



# GENRE ET PRIVATISATION DE LA SANTE

DOSSIER  
GENRE ET AGCS N°2

Actes de la  
Vème RENCONTRE PALABRAS  
Décembre 2002

## **Le Monde selon les femmes**

18, rue de la Sablonnière • B-1000 Bruxelles • Belgique  
Tél. 32 2 223 05 12 • Fax 32 2 223 15 12  
palabras@mondefemmes.org • <http://www.mondefemmes.org>

### ***La revue et le Réseau Palabras***

Depuis septembre 96, le Monde selon les femmes a développé le projet Palabras, en lien avec ses multiples actions de sensibilisation et de formation.

#### **La revue Palabras**

La revue propose un regard croisé SUD/NORD par le recueil, la traduction et la diffusion de récits de groupes à la base, vivant en Europe du Sud, en Amérique latine et en Afrique francophone. Le projet donne la parole à des **groupes de femmes** du Sud et du Nord, ou des femmes du Sud vivant au Nord, pour raconter et écrire une action concrète, quelque chose qu'elles ont fait, qu'elles aimeraient faire connaître et qui illustre leur engagement social.

L'échange de récits entre monde francophone et hispanophone permet d'élaborer des outils d'animation et d'éducation au développement, dans une approche Genre.

#### **Le réseau Palabras**

Le Réseau Palabras se crée comme un espace d'échanges d'informations et d'expériences, stratégique dans la construction de l'identité des groupes des femmes. Il se veut un réseau pertinent d'action politique, pour agir sur les politiques de coopération et pour renforcer les mouvements de femmes et de solidarité internationale. A travers le réseau Palabras, nous voulons développer une nouvelle éthique dans la façon de s'organiser et d'échanger les informations.

**Mise en forme des Actes de la Rencontre : Jeannine Moninga, Hélène Ryckmans**

**Traductions : Carmen Olmedo, Olivier De Visscher, Lidia Rodriguez Prieto, Laurence Chainaye**

**Mise en page : Hélène Ryckmans, M. Vande veegaete, Paula Maggi, Mercedes Monteagudo**

© Le Monde selon les femmes

18, rue de la Sablonnière • B-1000 Bruxelles • Belgique

Tél. 32 2 223 05 12 • Fax 32 2 223 15 12 • Compte n° 310-1217399-38

info@mondefemmes.org • <http://www.mondefemmes.org>

Dépôt légal : D/2003-792602

## INTRODUCTION

### CADRE GENERAL DE LA RENCONTRE PALABRAS 2002

En collaboration avec la Commission Femmes et Développement, le Monde selon les femmes a organisé, du 9 au 11 décembre 2002 à Bruxelles, la cinquième rencontre du Réseau Palabras. Pendant trois jours, les partenaires venus d'Afrique et d'Amérique latine et des personnes travaillant sur les thèmes de la rencontre au Nord (Belgique, France, Pays-Bas, Suède) ont échangé leurs expériences sur :

- **La privatisation des services publics : mécanismes et impacts sur les femmes ;**
- **Les alternatives pour la qualité de la vie et les stratégies féministes internationales.**

La rencontre Palabras 2002 a eu lieu dans le cadre du Forum Social de Belgique, après le Sommet sur le développement durable de Johannesburg et dans le contexte des négociations en cours à l'OMC à propos de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS).

Au moment du lancement du Forum Social de Belgique, le 21 septembre 2002, le Gender group de 11.11.11, WIDE, Oxfam Solidarité et le Monde selon les femmes ont organisé un atelier sur le genre. Un premier accent a été mis sur *les effets de la privatisation en terme de genre* de manière à pouvoir entamer la réflexion. La rencontre Palabras 2002 fut la deuxième étape de ce processus à long terme. Lors du Forum social mondial de Porto Alegre, des personnes de Belgique et des associations du Sud se sont retrouvées et des ateliers et des rencontres sur les aspects genre ont été organisés. Le Monde selon les femmes a ensuite, le 23 mars 2003, organisé une formation sur le genre et l'AGCS. La rencontre du Forum social de Belgique le 10 mai et le Forum social Européen les 13 et 14 novembre à Paris constituent d'autres moments clés pour faire entendre le point de vue des femmes sur l'AGCS.

La rencontre Palabras visait à dénoncer les mécanismes de la privatisation des services publics qui s'imposerait avec l'AGCS, et à y proposer des alternatives féministes. La logique de l'AGCS privilégie la privatisation, considérée - via la concurrence - comme source d'efficacité et de qualité, de divers secteurs tels que la santé, l'eau et l'éducation. Or on sait d'expérience que l'accès à ces ressources est différencié par sexe, et que ces secteurs ont déjà été fort touchés par les crises et les ajustements structurels dans les pays du Sud. Avec les privatisations, on constate l'augmentation des coûts des services et la dualisation : certains groupes sociaux n'ont plus accès à ces services. Il y a aussi la baisse de la qualité, et un éloignement de plus en plus fort entre les bénéficiaires de ces services et les prestataires. Tout cela se répercute de manière spécifique sur la vie des femmes :

- La privatisation a des effets différenciés sur les hommes et sur les femmes.
- Elle a des effets catastrophiques sur les populations civiles les plus pauvres.
- Il faudrait dénoncer et se mobiliser pour éviter que l'OMC ne conclue cet Accord et ne mette en application une politique de privatisation des services publics.

La rencontre Palabras 2002 a donné l'occasion aux ONG et mouvements des femmes d'examiner la façon dont les privatisations sont organisées au Nord et au Sud. Il s'agit de cerner les impacts qu'elles ont ou vont avoir sur les hommes et sur les femmes dans leurs divers rôles (productif, reproductif, social) mais aussi sur le rapport entre les hommes et les femmes (le rapport de genre) à l'intérieur même du ménage, de la communauté ou dans le cadre, plus large, de la société.

La rencontre a également permis d'éclairer les rôles joués par les différents acteurs : l'Etat, le secteur privé et les firmes multinationales, et les instances internationales (OMC, IFI), qui pilotent le processus des privatisations. Et de discuter des alternatives proposées par le secteur associatif, les mouvements des femmes.

Pour mieux cerner cette problématique, la rencontre Palabras 2002 a proposé :

- des exposés sur le cadre général de la privatisation en Europe, en Afrique et en Amérique latine ;
- des ateliers sur la privatisation de la santé, de l'eau, et de l'éducation, afin d'approfondir ces secteurs fondamentaux, et de faire une série de propositions. Il s'est agi de préciser quel est l'accès et quel est le contrôle que les femmes ont sur ces diverses ressources ;
- des témoignages sur l'accès aux ressources et à l'environnement de qualité et sur les alternatives en matière de qualité de la vie ;
- et des échanges sur les stratégies féministes internationales dans le cadre de la migration, de la rébellion artistique (avec la création d'une fresque), de l'environnement en milieu rural et de l'alphabétisation économique.

