

Etudes Marxistes

N°17 – 1^{er} trimestre 1993

Dossier Médecine

Si, depuis Marx jusqu'à nos jours, il est de bon ton de crier à «la mort du marxisme», contre tous ses adversaires le marxisme a fait la preuve de sa fécondité et de son efficacité créatrice.

Il a permis à des milliers d'hommes, aliénés depuis des millénaires, de se libérer économiquement et socialement. Il donne aux asservis du Tiers Monde et du monde capitaliste une conscience lucide de leurs possibilités libératrices. Il donne à la classe ouvrière et à ses alliés une méthode scientifique de combat pour construire une société qui mettra fin à l'exploitation de l'homme par l'homme.

Le marxisme unifie en lui science et philosophie et érige en principe premier que la pierre angulaire de la connaissance est donnée par le critère de la pratique qui, seul, garantit que la construction conceptuelle correspond à la réalité objective.

Comme toute science, le marxisme se développe sans pour cela détruire ses principes, mais, basé sur la vérification expérimentale, il n'est pas un dogme.

Pour un marxiste toute vérité est à la fois relative et absolue, c'est-à-dire, comme le soulignait Lénine (1) faisant référence à Marx et à Engels : «qu'elle admet la relativité de toutes nos connaissances non point au sens de la négation de la vérité objective, mais au sens de la réalité historique des limites de l'approximation de nos connaissances par rapport à cette vérité».

Nous vivons dans un monde en plein bouleversement : internationalisation de l'économie, nouvelles technologies, Tiers Monde croulant sous le poids des dettes, poussée de l'extrême-droite...

La revue «Etudes Marxistes» veut rendre compte des analyses matérialistes, progressistes susceptibles d'affiner la réflexion marxiste dans tous les domaines de l'actualité comme dans ceux du passé qui éclairent les situations d'aujourd'hui.

Elle se veut aussi un instrument de réflexion pour tous ses lecteurs ; c'est dans cet esprit que nous souhaitons leur collaboration à la critique des articles que nous publions et, d'avance, nous les en remercions.

Le comité de rédaction

(1) Matérialisme et empiriocriticisme Lénine, Oeuvres complètes, Tome 14, page 139.

Sommaire :

- I - Sauver la sécurité sociale et les soins de santé (Frans Van Acoleyen) (p.2)
- II - Les médecins belges : caste ou prolétaires ? (Frans Van Acoleyen) (p.14)
- III - Pour la nationalisation de l'industrie pharmaceutique (Jo Cottenier) (p.24)
- IV - Norman Béthune : médecin communiste sans frontières ! (Johan Vandepaer) (p.36)
- V - Socialisme, révisionisme et capitalisme (Dirk Van Duppen) (p.42)
- VI - Les soins de santé en Chine (Lieve Dehaes) (p.50)
- VII - La santé publique à Cuba (Hilde Vanobberghen) (p.59)

Edition électronique réalisée par Vincent Gouysse. Cette revue est à prendre en compte à titre documentaire (Cf. « Impérialisme et anti-impérialisme ».)

WWW.MARXISME.FR

Sauver la sécurité sociale et les soins de santé

(Frans Van Acoleyen ; médecin à la maison de Médecine pour le Peuple à Zelzate.)

Concurrence et productivité sont les mots clés de toutes les économies capitalistes, en quête de profit. Il en a toujours été ainsi. Ces dernières années, cette spirale a connu une accélération prodigieuse en raison de la crise profonde à laquelle est confronté le capitalisme (une crise seulement ponctuée de faibles améliorations conjoncturelles), du développements de technologies nouvelles, de la mise à sac du tiers monde, de la ruée vers l'Est et de l'aiguinement de la lutte entre l'Amérique, le Japon et l'Europe. Le marché uni et Maastricht (l'Union monétaire) en sont les principales manifestations européennes. Moins d'Etat, c'est-à-dire moins d'impôts pour les riches et moins de dépenses sociales pour les travailleurs : telle est la recette de tous les gouvernements capitalistes pour placer «leurs» capitalistes dans la position la plus avantageuse. Puisque la sécurité sociale représente un sixième du PNB ou la moitié des dépenses publiques nationales, elle est naturellement en ligne de mire. La «conquête» de la Sécu s'inscrit dans l'histoire de la lutte de classe en Belgique. La première loi sur les mutualités (1894) a été adoptée après une série de révoltes ouvrières (1886-1894). En 1944, la bourgeoisie a fait une ultime concession : la sécurité sociale généralisée et obligatoire pour tous les travailleurs. Elle risquait autrement de perdre le contrôle du pays : pendant la résistance antifasciste, une force ouvrière armée s'était en effet constituée. L'Institut Belge d'Economie de la Santé, un service d'études fondé sous les auspices de l'industrie pharmaceutique, écrit à ce propos : «*Sans aucun doute, des motivations économiques ont aussi joué un rôle dans la conception (de la Sécu), mais l'objectif principal était de garantir la paix sociale et la stabilité politique*». (Inzicht in de Gezondheidseconomie, 1992). Deux ans après la grève générale de 60-61, la loi Leburton garantissant la gratuité des soins de santé aux VIPO, a été votée. De toute évidence, il faudra une lutte des classes aussi vive pour préserver et reconquérir la sécurité sociale (et l'assurance-maladie).

La Sécurité sociale appartient aux travailleurs

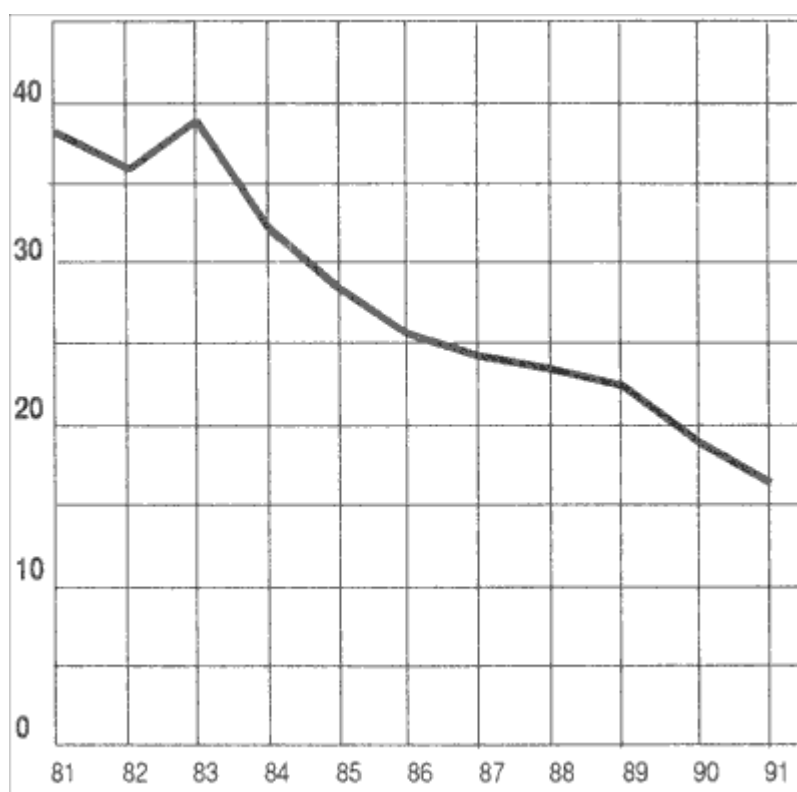
... pas seulement à cause du sang versé, mais aussi en raison de leur travail. La Sécu repose sur deux piliers : l'assurance sociale et la solidarité. Appliquée à l'assurance-maladie, que signifie une assurance sociale ? 1° Pas de profit ; les assurances privées englobent toujours, dans la prime, une partie de bénéfices en plus des frais de gestion et d'administration qui eux-mêmes peuvent grimper jusqu'à un cinquième des versements. 2° La contribution est en rapport au salaire et pas en rapport au risque. 3° Pas de condition pour l'assurance. Aucune maladie, aucun malade ne peut faire l'objet d'une exclusion. La solidarité est incluse dans le système des cotisations : les ouvriers et employés actifs paient pour les malades, les plus âgés, les chômeurs : c'est la solidarité horizontale. (Voir tableau 1).

