amis. Le TDM peut affecter tout le monde. On en ignore les causes. La vulnérabilité envers cette maladie possède une part d'inné (prédisposition génétique) et d'acquis (environnement social et physique).

La pression professionnelle et, pire, la précarité de l'existence pour les personnes ayant un emploi flexible et mal rémunéré ou n'ayant aucun moyen de subsistance, prédispose des millions d'individus supplémentaires à la dépression aujourd'hui, par rapport aux époques précédentes. Les conséquences de cette bombe à retardement peuvent être fatales.

Une personne meurt en se suicidant toutes les 40 secondes. Parmi ces victimes, 60 % souffrent de

dépression ou d'autres troubles de l'humeur. Il est possible de prévenir le suicide si nous faisons attention à nos sœurs, frères, amis, voisins et collègues, si nous leur parlons et les poussons à se faire aider médicalement quand nous remarquons des signes de dépression.

La dépression post-natale affecte une femme sur six après l'accouchement. Elle se soigne avec l'aide de professionnels. Pouvoir parler avec ses amis et sa famille, recevoir leur soutien, est incomparable dans ces moments-là.

Il faudra du temps pour que la santé psychique gagne en importance, ce qui passe aussi par le financement, la formation des professionnels et la formation continue du person-

nel soignant, pour qu'ainsi l'aide professionnelle soit accessible aux personnes qui se battent avec la dépression chronique.

Par ailleurs, placer l'individu au-dessus du profit, construire une société plus humaine, dans laquelle les déterminants sociaux et économiques de la santé sont équitablement répartis, est important pour alléger la charge psychologique et mentale que génère une existence matérielle dégradante, à l'origine de la dépression chez tant de personnes.

Téléchargez les posters expliquant le message dans différents contextes régionaux en cliquant sur ce lien :

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/fr/>

## Comment les professionnels communautaires de la santé contribuent aux ODD

Le 1er congrès mondial des Agents de santé communautaires (ASC) a eu lieu à Kampala (Ouganda), du 21 au 23 février 2017. Il a été organisé par la Makerere University School of Public Health Sciences et la Nottingham Trent University, placé sous le thème « Contribution des agents de santé communautaires dans l'atteinte des Objectifs de développement durables ».

Plus de 450 participant(e)s venus de plus de 20 pays s'y sont retrouvés. Totalisant 140 présentations orales et posters, trois interventions majeures, 13 panneaux et deux ateliers, il s'agit d'une véritable plateforme qui a stimulé les discussions sur un vaste éventail de sujets concernant le travail des agents de santé communautaires, qui s'inscrit dans la poursuite des objectifs de santé universelle.

L'ISP a participé activement au symposium par le biais d'une présentation intitulée « Atteindre l'objectif du droit humain à la santé : agents de santé communautaires et emplois sanitaires à l'ère des ODD ».

En remettant l'évolution des ASC en perspective par rapport à la formation des fermiers de villages chinois, connus plus tard sous le nom de «docteurs aux pieds nus» dans les années 1930, et par rapport à la situation actuelle où des agents de santé communautaires à plein temps sont considérés comme des bénévoles dans de nombreux pays, Baba Aye, le responsable des services de santé & sociaux de l'ISP, a démontré que le changement de paradigme qui a amené l'adoption d'un modèle néolibéral de développement produit des effets néfastes sur les soins de santé de première nécessité de façon générale, et en particulier pour les conditions de travail des ASC.

L'élan impulsé par le mouvement en faveur des soins de première nécessité, inspiré par la Déclaration d'Alma Atta en 1978, a été stoppé dans les années 1980 par la privatisation, la libéralisation et les coupes dans le budget de la santé. On constate cependant une envie de relancer l'implication des agents de santé communautaires (ASC) dans les soins de santé universels à travers les ODD





Prof. Anthony Mboye, Directeur général des Services de santé, Ministère de la Santé, Ouganda. Photo : ISP

et, plus récemment, le Plan d'action quinquennal «Emploi en santé et croissance économique ». Les ASC assurent une passerelle importante entre les communautés rurales, péri-urbaines et les systèmes de santé dans de nombreux pays en développement.

La plupart des participant(e)s partageaient aussi ce point de vue. Après plusieurs sessions de débats, ils ont adopté la Déclaration de Kampala ([http://www.hifa.org/sites/default/files/publications\\_pdf/Kampala\\_CHW\\_symposium\\_statement-v23.02.17.pdf](http://www.hifa.org/sites/default/files/publications_pdf/Kampala_CHW_symposium_statement-v23.02.17.pdf)) qui établit que « les programmes instaurant des agents de santé communautaires peuvent être un excellent moteur pour atteindre au moins sept des ODD, notamment les objectifs 1 (pas de pauvreté), 2 (faim « zéro »), 3 (bonne santé et bien-être), 5 (égalité entre les sexes), 6 (eau propre et assainissement), 10 (inégalités réduites) et 17 (partenariats pour la réalisation des objectifs) ».

Intégrer les agents de santé communautaires dans la structure formelle du système de santé est crucial, de même qu'adapter les programmes des ASC pour qu'ils « répondent aux besoins et aux priorités qui conviennent culturellement et contextuellement ». Bien qu'il soit communément admis que les ASC doivent être encouragés par des incitations financières, il n'y a rien de

clair sur la rémunération des ASC qui travaillent à plein temps mais ont un statut formel de « bénévoles ».

Garantir la santé pour tous ne tient que du mirage sans la justice sociale et des conditions de travail décentes pour les travailleurs/euses qui assurent les services de santé. Lorsque les ASC font des horaires de travail normaux, ils doivent toucher un salaire décent. C'était la norme dans quasiment tous les programmes d'ASC avant les années 1980 et c'est encore le cas dans bon nombre de programmes actuels dans le monde. L'absence d'une rémunération régulière et prévisible qui permettrait de remplir les besoins des ASC à temps plein fragilise leur capacité à s'engager pleinement.

Ce congrès se tiendra tous les deux ans. Fournir un travail décent et une protection sociale aux ASC va rester un axe de préoccupation que l'ISP va présenter à ce forum comme un élément important faisant partie intégrante de la recherche de la santé universelle. Les discussions vont se poursuivre avec un large éventail de chercheurs et de praticiens, dont certains affiliés de l'ISP, sur les plateformes Health Information for All (HIFA) (<http://www.hifa.org/>) et CHW Central (<http://www.chwcentral.org/>). □

suite de la page. 3

présente le processus électoral. Cela démontre aussi que le mouvement né de la société civile doit capitaliser sur la sensibilisation et la mobilisation de l'opinion publique, durant la période actuelle, pour obtenir une renaissance de l'OMS et atteindre l'objectif de la santé pour tous. □

## En bref

### Réunion tripartite sectorielle de l'OIT sur la santé

La réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé aura lieu au Bureau international du travail de Genève, du 24 au 28 avril (cf. [http://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS\\_508524/lang--fr/index.htm](http://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_508524/lang--fr/index.htm)). « L'objet de la réunion est de débattre des stratégies en faveur de conditions de travail décentes qui permettraient de remédier aux pénuries de personnels de santé, condition indispensable pour assurer l'égalité d'accès aux soins en faveur de tous ceux qui en ont besoin, en vue d'adopter des conclusions sur l'élaboration de futurs programmes et de contribuer à la formulation de politiques sur la question aux niveaux international, régional et national. »

Rosa Pavanelli, Secrétaire générale de l'ISP, dirigera le groupe des travailleurs/euses à cette réunion. C'est une occasion de plus de faire avancer la cause de la Santé pour tous et d'améliorer les conditions d'emploi et de travail des personnels de santé, dans le contexte des Objectifs de développement durable et du Plan d'action quinquennal « Emploi en santé et croissance économique », afin de mettre en œuvre les recommandations de la Commission de haut niveau des Nations-Unies □

### Taxer les riches pour financer la santé

La santé est essentielle pour un développement durable. Le manque de ressources est souvent présenté comme le principal défi à relever pour atteindre cet objectif. Le véritable problème ne tient pas à l'inadéquation des ressources pourtant, mais au manque de volonté politique pour changer la situation.

Oxfam a récemment établi que huit individus possèdent une fortune équivalente à la moitié de la population mondiale, c'est-à-dire 3,6 milliards de personnes (cf. <https://www.oxfam.org/fr/salle-de-presse/communiqués/2017-01-16/huit-hommes-possèdent-autant-que-la-moitié-de-la-population>).

Le rapport confirme que « à travers le monde, des gens sont laissés pour compte » malgré les Objectifs de dé-

veloppement durable. Des millions de personnes ne peuvent mener une existence saine car les besoins de base que sont l'eau, la nourriture et un abri ne sont pas couverts.

Les multinationales déclarent des profits énormes alors même que certaines d'entre elles ne payent que 0,005 % de taxes afférentes (cf. [http://www.eldiario.es/desigualdadblog/Impuestos-derechos-mujeres\\_6\\_619498084.html](http://www.eldiario.es/desigualdadblog/Impuestos-derechos-mujeres_6_619498084.html)). L'affaire des Panama Papers n'a fait que révéler à quel point les eaux de l'injustice fiscale sont troubles. Ce sont 3 trillions de dollars US qui disparaissent chaque année dans le trou noir des paradis fiscaux. Pourtant ces fonds contribueraient grandement à sortir des centaines de millions de gens de la misère, à leur assurer une meilleure vie, en meilleure santé.