Les débats de ces trois journées de réflexion ont tourné autour des grandes questions suivantes :

- Quels sont les impacts que risquent d'avoir les privatisations des services publics comme l'éducation, l'eau et la santé sur la vie des femmes ?
- Par quels mécanismes les privatisations sont-elles mises en œuvre ? Sont-ils les mêmes au Nord et au Sud ?
- Comment contrecarrer cette privatisation et développer des stratégies de qualité de la vie et de développement durable ?
- Comment construire des alternatives communes ?

**Fruit de cette rencontre, une série de 5 dossiers est publiée pour diffuser les témoignages, les réflexions et les propositions des femmes :**

**Dossier 1. Privatisation des services publics : une perspective internationale**

**Dossier 2. Genre et privatisation de la santé**

**Dossier 3. Genre et privatisation de l'eau**

**Dossier 4. Genre et privatisation de l'éducation**

**Dossier 5. Alternatives aux privatisations : genre et qualité de la vie**

## II. LA PRIVATISATION DE LA SANTE

La santé constitue l'un des secteurs fort touchés par la crise. Les programmes d'ajustement structurel imposés par les organisations financières internationales aux gouvernements du Sud ont déstructuré ses services. Les accords commerciaux que négocient actuellement l'OMC permettent d'interdire l'offre publique de soins. Les soins de santé doivent être privatisés. Les apports de deux intervenants sur la question ont permis de comprendre comment s'opèrent ces mécanismes de la privatisation de la santé. Il s'agit d'abord de la communication de Jacqueline STEVENS sur «*La privatisation des soins de santé en Belgique*» ensuite celle de Jean-Pierre UNGER sur «*Privatisation des soins de santé ou développement communautaire des services publics ?*»

### **1. «LA PRIVATISATION DES SOINS DE SANTE EN BELGIQUE**

**Par Jacqueline STEVENS de la CNE-CSC.**

Jacqueline STEVENS est secrétaire permanente à la CNE, la centrale syndicale des employés en Communauté française. Elle a en sa charge le secteur des hôpitaux privés dans la province de Liège. Comme militante, elle a représenté les femmes CSC (Confédération des syndicats chrétiens) dans de nombreuses instances.

Contact : Jacqueline Stevens@acv-csc.be

La privatisation des soins de santé est un sujet assez nouveau au niveau du syndicat en Belgique. Pour le budget de la santé, l'investissement est important au niveau technologique en défaveur du budget concernant le personnel médical et paramédical.

Des prestations sont incomplètes et insatisfaites tant pour le professionnel que pour les usagers. C'est ce qui a conduit à une déshumanisation et à la baisse de la qualité des soins. Il y a donc un mouvement dans le non-marchand où l'aide aux personnes tourne autour d'un budget qui ne permet pas de couvrir la totalité des frais. On assiste alors à une médecine de plus en plus à deux vitesses et dans ce cas, ce sont les plus nantis qui ont accès soit par une prise en charge de leur employeur, soit par leur fond personnel à des assurances hospitalières. Ces derniers ne ressentiront donc pas la différence dans la qualité des soins.

Le problème de l'hospitalisation est abordé de manière économique et non en fonction de l'intérêt des patients. Par exemple, nombre d'opérations s'étalent sur une journée sans un suivi postopératoire adéquat.

Un autre fait soulevé, c'est qu'en Belgique, les hôpitaux deviennent des «marchés» où il faut faire dépenser le plus aux familles pour arrondir le budget. On voit par exemple que la plupart des directeurs des hôpitaux ne sont pas des médecins mais plutôt des managers commerciaux. 55% des maisons de repos sont des maisons commerciales et des prix d'accès sont très forts.

Au niveau de la profession, on assiste à une démotivation certaine des jeunes parce que les horaires n'ont jamais été faciles et deviennent de plus en plus incompatibles avec la vie de famille vue la surcharge de travail et les heures supplémentaires obligatoires. On assiste à une pénurie des infirmières qui fuit la profession parce qu'elles n'ont plus assez de temps. Une veilleuse de nuit, par exemple, dans un hôpital est responsable de trente patients.

Au niveau syndical, le dernier accord concernant le problème des soignants au-delà de 55 ans, prévoit de diminuer le temps de travail des infirmières ayant plus de 45 ans tout en leur assurant un même travail mais il reste à présent l'application d'une telle proposition.

## 2. « PRIVATISATION DES SOINS DE SANTÉ OU DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DES SERVICES PUBLICS ? »

par Jean-Pierre UNGER

Jean-Pierre UNGER est médecin, enseignant de santé publique à l'Institut de médecine tropicale à Anvers.

Contact : [jpunger@itg.be](mailto:jpunger@itg.be)

C'est depuis 10 ans que les politiques de coopération menées par les pays industrialisés soutiennent l'idée de la privatisation des soins de santé dans le Tiers Monde.

En effet, la privatisation de la santé a pour but de supprimer l'approche des soins de santé proprement dite dans les structures publiques actuelles et aussi à l'échelle mondiale pour les laisser au secteur privé et le contrôle des maladies au secteur public. La volonté de valider cette pratique se trouve dans les accords que négocient actuellement l'OMC.

Dans les PVD, la situation sanitaire est catastrophique. Les stratégies de privatisation mises en place ont eu des conséquences désastreuses pour la santé des populations pauvres. Un tiers de la population n'a pas accès aux médicaments essentiels et ce taux dépasse 50% dans certains pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie. Toutes les structures sont détériorées. Ce qui pousse les patients à se diriger de plus en plus maintenant vers le privé, qui poursuit plutôt un but économique.

Ces stratégies des privatisations ont eu des conséquences désastreuses sur la santé des populations défavorisées, entre autres :

- Les programmes de contrôle des maladies ne peuvent plus atteindre leurs objectifs car ceux-ci sont détériorés et les patients se tournent vers les services privés qui se concentrent sur la demande curative et non préventive. Cela renforce la disparité de l'accès aux soins pour tous. D'où l'importance de contrôle des maladies. Par exemple, dans des pays comme l'Afrique du Sud et la Zambie où l'on trouve des taux de prévalence du Sida de 20%, un quart seulement des patients tuberculeux accèdent au programme complet de traitement d'antibiotique.

- De même, l'accès aux médicaments essentiels génériques (produits blancs) est très limité alors qu'ils sont meilleurs marché et accessibles aux populations défavorisées.

- L'optique de la santé est abordée à travers le concept de contrôle des maladies, ce qui diffère du concept des soins de santé. L'approche contrôle des maladies est liée à l'épidémiologie et la lutte pour la protection des populations.

*Comment imaginer le transfert des soins au secteur privé ?*

Cinq axes sont possibles :

1. L'Etat vend ses hôpitaux ;
2. L'Etat sous finance les institutions publiques de soins ;
3. Le gouvernement accorde aux hôpitaux une autonomie de gestion sans exercer un contrôle, ni définir des objectifs de production ;
4. Le quatrième axe consiste à sous-traiter les soins au secteur privé ;
5. Les Nations Unies préconisent de limiter le rôle opérationnel du secteur public au contrôle des maladies.