Tableau 1 – 1 ^{er} juillet 1992		
	En % du salaire brut	
Régimes	Cotisation du travailleur	Cotisation du patronat
Chômage	0,87	1,35
	—	1,69
Assurance allocation	1,15	2,35
Soins médicaux	3,55	3,80
Allocations familiales	—	7, —
Pensions	7,50	8,86
Vacances annuelles	—	6, —
Modération salariale	—	7,48
Maladies professionnelles		
- cotisations ordinaires	—	0,65
- primes spéciales	—	0,45
Accidents de travail	—	0,30
Congé payé éducatif	—	0,04

Et les cotisations patronales ? Selon l'analyse marxiste, ces cotisations appartiennent intégralement du salaire indirect du travailleur, et la séparation entre cotisation ouvrière et cotisation patronale est totalement arbitraire. Ainsi, une discrimination des cotisations "patronales" (p.e. Maribel) est une attaque au salaire indirect. Ensemble, les cotisations des «travailleurs» et des «employeurs» constituent 53 % du salaire brut. 7,35 % revient aux soins de santé.

En outre, la classe ouvrière a arraché une autre forme de solidarité : la solidarité verticale, qui s'exprime dans les subventions de l'Etat. Cet argent provient des impôts, non seulement des travailleurs, mais aussi des sociétés et des rentiers. Ainsi, les riches contribuent-ils aussi au financement de la sécurité sociale. Ces dix dernières années, les subventions publiques à la Sécu sont en chute libre. (Voir tableau 2).

Tableau 2
Part de l'Etat dans le financement de la Sécurité Sociale
(En % des revenus de la Sécurité Sociale)



Cette baisse des subventions est compensée par un effort croissant de la part des travailleurs, qui financent la sécurité sociale par des sacrifices (sautes d'index depuis 1984, retenues sur le pécule de vacances). Jusqu'il y a trois ans, la règle tacite qui prévalait était celle du financement en fonction des besoins. A partir de 1990, le gouvernement a introduit une norme fixe (le verrou sur la porte) pour le financement public de la Sécu. Dans le budget 92, cette norme a été fixée à 192 milliards, non indexés pour les quatre prochaines années. Et cela avec la bénédiction des directions syndicales. C'est timidement que les milieux syndicaux commencent à réagir contre cette camisole de force imposée à la Sécu.

Radiographie des soins de santé en Belgique

Assurance-santé et soins médicaux sont deux choses distinctes. Le tableau 3 situe les dépenses pour les soins de santé dans l'ensemble de la sécurité sociale.

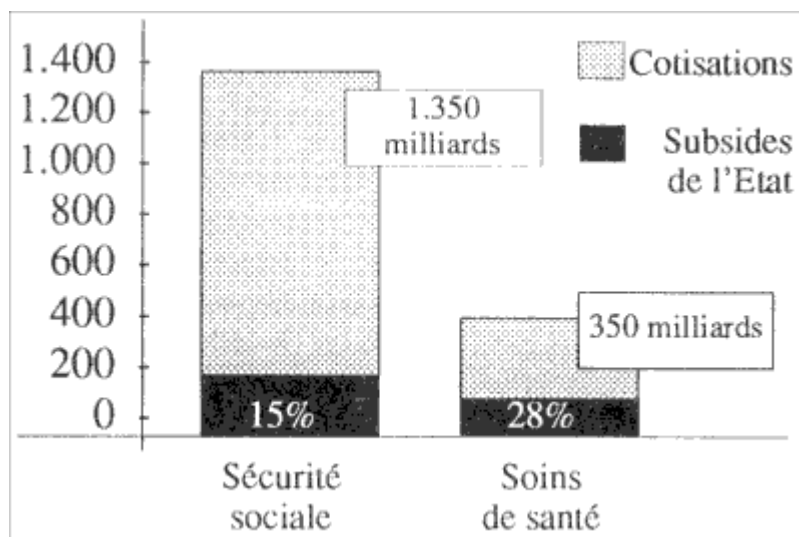
Chômage	11,8 %
Pensions	35,7 %
Indemnités de maladie	7,8 %
Soins de santé	28,0 %
Maladies professionnelles	1,5 %
Allocations familiales	9,7 %
Accidents de travail	0,6 %
Prépensions	4,9 %

L'assurance-maladie pour les travailleurs se divise en deux grandes parties : les soins de santé (350 milliards) et les allocations de maladie et d'invalidité (90 milliards). En 1986 (Val Duchesse), ces dernières ont été mises dans le même sac que les allocations de chômage, avec pour conséquence que l'intervention des pouvoirs publics dans ce secteur a diminué de 48 % en 1985 à 17 % en 1991. Deux remarques s'imposent : les chiffres ne concernent que la Sécu pour travailleurs, ce qu'on appelle le régime général. Il y a à cela une raison pratique : les dépenses de l'AMI pour les soins médicaux aux indépendants représentent à peine un dixième de celles des salariés. Mais il y a aussi une raison politique : en tant qu'organisation de classe, nous nous situons volontairement sur les positions des ouvriers et employés. Ajoutons aussi que nous employons des chiffres arrondis qui, à quelques millions près, correspondent à la réalité. Par exemple : il existe trois versions du budget 92, qui doivent encore être complétées par les comptes définitifs, ceux-ci n'étant connus que trois ans plus tard. Nous étudierons les soins de santé à l'aide de deux tableaux.

Soins de santé : plus d'un quart de la Sécu

La part des subsides d'Etat dans les recettes de la Sécurité sociale se chiffre à 192 milliards, soit 15 % sur un total de 1.350 milliards. Les soins de santé des travailleurs, avec 350 milliards, consomment plus d'un quart de ces moyens. Sur ces 350 milliards, 110 proviennent des subsides d'Etat. Dans les soins de santé, l'intervention des autorités représente donc 28 % des recettes, deux fois plus que dans l'ensemble de la Sécu. Cela signifie également que 60 % des subsides de l'Etat à la Sécu (110 milliards sur 192) vont aux soins médicaux. On ne s'étonnera donc pas que les soins de santé bénéficient d'un «traitement préférentiel» au sein de la politique budgétaire. (Voir tableau 4).

Tableau 4 Subsides de l'Etat et cotisations



Croissance explosive des dépenses : en premier lieu en raison des besoins croissants

La médecine connaît une croissance explosive. La croissance nominale était de 11 % en 1991. Hors inflation, cela représente 7 %. Pendant le premier semestre de 1992, les dépenses de santé se sont accrues de 17 %. Les éléments suivants expliquent cette hausse:

- le vieillissement de la population : 57 % des dépenses pour soins médicaux vont aux VIPO (veuves, invalides, pensionnés, orphelins) qui représentent 25 % de la population. Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va tripler entre 1985 et 2025, avec, sur cinq vieillards, une personne nécessitant des soins intensifs.
- les nouvelles maladies: une année de médicaments pour un patient atteint du sida coûte presque un million de francs.
- la mise au point de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques : un traitement de l'anémie à l'érythropoïétine pour un malade néphrétique chronique coûte quelques dizaines de milliers de francs. Le pontage des artères est devenu une technique routinière nécessitant beaucoup de travail.
- le mouvement de rattrapage amplement justifié en matière de salaires, de réduction du temps de travail et d'effectifs du personnel soignant.

Les travailleurs de la santé du PTB ont calculé que, rien que pour réaliser le cahier de revendications syndical initial de juin 1991, il faudrait 114 milliards de plus entre 1991 et 1994.

Nous ne mentionnons pas ici la pléthore de médecins, que beaucoup considèrent comme une cause importante de l'accroissement des coûts dans le domaine des soins de santé. Comme l'indique une note du service d'études de la FEB (Fédération des Entreprises de Belgique), «les pays qui ont fixé un numerus clausus (comme la France) ne parviennent pas à contrôler les dépenses». Le discours sur le numerus clausus et la loi sur l'implantation partent toujours d'un réflexe hautement corporatiste.