L'ISP s'engage clairement pour la justice fiscale afin d'empêcher ces fuites de capitaux utiles au développement. Les affiliés de l'ISP issus de différentes régions du monde participeront activement à la semaine mondiale d'action organisée du 1er au 7 avril prochain (<http://www.globaltaxjustice.org/en/action/global-week-action-endtaxhavens>) dans le cadre de la campagne #EndTaxHavens! qui se termine lors de la Journée mondiale de la Santé. Nous profitons aussi de cette occasion pour exiger des actions politiques décisives destinées à mobiliser des ressources pour la santé publique et à placer les peuples au-dessus du profit. Les entreprises et les outrageusement riches doivent payer leur juste part. □

### L'avenir de la santé

L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a organisé un forum public sur l'Avenir de la santé, en janvier. Manifestation aussitôt suivie par la réunion des ministres de la Santé consacrée à la future génération des réformes de santé.

(<http://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf>). L'ISP a participé aux réunions qui ont abouti à un communiqué commun avec la Commission syndicale consultative (CSC) (cf. <http://www.world-psi.org/en/health-ministerial-meeting-joint-trade-union-statement>).

Nous apprécions l'engagement renouvelé dont fait preuve l'OCDE envers une nouvelle génération de réformes de la santé plaçant « l'hu-

main au centre », dans le contexte des Objectifs de développement durable, ainsi que le précise la déclaration ministérielle des états membres de l'OCDE. Pour que ce discours porte et contribue à ce que personne ne soit laissé pour compte, il faut accorder plus d'attention aux déterminants sociaux de la santé.

La tendance au resserrement budgétaire de la santé et des services sociaux, à notre époque où les mesures d'austérité deviennent la norme pour les gouvernements, doit être inversée afin de réduire les dépenses inefficaces et de libérer davantage de ressources pour fournir des services. Cela nécessite des réformes structurelles pour venir à bout des distorsions liées au monopole des groupes pharmaceutiques et des sociétés d'assurance à but lu-

cratif, ainsi que l'a identifié la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique des Nations Unies.

Reconnaitre la santé comme un droit fondamental humain reviendrait à faire un premier pas vers une nouvelle génération de réformes de la santé. L'avenir de la santé qui place l'humain au-dessus du profit passe par une santé publique universelle. Sans cela, la politique de soins centrée sur les personnes va en pratique « à l'encontre des intérêts des patients et des personnels de santé », ainsi que le révèle le manifeste pour l'avenir de la santé de l'ISP (cf. [http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/future\\_of\\_health\\_pcc\\_kb.pdf](http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/future_of_health_pcc_kb.pdf)) □

## Campagne Droit à la Santé lancée en Afrique australe et francophone

Les affiliés de l'ISP provenant d'Afrique francophone et d'Afrique australe ont organisé des activités pour lancer la campagne mondiale du Droit humain à la Santé, les 7-8 février et 3 mars respectivement. Le lancement en Afrique francophone a eu lieu à Lomé, sous la forme d'un séminaire sur les PPP et le Droit à la Santé, alors que celui en Afrique australe s'est déroulé à Johannesburg où les leaders syndicalistes ont affirmé leur soutien entier à cette initiative, s'appropriant ce cadre pour promouvoir l'action au sein des pays du sud de l'Afrique.

Le séminaire de Lomé a rassemblé plus de 60 participant(e)s : affiliés à l'ISP venus du Togo, du Burkina Faso, du Mali, du Sénégal, du Bénin, du Tchad, du Cameroun, de la RDC, du Niger et de la Guinée Conakry, représentant(e)s de toutes les antennes syndicales togolaises, représentant(e)s du ministre togolais de la Santé, universités, principales organisations de la société civile togolaise et membres de la presse.

Les participant(e)s ont souligné le fait qu'il est urgent que les gouvernements africains augmentent les sommes allouées au budget de la santé. Il est intolérable que seize ans après la Déclaration d'Abuja, dans laquelle les chefs d'état africains s'engageaient à ne pas consacrer moins de 15% de leur budget annuel aux services sanitaires et sociaux, seuls deux pays (l'Afrique du sud et le Rwanda) remplissent effectivement ce critère. Dans la partie francophone de l'Afrique, les sommes budgétaires allouées à ces services ont été de 5% par an. La déclaration de Lomé, appelant à augmenter le financement de la santé publique et à freiner les PPP, a été adoptée.

À Johannesburg, Rosa Pavanelli a remis la campagne en perspective en indiquant qu'« une part importante des objectifs de la campagne

est d'aider les affiliés à jouer leur rôle pour amorcer le changement à travers le monde, en mobilisant les forces politiques et en les gagnant à la cause de l'équité mondiale en santé, tout en remplissant leur mandat de professionnels de santé en redonnant aux citoyens un droit humain fondamental. »

Insistant sur le fait que « la santé est un droit humain », elle a précisé que la campagne allait concerner aussi des grandes sociétés mondiales, défiant la marchandisation croissante de la santé.

Modise Letsatsi, 1er vice-président de DENOSA, a présenté les objectifs de la campagne dans la région, indiquant que les professionnels de santé doivent être aux avant-postes dans cette campagne visant à obtenir de bons résultats sanitaires et que « dépenser pour la santé n'est pas une dépense, c'est un investissement », de même que « la couverture universelle de santé est impossible sans les professionnels de santé ».

Il a ajouté que la santé pour tous ne pouvait être obtenue sans lutter en même temps pour la parité hommes-femmes. Il encourage les affiliés à donner la priorité aux enjeux de san-

té qui concernent les femmes dans la campagne alors qu'ils s'apprêtent à lancer cette campagne au plan national « en prenant en compte les spécificités et défis majeurs à relever pour mettre en œuvre le droit à la santé dans chaque pays ».

Ainsi que l'a déclaré Modise, membre du Groupe de travail sur la santé mondiale et les services sociaux de l'ISP : « Nous devons saupoudrer la campagne de nos propres enjeux spécifiques pour que qu'elle trouve un écho dans les communautés de nos différents pays ».

De façon analogue, une base commune sera adoptée d'ici la fin du mois de mars, en s'appuyant par exemple sur la déclaration d'Abuja qui engage les chefs d'état africains à consacrer au moins 15% de leur budget annuel à la santé publique, mais aussi lors du lancement régional de la campagne à l'occasion de la réunion du Comité exécutif régional (AFREC) de l'ISP dans les pays arabes et en Afrique. □



Représentant(e)s des affiliés de la sous-région de l'Afrique australe pendant le déjeuner. Crédit photographique : DENOSA

## Libéria : bâtir un système de santé solide sur une infrastructure fragile ?



George Poe Williams, Secrétaire général du NAHWAL. Photo : ISP

À la fin de la crise Ébola dans le bassin du Mano, le gouvernement libérien a déclaré s'engager dans la mise en place d'un système solide de services de santé. C'est ce sur quoi le docteur Bernice Dahn a misé pour gagner des soutiens afin d'accéder au poste de ministre de la Santé. À l'époque pourtant, les personnels de santé du secteur public n'ont pas manqué de rappeler le rôle de responsable des services de santé qu'elle a occupé pendant neuf ans au sein d'un système de santé en pleine dérive, son manque de compétences en management et son absence de rapports avec les professionnels de santé.

On pourrait penser qu'avec la terrible expérience de l'épidémie d'Ébola, le gouvernement libérien aurait commencé à faire différemment afin de ressusciter et redynamiser un système de santé sous-financé et mal géré. Mais comme la direction du système elle-même n'a jamais été restructurée, les professionnels du secteur savaient que les choses continueraient sur leur lancée. Les craintes du National Health Workers' Association of Liberia (NAHWAL) se sont confirmées.

Selon le quotidien Parrot, qui paraît à Monrovia (vol. 5 no. 311 du vendredi 20 janvier 2017), le rapport annuel 2016 du ministère de la Santé révèle une liste déconcertante de

manquements : pénurie d'électricité, eau insalubre et scores faibles à l'indice de Capacité opérationnelle générale des services (GRS) de diagnostics, auxquels s'ajoutent une disponibilité insuffisante de médicaments essentiels et d'équipements de base.

Il y est dit que ces lacunes touchent une grande partie du pays, à tous les niveaux du système de santé. Dans les faits, plusieurs patients, y compris des professionnels de la médecine, sont morts par manque d'alimentation en oxygène dans des salles d'urgence ou des unités de soins intensifs (USI).

Cette surprenante confirmation du ministère de la Santé valide ce que les travailleurs/euses expriment depuis des années par la voix de leur syndicat, NAHWAL, dont les responsables sont pris pour victimes. On ne peut que s'étonner de voir que la première réaction est de punir ces responsables clairvoyants, qui dénoncent ces obstacles depuis longtemps. Maintenant que le gouvernement admet ces manquements, comment justifier les actions draconiennes prises à leur encontre pour avoir parlé de ces pénuries aiguës ?