Ces possibilités présentent des conséquences graves pour les pauvres populations, aussi la sous-traitance avec le privé coûte trop au Ministère. On constate qu'il y a :

- Augmentation du coût des soins et diminution de la qualité.
- Augmentation des actes inutiles : dans le privé qui poursuit une logique lucrative, on a, par exemple au Brésil, 72% des cas de césariennes alors que dans le public, on en a que 31%.

- Absence de programmes de contrôle des maladies. Sur 10 ans par exemple, la TBC a progressé dix fois, mais il n'y a eu qu'un quart des malades qui ont eu accès aux médicaments.

Concernant la situation des femmes, les impacts sont différenciés en terme du genre. Les femmes sont plus touchées par ces mesures de la déstructuration du service de la santé due aux privatisations que les hommes au niveau par exemple :

1. De la maternité : importance de la mortalité maternelle surtout en Afrique à cause de manque d'accès aux hôpitaux, le taux de césarienne est trop bas dans le public parce que les femmes n'y ont pas accès ; Il y a aussi le manque d'informations sur les indicateurs par sexe. Ces indicateurs n'existent pas.
2. De l'accès à la contraception ;
3. De l'accès au préservatif, notamment pour les prostituées ;
4. De l'accès à la profession médicale et paramédicale qui est limité pour les femmes : il y a plus d'hommes que des femmes.

Tout compte fait, l'aboutissement des conclusions favorisant la privatisation des soins de santé prévue en mars 2003 apporte une lourde responsabilité morale et un désastre sanitaire, social et politique et particulièrement envers les pays défavorisés.

« Les politiques de coopération au développement menées par les pays industrialisés soutiennent, depuis 10 ans, la privatisation des soins de santé dans le Tiers Monde <sup>1 2 3 4</sup>. Le cycle de négociations de l'OMC, qui se terminera en mars 2003, risque même de mettre hors la loi toute prestation de soins de santé qui ne serait pas privatisée - hormis les programmes de contrôle des maladies - parce que les services publics pourraient ne plus être autorisés à délivrer les prestations offertes par d'autres organismes<sup>5</sup>.

Et pourtant, tout indique que les stratégies de privatisation ont échoué à améliorer le statut sanitaire des populations. Cet article s'attache à comprendre les modalités de la privatisation des soins dans les pays en développement, ses conséquences et ses déterminants. Il conclut à la lourde responsabilité morale que porteront les dirigeants qui signeraient des accords commerciaux permettant d'interdire l'offre publique de soins de santé polyvalents. Il formule aussi une politique de santé alternative qui tient compte des graves carences des services gouvernementaux de ces pays.

### « Soins de santé » n'est pas « contrôle des maladies »

Pour comprendre les politiques internationales de santé, il faut distinguer soins de santé et programmes de contrôle des maladies. Les soins de santé sont destinés à répondre aux problèmes présentés par les patients - la maladie, la souffrance, l'anxiété, le risque de mourir : c'est le rôle du médecin de famille, de l'infirmier, dans les dispensaires et les hôpitaux. Les programmes de contrôle des maladies ont, eux, des objectifs épidémiologiques : ils visent à réduire une cause particulière de souffrance et de mortalité, que ce soit une maladie ou un problème de santé comme les grossesses non désirées. Le contrôle des maladies comporte généralement la

<sup>1</sup> World Bank. Better Health in Africa. 1994. Washington. Ref Type: Report

<sup>2</sup> Human Development Network. Health, Nutrition and Population. 1997. Washington, World Bank. Sector Strategy Paper.

<sup>3</sup> WHO. The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Haden A, Campanini B, editors. 1. 2000. Geneva, WHO.

<sup>4</sup> Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. Health and poverty reduction in developing countries. COM (2002) 129. 22-3-2002.

<sup>5</sup> General Agreement on Trade of Services, article 1, 3, C

détection et le traitement, et, lorsque les possibilités techniques existent, il met aussi en œuvre la prévention, le contrôle des vecteurs et l'assainissement du milieu.

En médecine, la prise en charge des plaintes du patient est évidemment compatible avec celle de sa maladie. Mais ce qui distingue les soins des programmes, c'est leur polyvalence - le large spectre de pathologies que la pratique des soins amène à traiter. Par ailleurs, il y a intérêt à intégrer soins curatifs et préventifs et partir de la demande de soins pour, par exemple, proposer un dépistage ou une vaccination à un patient ou à une population avec laquelle une relation de confiance s'est tissée. C'est pour cette raison que l'intégration des activités de contrôle des maladies dans les soins de santé est généralement souhaitable.

Or, elle est généralement faible dans les pays en développement parce que les programmes de contrôle des maladies sont souvent mis en œuvre dans des centres de santé et des dispensaires publics désertés par les patients. Par ailleurs, certains programmes ou certaines de leurs activités sont aussi mis en œuvre par des organisations spécialisées (dites «verticales»), ce que des motifs techniques justifient parfois.

Toujours est-il que la «dés-intégration» devient pratiquement inéluctable grâce aux politiques menées par les organisations internationales de santé puisque celles-ci visent à privatiser le secteur des soins alors qu'elles prévoient que le contrôle des maladies reste la responsabilité opérationnelle du secteur public.

### **Finalité lucrative ou service public**

En simplifiant, on peut classer les institutions privées et publiques en deux catégories, selon le but qu'elles poursuivent (et qui n'est pas toujours transparent) : les institutions qui traitent les bénéficiaires comme un but en soi (c'est le secteur à finalité lucrative) et celles dont la gestion est inspirée par une préoccupation pour l'équité, la solidarité, l'accès aux soins, la démocratie (accountability), et le refus de toute discrimination. Il y a donc des institutions de santé gouvernementales qui ont une logique lucrative et des ONG qui ont une gestion à intérêt public<sup>6</sup>.

Théoriquement, les politiques de privatisation visent à transférer les soins au secteur privé lucratif, qui représente l'essentiel du secteur privé des pays en développement, avec un financement et un contrôle public. Cette approche donne aux ministères de la santé un rôle de gouvernance ('stewardship', 'rectoria') plutôt que d'offre directe de soins, à l'instar de ce qui se passe en Europe de l'Ouest mais non dans les pays nordiques.

### **Le transfert des soins de santé au secteur privé : 5 scénarios**

Le transfert des soins au secteur privé lucratif s'effectue de 5 manières différentes qui peuvent être complémentaires :

1. L'État vend ses hôpitaux, ce qui est plutôt exceptionnel (ex Union Soviétique, Nicaragua) ;
2. L'État sous-finance les institutions publiques de soins, que les patients en viennent à désertier. Ceci permet au secteur privé d'offrir des soins sans concurrence subsidiée.
3. Le gouvernement accorde aux hôpitaux une autonomie de gestion sans exercer un contrôle ni définir des objectifs de production. Pour compléter leurs salaires dérisoires, les membres du

---

<sup>6</sup> Giusti D, Criel B, De B, X., Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond the slogans. Health Policy Plan 1997; 12(3): 192-198.

personnel peuvent alors se partager les bénéfices de ces institutions. Cette séparation propriété / gestion (« property / management split »)<sup>7</sup> est censée améliorer la disponibilité en médicaments grâce aux possibilités de réinvestissement ainsi que la motivation du personnel, sans recourir au budget public de la santé<sup>8</sup>.