Le pillage par la médecine à l'acte et par le pharma-business

20 % de la technologie médicale de pointe ne sert à rien, si ce n'est à enrichir quelques requins. Les spécialistes qui utilisent la technologie la plus avancée puisent le plus dans le budget de l'INAMI (les radiologues gagnent en moyenne 15 millions de francs par an, les pédiatres, 2,5 millions). Le déséquilibre est total entre la médecine de base et les soins spécialisés, entre le secteur préventif et le secteur curatif. Toute une discussion s'engage, remettant en question la médecine préventive. Les patrons contribuent aussi de manière non négligeable à gonfler le ballon de la médecine à l'acte. Leurs services de contrôle exigent une prise en main radicale du travailleur et malheur à celui qui n'avale pas d'antibiotiques, ou qui ne peut présenter aucune radio ou aucun résultat de labo. La vente de médicaments s'est accrue de 120 % ces dix dernières années. Les bénéficiaires des dix plus grandes entreprises pharmaceutiques transnationales oscillent entre 27 et 43 % du chiffre d'affaires.

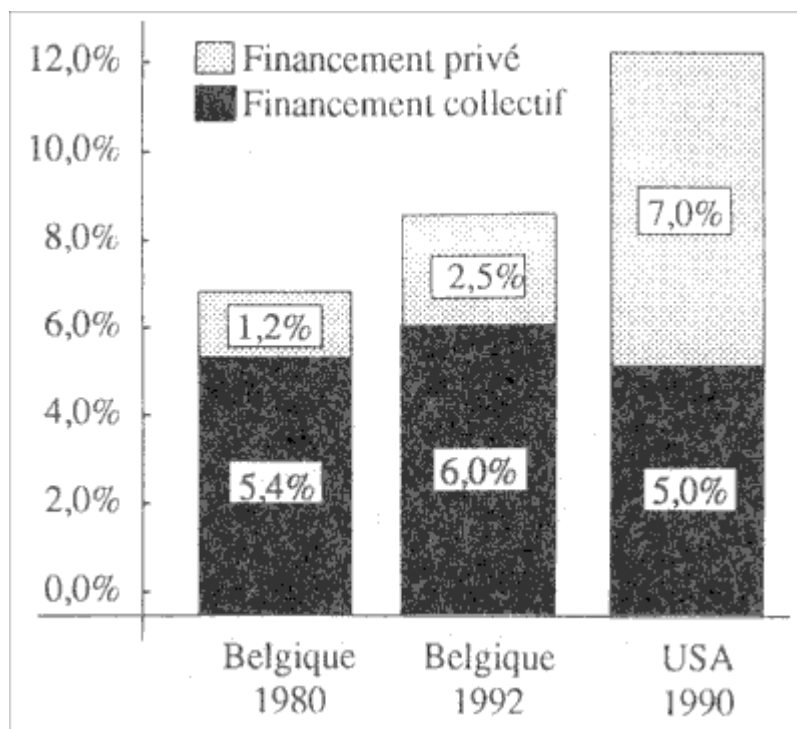
Certains parlent d'une double crise au sein du secteur des soins de santé: une crise des besoins et une crise des objectifs. Pour décrire brièvement cette dernière : plus de médecine ne signifie pas nécessairement plus de santé. Prenons l'exemple du mal de dos. 80 % des gens se plaignent, à l'un ou l'autre moment, d'un épisode plus ou moins long de douleurs dans la partie inférieure du dos. Aux Etats-Unis, les maux de dos coûtent 50 milliards de dollars (soins, incapacité de travail, invalidité). Malgré la multiplication des possibilités technologiques d'examen, le nombre de patients se plaignant de douleurs dans le dos s'accroît d'année en année. Des revues américaines indiquent qu'une partie au moins de l'augmentation des coûts doit être attribuée à des examens techniques inutiles et à un excès d'interventions chirurgicales. Dans ce domaine aussi, les étudiants apprennent à interpréter les radiographies, les myélogrammes, les clichés CT et RNM, mais pas à pratiquer l'examen clinique du patient. Selon des spécialistes, l'examen des CT s'avère faussement positif dans 15 % des cas et faussement négatif dans 40% des cas. Dire que beaucoup de chirurgiens prennent leur décision d'opérer en se basant uniquement sur un scan CT... (Huisarts Nu, septembre 1992).

Cet exemple montre que la crise d'identité dans le secteur des soins de santé est causée directement par la perversité dans laquelle s'enlise la médecine à l'acte.

Les soins de santé sont étranglés par l'Etat et pillés par la médecine à l'acte. Cette phrase résume la double contradiction qui domine les soins de santé, expressément formulée dans cet ordre. Mettre un frein à la médecine à l'acte, avec toute sa production superflue d'examen technique, est insuffisant pour compenser le besoin croissant de tâches de soins (care). Dans les pays où les soins de santé bénéficient de beaucoup moins de moyens en provenance des fonds publics, les gouvernements pratiquent aussi la même «assainissement» budgétaire dans le secteur des soins médicaux. En Angleterre, les dépenses publiques pour les soins de santé s'élèvent tout au plus à 80 % de ce qu'elles sont en Belgique (en % du PNB). Les spécialistes estiment que, jusqu'il y a quelques années, le système de santé britannique présentait le meilleur rapport qualité-prix des pays capitalistes. Et pourtant, là aussi, la pression est très grande dans la voie du démantèlement et de la privatisation du National Health Service. Cette formulation revêt une signification politique. Elle apporte du même coup une réponse à la question très lapidaire: à qui devons-nous nous attaquer en premier lieu et le plus fort ? A la politique gouvernementale (exécutée à la demande du grand capital) ou aux médecins ? Moureaux ou Beckers ?

Privatisations insidieuses (tableau 5)

Tableau 5 Financement des soins de santé
En % du PNB



Le deuxième tableau met en relation les soins de santé et le produit national brut. En dix ans, la part des soins de santé dans le PNB est passée de 6,6 % à 8,8 %. Mais la partie financée collectivement (les cotisations plus les subsides d'Etat) est seulement passée de 5,4 à 6 %. Dans le total des dépenses de santé, ceci représente une baisse relative de 82 % à 71 %, avec une augmentation parallèle (de 18 % à 29 %) de la part que les assurés sociaux paient de leur propre poche (suppléments et frais non couverts). Responsables de cette augmentation : la révision des règles de remboursement pour les médicaments (1982), l'augmentation du ticket modérateur pour les visites à domicile et la transition d'une participation fixe à une participation proportionnelle (1982), l'augmentation du supplément en cas d'hospitalisation (1984), la hausse du ticket modérateur pour la kinésithérapie (1984), la perte de

leur statut avantageux pour 140.000 VIPO (1984). La plus grosse offensive dans la voie de la privatisation a eu lieu en 1986, quand on a transféré les personnes âgées malades chroniques vers les services MRS (maisons de repos et de soin), où les «frais d'hôtel» doivent être supportés par le malade, ce qui représente une différence de 1000 frs par jour.

Enfin, nous constatons une augmentation du nombre de prestations et actes qui ne tombent pas du tout - ou de justesse - sous le régime de l'assurance-maladie: lunettes, orthodontie, matériel chirurgical (prothèses de la hanche, cathéter-ballon pour maintenir ouverts les vaisseaux sanguins des cardiaques, etc.).

Le télescopage entre, d'une part, des moyens publics de plus en plus limités et, d'autre part, des besoins croissants va favoriser la tendance à la privatisation.

Le système de santé américain représente l'aboutissement désastreux d'une médecine privatisée: moins de la moitié des soins médicaux sont couverts par des moyens publics. Quarante millions d'Américains ne sont pas assurés et ont à peine accès aux soins de santé. Le tiers monde est présent au coeur des grandes villes comme New York : dans les quartiers noirs, le taux de mortalité infantile est plus élevé qu'en Amérique centrale, une épidémie de tuberculose s'étend à une vitesse incroyable, les hôpitaux peuvent mettre à la rue des patients condamnés ou mortellement blessés, mais non assurés (après «stabilisation», c'est-à-dire après leur avoir administré un baxter, un peu d'oxygène ou de morphine). En cas de licenciement, le travailleur perd toute couverture sociale, y compris contre la maladie. Les meilleures forces de travail, les mieux payées, sont liées aux entreprises par une assurance-maladie collective.

Economies dans le secteur de l'assurance-maladie

1. Révision du budget 1992

L'ensemble des mesures d'austérité prises par le gouvernement ont un effet de 4,785 milliards en 1992 et 13,447 milliards en 1993. Les plus frappantes sont : les économies dans les maisons de repos (1,5 et 3 milliards), l'augmentation du prix des médicaments (1,23 et 3,682 milliards), l'introduction d'un système d'enveloppes et du ticket modérateur en radiologie (1 et 2,5 milliards), d'autres économies en biologie clinique avec augmentation du ticket modérateur obligatoire (1,5 milliards en 1993).