NAHWAL continue de pointer les mauvaises conditions de travail des professionnels de santé, par

exemple leur longues heures de service (parfois jusqu'à 12 heures d'affilé) et les effectifs limités dans les services. Parmi les autres problèmes à résoudre, citons le refus des congés annuels pour de nombreux professionnels en santé publique, des milliers de personnes travaillant comme « bénévoles » sans être payés, l'absence de sécurité sociale pour les professionnels de santé, d'énormes disparités salariales, aucune médecine du travail ni aucun comité de sécurité en place, aucune mesure d'incitation pour les professionnels qui sont les piliers d'un système de santé solide.

À en juger par l'affaire révélée par Parrot, deux choses ressortent clairement :

1. l'ambition qu'a le Libéria de créer un système de santé solide est fragilisée ; et
2. les professionnels de santé paieront à nouveau de leur vie si une autre épidémie du type Ébola devait refaire surface dans le pays.

NAHWAL appelle le monde à ouvrir les yeux sur ce système de santé fragile, dans le but de renforcer ses infrastructures de base. □



## La corruption mine les services assurés par le Centre médical fédéral au Nigéria

Des pratiques de corruption dans la gestion s'inscrivant dans le cadre de PPP ont miné les services du Centre médical fédéral Owerri (FMC), dans le sud-est du Nigéria. Les syndicats ont dévoilé ce qu'ont entrepris des officiels haut placés au ministère fédéral de la Santé pour couvrir toute une série de malversations.

Ceci a conduit à des actions de masse pour imposer une utilisation judicieuse des fonds dans les infrastructures sanitaires et garantir la transparence dans l'examen des accusations, notamment à une occupation du siège du ministère de la Santé à Abuja, le 26 janvier.

Pendant presque deux ans, les syndicats du secteur de la santé ont dû affronter une féroce opposition des officiels du ministère de la Santé parce qu'ils ont établi un cas de corruption entrant dans les « pratiques courantes » au FMC, sous la direction de son directeur médical, le Dr Uwakwem.

Le ministre de la Santé a répliqué en niant toute irrégularité financière de la part du directeur médical. Il a mis l'accent au contraire sur l'opposition des travailleurs/euses au lancement des partenariats public-privé dans le Centre par le Dr. Uwakwem, censés ancrer la transparence et le sens des responsabilités. Mais ce dont il semble ne pas avoir pris la mesure, c'est que les PPP sont souvent liés à la corruption. La situation que connaît le FMC d'Owerri n'est qu'un exemple de plus qui vient le confirmer.

Partant des actions de dénonciation des syndicats, la Commission nigériane contre les délits financiers et économiques (EFCC) a mené une enquête indépendante. Ses constatations l'ont amenée à poursuivre le Dr. Uwakwem devant la Haute Cour, le 11 octobre 2016, considérant qu'un cas de corruption était de prime abord établi contre elle.



Com. Ayuba Wabba, Président du NLC, et d'autres responsables syndicaux, organisant un piquet de grève devant le ministère de la Santé à Abuja. Photo : MHWUN

Il est plutôt étrange de voir que le ministre de la Santé l'a remise en poste, de force, en recourant à la police. Les syndicats précisent par ailleurs que cela va bien plus loin que ce qu'on pourrait penser. Précédemment, ils avaient avancé que le Dr. Uwakwem semblait avoir collaboré avec des officiels haut placés au ministère pour détourner des fonds promis au Centre. Le PPP dont elle assure la promotion est, comme beaucoup d'autres PPP, la voie ouverte au détournement de ressources publiques très utiles à des fins privées.

Lorsque des fonds destinés aux services de santé sont détournés vers des poches privées, l'impact négatif que cela produit sur des millions de personnes vulnérables est incommensurable. Les ressources qui auraient pu servir à employer des personnels, à acheter des médicaments et à assurer des services de santé faisant cruellement défaut sont perdues au profit de quelques personnes avides. Ironiquement, cette forme intéressée de développement est ensuite utilisée pour justifier la mise en place de PPP, qui contribuent à leur tour à alimenter la corruption et à nourrir des profits privés avec des fonds publics.

Par principe, l'ISP lutte contre la corruption et toutes ses ramifications. C'est particulièrement condamnable lorsque les institutions qui sont censées être les garantes contre de telles actions néfastes sont manipulées. Cela mine la campagne anti-corruption lancée par le gouvernement fédéral du Nigéria.

L'ISP salue le courage de ses affiliés et des autres syndicats nigériens qui se rebellent contre cette anomalie et pour défendre des services publics de qualité à l'abri d'officiels corrompus.

L'ISP ajoute ce cas à la longue liste des PPP qui échouent, apportant une preuve solide supplémentaire que les PPP ne fonctionnent pas et qu'ils encouragent plutôt la corruption. □

**Contributions de Biobelemoye Josiah, Ojonugwa Ayegba (MHWUN) et Samson Eze (NANNM)**

### L'ISP lance sa campagne pour le droit humain à la santé dans la sous-région de l'Océanie

Le 15 février, l'une des rues les plus fréquentées d'Auckland en Nouvelle-Zélande a vu défiler un mouvement syndical lançant la campagne de l'ISP pour le Droit à la santé pour tous dans la sous-région de l'Océanie, aux cris du slogan « YesWeCare ». Des membres des affiliés à l'ISP, d'autres syndicats et de la société civile ont rallié le mouvement avec 200 personnages à taille réelle découpés dans du carton, représentant le manque de 20 000 personnels de santé pour la seule Nouvelle-Zélande.



Manifestation à Auckland. Photo : coalition #YesWeCare

D'après les syndicats néozélandais, ces 20 000 personnels manquants sont la conséquence du trou de 1,85 milliards de dollars NZ dans le budget national de la santé. Cette charge, due au sous-financement, ne pèse pas seulement sur les personnels de santé en poste qui doivent travailler plus dur encore pour combler les manques, mais aussi sur les communautés et en particulier les peuples indigènes kiwis.

- un Kiwi sur neuf ne peut se permettre de consulter un médecin. Cela représente 500 000 personnes.
- Depuis 2013, le temps d'attente pour se faire opérer a bondi de 35 %, passant à 304 jours.
- 170 000 Kiwis qui ont besoin de se faire opérer ne sont même pas sur liste d'attente.

Les consultations pour crise de santé mentale ont augmenté de quasiment 300 % au cours des cinq dernières années. Les personnels qui travaillent en santé mentale luttent pour faire face.

1,8 milliard de \$, c'est l'équivalent de 7400 médecins ou 27 750 personnels infirmiers qui peuvent aider à sauver des vies, ou encore 111 000 opérations des hanches qui n'ont actuellement pas lieu.

Glenn Barclay, l'un des secrétaires nationaux de la NZPSA a déclaré qu'une enquête récente sur le coût de la vie pour les consommateurs/trices néozélandais faisait ressortir que les dépenses de santé étaient la préoccupation principale des Néozélandais après le logement.

Le slogan commun « YesWeCare » appelle le gouvernement à restaurer le financement de la santé et à garantir à tous les Kiwis la possibilité de recevoir les soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin ».

Les affiliés à l'ISP de la zone Océanie s'accordent à dire que l'action a été cohérente dans la région. L'Association des personnels infirmiers des Fidji collabore avec l'Association des infirmières et sages-femmes NSW, ainsi que l'organisation des personnels infirmiers de Nouvelle-Zélande, pour mettre en évidence le besoin d'une meilleure rémunération des personnels infirmiers aux Fidji. La faible rémunération et des grilles salariales dépassées font que les personnels infirmiers des Fidji lorgnent vers l'étranger, compliquant la stabilisation de la main d'œuvre sur place.

Salome Moala, de l'Association des infirmières des Tonga, a évoqué les répercussions qu'a la pénurie de

médecins sur les infirmiers, à qui on demande de plus en plus de compenser ce manque. En Australie, les professionnels de santé luttent contre la privatisation des hôpitaux publics et des services destinés aux handicapé(e)s, qui vont subir une diminution de la dotation minimale en personnel (ratio patients/infirmier) et la fragmentation des services spécialisés.

En Nouvelle-Zélande et en Australie, les travailleurs/euses sociaux constatent l'impact des réductions de coût sur les services qu'ils fournissent, plongeant leurs communautés dans la vulnérabilité. Selon la déclaration d'un travailleur, la réalité c'est qu'ils n'ont ni les moyens ni les ressources dont ils ont besoin pour travailler.

Voici qui souligne bien la nécessité, pour la campagne mondiale pour le Droit humain à la santé menée par l'ISP, d'appeler les gouvernements à investir dans un meilleur avenir pour nos communautés en investissant, partout dans le monde, dans la santé publique et les services sociaux publics. □

**Compte-rendu de Michael Whaites, Secrétaire sous-régional pour l'Océanie**

# La course à la privatisation imposée par l'Australie rend ses citoyens malades

Par Michael Whaites

Le système de santé australien est souvent cité en exemple comme l'un des plus efficaces au monde, avec son Medicare universel. Il s'agit d'un plan d'assurance-maladie universel destiné initialement à permettre des soins gratuits à chaque point d'accès, indépendamment des revenus, financé par le système fiscal du pays.

Une étude comparative récente menée par le Common Wealth Fund a révélé que l'Australie se classait quatrième sur onze pays riches ([http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755\\_davis\\_mirror\\_mirror\\_2014.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf)). Le régime offert par Medicare a réussi à maintenir les coûts de santé relativement bas pour le gouvernement et les citoyens pendant des années. Mais grattez la surface et vous verrez ce que cache le vernis.