4. La 4<sup>ème</sup> méthode consiste à sous-traiter les soins au secteur privé. En ce sens, les systèmes français et belge constituent le modèle que la Banque Mondiale envisage d'appliquer aux pays en développement.
5. Pour compléter ces mesures, les Nations Unies préconisent de limiter le rôle opérationnel du secteur public au seul contrôle des maladies car les Etats doivent limiter les soins délivrés dans le secteur public à ceux que le secteur privé n'offre pas «de manière compétitive»<sup>9</sup>. Les organisations internationales recommandent donc que les centres de santé et dispensaires publics se bornent à délivrer les activités de contrôle de quelques maladies (en général, la tuberculose, le SIDA, la malaria, les diarrhées infantiles, et les maladies de l'enfance à prévention vaccinale).

Parmi ces 5 méthodes, seules la 4<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> ont droit de cité dans les articles politiques et scientifiques. Aucune institution nationale ou supranationale ne préconise officiellement le second scénario. Mais sur le terrain, c'est bien le sous-financement du secteur public qui est la modalité de privatisation la plus fréquemment rencontrée. Il s'accompagne de facto d'une limitation des services publics aux activités de contrôle des maladies.

Par contre, tout le monde parle de la sous-traitance des soins dans les pays en développement - mais personne n'en fait (c'est comme le sport !.). Pourquoi ? Parce que les pays en développement n'arrivent pas à dégager les fonds requis pour financer et contrôler le secteur privé : ils ne maîtrisent pas le nerf de la guerre, qui reste entre les mains des individus. Même dans un pays communiste comme la Chine, l'Etat ne dépensait en 1998 que 38.8 % du total des dépenses de soins de santé<sup>10</sup> contre plus de 80% dans les pays d'Europe de l'Ouest.

### **Sous-traitance des soins au secteur privé et qualité des soins : un échec manifeste**

Outre le manque de fonds, la sous-traitance se heurte à des obstacles tels que la Banque Mondiale, qui tente d'en faire l'expérience en Asie et en Amérique Latine depuis plus de dix ans, ne peut apporter aucun résultat probant à l'appui de sa politique. Au contraire, tout suggère que dans les PVD, la sous-traitance des soins au secteur privé lucratif ne peut améliorer la qualité et l'accès aux soins à un prix raisonnable.

Signalons d'abord que l'accès aux soins, principale victime de la privatisation, ne semble pas préoccuper grand monde. 94% des pays en développement sont incapables de produire leurs taux d'admission en hôpital et 91%, leurs taux d'utilisation des consultations externes<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> A Mills. Current policy issues in health care reform from an international perspective: the battle between bureaucrats and marketeers. In Health care reform. S.Nitayarumphong editor. MOH, Bangkok, 1997 (p22)

<sup>8</sup> Barnum H, Kutzin J (1993). Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

<sup>9</sup> World Development Report 1993. Investing in Health. Oxford University Press, the World Bank, Washington, 1993 (p119, box 5.5.)

<sup>10</sup> WHO. The World Health Report, Geneva, WHO, 2001.

<sup>11</sup> 1998 World Development Indicators. The World Bank, Washington, 1998

En ce qui concerne l'action des Etats sur les prestataires de soins, Figueras et Saltman reconnaissent que la réforme du secteur médico-sanitaire en Europe a requis des «compétences en santé publique pour estimer les besoins, évaluer les interventions et suivre l'impact des mesures ». Mais ces compétences font défaut dans les pays en développement. De leur côté, Brugha et Zwi y pointent des insuffisances majeures de la qualité des soins surtout dans le secteur privé<sup>13</sup>, et considèrent que c'est la recherche du profit qui provoque l'hiatus entre les connaissances des médecins et leurs pratiques.

L'hypothèse d'une efficience accrue des soins lorsqu'ils sont sous-traités à des entreprises privées ne résiste pas à l'analyse des rares études publiées<sup>14, 15, 16, 17</sup>. Ces études suggèrent, à qualité similaire des soins, un coût de production légèrement inférieur dans le secteur privé mais un coût total supérieur pour les autorités publiques : la marge bénéficiaire des prestataires privés, avantagés par les contrats, a toujours dépassé les gains d'efficience. Sous cet angle, les seules expériences positives furent liées à l'achat de soins à certaines ONG dont la finalité n'était pas lucrative. Par ailleurs, aucune étude n'a examiné l'équité de la politique tarifaire pratiquée dans les services privés ; pas d'étude non plus pour déterminer si le secteur sanitaire privé des PVD stimule la demande irrationnelle de soins - ou au contraire, favorise l'autonomisation des patients... Mais il y a tout lieu de croire que la pratique privée ne favorise ni la solidarité entre patients ni l'indépendance des patients vis-à-vis de leur médecin.

Dans les rares pays qui ont risqué la sous-traitance à l'échelle nationale, cette politique s'est avérée inefficace et inefficente. C'est en Colombie que l'expérience a été menée le plus loin. Il a fallu pour cela, augmenter les dépenses publiques de santé jusqu'à atteindre 18.2% des dépenses de l'état en 1997 et 17,4% en 1998, une des proportions les plus élevées du continent<sup>18</sup>. Les dépenses de santé per capita, qui avaient stagné sous 70 USD par an avant le début de la réforme, en 1993, ont commencé à croître jusqu'à atteindre 227 USD en 1998<sup>19</sup>. Le résultat fut une augmentation majeure de la proportion du PNB affectée aux soins de santé : elle passa de 3.5 en 1993 à 5.4% en 1997. Mais les dépenses publiques et privées ne pouvaient continuer à augmenter, alors que la couverture sanitaire, elle, plafonnait. Selon des estimations conservatrices, elle laissait au bord de la route 40% de la population sans assurance<sup>20</sup>, et c'était surtout les riches qui profitaient du système : entre 1992 et 1997, le quintile de revenu le plus favorisé voyait sa couverture augmenter de 35% contre 15% pour le dernier. Autres problèmes,

---

<sup>13</sup> R Brugha, A.Zwi. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Pol Plann*, 1998, 13(2): 107-120

<sup>14</sup> To purchase or to provide? The relative efficiency of contracting-out versus direct public provision of hospital services in South Africa by Broomberg J, Masobe P and Mills A in S.Bennett, B.Mc Pake and A.Mills (Eds). *Private health providers in developing countries: serving the public interest?*, Zed Press, London (1997)

<sup>15</sup> Mills A, Broomberg J, Hongoro C. Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? *Tropical Med and Int Health*, 1997, 2(2)6:

<sup>16</sup> A.Mills. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. 1998. *Health Pol Plann*, 13(1): 32-40

<sup>17</sup> B.McPake, C.Hongoro. Contracting out of clinical services in Zimbabwe. 1995. *Soc Sci Med*, 41(1):13-24

<sup>18</sup> WHO. Selected health indicators (<http://www3who.int/whosis/country/indicators>)

<sup>19</sup> <http://devdata.worldbank.org/hnpstat/query>

<sup>20</sup> Henao ML, Ulpiano Ayala. El sistema subsidiado de seguridad social en salud. Consultoria para la forcalizacion, cobertura, y efectividad de la red de proteccion social en Colombia. Fedesarrollo. Bogota, Colombia. Cité par la Banque Mondiale

la couverture par assurance ne se matérialisait pas toujours en accès réel aux soins de santé et le gaspillage était de règle<sup>21</sup>.