Gel des prix et limitation des marges bénéficiaires des médicaments, après concertation avec l'industrie, les grossistes et les pharmaciens (0,36 et 1,1 milliard).

Deux remarques s'imposent :

1°. Pour les économies qui touchent les fabricants de médicaments, on prévoit une large concertation préalable. En outre, l'industrie pharmaceutique a plus d'un tour dans son sac pour échapper à ces mesures : elle peut augmenter les prix des médicaments qui ne sont pas remboursés, dont les produits de comptoir (sans prescription) qui représentent 20 % du chiffre d'affaire; elle peut également introduire sur le marché un «nouveau» médicament, présentant peu de différences avec son prédécesseur, mais vendu à un prix beaucoup plus élevé.

2°. Les économies dans le secteur des médicaments sont d'application depuis le 1er octobre 1992. Cette augmentation ne concerne qu'une partie limitée des médicaments, de sorte que, pour certains, les prix ont doublé. Le Betarsec, par exemple, un médicament contre les cas aigus de vertige, coûte maintenant 5.500 frs de plus pour les patients, sur base annuelle. «Cette mesure a pour objectif d'améliorer la qualité des prescriptions», écrivait Jan De Maseneer (prof, de médecine générale à Gand) dans une tribune libre du journal De Standaard (14/10/92). En d'autres termes, en augmentant le ticket modérateur pour les médicaments inutiles, inactifs ou peu actifs, ils seront moins vendus. Pour certains des médicaments concernés, ce raisonnement (le manque d'efficacité thérapeutique) ne tient

pas. En second lieu, c'est encore le médecin qui prescrit les médicaments. Le patient est donc sanctionné pour le mode de prescription de son médecin. Troisièmement, la logique d'une telle mesure dépasse l'entendement de n'importe quel assuré social. Comment se fait-il donc qu'un produit sans valeur ou d'une efficacité douteuse doive maintenant être payé plus cher ? Pourquoi ne pas s'attaquer au mal par la racine en retirant du marché les 15 % (selon le commentaire du répertoire national des médicaments) de médicaments inutiles ou douteux ?

2. Budget 93 (et plan de convergence 93-96)

2.1. Le gouvernement a établi un plan de croissance pour le secteur des soins de santé. Il veut fixer la croissance réelle des dépenses (c'est-à-dire hors inflation) à 3,3 %, contre 5 % pour les cinq années précédentes. Le tableau ci-joint en montre les effets. (Voir tableau 6)

Tableau 6				
Croissance	1993	1994	1995	1996
5 %	348,7	377,1	407,8	441,1
3,5 %	348,7	371,7	396,2	422,4
Différence		5,4	11,6	18,7

La norme de 3,5 % a été établie par la direction de la CSC avec l'approbation tacite de la direction de la FGTB. Elle se base sur le raisonnement suivant : Dans notre mémorandum, nous avons demandé une intervention de l'Etat de l'ordre de 192 milliards et nous l'avons reçue. Si nous voulons que ces 192 milliards ne soient pas absorbés par les seuls soins de santé, nous devons freiner ce secteur de manière draconienne.

Mais même avec cette norme de croissance stricte imposée aux dépenses médicales, les autres secteurs de la Sécurité sociale sont quand même étranglés, car les 192 milliards ne sont pas indexés.

2.2. Selon la logique «les petits ruisseaux font les grandes rivières» : 6 milliards d'économies répartis sur dix postes plus 1,25 milliards de recettes nouvelles (retenue supplémentaire de 1 % sur le pécule de vacances).

Dans cette corbeille, deux mesures sautent aux yeux: l'augmentation du supplément en cas d'admission à l'hôpital (il passe de 244 frs à 344 frs par jour pour un assuré normal et de 97 frs à 147 frs pour les VIPO, en chambre commune). A cela s'ajoute l'arrêt du remboursement de la kiné en cas de blessures sportives. La première mesure s'inscrit dans le cadre d'une longue discussion, visant à faire supporter par le patient l'entièreté des «frais d'hôtel» en cas d'hospitalisation.

La deuxième mesure est d'une importance fondamentale parce qu'elle introduit la notion de «sélection du risque». On exclut de l'assurance-maladie les frais résultant de l'exercice d'un sport, puis on exclura les frais liés au vieillissement, puis... quel risque sera encore exclu à l'avenir ? Le sida ? La consommation de tabac ?

2.3. Nous savons maintenant que ces mesures gouvernementales étaient bâties sur des sables mouvants. Quand le gouvernement a fixé sa norme de croissance à 3,5 %, il a opté pour un effort d'austérité de 1,5 % par an calculé sur un rythme de croissance hors inflation de 5 % les années précédentes. Mais l'encre de ce budget n'était pas encore sèche que le patronat calculait déjà que la croissance moyenne ces 7 dernières années était non pas de 5 mais de 6,6 % (documents FEB 7/92). Selon ces calculs, un effort d'austérité de 3 % est nécessaire au lieu des 1,5 % prévus. A la lumière des chiffres complets de 1992, nous savons que les soins médicaux pour salariés présentent un déficit de 19,5 milliards. (Voir tableau 7).

Tableau 7				
Budget des soins médicaux - régime générale (en milliards)				
	1992		1993	
	Objectif	Réaliste	Objectif	Réaliste
Total des recettes	357,8	357,3	375,5	374,5
Actes	322,2	343,2	345,1	366,1
Total des dépenses	357,8	376,8	380,2	401,5
Solde	0	- 19,5	- 4,8	- 26,9
Solde cumulé	- 37,9	- 57,3	- 41,9	- 83,5
<i>Source : INAMI</i>				

L'INAMI prévoit déjà un déficit de 22 milliards en ce qui concerne le budget 93.

Le plan Moureaux

Voici un ensemble de propositions lancées à l'été 92 par le ministre des Affaires sociales pour réaliser «l'assainissement structurel» de l'assurance-maladie. Le journal du patronat flamand, *De Standaard* (24/7), a réagi avec enthousiasme : «Il s'agit d'une tentative courageuse de perestroïka. Elle mérite un applaudissement». Six mois plus tard, le patronat exprime quelques doutes : «La réforme que le ministre Moureaux veut introduire avant le contrôle budgétaire de février 93 sera-t-elle suffisante pour endiguer ce flot de dépenses supplémentaires ?» (bulletin de la FEB, 12/92).

De quoi s'agit-il ?

1° Renforcement du patronat et des syndicats dans les organes de gestion de l'INAMI («ceux qui financent le système doivent aussi décider des budgets») au détriment des mutualités, bien que le ministre ait dû mettre de l'eau dans son vin au profit de ces dernières après une démission de courte durée. En outre: possibilité d'intervention directe du ministre en cas de dépassement budgétaire (exemple des honoraires).

2° Extension du système des enveloppes (comme il est déjà appliqué en biologie clinique).

3° Reconnaissance du principe de la responsabilisation des mutuelles.

4° Réforme de la loi sur les hôpitaux.

5° Limitation de l'offre médicale.

6° Introduction d'une assurance-vieillesse («assurance-dépendance») sous la forme d'une contribution généralisée dans le système de l'assurance mutualité complémentaire.

Les points 1 et 3 sont inscrits dans la nouvelle loi sur l'assurance-maladie déjà votée par le Sénat. Le point 2 a déjà été introduit en radiologie médicale. En ce qui concerne une éventuelle nouvelle loi sur les hôpitaux, il n'y a pas encore de plans concrets sur table. Mais les directives élaborées par le patronat pour les hôpitaux peuvent nous en apprendre beaucoup, d'autant plus que le plan Moureaux, dans son ensemble, a repris d'importantes lignes de force de la FEB. La liquidation des lits d'hôpitaux doit se poursuivre, les honoraires des médecins sont limités aux honoraires «intellectuels», les actes techniques font partie de budget hospitalier global. «Les hôpitaux qui veulent exercer une médecine plus technique, avoir un meilleur encadrement en personnel, améliorer le confort des patients, etc.. demandent des suppléments aux patients et leur fournissent à ce sujet une information claire... ils (les hôpitaux) doivent être gérés comme une entreprise». (Bulletin de la FEB, 7/92). C'est la notification ouverte d'une médecine à deux vitesses.