Cette même étude du Common Wealth Fund a également classé l'Australie neuvième sur onze s'agissant des obstacles liés au coût dans l'accès aux soins. L'augmentation du nombre de quotes-parts et de leur montant commence à miner l'accessibilité des soins en Australie. Ceci est le résultat des gouvernements successifs qui ont adopté une position néolibérale concernant la prestation de soins, qui reporte la responsabilité (les coûts) des soins de santé sur les individus. Voilà qui forme un contraste marqué avec les valeurs syndicales de solidarité dont nous savons qu'elles renforcent la communauté.

Les Australiens sont « encouragés » financièrement à contracter une assurance-maladie privée, dans le cadre de ces politiques néolibérales menées par l'état. Les primes augmentent progressivement en démarrant à 2% par an si vous souscrivez une assurance-santé pour la première fois après l'âge de 30 ans, et vous êtes soumis à des pré-



Australie : gratter la surface pour voir ce que cache le vernis Photo : Caroline Taleb

lèvements fiscaux plus importants si vous ne prenez pas d'assurance santé privée. Afin d'encourager la participation, le gouvernement rembourse les citoyens par le biais des déclarations d'impôts (régime d'abattement fiscal pour souscription à une assurance santé privée). Cet abattement coûte désormais au gouvernement près de 6 milliards de \$ AUS par an, somme qui pourrait être investie pour fournir des soins plutôt que pour alimenter les profits de compagnies d'assurance privées (cf. <http://www.abc.net.au/news/2016-03-30/dumping-private-health-insurance-rebate-could-save-billions/7285428>).

Une proposition budgétaire consistant à augmenter les quotes-parts pour Medicare a été faite en 2014. Évolution que beaucoup ont assimilée à une tentative visant à saper le système de soins universels et faire un pas supplémentaire vers la privatisation. Cette proposition a finalement été rejetée sous la pression répétée et insistante de l'opinion publique.

On constate toutefois une tendance récente des gouvernements des différents états, en particulier celui de Nouvelle-Galles du Sud, à privatiser le système de santé, dernière

attaque en date contre le Droit humain à la santé en Australie.

La NSWNMA (Association des personnels infirmiers et sages-femmes), affiliée à l'ISP, lutte actuellement contre la privatisation de six hôpitaux publics parmi un certain nombre d'autres services (cf. <http://www.nswnma.asn.au/get-involved/mapping-privatisations-in-nsw/> pour voir la carte des services de santé privatisés en NGS). La privatisation est en cours alors même que l'état connaît un excédent budgétaire et que le gouvernement a bradé son réseau de transmission de l'électricité, bénéficiaire, pour « payer les infrastructures ». Le gouvernement cède actuellement cinq hôpitaux publics à des gestionnaires privés et deux autres vont être fusionnés en un hôpital dont la propriété et le fonctionnement seront privés.

Le NSWNMA indique que la communauté est véritablement inquiète de la privatisation de ses hôpitaux publics. « La communauté est en train de réaliser qu'en privatisant, on perd le contrôle, on perd la possibilité de demander des comptes au gouvernement », précise Judith Kiejda, Secrétaire générale adjointe du NSWNMA et Coordinatrice des



services sanitaires et sociaux pour l'Asie et le Pacifique à l'ISP.

Le syndicat s'inquiète notamment du fait qu'aucune dotation minimale en personnel infirmier par rapport au nombre de patients ne sera assurée dans un système privatisé. En 2010, le syndicat a mené une forte campagne qui a mobilisé ses membres, le soutien de l'opinion publique et de politiciens engagés dans des lobbies, dont le point d'orgue a été une grève des infirmières et la fermeture de lits dans tout l'état. Cette action a permis d'obtenir une dotation minimale en infirmières et en sages-femmes pour la majorité des hôpitaux publics, forçant le gouvernement à recruter 1400 personnes à temps plein.

« Cette mesure est désormais menacée avec les prestataires privés qui ne sont engagés à respecter cette promesse de dotation minimale en personnels que pendant deux ans » indique Judith, expliquant qu'à ce stade, cette obligation n'existe actuellement que dans un hôpital privé. « Si on y ajoute la perte de la sécurité de l'emploi, des salaires plus bas et des conditions de travail moins bonnes pour les infirmières du secteur public, la communauté va voir son niveau de soins mesurable baisser du fait de la réduction progressive de la dotation en personnel ».

Le syndicat fait pourtant activement campagne pour empêcher la privatisation de se poursuivre. Les personnels infirmiers et sages-femmes vont à la rencontre de leurs communautés pour les sensibiliser et gagner leur soutien. Ils le font à travers des forums publics, en se rendant sur des marchés locaux ou à des fêtes ou en organisant des rassemblements communautaires. Les syndicalistes font aussi du lobbying auprès de leur responsables politiques locaux, leur mettant ainsi la pression pour qu'ils reviennent sur leur décision.

De fait, la colère grossit en Australie contre la privatisation. Un éditorial récent paru dans l'édition australienne du Guardian (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/mar/06/from-public-good-to-profit-margin-how-privatisation-is-fai->

ling-our-communities) abordait une initiative conjointe de l'ISP appelée Enquête populaire sur la privatisation. Les résultats de cette enquête doivent être communiqués en avril/mai de cette année, mais il apparaît déjà clairement que le panel indépendant de l'enquête met au jour des conséquences profondément inquiétantes de la privatisation. Par exemple, des éléments recueillis lors de l'enquête prouvent qu'à ce jour, la privatisation de sept hôpitaux publics est un échec, nécessitant leur retour dans le giron de l'état.

Il revient maintenant aux syndicats et aux partenaires de la société civile d'exploiter cette peur de la privatisation que ressent la communauté, ainsi que nos espoirs communs d'un monde meilleur si la tendance à la privatisation de la santé devait s'inverser en Australie. Tous les voyants indiquant que la classe des travailleurs/euses est prête au combat sont au vert. □

## Malaisie : protéger les professionnels de santé du secteur privé



Atelier des personnels infirmiers malaisiens : la qualité pour tous ! Photo: MNU

La Malaisie se vante de fournir à sa population l'un des meilleurs services de santé qui soit au monde en termes de qualité et d'accessibilité. Mais l'escalade des coûts qu'entraîne le maintien de ses services de qualité s'avère être un poids financier.

Les services publics sont assurés actuellement pour un coût très faible et, grâce aux initiatives du gouvernement qui passent par un programme de transformation économique, l'accessibilité à des services sanitaires de qualité continue d'être garantie. Les infrastructures sanitaires sont entretenues et le nombre de cliniques en construction augmente de façon à ce que personne ne soit privé d'accès aux services de santé pour manque de moyens financiers.

Alors que les personnels de santé travaillant dans les établissements publics sont bien représentés dans les syndicats qui veillent au bien-être de leurs membres, c'est moins le cas des professionnels du secteur privé. De gros efforts coordonnés doivent être faits pour que cette catégorie soit protégée par les syndicats. À l'heure actuelle, il n'existe pas de syndicat national pour défendre les intérêts des professionnels de santé du secteur privé.

Les établissements de soins privés se sont multipliés au cours des dernières années, entraînant le recrutement d'un grand nombre de travailleurs/euses dans le pays et à l'extérieur. On ne sait pas grand-chose d'eux et aucune initiative n'existe à ce jour pour les rassembler au sein d'une organisation-mère.

suite page 13



## Au Pakistan, les agents de santé communautaires font part de leurs préoccupations

Par Susana Barria

Le 30 janvier, la All Sindh Lady Health Workers and Employees Association, l'ISP et l'Organisation pour la recherche et l'éducation des travailleurs ont organisé une réunion publique, à Karachi, sur les « conséquences socio-économiques du retard de paiement des salaires aux LHW et à leurs familles », ainsi que sur le « harcèlement sexuel subies par les professionnelles de santé dans leur métier et sur le terrain » afin d'aborder les constats qui ressortent de deux études à paraître bientôt.

Les chercheurs Moniza Inam, journaliste expérimentée au quotidien Dawn, et Sohail Javed, du Centre de recherches économiques appliquées de l'Université de Karachi, ont présenté les résultats frappants d'une étude qui s'est intéressée à deux aspects critiques de la vie et du travail des LHW.

Les professionnelles de santé (LHW) sont intégrées au Programme national du planning familial et des soins de première nécessité, qui a débuté en 1994. Ce programme prévoit que les femmes assurent le planning familial, les soins prénataux et néonataux, les services de vaccinations et autres services élémentaires auprès des enfants et des femmes de la communauté. Il a été démontré que les taux de mortalité maternelle et infantile sont plus bas dans les zones dans lesquelles les LHW sont actives.

L'enquête indique que 63% des répondants sont les seuls soutiens de leur famille. Ils disent toucher PKR 15 245 par mois en moyenne (137 euros) alors que leurs dépenses mensuelles s'élèvent à PKR 29 567 (265 euros). Des descriptifs de poste imprécis, de longues heures de travail et des déplacements imprévisibles sont autant de problèmes auxquels ils doivent faire face régulièrement. Les salaires ne sont généralement pas payés dans les délais, ce qui pousse la All Sindh Lady Health Workers and Employees Association (ASLEHWA) à peser de tout son poids pour forcer le gouvernement à verser les arriérés de salaire.