L'échec de la sous-traitance était prévisible. En Belgique, l'Etat régule et contrôle le secteur privé, formule les contrats d'achat de soins, vérifie qu'ils sont exécutés, et paie.

La situation est toute différente dans les pays en développement :

- faute d'un bon contrôle social, les Etats permettent les nominations clientélistes, la corruption, et les décisions biaisées dans l'administration ;
- les médecins fonctionnaires, sous-payés, ont presque tous, une pratique privée en parallèle ; ils ne vont pas scier la branche sur laquelle ils sont assis en produisant des contrats avantageux pour l'Etat ;
- enfin la sous-traitance implique le transfert de masses financières colossales qu'il est facile de détourner. C'est particulièrement visible dans des pays tels la Roumanie et l'Argentine, où ce sont les associations de médecins elles-mêmes qui ont géré les fonds publics destinés aux soins de santé.

Par ailleurs, l'autonomie de gestion accordée aux hôpitaux publics aboutit à un accroissement des coûts pour les utilisateurs et à une réorientation des activités hospitalières vers la clinique simple et bon marché<sup>22</sup> : le personnel, sous-payé, a vite compris qu'il valait mieux hospitaliser un patient riche qui souffre d'une bronchite, qu'une nécessiteuse dont l'état requiert une intervention chirurgicale. C'est ainsi que l'autonomie de gestion a souvent abouti à soustraire les hôpitaux publics au système de santé.

En définitive, «ce sont des jugements prudents qui doivent être émis à propos du bénéfice relatif des investissements consentis pour améliorer les activités du secteur privé (dans les pays en développement), au contraire de ceux qui sont effectués dans un secteur public renforcé»<sup>23</sup>.

### **Quelles sont les conséquences de la politique de privatisation pour l'accès aux soins et leur qualité dans les PVD ?**

La situation sanitaire des pays en développement est catastrophique. L'accès aux soins a particulièrement reculé en Chine, dans les ex-républiques soviétiques, et en Europe de l'Est mais aussi ailleurs dans le tiers-monde. Près de 50% des pays les moins développés ne donnent pas d'accès aux soins de santé à leur population<sup>24</sup>. Un tiers de la population mondiale n'a pas d'accès régulier aux médicaments essentiels ; ce taux dépasse 50 % dans les pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie<sup>25</sup>.

---

<sup>21</sup> Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition ? Lessons from the Colombian health reform experience. Health Policy and Planning, 2001, 16 suppl 2: 44-51

<sup>22</sup> J Arroyo Laguna. 1999. La autonomización de los hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de salud, Lima, 1988-1997. Pan Am J Public Health, 5(5)

<sup>23</sup> Mills A, Brugha R, Hanson K, McPake B. What can be done about the private health sector in low-income countries? Bull World Health Organ 2002; 80(4):325-330.

<sup>24</sup> Charting the Progress of Populations (2000) Department of economic and Social Affairs, Population Division, UNDP, United Nations, New York, ST/ESA/SER.R/151

<sup>25</sup> WHO Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines policy 2000-2003 (2000), WHO, Geneva

Cette situation est en partie le résultat de la situation générale des pays en développement : baisse du pouvoir d'achat et des salaires, crise budgétaire des Etats<sup>26</sup>, moindre priorité accordée aux secteurs sociaux, concentration du personnel dans les grandes villes, corruption, et nominations politiques.

Mais la situation sanitaire des pays en développement est aussi (-et surtout) le résultat des politiques de privatisation :

- d'une part, les soins dans le secteur privé y sont chers, inefficaces, et non contrôlés. Parce qu'ils n'appliquent pas leurs connaissances à leur pratique quand cela réduit leurs revenus, les médecins privés multiplient les actes inutiles - examens de labo, RX, hospitalisations, prescriptions et même chirurgie. Au Brésil, par exemple, le taux de césarienne est de 31% dans le secteur public et de 72% dans le secteur privé<sup>27</sup>.
- D'autre part, l'état des soins dans le secteur public est catastrophique. Voici ce que l'on peut lire dans le Bulletin de l'OMS<sup>28</sup> : « Où pouvez-vous être traité par un médecin qui a travaillé l'année dernière plus de 1000 heures en plus de son horaire officiel, qui a gagné 15 dollars par mois mais n'a pas été payé depuis cinq mois, qui a travaillé sans médicaments ni bandages, dans une salle d'opération dont le toit fuit, et où il n'y a plus eu d'investissements depuis des années. Peut-être dans un coin perdu d'Afrique ? Non, c'est en Europe de l'Est, d'après Ellen Roskam, une spécialiste en sécurité du travail à l'organisation internationale du travail ». Et de fait, la situation est épouvantable en Afrique - mais pas uniquement dans les coins perdus. Kavalier décrit, dans le Lancet, l'hôpital universitaire de Mbarara (Ouganda) comme étant «à des décades de cette fin de vingtième siècle»<sup>29</sup>.

### **Quelles sont les conséquences de la politique de privatisation pour le contrôle des maladies dans les PVD ?**

Dans la plupart des pays en développement, l'utilisation des services de santé du gouvernement s'est effondrée. Au Burkina Faso par exemple, cette utilisation (exprimée en nombre d'épisodes de maladie / an / habitant) est passée de 0.32 en 1986 à 0.17 en 1997<sup>30</sup>. Que se passe-t-il alors ?

Tout simplement, les programmes de contrôle des maladies ne peuvent pas atteindre leurs objectifs lorsqu'il n'y a pas de patients dans les structures qui les hébergent, c'est-à-dire dans les services publics ; et les patients délaissent les services n'offrant pas des soins de qualité, pour se tourner vers les services privés qui se concentrent sur la demande curative : on en revient à la nécessité d'intégrer les différentes dimensions des soins, indispensables à la qualité des soins de santé primaire : « des services de santé accessibles et efficaces sont nécessaires (mais il faut l'admettre, insuffisants en soi) pour combattre les trois maladies (visées par le Global Health Fund). Malgré une augmentation par un facteur dix du financement externe pour le

---

<sup>26</sup> MT Bassett, L Bijlmakers, DM Sanders. Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. Soc Sci Med 1997 ; 45(12) :1845-52

<sup>27</sup> Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MR. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil. British Medical Journal, 323, 7322, 1155-58 (2001)

<sup>28</sup> R.Walgate. Crisis in East European health systems - "Europe's best kept secret". Bull WHO 2002, 80 (5): 421

<sup>29</sup> Kavalier F. Uganda: death is always just around the corner. Lancet 1998; 352:141-42

<sup>30</sup> Annuaire statistique du Ministère de la santé 1997. Ouagadougou, Burkina Faso.

contrôle de la tuberculose dans les pays en développement au cours de cette dernière décade<sup>31</sup>, seuls 27% des cas de tuberculose pulmonaire positifs à l'examen microscopique ont accès au paquet prévu par la stratégie DOTS<sup>32</sup> »<sup>33</sup>.