Le pouvoir des syndicats (et donc des travailleurs) dans la gestion de l'assurance-maladie est-il renforcé ? C'est ce qui peut paraître à première vue. La réalité est autre. Ce n'est pas LE syndicat qui est représenté au sein des structures de gestion, mais la direction syndicale. Cette dernière s'est rangée à un certain nombre de points de vue patronaux : la position concurrentielle des entreprises capitalistes, l'unification du marché européen et l'union monétaire, la mise sous clé de la Sécurité sociale et le verrouillage tout particulier des soins de santé. Un tel positionnement syndical ne fait que renforcer la position patronale dans la gestion des soins de santé.

Lignes de force pour la liquidation complète de l'assurance-maladie

1. Les «enveloppes fixes» ou forfaits

C'est un concept à connotation socialiste. Cela semble être une solution pour mettre un frein à la médecine de prestation. Mais rien n'est moins vrai. Tout ce qui est freiné, ce sont les dépenses PUBLIQUES de santé. Prenons l'exemple de la radiologie. A partir de 1993, un budget fixe sera établi, qui sera réparti entre l'ensemble des radiologues.

Bien entendu, les radiologues sont mécontents de cette limitation de leurs revenus. Donc, ils «déconventionnent» (ils sortent du système des conventions). Dès ce moment, ils peuvent déterminer librement leurs honoraires et le système du tiers payant n'est plus d'application. Le ministre considère le tiers payant comme une sorte de «bâton derrière la porte» pour éviter le déconventionnement, car, selon les mécanismes du marché, les médecins qui ne sont pas conventionnés perdent un «avantage concurrentiel». Mais les radiologues d'une même région se rassemblent autour d'une table et décident, en bloc, de se déconventionner (c'est maintenant le cas, par exemple, des radiologues du nord de la Flandre Orientale). Conséquence : le patient est doublement dupé : il paie des honoraires assez élevés, fixés librement et, de surcroît, il ne bénéficie plus du tiers payant. Cet exemple illustre comment les enveloppes budgétaires, dans les conditions d'un système capitaliste de soins de santé, sont un mécanisme ingénieux pour assainir les dépenses publiques et en faire supporter le coût par les patients.

2. Tickets modérateurs. A la politique des budgets bloqués, le gouvernement associe la perception obligatoire d'un ticket modérateur. Par exemple, 300 frs par visite en biologie clinique (150 frs pour les VIPO) ou encore 200 par visite en radiologie (120 frs pour les VIPO) Laissons de côté le principe pour constater qu'il s'agit d'un usage pervers du ticket modérateur. Car dans le cas précis de ces actes techniques, ils sont justement prescrits par le médecin. Une fois introduit le principe du ticket modérateur obligatoire dans un secteur déterminé, plus rien n'empêche d'en augmenter le montant chaque fois qu'on le souhaite. Dès l'instant où les ministres introduisent le ticket modérateur obligatoire dans un segment de la médecine, la voie est ouverte à la généralisation de leur application. Depuis que le ministre Busquin a qualifié d'«immorale» la médecine gratuite (Solidaire 44/91), il n'existe plus aucun obstacle politique pour refuser totalement le droit à la médecine gratuite. Ainsi, Guy Peeters, des Mutualités Socialistes déclarait : «La perception obligatoire du ticket modérateur et le largage sélectif ou la restriction du système du tiers payant ne sont plus pour nous des tabous; la gratuité pour la gratuité, ce n'est plus tenable». (Artsenkrant, 25/2/92).

3. Franchise. Il s'agit d'une somme fixe qu'on doit payer de sa propre poche pour pouvoir bénéficier de tarifs remboursés. Actuellement, cette franchise est déjà généralisée pour toutes sortes d'assurances privées. C'est une vieille idée du premier ministre Dehaene, à l'époque où il était ministre des Affaires sociales en 1982. Elle est restée longtemps au frigo. Aussi en raison des difficultés techniques liées à son application. Le syndicat Beckers des médecins plaide en faveur d'une franchise modulée, c'est-à-dire le paiement, sur toutes les prestations, d'un ticket modérateur obligatoire plus important jusqu'à ce que toute la franchise soit épuisée, ensuite, le remboursement complet. Le ministre Moureaux disait à la Chambre, le 9 décembre 1992: «En ce qui concerne la franchise, je ne dispose pas du point de vue du gouvernement. Mais je dispose du point de vue du groupe Domino au sein du SP. Je ne recule pas à introduire une franchise pour les hauts revenus, à condition qu'elle ne puisse pas être réassurée».

Mais tout de suite, il nous faut relativiser ce qu'on entend par «hauts revenus». Le ministre Willockx «applaudit les Dominos». Il considère comme «discutable une franchise pour les hauts revenus qui les oblige à supporter eux-mêmes une plus grande partie des frais». Mais tout de suite, il associe les hauts revenus aux «revenus moyens». Et le passé nous a appris que, pour le SP, une famille ouvrière à deux revenus appartient déjà aux revenus moyens.

4. Sélectivité

Elle réapparaît, ces derniers temps, comme nom de code pour de nouvelles économies. Dans le domaine des soins de santé, des projets circulent relatifs à trois formes de sélectivité: sélection du malade, de la maladie et du soin.

- le malade : franchise en fonction de ses revenus (voir plus haut).

- la maladie : non-remboursement de la kiné en cas de blessures sportives. Ouvre la porte au non-remboursement d'autres affections.

- le soin : propositions de sortir la kiné de l'assurance-maladie, à l'exception de la revalidation de fractures importantes.

5. Suppression du tiers payant

Elle est exigée par le syndicat Wynen, depuis sa création. Le patient doit donc avancer au médecin la somme remboursée par la mutuelle. Le contrôle sur les honoraires des médecins s'en trouve affaibli. A nouveau, ce sont les spécialistes riches qui demandent avec beaucoup d'insistance la suppression du tiers payant. L'accord avec les dentistes, approuvé «à contrecœur» par Moureaux, présage la suppression du tiers payant.

6. Responsabilité financière

Habituellement, on associe la responsabilité financière des mutuelles, des médecins et des patients. «Chacun doit apporter sa contribution». En fin de compte, tout repose sur les épaules des assurés sociaux. La responsabilité financière du patient, c'est clairement : ticket modérateur plus important et/ou franchise. La responsabilité financière des mutuelles, signifie des cotisations plus importantes pour les membres si l'année se clôture avec un solde négatif. La responsabilité financière du médecin signifie : sanctionner un abus de prescriptions de Rx et d'analyses de labo. Sanction à la clé : la suppression du remboursement des actes techniques demandés par le médecin. Ce qui signifie que le premier touché par une telle mesure est une nouvelle fois le patient.

7. Echelonnement

Actuellement en vogue parmi les membres du CVP d'orientation ACW (l'équivalent flamand du Mouvement Ouvrier Chrétien). Il s'agit d'une revendication qui circule depuis quelque temps déjà dans les milieux des médecins générales. Celui qui est envoyé par le médecin généraliste ne doit pas payer de supplément (ou un supplément moindre) chez le spécialiste. On part du raisonnement suivant : la médecine générale est la moins chère (seulement 1/5 des honoraires médicaux payés par l'AMI) et il vaut mieux qu'elle serve de filtre dans l'accès à des médecines plus coûteuses.

A première vue, cela semble raisonnable : rentabiliser les connaissances à leur juste niveau. Mais sans caractère généralisé, une telle mesure conduit inévitablement à une médecine de classe : celui qui a plus d'argent s'adresse directement au spécialiste et le spécialiste sait que celui qui s'adresse directement à lui veut/peut payer davantage. Quoi qu'il en soit, c'est une illusion de croire qu'une telle mesure organisationnelle va pouvoir empêcher les mesures «dures» telles que la généralisation du ticket modérateur ou la franchise.

8. Fédéralisation des soins de santé

Une fraction sans cesse croissante de la bourgeoisie flamande - son ministre-président en tête - prépare la population au séparatisme. La scission de la sécurité sociale et, en première instance, de l'assurance-santé est la pomme de discorde. Citons une nouvelle fois tous les arguments pour rejeter résolument une telle scission :

- c'est du pain béni pour les fascistes qui, outre l'anticommunisme et le racisme, ont le séparatisme comme leitmotiv.