Ce programme est un pourvoyeur majeur d'emplois aux femmes dans les zones rurales, en dehors du secteur agricole. On compte 125 000 MHW au Pakistan, dont 22 576 sont Sindh.



Shama Gulani, Secrétaire générale d'ASLHWA, s'exprime dans une réunion publique à Karachi. Photo : ISP

Leur emploi leur permet de dépasser le clivage des genres dans la sphère privée et la sphère publique, dans une société fortement dominée par des traditions patriarcales. Malheureusement, les LHW doivent aussi affronter les humiliations et les violences verbales des membres de la communauté à qui elles rendent service, la violence domestique et le harcèlement sexuel au travail par leurs collègues du système de santé ou bien par des membres de la communauté sur le terrain.

La plupart de ces incidents restent tus par peur des représailles. Souvent, les LHW indiquent être inquiètes à l'idée que leur famille leur demande de quitter leur travail ou même les renie. Parmi les cas de violence extrême, on

trouve des meurtres orchestrés par des groupes fondamentalistes religieux, que l'on estime à 22 cas depuis 2012.

Les recommandations consistent entre autres à revoir les structures salariales pour tenir compte des qualifications, à mener des campagnes de sensibilisation parmi les LHW et leurs collègues du système de santé afin de les informer sur les lois et les mécanismes de protection contre le harcèlement sexuel. Ces mécanismes doivent aussi être mis en place dans les districts pour juguler les cas de violence et de harcèlement sexuel commis par les membres de la communauté. □

*suite de la page 12*

Cela crée beaucoup d'inquiétude parmi ces professionnels.

Le centre national du travail doit concerter ses efforts pour envisager la formation d'un syndicat des professionnels de santé du secteur privé dans la mesure où ce secteur continue de grossir, en particulier en raison de l'encouragement du tourisme médical.

Même si la Malaisie dispose d'une législation nationale sur un salaire minimum pour les travailleurs/euses du pays, il est nécessaire malgré

tout que les syndicats jouent leur rôle efficacement auprès des travailleurs/euses pour qu'ils continuent à bénéficier de bonnes conditions de travail et d'une bonne rémunération, tout en assurant des services sanitaires publics de qualité auprès de la population. □

**Rapport de Nor Hayati Abd Rashid, Présidente du syndicat malaisien des personnels infirmiers (MNU), Malaisie**

### Notre santé n'est pas à vendre !



Syndicats du secteur public lors de la Journée d'action européenne 2016.  
Photo : EPSU

Les syndicats du secteur public manifesteront à travers l'Europe, le 7 avril prochain, à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé, qui sera aussi la deuxième journée d'action européenne contre la commercialisation, la marchandisation et la privatisation de la santé. La Journée mondiale de la Santé a été « choisie par les usagers et les travailleurs du secteur de la santé, les collectifs citoyens, les syndicats et les ONG afin de manifester contre la marchandisation de la santé. » (cf. <http://www.altersummit.eu/accueil/article/april-7-european-day-of-action>)

Des dizaines de milliers de femmes, d'hommes et d'enfants ont défilé dans une dizaine de pays et de villes l'année dernière, répondant à l'appel lancé par le Réseau européen de lutte contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale. On s'attend à ce qu'ils soient plus nombreux encore à participer à des actions de masse afin de faire pression sur leur pays pour que la santé soit respectée comme un droit

fondamental humain, ce qui ne se fera qu'à travers un système de santé public universel.

Alors que des affiliés de l'ISP en Europe, qui font partie de la Fédération syndicale européenne des services publics, unissent leurs forces à celles des organisations civiques et des ONG « contre les conséquences de la privatisation, de la marchandisation et de la commercialisation de la santé et des services sociaux sur la main d'œuvre de ce secteur, sur les patients/usagers/citoyens et sur nos sociétés » dans différents pays européens, la FSESP s'apprête à organiser un événement public à Bruxelles.

Il s'agira d'une table ronde avec les syndicats belges et d'autres organisations qui luttent contre la marchandisation et la commercialisation de la santé et d'autres soins et qui défendent le droit humain à la santé (cf. <http://www.epsu.org/article/european-action-day-against-commercialisation-marketisation-and-privatisation-health-care-2>). La discussion fera ressortir les éléments

qui, d'un point de vue syndical, prouvent les effets négatifs de la marchandisation de la santé sur le droit humain fondamental à la santé.

Les participant(e)s iront plus loin en soulignant ce que les syndicats ont fait et pourraient faire, en tant qu'organisations de travailleurs/euses en lien avec d'autres organisations de la société civile, pour faire machine arrière par rapport au régime néolibéral qui piétine les avancées obtenues dans la promotion d'une santé publique universelle depuis plusieurs décennies.

Les syndicats et autres organisations civiques doivent, aujourd'hui plus que jamais, se mobiliser et argumenter autour du slogan « NOTRE SANTÉ N'EST PAS À VENDRE », se battre pour obtenir que le droit à la santé soit le pivot fondamental de notre bien-être en tant qu'être humain. Il s'agit de lutter pour placer le peuple au-dessus du profit. □

**Rapports de Mathias Muncher, Responsable des services de santé et sociaux à la FSESP**

## Une aide sociale en danger face aux réformes de santé en Finlande



Prestation d'aide sociale. Photo : JHL

Le secteur de la santé et des services sociaux est engagée en Finlande dans des réformes majeures. Les services actuellement assurés par les 313 municipalités finlandaises vont être transférés à 18 régions autonomes (zones sociales et de santé (SOTE)) qui seront créées en 2019. Ces réformes prévoient aussi une représentation plus importante des intérêts privés lucratifs dans les prestations sociales et de santé, avec des conséquences négatives pour la population.

L'agenda a été dévoilé par le Premier Ministre Juha Sipilä, en juin dernier, dans un programme législatif de 600 pages. Il illustre la volonté de privatiser les services publics et d'augmenter la participation des prestataires de services privés dans la santé publique. Les services auxiliaires, tels que la restauration et le nettoyage, seront confiés à des entreprises dont les propriétaires seront les SOTE et le projet défend une plus grande dépendance envers des prestataires privés.

Une santé et des services sociaux universels et financés par des fonds publics ont toujours constitué l'un des principaux piliers de l'état providence finlandais. Les Finlandais confirment la qualité de leur système de santé puisque 88 % de la population dit en être satisfait, contre 41,3 % en moyenne dans l'UE.

Ce qui n'est pas surprenant si l'on considère l'état de santé dans le

pays. L'espérance de vie a nettement augmenté ces dernières décennies, atteignant 84 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes. La mortalité infantile et maternelle figure parmi les plus basses au monde. Le programme de vaccination est tout aussi excellent avec 99 % des enfants de moins de 2 ans qui sont vaccinés contre la coqueluche et la rougeole.

Malgré ce franc succès de la santé publique universelle, des arguments pro-réforme se font entendre depuis les années 1990. Des étapes ambitieuses ont été envisagées en 2008, mais n'ont pas vu le jour.

Les partisans de la réforme affichent leur volonté de régler les inégalités sociales. Il existe de longues listes d'attente pour certaines procédures médicales spécifiques dans les établissements de soins publics, que les groupes de personnes à revenus élevés évitent en recourant à des prestataires privés, ou bien des « voies rapides » réservées à la médecine du travail, qui profitent aux professionnels.

L'augmentation des dépenses de santé, en partie due au vieillissement de la population, est également une excuse présentée pour justifier la réforme. Ces dépenses de santé qui étaient de 6,9 % du PNB (14 milliards € en prix fixes en 2014) en 2000, sont passées de ce fait à 9,6 % en 2015 (21 milliards €). Ce qui n'est que légèrement supérieur

à la moyenne de l'OCDE qui est de 9,1 %. L'argument avancé par le gouvernement pourtant est que la réforme est censée faire économiser 3 milliards € d'ici 2030.

Ce sont là de nobles objectifs et la réforme n'est pas sans comporter quelques éléments utiles. Les SOTE, par exemple, qui seront issus des structures sanitaires secondaires existant déjà dans les régions, contribueront à favoriser la mutualisation des ressources pour la prestation de services. Les remboursements par KELA (organisme d'assurance sociale), c'est-à-dire de l'état aux prestataires privés pour les dépenses médicales engagées par les résidents, seront supprimés, mettant fin au système de subvention des soins privés par le budget public.

Mais le rôle des prestataires privés sous le nouveau régime de santé provoque l'inquiétude. Il est probable qu'ils aient plus de pouvoir dans la mesure où le « choix » entre un accès aux soins par un prestataire privé ou public sera sans doute élargi. Parallèlement, la plupart des sociétés privées dans le secteur de la santé et des services sociaux sont détenues par des fonds de capitaux internationaux, qui sont connus pour leur goût pour l'évasion fiscale et les paradis fiscaux. (cf. [http://www.jhl.fi/portal/en/jhl\\_info/news/?bid=6441](http://www.jhl.fi/portal/en/jhl_info/news/?bid=6441)). Un doute subsiste aussi quant au devenir de la nouvelle structure administrative gérant la prestation de soin de santé, de même qu'au sujet des conséquences de ce changement sur les conditions de travail des personnels. Les syndicats comme JHL et Tehy pensent que cela pourrait « aboutir à des réductions de salaires et des avantages sociaux ».