En outre, les programmes de contrôle des maladies ont aussi le pouvoir de détériorer les services publics en polarisant leurs ressources à des fins propres<sup>34</sup>. Par exemple, le personnel des services publics, sous-payé, passe souvent plus de 50% de son temps dans des séminaires de formation rémunérés organisés par ces programmes. La gestion par objectif, leur pierre angulaire, aboutit à transformer les organisations sanitaires en bureaucraties mécanistes. L'identité professionnelle des médecins s'y dégrade, et les patients désertent les centres de santé dont les activités se limitent à quelques activités de contrôle.

Rien ne semble donc pouvoir endiguer les épidémies des pays pauvres. Des pays comme l'Afrique du Sud et la Zambie ont des taux de prévalence du SIDA supérieur à 20%, et d'autres comme le Botswana et le Zimbabwe, plus de 30% ! Seul un quart des tuberculeux a accès au programme complet de traitement. La malaria s'aggrave. L'OMS parle de 1,5 à 2 millions et demi de morts chaque année (contre 1 il y a 20 ans). Ces chiffres signent l'échec des programmes de contrôle autant que celui de la privatisation des soins de santé.

#### **Pourquoi la «science» et les évaluations ont-elles si peu d'impact dans les décisions politiques du secteur de la santé ?**

Parce que les vraies raisons de la popularité des privatisations ne résident pas dans leur impact sur la santé des gens mais dans la convergence des intérêts qui les soutiennent :

- le secteur médical privé des pays en développement fait pression pour accéder aux finances publiques ;
- les classes moyennes locales refusent de contribuer par leurs taxes au financement des soins pour les pauvres - d'où sous-financement du secteur public ;
- les entreprises exportatrices de soins des pays industrialisés veulent accéder aux marchés asiatiques et latino-américains<sup>35 36</sup> - d'où libéralisation de ces marchés ;
- les entreprises pharmaceutiques sont peu intéressées par le marché des services publics de soins de santé, qui utilise surtout des médicaments essentiels et génériques et dont la solvabilité est douteuse ; Par contre les programmes de contrôle de maladies, financés par la coopération des pays industrialisés représentent un marché intéressant pour le développement de nouvelles molécules et pour la vente des produits nouveaux ;

---

<sup>31</sup> Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. *Lancet* 359, 775-780

<sup>32</sup> WHO. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Geneva. WHO/CDS/TB/2002.295

<sup>33</sup> ML Lambert, P. Van der Stuyft. Editorial: Global Health Fund or Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria ? *Trop Med and Int Health*, 7, 7: 557-57 (2002)

<sup>34</sup> Health and population division, department for international development. A donor's perspective on tuberculosis in international health. *Lancet* 1999, 353 : 1006

<sup>35</sup> K Stocker, H Waitzkin, C Iriart. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med*, 1999, 340, 14:1131-36

<sup>36</sup> S. George et Ellen Gould. Organisation Mondiale du Commerce. Libéraliser, sans avoir l'air d'y toucher. *Le Monde Diplomatique*, juillet 2000

- les politiciens européens privilégient le contrôle des épidémies en provenance des PVD qui éclaboussent les pays industrialisés (tuberculose, SIDA,...), tout comme au 19<sup>ème</sup> siècle, le gouvernement anglais finançait des inspecteurs d'hygiène dans les villages pour contrôler la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles.
  - et, dans les agences de l'aide internationale, les fonctionnaires des programmes de contrôle des maladies, qui ont un accès privilégié aux décideurs des pays industrialisés, voient des possibilités de carrière dans la croissance de leur programme.
- Face à une telle coalition, les arguments scientifiques et humanitaires pèsent peu.

### **3. Un autre monde est-il possible ? Quelques propositions pour des politiques de santé alternatives dans les PVD**

Pour réussir, les politiques de santé alternatives doivent prendre en compte les caractéristiques sociales, politiques et techniques des pays en développement : le déficit démocratique dans les appareils d'état, mais aussi les ressources positives qui existent dans ces pays : des communautés organisées, et la survivance d'un réseau de centres de santé publics que les politiques internationales pourraient soutenir par des activités autres que le contrôle des maladies.

### 3.1. Soutenir le développement communautaire des services publics

Pendant de longues périodes, des pays comme le Botswana, le Zimbabwe, Costa Rica, Cuba, la Chine, et l'Etat du Kerala en Inde, ont eu de bons résultats sanitaires<sup>37</sup> associés à une prestation efficiente des soins de santé par des institutions publiques<sup>38</sup>. Mais c'était il y a plus de dix ans et de nos jours, tous les services de santé gouvernementaux se débattent dans d'inextricables difficultés. Quant au modèle cubain, il ne peut s'exporter dans des environnements politiques différents.

L'idéologie néo-libérale prétend apporter une solution crédible aux carences des dispensaires et hôpitaux publics des PVD en transférant leurs responsabilités au secteur privé. Il faut reconnaître la réalité de ces carences mais surtout en comprendre les causes. Elles se ramènent à un facteur clé : le déficit démocratique dans les appareils d'Etat, et l'absence de solidarité sociale qui en résulte. Ce déficit est d'ailleurs, peut-être, une bonne définition du sous-développement.

A défaut de pouvoir démocratiser les ministères, il faut essayer de démocratiser les hôpitaux et les dispensaires publics en revalorisant l'identité professionnelle des médecins et infirmiers qui y travaillent. Telle est la logique du développement communautaire des services publics.

Cette approche prend aussi en compte un atout social important des pays en développement : l'existence de communautés qui s'organisent pour survivre. Dans les bidonvilles de Rio, Dakar et Manille, dans les zones rurales, en Afrique du Nord, en Amérique Latine, au Moyen-Orient, et en Asie, elles pratiquent la solidarité de manière élaborée. Elles prennent en charge les écoles primaires, l'évacuation des déchets, l'approvisionnement en eau, le conseil juridique, le téléphone, et jusqu'à l'asphaltage - en réponse à l'inefficacité de la solidarité familiale et des états.

C'est ce potentiel qui est utilisé par le développement communautaire du service public pour remédier à la faillite des services publics et assurer un certain pluralisme dans la gestion de leurs structures opérationnelles - hôpitaux et dispensaires. Le développement communautaire consiste donc à développer et à démocratiser les services de santé (dispensaires et hôpitaux) qui affirment être mus par une logique d'intérêt public. Et il y en a beaucoup : à côté des ministères de la santé, il y a aussi les municipalités, les ONG, les églises, les mutuelles et les associations communautaires.