- le fédéralisme et le séparatisme, sa conséquence logique, sapent la lutte commune de tous les travailleurs contre le capitalisme (qui du reste ne se laisse pas entraver par les frontières linguistiques ou géographiques). L'enseignement communautarisé en est l'exemple type.

- les «flux financiers» vers la Wallonie n'existent pas. Tous les arguments à propos de ces transferts proviennent d'une étude mensongère de M. Dethée, pour le compte du SERV (le "Socio-ekonomische Raad voor Vlaanderen").

Dix raisons d'exiger la généralisation de la médecine gratuite

1. La médecine gratuite est l'expression la plus conséquente d'un secteur soins de santé social et collectif : on ne doit pas dépenser davantage au moment où l'on est malade. La mise sur pied d'égalité a lieu dès le départ, par les cotisations, proportionnelles au revenu, mais surtout par une fiscalité qui fait payer davantage les riches.

2. Cette revendication part des intérêts des travailleurs et non du budget.

3. Actuellement, on bavarde beaucoup sur les droits de l'homme, mais les soins de santé ne sont-ils pas un droit fondamental qui ne peut être limité par les barrages financiers imposés par le grand capital ?

4. Une seule revendication pour l'ensemble de la classe travailleuse, cela renforce les intérêts de classe. La revendication plus limitée «médecine gratuite pour les défavorisés» introduit la division : ceux des travailleurs qui gagnent davantage (souvent grâce aux primes pour travail en équipes), doivent payer pour ceux qui sont absolument dans la dèche et à qui on accolera alors facilement l'étiquette de «profiteurs». Pendant ce temps, les véritables profiteurs, les riches, les capitalistes, restent hors d'atteinte.

5. Au fur et à mesure qu'augmente le ticket modérateur, la pression augmente pour qu'on se réassure en dehors du système d'assurance-maladie et auprès des sociétés d'assurance privées. Le ticket modérateur sert d'aliment à la privatisation. Il suffit de regarder les assurances hospitalisation.

6. Combinée avec un salaire de tous les travailleurs de la santé, ne pouvant dépasser trois fois le salaire ouvrier moyen, la médecine gratuite constitue le frein le plus important à la médecine à l'acte.

7. Il s'agit d'une revendication opposée à la sélection sur base des risques. L'exemple classique, c'est le fumeur à la chaîne qui dans le système de la sélection par les risques, doit payer des primes plus élevées pour s'assurer ou bien payer un prix plus élevé quand il tombe malade. Mais vient ensuite celui qui est atteint du sida (car «c'est quand même sa faute») et l'obèse («car il mange trop gras»), etc.

8. La médecine gratuite est une nécessité absolue pour les 700.000 familles qui vivent en dessous du seuil de pauvreté.

9. Les soins de santé gratuits sont un principe socialiste. Ils expriment l'échelle de valeurs d'une société socialiste et indiquent également la responsabilité de l'Etat à l'égard de la santé de ses citoyens.

10. Il ne s'agit pas d'une source de surconsommation. Différentes études montrent que des tarifs privilégiés (comme ceux dont bénéficient une partie des pensionnés) n'incitent pas à une consommation accrue.

Le programme de Médecine pour le Peuple et du PTB en matière de soins de santé

1. Le financement des soins de santé en fonction des besoins et avec des subventions fixes de l'Etat (comme prévu dans la loi Dhoore). Rejet des deux normes : le carcan des 192 milliards pour la Sécu et la norme de croissance de 3,5 % imposée aux soins de santé.

2. Médecine gratuite

- convention obligatoire pour les honoraires, pas de liberté des honoraires
- non au ticket modérateur obligatoire et à la franchise
- maintien du tiers payant
- interdiction de déchirer le coupon fiscal

3. Mise en place d'un Service National de Santé démocratique

- employeur de tous les travailleurs de la santé
- chargé de faire l'inventaire des besoins dans le secteur des soins de santé
- gestionnaire de tous les hôpitaux et institutions, regroupés au sein d'un réseau unifié
- contre le morcellement des soins de santé sur 14 départements
- organisation et promotion de l'assistance médicale en faveur du tiers monde

4. Salaire fixe pour tous les travailleurs de la santé plafonné au maximum à trois fois le salaire moyen d'un ouvrier

5. Nationalisation de l'industrie pharmaceutique et médico-technique sans dédommagement

- interdiction de la publicité médicale
- retrait du marché des médicaments inutiles et nocifs (15 %)
- promotion des produits génériques
- interdiction d'exporter vers le tiers monde des médicaments interdits chez nous

6. Suppression de l'Ordre des Médecins

7. Suppression de la médecine de contrôle

8. Avortement remboursé par l'assurance-maladie

9. Mise en oeuvre du programme syndical de 1991 pour le secteur des soins

- 20 % d'augmentation de salaire d'ici à 1994
- semaine de 32 heures
- alignement de tout le secteur sur les hôpitaux
- effectif de personnel : 16 pour 30 lits

10. Personnes âgées

- première revendication : un revenu convenable
- en cas de séjour définitif en maison de repos ou en maison de soins : couverture des «frais d'hôtel» par l'assuré. Ceux-ci ne doivent pas dépasser le montant de la pension moins 8.000 frs par mois d'argent de poche.
- gratuité de tous les soins médicaux dans le système de l'assurance-maladie
- non à l'introduction de l'«assurance-dépendance» : elle signifierait soit une augmentation des cotisations sociales soit la souscription d'une assurance privée.

11. Pas de numerus clausus pour les études médicales. Un tel numerus clausus est corporatiste et non démocratique.

Les médecins belges : caste ou prolétaires ?

(Frans Van Acoleyen ; médecin à la maison de Médecine pour le Peuple à Zelzate)

«Dans notre société moderne, mécanisée à l'extrême, la santé privée n'existe pas. Toute ce qui concerne la santé relève de la santé publique... La médecine socialisée et la suppression ou la limitation de la pratique médicale privée semblent être la seule solution réaliste au problème. Eliminons de la médecine le profit, le profil économique privé, et épurons notre profession de l'individualisme avide.» Norman Bethune (1)

Quand, il y a deux ans, le ministre flamand de l'enseignement de l'époque Daniel Coens décréta qu'il n'y avait plus de docteurs mais seulement encore des médecins, cette dévaluation du titre suscita quelque émoi dans les rangs du corps médical. Lors des récents Etats-Généraux, c'est avec une certaine prétention démagogique que Théo Malfliet du syndicat des médecins Beckers-de Toeuf s'est adressé à ses collègues en ces termes : «Prolétaires en puissance...». (2) Pour les ministres qui se succèdent aux Affaires sociales, les dirigeants syndicaux et les bonzes des mutualités, la gilde des docteurs est le mal incarné. Ce qui ne les empêche pas de conclure sans cesse des accords qui préservent les fondements de la médecine à l'acte. Qui reste insensible face au traitement préférentiel des blouses blanches ? Alors que les syndicats des travailleurs concluent un accord professionnel qui leur rapporte à peine 1 %, les médecins se voient offrir une augmentation de 5 %. Et de toute évidence, ce n'est pas encore assez.

Qui sont ces médecins ? A quelle classe appartiennent-ils ? Mettent-ils généreusement leurs connaissances et leur art au service du peuple ou profitent-ils de la souffrance et de la misère de millions de malades dans ce pays ? Une question qui n'est pas sans importance, à l'heure où se précise une lutte des médecins, pour le pouvoir et l'argent.

Quelques caractéristiques sociologiques

Fin 1991, la Belgique comptait 35.199 médecins, contre 24.536 en 1980 (Wallonie : 11.688 ; Flandre : 17.313 ; Bruxelles : 6.198).