Ce qui est certain, c'est que la prestation de services va maintenant suivre une logique de concurrence et non plus se fonder sur les droits, principe qui a sous-tendu le système de santé universel depuis 1929. Les sociétés qui seront mises en place par les SOTE devront concurrencer les prestataires de soins privés, ou-

*suite page 16*



vrant la porte à une marchandisation de la santé.

Cela représente un pas en arrière. Il est capital que l'état finlandais réaffirme son engagement dans la coordination et le financement des services sociaux et sanitaires publics. La libéralisation du système de santé, comme la libéralisation de l'économie dans les années 1980, aura certainement des répercussions négatives sur la plupart des Finlandais.

La vague de « remunicipalisation », qui a touché plus de 100 communes que les problèmes de qualité et de prix ont amené à dénoncer des contrats d'externalisation passés auprès de prestataires privés, nous donne un avant-goût des dangers qui guettent si les garde-fous nécessaires ne sont pas mis en place pour protéger le système de santé.

Il est également instructif de savoir que cinq multinationales contrôlent à elles seules 72% du marché de sous-traitance des services sanitaires et sociaux qui est actuellement valorisé à 5 milliards €. Il est évident que ces circonstances donneraient naissance à un oligopole dans le domaine de la santé, avec pour seul moteur de dégager des profits.

Il est urgent d'agir maintenant en Finlande pour s'assurer que le droit à la santé de l'immense majorité de ses citoyens ne sera pas sacrifié sur l'autel des réformes qui profitent aux intérêts privés. Il est temps de faire preuve d'un engagement décisif en réfléchissant à l'agenda de la réforme et d'en rejeter les composantes qui annoncent ce danger imminent. □

**Contributions d'Eveliina Petälä & Heikki Jokinen (JHL) et de Sari Koi-vuniemi (Tehy)**

## Le NHS en crise - un désastre provoqué par le gouvernement lui-même

par Dave Prentis, Secrétaire général, UNISON



Membres d'UNISON lors de la manifestation nationale du 4 mars.  
Photo : UNISON

Le gouvernement conservateur a été élu au RU en mai 2015 après avoir promis de financer le NHS comme il se doit. Depuis, les ministres n'ont eu de cesse de répéter que la somme allouée à notre service de santé était suffisante.

Forts de nos presque 500 000 membres dans le secteur de la santé, nous savons que c'est tout simplement faux et que les fissures commencent à se voir sur la façade.

De récentes révélations ont mis au jour que 9 hôpitaux sur 10 avaient été surchargés cet hiver, signe qui ne trompe pas sur le fait que le sous-financement commence à affecter les soins aux patients. Il ne sert plus à rien d'attendre. Le vaste déficit de trésorerie pousse à prendre des décisions difficiles au détriment du personnel dans le pays. Pendant ce temps, le nombre d'élèves dans les formations d'infirmiers a chuté suite à la suppression des bourses d'études du NHS, faisant le lit des problèmes à long terme et aggravant une situation de pénurie de personnels infirmiers déjà inquiétante.

La pression sur le NHS augmente encore parce que les services sociaux - dans lesquels le gouvernement a opéré des coupes budgétaires en termes réels depuis 2010 - se lézardent sous le poids d'une population vieillissante et d'un manque de ressources.

Cela se répercute sur le NHS puisqu'un nombre plus élevé de patients âgés restent bloqués dans certains services, faute de pouvoir être pris en charge ailleurs.

Ce à quoi s'ajoute le plafond salarial, à la fois pernicieux et préjudiciable, qui maintient les salaires à un bas niveau, mine le moral et le recrutement en même temps.

Le terme de crise est souvent galvaudé, pourtant il décrit parfaitement l'état de notre Service de santé national (NHS) en 2017. Ce scénario était entièrement prévisible - un désastre provoqué par le gouvernement lui-même. Cerise sur le gâteau, des rapports indiquent qu'adopter des tarifs commerciaux coûterait £600 millions au NHS, soit le bénéfice d'Amazon. Alors que notre NHS a besoin d'aide et de ressources, le gouvernement lui coupe une partie de son budget, en toute discrétion.

C'est l'une des nombreuses raisons qui ont poussé les diverses branches du syndicat UNISON, réparties dans le RU, à participer à la manifestation nationale pour le NHS, le 4 mars, à Londres. Celle-ci s'opposait à la privatisation et aux restrictions dans notre service de santé, luttant pour sa défense au profit des générations futures qui en auront besoin autant que nous. □



## Pour une dotation efficace et sûre en personnel de santé



Photo :: doubichlou14

La santé, la sécurité et le bien-être des patients dépendent au premier chef de la fiabilité et de la justesse des méthodes de dotation en personnel de santé. Cela peut paraître une évidence et pourtant...

L'Internationale des Services Publics (ISP) a tiré la sonnette d'alarme en juin 2015, et la Fédération syndicale Européenne des services publics (FSESP) a organisé une première rencontre à Berlin en novembre 2016. Cette réunion a permis aux syndicats d'échanger sur les questions liées à la dotation en personnel dans une comparaison internationale. Le constat reste toujours aussi accablant : la plupart des systèmes de dotation en personnel de santé servent avant tout à répondre à l'effort de compression des dépenses. Dans un contexte de coupes budgétaires répondant aux politiques d'austérité, les administrations hospitalières sont contraintes de diminuer fortement les frais de personnel, en conséquence de quoi les professionnels de la santé ne sont plus en mesure d'assurer des services de santé à la fois sûrs et fiables.

Les ratios patients/personnel sont inférieurs aux seuils de sécurité ; ces conditions d'exercice exposent les patients à des risques significatifs et contribuent à l'épuisement professionnel des soignants.

Il est avéré qu'une mauvaise dotation en personnel génère un turnover important dans les équipes, de l'absentéisme, des mauvaises conditions de travail. Le personnel en poste essaye de compenser par un travail supplémentaire au détriment de ses pauses et heures de repas, voir par des heures supplémentaires peu ou pas reconnues, contribuant au malaise généralisé de ne plus pouvoir faire son travail correctement.

Une dotation en personnel efficace et sûre doit prendre en compte l'effectif mais également tenir compte de la combinaison des compétences et de la distribution de la main-d'œuvre pour permettre une application aussi sensible que possible afin de refléter les variations locales. Le système établi se doit d'être simple à appliquer, imposé et faisant l'objet d'un suivi.

Face à un problème de recrutement et de fidélisation chronique, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont établi des critères précis pour évaluer la charge de travail par service ou encore, la plupart des hôpitaux en Finlande utilisent un outil qui produit des informations sur le besoin en personnel par patient toutes les 24 heures.

Une dotation en personnel sûre et efficace est l'occasion de redéfinir

l'organisation du travail pour des conditions de travail décentes.

La dotation en personnel :

- est étroitement liée à la qualité des services rendus dans les établissements de soins
- réside au cœur du plaidoyer en faveur de meilleures conditions de travail pour les professionnels
- peut jouer un rôle prépondérant dans les systèmes d'accréditation.

Pour obtenir des dotations adéquates sécuritaires « comptons nous en temps réel »

S'inspirant d'une enquête menée depuis plusieurs années par le syndicat UNISON (RU), la Fédération CFDT Santé-Sociaux (France) va cette année lancer une enquête auprès de tout le personnel de soins pour connaître sur 24 heures leurs conditions d'exercice dans leur service tant au niveau national qu'europpéen, nous avons besoin de réfléchir et d'échanger autour de la dotation en effectif pour construire une plateforme revendicative syndicale. □

## L'Allemagne fait un pas de plus vers une dotation sûre et efficace en personnel de santé



« Vous n'avez pas l'air très bien, dois-je appeler l'infirmière ? » -  
« Je suis l'infirmière ! » Image : ver.di

L'Allemagne a fait un pas de plus vers une dotation sûre et efficace en personnel de santé la première semaine de mars. Le comité d'experts sur « le personnel infirmier en milieu hospitalier » du ministère fédéral de la Santé a fait paraître un rapport affirmant que la qualité des soins aux patients varie en fonction des taux de dotation en personnel. Au-delà de ce constat, il appelle à garantir une dotation minimale en personnel infirmier afin d'assurer des soins sûrs et efficaces à l'hôpital.

Cela revient à valider la campagne de Ver.di pour une dotation en personnel efficace et sûre dans le domaine de la santé (Safe and Effective Staffing for Health, SESH). La conseillère fédérale du syndicat, Sylvia Buehler, a salué cette avancée, soulignant le fait que la concurrence ne permet en aucun cas de fixer ces normes nécessaires pour prodiguer des soins de qualité (cf. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++34a3015c-033e-11e7-badc-525400940f89>). Elle a également fait remarquer que la position désormais adoptée par le

ministère fédéral résultait pour des données probantes mises en avant par Ver.di et de ses nombreuses actions de protestation.