Cette démocratisation repose sur la cogestion des services de santé par les professionnels et les utilisateurs. Dans leurs conseils d'administration, divers acteurs peuvent se partager les décisions gestionnaires. Il s'agit des utilisateurs, du personnel, des propriétaires, d'un représentant de l'état - un médecin de district par exemple - et d'un assistant technique. Toute proportion gardée, c'est sur ce principe que l'INAMI gère les finances de la santé en Belgique.

Par ailleurs, le développement communautaire du service public favorise l'organisation des communautés dans le secteur de la santé et l'implication des associations communautaires (les comités de quartier, de femmes, de jeunes, etc.) dans la gestion des services de santé. Mais ce qui distingue cette stratégie de celle des mutuelles européennes, c'est le dialogue entre associations communautaires et professionnelles de santé qui se met en œuvre à l'occasion de la cogestion. Il favorise la prise en compte de la demande des populations par les médecins, et

---

<sup>37</sup> Rosenfield, PL. 1985, *The contribution of social and political factors to good health*. Rockefeller Foundation, New York.

<sup>38</sup> Joseph, SC. 1985, *The case for clinical services*. Rockefeller Foundation, New York.

l'action des communautés pour résoudre certains problèmes de santé en réponse aux besoins identifiés par les professionnels de santé.

Pour qu'elle soit couronnée de succès, cette approche demande des investissements et l'assistance technique et financière de la part des Etats et des agences de coopération au développement. En effet, les communautés sont trop pauvres pour pouvoir financer l'intégralité des dépenses de santé, en particulier les salaires des professionnels; le nombre d'infrastructures périphériques publiques offrant de la médecine de famille et les petits hôpitaux de district est insuffisant; et les médicaments et le petit matériel manquent cruellement.

L'Initiative de Bamako, lancée par l'OMS et l'UNICEF dans le courant des années 80, était basée sur ce principe : investissements conditionnés à un processus de démocratisation. Elle a permis de dynamiser et de démocratiser des services publics à des coûts raisonnables dans de nombreux pays en développement<sup>39</sup>. Toutefois cette initiative était perfectible, et les deux propositions qui suivent tentent d'aller dans ce sens.

### **3.2. Promouvoir la médecine de famille dans les centres de santé et les dispensaires publics<sup>40</sup>**

Pour transformer la médecine dans les structures publiques et y introduire la médecine de famille et la santé communautaire, il faut planifier deux activités :

1. les généralistes et assistants médicaux doivent recevoir un encadrement sur leur lieu de travail qui leur apprenne à donner des soins globaux ('patient-centred care') car leur formation est conçue sur un modèle technique et biomédical, particulièrement inadapté aux PVD. Ils doivent aussi apprendre à dialoguer avec les communautés pour résoudre certains problèmes de santé (ce qu'on appelle en anglais «community medicine »).
2. D'autre part, la qualité des décisions cliniques doit être améliorée, ce qui implique que la médecine redevienne une préoccupation des ministères et des organisations internationales.

### **3.3. Renforcer les hôpitaux généraux à vocation publique et favoriser une gestion de système**

Les hôpitaux généraux (de district et régionaux) sont le complément indispensable à la médecine de première ligne. Ceux dont la vocation est publique, qu'ils appartiennent au ministère de la santé, à une municipalité ou à une ONG, doivent être renforcés par des investissements, un budget de fonctionnement décent et une gestion systémique qui vise à les intégrer dans un réseau d'institutions de soins.

---

<sup>39</sup> Knippenberg, R., Alihonou, E., Soucat, A., Oyegbite, K., Calvis, M., Hopwood, I., Niimi, R., Diallo, M. P., Conde, M., & Ofosu-Amaah, S. 1997, "Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 12 Suppl 1, p. S29-S47.

<sup>40</sup> Unger, J. P.; Van Dormael, M.; Criel, B.; Van der Venet, J.; De Munck, P. A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries. *Int J Health Serv.* 2002, 32 (4): 799-815

### 3.4. Elaborer un code de bonne conduite pour les programmes de contrôle des maladies<sup>41</sup>

Ce code prévoirait entre autre que :

- les activités de contrôle des maladies soient généralement intégrées, et qu'elles le soient dans des services de santé qui délivrent des soins de santé polyvalents au tout-venant, sans esprit de lucre. Des exceptions sont possibles lorsque les services sont totalement dysfonctionnels et que le problème ciblé est de grande ampleur. Par exemple, dans les pays d'Afrique Australe, des services communautaires spécialisés dans le suivi des patients qui ont le SIDA peuvent offrir une alternative aux centres de santé et dispensaires en attendant que ceux-ci soient en mesure d'héberger lesdits programmes ;
- les programmes explicitent comment ils vont éviter d'interférer avec les soins dans les services où ils sont intégrés, en particulier en évitant de se fixer des objectifs exagérément ambitieux ; et qu'ils renforcent les centres de santé et dispensaires publics par des financements et une assistance technique non spécialisée.

Finalement, pour mener à bien ces propositions, il est indispensable que la politique des ressources humaines soit cohérente. Il faut des salaires décents, une sélection basée sur le mérite et les compétences, un encadrement approprié et une stabilité du personnel.

### 4. Quelles sont les appuis politiques dont pourrait bénéficier une politique de santé alternative ?

Un meilleur accès aux soins, un meilleur contrôle des maladies, la démocratisation du secteur et un accroissement de la capacité d'organisation des couches sociales défavorisées, voilà ce que l'on peut attendre du développement communautaire des services publics. Mais il lui faut un appui politique. Quel peut-il être ?

En Europe de l'Ouest, les mutuelles, les partis ouvriers et les syndicats se sont battus pour l'accès universel aux soins de santé - pour l'accès à la médecine de famille et aux hôpitaux. Et en 1945, ils obtiennent une victoire retentissante : les états interviennent enfin, de manière significative, dans le financement des dépenses de santé des pauvres. Mais dans les PVD, personne ne se bat pour l'accès aux soins de santé ; à travers leurs agences de coopération et les organisations multilatérales, les pays industrialisés pensent dès lors avoir le droit d'y réduire cet accès aux seuls programmes de contrôle des maladies - de façon un peu méchante, on pourrait dire «à de la médecine vétérinaire».

Par son instabilité, l'Afrique est devenue un repoussoir à capitaux. Les députés du Parti Populaire Européen, les démocrates et réformateurs devraient trouver dans nos propositions des possibilités de stabiliser les investissements dans les pays en développement tout en réalisant le service public actif cher aux libéraux. Pour autant qu'ils se fassent l'écho des préoccupations industrielles, ils devraient comprendre que les entreprises pharmaceutiques ont tout intérêt à appuyer une stratégie efficace de développement des soins de santé, susceptible d'élargir le petit marché des PVD - appelé «émergeant» alors qu'il stagne depuis plus de 20 ans.