Si la croissance se poursuit au même rythme, on en comptera 45.000 en l'an 2000. 17.363 sont des médecins généralistes, dont 14.576 ont un cabinet. On compte en outre 14.243 spécialistes et 3.274 candidats-spécialistes. Entre 1980 et 1991, le nombre des généralistes s'est accru de 34,5 % (hommes 21,3 %, femmes 126 %) ; le nombre de spécialistes s'est accru de 48,1 % (hommes 36,8 %, femmes 116,4 %). Pendant la même période, le nombre des médecins s'est accru de 29,6 % en Wallonie, de 40,1 % en Flandre et de 27,9 % à Bruxelles. En 1991, il y avait un médecin pour 315 habitants (685 par généraliste, 722 par spécialiste). Près de la moitié des médecins ont moins de 40 ans, un pourcentage qui s'élève même à 51,2 % chez les généralistes. (3)

Ces chiffres doivent cependant être relativisés : parmi les médecins recensés, se trouvent aussi les médecins du travail, les médecins-fonctionnaires dans divers services publics, les médecins travaillant pour le compte des firmes pharmaceutiques, les médecins des compagnies d'assurance, etc. Un médecin sur cinq opte pour une autre profession principale. (4)

Conclusion : La profession de médecin rajeunit et se féminise. Le nombre de spécialistes s'accroît plus rapidement que le nombre de généralistes. La croissance est plus grande en Flandre qu'en Wallonie. Le chômage est quasiment inexistant parmi les médecins qui achèvent leurs études, bien qu'ils cherchent et trouvent souvent un exutoire dans d'autres directions.

Quelle classe ?

Un tiers des jeunes médecins généralistes suivant une formation complémentaire accomplit moins de dix prestations par semaine. Parmi les médecins généralistes reconnus et installés ayant suivi une formation complémentaire, un quart accomplit moins de 8 prestations par jour. Un autre quart accomplit plus de 25 prestations par jour. **(5)** Après six ans de spécialisation, les jeunes chirurgiens gagnent à peine 50.000 frs net par mois. **(6)** Le docteur Malfliet aurait-il donc raison de parler de «prolétaires en puissance» ? Selon Marx, l'histoire de l'humanité est l'histoire de la lutte des classes. Les intérêts matériels et le rapport aux moyens de production transforment les groupes sociaux en classes. Sur base de cette contradiction d'intérêts, chaque classe produit sa propre idéologie. Sous le capitalisme, il y a deux classes antagonistes : la bourgeoisie et la classe ouvrière. A côté de cela, il y a encore les classes de transition, c'est-à-dire les différentes couches de la petite-bourgeoisie. L'Etat n'est pas un arbitre neutre, mais est l'instrument de pouvoir par excellence de l'ensemble de la classe dominante afin de maintenir les rapports capitalistes actuels de propriété et de partage. **(7)** Pour savoir à quelle classe appartiennent les médecins, nous devons donc décrire leur rapport aux moyens de production, la richesse sociale qu'ils s'approprient et disséquer l'idéologie qui les guide.

Les médecins ne possèdent pas d'entreprises dans lesquelles ils emploient des travailleurs. Ceci ne veut pas dire qu'ils n'ont pas d'intérêts dans les grandes entreprises et monopoles. Une partie des avoirs des médecins est placée en actions en bourse. En témoigne cet extrait d'un hommage prononcé à l'occasion du jubilé d'un médecin généraliste : «Econome de pilules, tu préférerais piquer les fesses. Tu avais toujours de la lecture. Sans ton journal boursier, tu ne te sentais pas bien. Ta réputation de spéculateur est grande : Westinghouse et Boeing te comblent d'aise». **(8)**

Les revues spécialisées destinées au corps médical - et largement sponsorisées par les firmes pharmaceutiques - consacrent au moins une page par semaine aux conseils de placements.

Il arrive, mais c'est plutôt exceptionnel, que l'on trouve des médecins à la tête de grandes entreprises. Le docteur Alain De Wever est un exemple intéressant. Directeur médical de l'hôpital Erasme, professeur à l'ULB, anciennement attaché au cabinet de Busquin, maintenant à celui de Moureaux, il occupe depuis le début de 1993 le poste de directeur général de la filiale belge de la deuxième transnationale pharmaceutique, Glaxo (chiffre d'affaire mondial : 4.680 millions de dollars). **(9)**

Un deuxième indice de l'appartenance de classe est le rapport à l'Etat bourgeois. L'élite du corps médical est incorporée dans les structures de l'appareil judiciaire par le biais de l'Ordre des Médecins qui, depuis son origine, a été contaminé par l'idéologie de l'«Ordre Nouveau» d'avant-guerre. **(10)** La prestation de serment annuelle (le serment d'Hippocrate) des néophytes, organisée par les différents Conseils de l'Ordre provinciaux, réunit toute la pyramide de l'oppression bourgeoise: représentants du gouvernement, hauts responsables de l'armée, pouvoir judiciaire et évêque occupent toujours les premiers rangs. **(11)**

A propos de la composition de ce tribunal disciplinaire, le docteur Wynen, le gourou du corporatisme médical, ne laisse planer aucun doute : «C'est à peine s'il existe une différence entre la composition de l'Ordre et celle des chambres syndicales». **(12)** Le fonctionnement de l'Ordre des Médecins illustre, d'une part, l'importance que l'Etat capitaliste accorde à l'insertion des «nouveaux pères confesseurs» dans ses structures de pouvoir et, d'autre part, l'influence énorme et apparemment disproportionnée du corps médical sur le Parlement et le gouvernement.

L'actuelle législation relative à l'Ordre (et à la pratique de la Médecine) est fixée dans les Arrêtés Royaux 78 et 79 de 1968, adoptés sous les pleins pouvoirs, au sein d'une loi cadre de «renouveau économique». Un huissier a constaté d'importantes falsifications des textes originaux. Et aussi bien Farber, qui était à l'époque vice-président de l'Ordre, que Leburton, alors dirigeant de l'opposition, confirment ces manipulations. Le premier ministre de l'époque, Vanden Boeynants, ne les nie pas. **(13)** **(14)** Mais pour la Cour de Cassation, il semble bien que tout cela ne suffise pas à annuler cette législation. Et en dépit de nouveaux témoignages, tout semble toujours aller pour le mieux, selon Madame Onckelinx, qui a la Santé Publique dans ses attributions. Comme pour prévenir à l'avance

toute atteinte à son existence, l'Ordre déclare : «Aujourd'hui, toutes les valeurs morales qui ont fait la grandeur de l'Occident sont la cible d'attaques. Cela fait partie d'une stratégie générale. C'est dans ce cadre qu'il faut situer les attaques contre l'Ordre». (15)

Est-ce pour cette raison que le roi a fait pression pour rencontrer les revendications des médecins pendant la grève de 1966 ? (16)

Vive la libre concurrence

Un troisième facteur que nous voulons analyser est l'appropriation de la richesse sociale par le monde médical. La médecine est un service improductif. Elle ne «crée» pas de fonds grâce auxquels elle est payée. Comme tout service qui n'est pas lié à la production de biens et de marchandises, les soins de santé existent par la grâce de la plus-value générée au cours du processus de production industrielle. (17)

Cette appropriation de plus-value se fait principalement selon le système de la médecine à l'acte, en vertu duquel à chaque acte médical correspond un honoraire. L'honoraire est une forme féodale de paiement par laquelle le médecin impose souverainement son salaire. Ce n'est pas seulement la nature du service qui détermine l'honoraire, mais aussi le prestige du médecin et le statut/les revenus du patient. (18) En d'autres termes, la Révolution française a négligé de s'en prendre à la classe des médecins. Parmi les 34.275 médecins enregistrés en 1990, 20.940 travaillaient sous le statut d'indépendant. (19) La médecine à l'acte fonctionne sur base des «quatre libertés» : liberté d'honoraires, liberté de diagnostic et de thérapie, liberté de choix du patient. Cette dernière est une notion transcendante qui signifie une seule chose : libre concurrence. Un principe libéral confessé sans honte : «L'inscription fixe du patient et la lettre d'introduction obligatoire peuvent peut-être sembler être une économie, bien que dans différents pays il soit apparu que ce n'est pas le cas, mais elle constituent surtout une restriction de la liberté du patient dans le choix de son médecin et elles peuvent représenter un danger pour son intégrité physique. La libre concurrence entre médecins de la première ligne entre eux et entre ceux de la première et de la deuxième ligne est au fond le système le plus économique et le plus efficace». (20)

Revenus : brouillard et inégalités grossières

Sur le plan des revenus des médecins, nous ne pouvons pas parler d'un groupe homogène. Selon une donnée classique, 10 % des médecins génèrent 50 % de la masse totale des honoraires. Plus clair encore: alors que les revenus de chaque travailleurs sont connus quasiment jusqu'au dernier franc, les revenus des médecins sont un domaine obscur où les chiffres signifient souvent autre chose que la réalité. Que signifient par exemple les "revenus imposables", quand l'Institut National des Statistiques enregistre, pour 1986, 5.473 déclarations fiscales de médecins spécialistes alors que le ministère des Finances, dans des chiffres établis à son propre usage, compte 3.650 spécialistes qui paient effectivement des impôts. (21) Risquons-nous quand même à établir un diagnostic de l'inégalité.