Le syndicat a soumis une pétition au gouvernement en 2015 pour demander une évaluation statutaire des personnels nécessaires à des prestations de soins de qualité. En plus d'organiser des activités pour ses membres et des officiels du gouvernement, il a également accueilli un atelier de la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) sur une dotation sûre et efficace en personnels de santé en novembre 2016. Au cours de cet atelier, des syndicats représentant des services sanitaires et sociaux de différents pays européens, de même que des officiels du ministère de la santé, ont mis en commun leurs expériences et points de vue sur les avantages et la nécessité d'un niveau minimal de dotation en personnel juridiquement contraignant.

S'appuyant sur des recherches minutieuses d'experts, ver.di a établi qu'il manquait 162 000 postes à temps plein dans les hôpitaux alle-

mands, dont 70 000 d'infirmiers/ères. Le pas fait par le gouvernement pour combler ce déficit est louable, mais pas suffisant. D'après le rapport, l'augmentation des effectifs doit se limiter à des services que le comité d'experts a identifiés comme étant sensibles, comme l'unité de soins intensifs et les équipes de nuit. Pourtant les conditions de travail à l'hôpital en général deviennent de plus en plus précaires car le personnel infirmier et autres professionnels de santé sont surchargés en raison d'une dotation insuffisante en personnel.

Ver.di appelle à la mise en place de dotations minimales en personnels qui respectent les ratios patients/personnel internationaux garantissant des prestations de soins sûrs et efficaces. L'ISP soutient entièrement cette demande, considérant qu'il s'agit d'un point essentiel dans le droit à la santé en Allemagne. □

La campagne du Droit à la Santé menée par l'ISP fournit une plateforme importante aux affiliés des Caraïbes pour galvaniser leur attention et leur action contre la multitude de problèmes auxquels doivent faire face les personnels de santé et les peuples des Caraïbes. Les avancées notables obtenues dans l'état de santé des populations caribéennes au fil des années et le fait de fournir des services sanitaires de qualité alors que le coût des médicaments et des soins ne cesse d'augmenter posent des défis grandissants, situation qui fait le jeu de partenaires de développement qui encouragent les partenariats public-privé (PPP) dans le secteur de la santé.

Lors de la réunion de la Commission consultative sous-régionale de l'ISP pour les Caraïbes (SUBRAC) organisée à Kingston, en Jamaïque, des affiliés de l'ISP représentant les travailleurs/euses de toutes les disciplines sanitaires ont débattu et analysé les résultats de la réunion du Groupe de travail sur les services sanitaires et sociaux, qui s'est tenue en décembre 2016. Les affiliés soutiennent de tout cœur la campagne du Droit à la Santé, soulignant le fait que la question du financement de la santé est particulièrement centrale dans les Caraïbes. Ils reconnaissent aussi le rôle majeur de coordination joué par les gouvernements nationaux de même que par la CARPHA (Agence caribéenne de santé publique) (<http://carpha.org/>). La première mesure du Groupe de travail sous-régional des services sanitaires et sociaux consistera à favoriser les relations entre l'ISP et l'Agence afin de défendre le programme de santé publique dans les Caraïbes.

La Coopération caribéenne en santé (CCH) correspond au cadre régional à travers lequel les états membres de la Communauté caribéenne (CARICOM), les institutions régionales et les partenaires de développement travaillent ensemble afin d'améliorer la santé et le bien-être des peuples

caribéens. L'objectif est de promouvoir une action collective et collaborative pour résoudre les problèmes de santé critiques qu'il est plus facile d'appréhender par une approche régionale. En 2016, les officiels de santé caribéens et d'autres parties prenantes se sont mis d'accord sur des domaines prioritaires constituant une nouvelle phase (phase 4) de la CCH :

1. des systèmes de santé permettant une couverture universelle ;
2. des environnements sécurisés, solides et sains permettant d'atténuer les effets du changement climatique ;
3. la santé et le bien-être des peuples caribéens tout au long de la vie ;
4. des données et éléments tangibles pour la prise de décision et la responsabilité ;
5. des partenariats et une mobilisation des ressources pour la santé.

### Droit à la santé publique

par Sandra Massiah



Lloyquita Symmonds, BPSU, Bermudes, co-présidente du groupe de pilotage caribéen HSS, présente ses positions et propositions à la SUBRAC 2017 Photo : ISP

Cette phase suit également les objectifs de développement durable et les plans de développement régionaux qui permettront de les atteindre, en particulier l'objectif n°3 (cf. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>).

D'après Winnifred Meeks (JALGO), le représentant sous-régional pour les services sanitaires et sociaux du HSSTF, « Nous avons tous des enjeux nationaux différents et nous reconnaissons qu'une action nationale est très importante. Parallèlement, nous ne pouvons ignorer que les décisions prises au niveau régional et les politiques qui en découlent influencent ce qui survient dans chacun de nos pays. C'est pourquoi nous envisageons cette campagne aussi bien au niveau de la CARICOM qu'au niveau national ».

Le 2 juillet correspond à la Journée caribéenne de la santé publique. Les affiliés caribéens de l'ISP lanceront officiellement leur campagne ce jour-là. □

# Argentine : grève nationale du secteur de la santé et campagne « Non à la CUS »

par Jorge Yabkowski



La coalition « NON à la CUS », constituée de l'ATE, la CTA, la FESPROSA, la Fédération des médecins généralistes et d'autres organisations, s'est réunie le 9 mars, à Buenos Aires, soit seulement 48 heures après la grève nationale du secteur de la santé qui dénonçait le plafonnement des salaires et revendiquait une hausse de ceux-ci pour tenir compte de l'inflation, en plus de négociations illimitées. La grève du secteur de la santé du 6-7 mars a coïncidé avec celle des enseignants et une grève générale.

Quel est le problème posé par la CUS ?

La Couverture de santé universelle (CUS) est un projet politique défendu par le gouvernement de Mauricio Macri, parvenu au pouvoir avec un slogan prônant le changement. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale soutiennent cette politique depuis 2005. Le terme de couverture est internationalement synonyme d'assurance. La CUS est donc une as-

surance-maladie minimum dont les versements sont calculés à partir d'un panier de produits de base.

Son but est d'aider les familles pour qu'elles « n'aient pas à payer des coûts horriblement élevés quand survient un problème de santé ». C'est l'idée centrale de l'OMS. Mais cela signifierait aussi que les « familles » n'ont pas accès à un système de santé gratuit de qualité en cas de maladie. Nous nous élevons contre la politique d'assurance-maladie de la Banque mondiale et appelons au contraire à la création d'un service financé par le gouvernement, dans lequel les prestations de santé sont fournies gratuitement par les établissements publics, sont de bonne qualité, universelles (pour toute la population) et couvrent un large éventail de soins (des soins de base aux transplantations).

Que défendons-nous ?

Le système que nous défendons peut être résumé par le slogan « chacun a droit à la santé et il est du

devoir de l'état d'assurer les soins de santé. » Avec la CUS, les riches bénéficieront de soins privés et luxueux tandis que les pauvres n'auront accès qu'au minimum. Sans compter que les grands acteurs financiers (MAPFRE par exemple) verront dans cette assurance santé une belle opportunité de faire du chiffre. Pour FESPROSA, LA SANTÉ EST UN DROIT, NON UNE MARCHANDISE.

C'est pourquoi nous sommes contre la politique d'assurance santé du gouvernement, même s'il lui a insidieusement accolé le terme d'universel. Nous étions déjà contre les programmes précédents de la Banque mondiale – SUAR et NACER. Nous rejetons désormais le slogan avancé par la Banque mondiale et la Fondation Rockefeller : « La CUS pour tous d'ici 2030 ». Nous continuerons à nous battre pour un service sanitaire public universel, global, gratuit et de qualité. □



## Nouvelles attaques du droit à la santé au Brésil

Des personnels du service mobile de soins d'urgence (SAMU) ont critiqué le maire, João Doria (PSDB), pour son plan de transfert de soins vers des « organisations sociales » privées, lors d'une réunion du Comité de Santé de la chambre municipale de São Paulo, fin février. Les centres du SAMU répartis dans la ville seront fermés et les personnels redéployés vers des Unités de soins de base (UBS) et des Unités de soins d'urgence (UPA), ou encore vers d'autres installations municipales.

Cela constitue de fait une avancée dans le plan de privatisation par l'état de ce service public qui a servi d'aide en ligne pour des millions de personnes de cette mégapole. Encouragé par la législation nationale, pourtant choquante, qu'il a fait adopter en décembre afin de limiter le financement public des services de l'enseignement et de la santé, le maire de São Paulo, João Doria, poursuit, avec véhémence, son objectif qui est de privatiser le SAMU et de fermer les pharmacies du service national de santé (SUS).

Cette réunion du Comité de la santé a été l'occasion pour les personnels et membres des différentes communautés d'exprimer leur mécontentement devant ces récentes attaques du droit à la santé. Mais le ministre de la Santé, Wilson Pollara, qui devait représenter le gouvernement de São Paulo lors de cette réunion, a choisi de ne pas y assister, incapable de défendre les raisons, certes indéfendables, qui expliquent les mesures prises.

L'une des travailleuses du secteur de la santé, Gláucia Fernandes dos Santos, a indiqué que selon Doria, la « réforme » allait faire doubler le nombre de véhicules disponibles. « Il dit que le service va s'améliorer, ce qui n'est pas vrai. Il ne s'améliorera que quand la surcharge des hôpitaux et des services d'urgence

aura diminué. Si cela n'arrive pas, qui va recevoir et s'occuper des gens amenés par le SAMU ? » a-t-elle demandé.