---

<sup>41</sup> J.-P. Unger. Integration of disease control in health facilities, a spider's kiss ? Seven managerial principles to avoid damaging health centres and hospitals in developing countries. A background paper. Conference on "Health Care for All". Antwerp, Belgium, 25-26 October 2001 (<http://www.itg.be/hcal/>)

Les députés de l'Union pour une Europe des Nations devraient comprendre qu'il est difficile de limiter l'émigration économique sans rendre plus tolérables les conditions de vie dans les pays d'où proviennent les émigrés. Ils admettront que les programmes de contrôle des naissances et de prévention du SIDA fonctionnent mal quand ils ne sont pas accompagnés d'un accès correct à des services de santé polyvalents et efficaces, des services où l'on peut recruter les candidates à la contraception au moment le plus approprié.

Les sociaux-démocrates trouveront un appui auprès de leur base électorale pour exporter certains mécanismes qui favorisent la solidarité, et qui leur ont permis de contribuer aux fondements de la démocratie en Europe de l'Ouest. Les écologistes devraient voir ici l'occasion de mettre en pratique certaines de leurs propositions (dont l'exercice d'un contrôle social sur l'appareil d'état) dans des contextes où les communautés existent encore.

Si le personnel politique peut fermer les yeux sur la souffrance, la mortalité et l'anxiété évitables par les soins de santé dans les pays en développement, il ne peut ignorer que le manque d'accès aux soins des 60% de la population mondiale qui vit avec moins de deux euros par jour est un facteur d'instabilité politique mondiale. Que les services sociaux disparaissent et l'on peut s'attendre à d'autres 11 septembre. Les USA en sont conscients, eux qui appuient le développement des services publics dans les pays qui ont à leurs yeux une importance géostratégique et militaire (en Asie Centrale, aux Philippines, et en Jordanie par exemple).

Les professionnels de santé progressistes peuvent contribuer à ce que les partis politiques européens prennent la mesure de l'enjeu sectoriel. Ils doivent pour cela s'engager, inlassablement, à expliquer les alternatives à la commercialisation des activités humaines à finalité sociale.

L'obstination des pays industrialisés à ne pas soutenir les systèmes de soins de santé dans les pays en développement et à les privatiser est largement responsable de l'échec actuel du contrôle des maladies et de la politique des soins dans les pays en développement. Les responsables qui signeraient un accord sur le commerce des services mettant hors la loi la prestation publique de soins de santé porteraient une lourde responsabilité morale dans le désastre sanitaire, social et politique qui s'annonce. »

\* \* \*

### **3. Quelques propositions et recommandations issues de l'atelier «santé »**

Il ressort de cet atelier sur la santé quelques pistes **des stratégies et des propositions** suivantes :

- Créer et maintenir le contact avec les milieux politiques afin d'obtenir une influence sur le Parlement Européen et avec les politiciens du Sud pour des budgets de santé plus adéquats, des «mini INAMI » dans les hôpitaux au Sud.
- Appuyer le développement des maisons médicales en Belgique au Nord et au Sud, car ça peut dépanner pas mal des gens ;
- Il est grand temps pour que l'INAMI subventionne correctement les soins de santé.
- faire le suivi du Forum social de Belgique : un groupe de travail santé et privatisation est mis en place ;

- Au niveau des syndicats en faire une campagne malgré le peu de conscience de ce problème ;
- Utiliser le levier des organisations du Sud, du réseau Femmes-santé, le réseau de la Marche mondiale des femmes pour faire circuler les informations et participer aux différents processus ;
- Participation aux différents événements dont le 8 mars, 10 mai et 17 octobre ;
- Créer des relais avec la presse : chercher des contacts avec les journalistes ;
- Faire des campagnes dans les secteurs médicaux et pharmaceutiques pour favoriser la distribution des génériques ;
- Opposer la logique des soins de qualité à la logique de rendement ;
- Obtenir un contrôle sur l'Etat. Il faudrait la cogestion entre les différents acteurs, c'est-à-dire un représentant de l'Etat, un assistant technique, de l'ONG et de l'organisation de santé communautaire.

## DECLARATION POLITIQUE

« Nous les femmes et organisations sociales du Sud présentes à la cinquième rencontre Palabras les 9, 10 et 11 décembre 2002, à Bruxelles, en Belgique;

Considérant,

1. Qu'il existe une reconnaissance mondiale des inégalités sociales, culturelles, politiques, économiques, environnementales des femmes, par rapport au collectif masculin,
2. Que les gouvernements, la société et les instances des Nations Unies se sont engagés à faire disparaître ces inégalités ;
3. Qu'il existe un engagement de l'organisation et de la lutte des femmes du Sud et du Nord à cette fin ;
4. Que face à la logique de domination violente, incluant l'usage de la guerre par des pays du Nord envers les pays du Sud ;
5. Que face à l'expropriation à travers les privatisations de nos ressources naturelles, de nos biens et services publics, ainsi que la faiblesse de nos Etats du Sud , et les fragiles démocraties du Nord ;
6. Que face aux pressions du marché et à l'autoritarisme des instances des transnationales telles que l'OMC, la BM et le FMI, exercés sur nos Etats afin d'imposer le modèle néo-libéral. Cela a provoqué : la mort de nos enfants d'Amérique Latine (comme ce fut récemment le cas des enfants de Tucumán en Argentine); la privatisation de l'eau de Cochabamba en Bolivie, (à qui la transnationale Betchel a réclamé la somme immorale de 25 millions de dollars); le processus actuel d'imposition de la privatisation de la sécurité sociale et de la santé au Salvador et la privatisation de l'eau au Ghana ;
7. Que face au cercle vicieux de la soumission docile de nos gouvernements du Sud via les mécanismes de l'ALCA, du TLC, de la dette extérieure, impayable et immorale ;
8. Que les gouvernements ont agit de manière insuffisante et inefficace face à la protection de l'environnement, la protection des semences naturelles ; et l'absence de stratégies pour la gestion et la qualité de l'eau, la santé, etc.

Nous déclarons,

- I. Qu'il est de la responsabilité des gouvernements du Nord de freiner ce processus d'injustice et de nouvelle colonisation géopolitique et géoéconomique, en étant critiques à l'égard de ces actions et en témoignant leur solidarité avec les peuples et les femmes du Sud et de leurs pays.
- II. L'obligation de s'engager à la **remise de la dette** extérieure, comme base afin de construire de nouvelles relations de justice, de démocratie et d'égalité;
- III. Que les Etats doivent appliquer et s'engager fermement avec des moyens financiers afin d'atteindre les objectifs du Plan d'Action Mondial (décidé à Pékin en 1995 pour la justice envers les femmes et les hommes de la planète et principalement dans leurs pays respectifs).
- IV. Soutenir les processus des peuples pour la démocratisation, la justice de leurs pays et la paix internationale.
- V. Se prononcer en faveur du peuple bolivien à Cochabamba dans sa défense de l'eau; en remettant en question la société transnationale Betchel lorsqu'elle réclame des millions à des populations pauvres. Mais aussi, être solidaire du peuple argentin, du peuple du Salvador, du Ghana, et de toutes les populations dans leur lutte pour la vie et la justice.

NOM

Pays

Signature