Gláucia a précisé que cette proposition démoralisait les équipes qui travaillent déjà sous une forte pression, avec des ressources et des infrastructures inadéquates. « Le gouvernement fédéral a annoncé qu'il fournirait des ressources, mais elles ne sont jamais venues. Que se passe-t-il ? » a-t-elle demandé.

Eduardo Suplicy (du Parti des travailleurs - PT) est contre le transfert de gestion du SAMU à des organisations sociales et appelle les citoyens à signer une pétition : « Dites non à la privatisation et aux modifications du SAMU à São Paulo ».

Des membres des mouvements sociaux, du Conseil municipal de la Santé, des employés d'autres services et des leaders syndicaux ont assisté à cette réunion, en plus des travailleurs/euses du SAMU, pour entendre Wilson Pollara leur rendre des comptes. Ils ont été déçus par son absence.

Son adjointe, Maria da Glória Zenha Wieliczka, venue à sa place, n'a pas répondu à beaucoup des questions qui lui ont été posées. Elle a eu recours au stratagème qui consiste à dresser un long bilan financier des quatre derniers mois, ignorant délibérément la longue liste de critiques et de questions que souhaitent poser les gens qui s'étaient préalablement inscrits pour prendre la parole. Elle n'a finalement consacré

que dix minutes à traiter des questions brûlantes qui lui étaient adressées. Devant l'insistance d'un grand nombre de personnes présentes toutefois, une nouvelle réunion a été fixée au 10 mars.

L'adjointe a répondu aux questions sur les programmes controversés mis en place par l'administration de João Doria (PSDB), parmi lesquels la fermeture des pharmacies de l'UBS, le « partenariat » avec les laboratoires pharmaceutiques pour le « don » de médicaments sur le point d'atteindre la date d'expiration en échange d'avantages fiscaux, les problèmes pour obtenir des rendez-vous médicaux dans le cadre du programme Corujão et l'externalisation du SAMU.

Soutenus par les personnes présentes à la réunion, Juliana Cardoso (PT) et Samia Bonfim (Psol) ont redit la nécessité de consulter l'opinion publique sur la proposition de pharmacies commerciales pour distribuer les médicaments et sur le partenariat pour le soi-disant « don » de médicaments. Le Comité de la santé a déjà refusé une requête officielle de Juliana en février.

La situation brésilienne est pour ainsi dire catastrophique concernant les droits fondamentaux et en particulier celui à la santé. Mais les affiliés de l'ISP au Brésil ne se découragent pas. Nous nous défendrons aux côtés du plus grand nombre et ferons de notre mieux pour mener la contestation et réclamer une santé publique de qualité. □



Ambulances du SAMU au Brésil

## Ratios sécuritaires : une bataille syndicale pour les professionnelles en soins et pour leurs patient-e-s



Régine Laurent, Présidente de la FIQ. Photo : FIQ

Pour les professionnelles en soins représentées par la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ, pratiquer dans de meilleures conditions d'exercice constitue un enjeu incontournable pour des soins humains, sécuritaires et de qualité. Ainsi, la FIQ a choisi de mener avec elles une lutte syndicale pour des ratios professionnels en soins/patient-e-s sécuritaires au Québec.

En raison d'un sous-financement chronique et de réformes structurelles majeures et précipitées, la situation du réseau public de soins de santé au Québec se détériore à vue d'œil. L'une des premières conséquences de ce démantèlement est ressentie par les professionnelles en soins. En effet, la précarisation de leurs conditions d'exercice met en péril la prestation des soins qu'elles donnent à leurs patient-e-s.

Le respect du droit à la santé des populations requiert minimalement la présence de professionnelles en soins en nombre suffisant. Or, les gestionnaires des établissements publics de santé doivent trop souvent déployer des stratégies de dotation, en raison des contraintes budgétaires. La pertinence de ces actions, telles que le recours aux

heures supplémentaires obligatoires, est douteuse sur le plan des soins... Pourtant, il a été démontré à maintes reprises que le manque chronique de personnel a des effets néfastes considérables sur les patient-e-s. Des études axées sur le travail infirmier ont par exemple démontré que la dotation insuffisante avait une incidence sur les infections nosocomiales, les chutes, les risques de réadmission et les plaies de pression.

Dans cette perspective, les professionnelles en soins constituent le système de surveillance vital des patient-e-s. Cependant, en évoluant dans un contexte de manque chronique de personnel, elles ne peuvent mettre en valeur toute leur expertise lors de la prise de décisions relatives aux soins. De plus, elles ne sont pas en position de décider du déploiement des équipes de soins pour dispenser des soins humains, de qualité et sécuritaires.

Ainsi, les ratios, qui imposent « un plancher » de dotation minimale des équipes de soins en dessous duquel on compromet sérieusement la sécurité des soins, permettraient de mettre fin à l'arbitraire financier qui gère actuellement le réseau public québécois de la santé.

En octobre 2016, en collaboration avec le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), la FIQ a tenu un symposium unique en son genre : le Symposium international sur les soins de santé sécuritaires. Elle a alors réuni des consœurs provenant d'Australie, des États-Unis et du Québec pour discuter des enjeux et des développements récents en la matière. Cet évènement a conclu que la situation actuelle du réseau de la santé n'est pas une fatalité « incurable » : le réseau peut être soigné.

Pour la FIQ, le remède passe inévitablement par une bataille syndicale dans une perspective de changement social. L'implantation de ratios sécuritaires au sein de notre réseau public de santé est un projet qui doit être mené pour les professionnelles en soins, mais aussi, pour l'ensemble de la société.

**La FIQ est une organisation syndicale qui représente des professionnelles en soins du Québec, soit la grande majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements publics québécois. □**

# Costa Rica : le système de santé publique de qualité en danger

par Rodrigo López García, Secrétaire général de l'ANPE



Travailleurs du BUSSCO manifestant en avril 2016

Depuis les années 1990, les politiques néolibérales ont fait des victimes dans le secteur des services publics gérés par l'état costaricien. L'avènement d'une mondialisation néolibérale, en expansion sous l'effet du libre-échange, entraîne les grosses entreprises à rechercher avidement de nouvelles sources de profit. C'est ce qui explique cette vague de privatisations des services publics tels que l'eau, l'éducation ou la santé entre autres.

Les attaques systématiques du système de santé au Costa Rica se concentrent sur des tentatives pour saper le pouvoir des personnels de santé, réduire la qualité des services publics de santé en en réduisant les coûts, légitimer le point de vue, contestable, selon lequel le privé est meilleur, et favoriser l'externalisation des services vers des prestataires privés.

Les syndicats ont réussi à contrer certaines de ces mesures en s'organisant et se mobilisant. Il y a trois ans, nous avons fondé le BUSSCO, qui correspond au Bloc social et syndical du Costa Rica, à partir duquel nous avons lancé plusieurs campagnes pour désamorcer les politiques dirigées contre les services publics et les personnels qui les assurent.

Nos campagnes ont été relayées massivement à la radio, la télévision et sur Internet. Nous avons organisé plusieurs jours de manifestation. Les plus suivies ont eu lieu en avril 2016, lors de deux journées pendant lesquelles les fonctionnaires ont défilé par dizaines de milliers à travers le Costa Rica. Nous avons aussi créé des panneaux d'affichage permettant d'identifier ceux qui s'en prennent à la classe des travailleurs/euses et aux établissements d'utilité publique.

Ils ont été conçus pour influencer les politiques qui attaquent les travailleurs/euses mais aussi pour rendre publique la privatisation des institutions publiques dans le pays. Leur impact est énorme et ils interpellent directement les classes politiques au pouvoir.

Des politiques internes sont conservées dans les établissements de la sécurité sociale costaricienne, dans lesquels la main d'œuvre manque cruellement et les programmes de soins sont réduits, provoquant le chaos dans le déroulement de certains services pourtant essentiels. La santé n'y fait pas exception et souffre d'un déclin progressif depuis plus de vingt ans. Sans la forte opposition des syndicats, l'intégralité du système de santé serait privatisée.

Nous voyageons dans les différentes régions, nous organisons des réunions pour ancrer le BUSSCO au plan régional, et nous maintenons une pression constante sur le congrès, intervenant pour dire que nous ne sommes pas d'accord avec les nouvelles lois contre les emplois publics, dont l'objectif est « de réduire le travail et de préparer la voie à une éventuelle privatisation ».

Le processus est très difficile. Nous avons partiellement paralysé des initiatives lucratives qui entraînent une chute des salaires pour les fonctionnaires et nous poursuivons sans relâche notre campagne de défense des services publics. Imposer le principe selon lequel la Santé est un droit humain pour tous fait partie de cette démarche.

Notre campagne mutualise les efforts pour recueillir des informations sociales. « La santé comme droit humain » est un point essentiel pour construire un système social meilleur, plus juste et couvrant tous les secteurs. □

**MA SANTÉ N'EST PAS À VENDRE**

**#PublicHealth4All**



**Internationale des services publics**  
[www.world-psi.org](http://www.world-psi.org)

**UN AVENIR MEILLEUR AVEC  
LA SANTÉ PUBLIQUE POUR TOUS**