Tout d'abord, le fossé entre généralistes et spécialistes : le revenu moyen imposable des généralistes est de 1,435 662 millions de francs, celui des spécialistes est de 2,259 350 millions de francs. (22) Pour les généralistes, cela représente un revenu brut d'environ 2,2 millions de francs. Ce revenu brut, pour les prestations ordinaires, provient à 85 % de l'assurance-santé, les 15 % restants provenant du ticket modérateur. En outre, ce revenu brut inclut encore les honoraires d'accidents de travail, d'exams d'assurances et le cas échéants d'exams de contrôle, la médecine scolaire, la médecine du travail, etc. Ces revenus qui ne relèvent pas de l'INAMI correspondent en moyenne à 1/5 du revenu brut. (23) Pour les généralistes, ces chiffres se rapprochent très fortement de la réalité parce qu'ils sont pratiquement tous conventionnés et parce qu'ils ne sont pas aux commandes des appareils d'actes hautement technologiques.

Attention: il s'agit ici de moyennes. Plus d'un tiers des médecins généralistes touchent annuellement moins de 500.000 francs de revenus de l'AMI, alors qu'un petit dixième d'entre eux reçoivent du même organisme plus de 3.500.000 frs par an. La moitié des médecins belges gagne moins qu'un universitaire débutant dans un service public. **(24)** Ces données illustrent le profond fossé financier qui divise même le groupe inférieur des médecins.

En ce qui concerne les spécialistes : c'est surtout dans ce groupe que les inégalités de revenus sont les plus frappantes. Un radiologue reçoit en moyenne 15 millions de francs de revenus AMI. 20 % des radiologues touchent moins de 5 millions de francs, tandis que 15 % reçoivent plus de 25 millions. Les pédiatres et les dermatologues par contre sont tout en bas de l'échelle des revenus des spécialistes et louchent en moyenne 2,5 millions de l'AMI. **(25)** «On peut affirmer que le revenu d'un spécialiste est d'autant plus élevé qu'il utilise davantage d'équipements». **(26)** Cette affirmation colle parfaitement à la réalité de la médecine à l'acte. En réponse, le chef de file des médecins, le docteur Beckers, allègue que les hôpitaux retiennent parfois jusqu'à 80 % de ces montants pour investir dans de nouveaux appareils et pour payer le personnel hospitalier non compris dans le prix de la journée d'hospitalisation. Mais près de la moitié des administrateurs d'hôpitaux n'ont pas le moindre contrôle sur les honoraires que perçoivent les médecins hospitaliers. **(28)** Les propositions prudentes en faveur d'un dédoublement des honoraires - une partie pour l'acte «intellectuel» et une partie pour les amortissements techniques - se heurtent à la plus grande opposition de la part du syndicat des médecins, qui risquent de perdre ainsi toute emprise sur les hôpitaux. Leur droit de propriété complet sur les honoraires leur permet de déterminer dans quelle technologie on doit investir et leur confère aussi un pouvoir direct sur un tiers du personnel hospitalier non compris dans le prix de la journée d'hospitalisation. Mais les spécialistes ne veulent que les avantages sans les inconvénients. Avec les grèves d'un jour dans les hôpitaux, l'été dernier, ils visaient à faire endosser à la collectivité les augmentations de salaire de leur personnel tout en tentant de détourner la colère blanche à leur propre profit. Une de leurs directives de grève à l'adresse des médecins était : «Prenez contact avec votre conseil d'entreprise ou avec le dirigeant syndical du personnel soignant. Nous soutenons leur revalorisation mais le transfert des fonds d'un secteur (comprenez : les spécialistes) à un autre (comprenez : les soignants) n'est plus tolérable ni supportable». **(29)**

Les honoraires AMI des spécialistes ne reflètent qu'une partie de leurs revenus. Ceux-ci sont complétés de diverses manières : tickets modérateurs, supplément pour chambre particulière, missions pour les assurances, honoraires «en noir», etc. «Pour beaucoup, ces «suppléments» représentent un doublement de leurs revenus. **(30)** Il n'est pas exceptionnel qu'une grande partie de ces revenus soient soustraits au fisc. Combien de fois le coupon fiscal n'est-il pas détaché de l'attestation de soins ? A l'hôpital Edith Cavell, géré par Wynen, les gynécologues demandent jusqu'à 125.000 francs pour un accouchement. **(31)** Ou citons encore le cas de ce neuropsychiatre qui mesure et pèse un handicapé dans le cadre d'un examen d'invalidité et qui réclame 11.000 francs, «pour 11 minutes». **(32)**

Investir dans les missiles Patriot

«Dans les périodes bizarres, les actions dans le domaine de la défense se portent bien. Pensez donc à Ratheon, qui fabrique les missiles Patriot». Tel est le septième conseil d'investissement adressé aux médecins, en ces temps économiquement difficiles. **(33)** On le voit, outre les «revenus», la «fortune» existe aussi.

La fortune est construite sur base du surplus, de la différence entre le revenu et les dépenses journalières. Plus grand est le revenu, plus on a l'occasion de se construire une fortune. Le plus souvent, cette fortune (immobilier, actions, oeuvres d'art...) se transmet de génération en génération. Malgré la démocratisation des études, la profession de médecin reste encore une affaire typiquement de «fils à papa» (selon les estimations, dans 40 % des cas). Une fois le revenu transformé en fortune, le système se développe par lui-même : l'argent fait des petits, ne serait-ce que parce que la fortune élude et trompe très facilement le fisc (placements à l'étranger, constructions de patrimoine). Souvent, les revenus de la fortune ne sont pas au nom du médecin mais à celui de membres de sa famille.

L'ophtalmologue Josef Van de Velde, d'Oosterzele, possède, avec son épouse Hilda, six maisons sur la Grand Place de Bruxelles, quelques-unes rue au Beurre et une vingtaine encore dans la Rue Neuve. En 1991, il a acheté pour 53 millions la maison «Thaborberg», sur la Grand Place. Le couple Van de Velde a déjà décidé que leur fils et leur fille qui sont également ophtalmologues doivent préserver le patrimoine familial. (34)

Gagner moins mais avoir plus

Les médecins se plaignent à cor et à cri de la dévalorisation de leurs honoraires, mais les plus riches et les plus malins d'entre eux se sont armés pour l'avenir. Ces deux dernières années, les médecins ont découvert les ressources insoupçonnées de la société à une personne. Dans le courant de 1991, leur nombre était estimé à 3.000, contre 340 en 1987. (35) En bref, il s'agit de ceci : le docteur X fonde la société Y dont il est le seul actionnaire. La société tombe sous le régime de l'impôt sur les sociétés plus avantageux que l'impôt sur les personnes physiques (une fois bingo). Le docteur X peut transférer sa clientèle vers sa société, comme frais d'exploitation (deux fois bingo). Et en plus, «les contrôles sur ce type de sociétés sont moins tatillons. C'est comme si le fisc considérait tous les indépendants comme des fraudeurs potentiels. Les sociétés sont considérées comme des facteurs de relance de l'économie nationale» (trois fois bingo). (36)

Conclusion : Les médecins occupent - à quelques exceptions près - une place limitée dans les structures de propriété et d'administration du grand capital. En tant que groupe, ils sont dispersés dans toutes les couches de la petite bourgeoisie. La couche supérieure coudoie de très près la haute bourgeoisie de ce pays, non seulement en ce qui concerne les revenus et les liens de famille mais aussi par son apport à la machinerie d'Etat. Le fossé entre les plus gros revenus et une masse croissante de médecins qui ne trouvent pas de travail - ou à peine - est grand et s'agrandit encore. La médecine à l'acte est responsable de cette situation. Quand nous parlons des revenus des médecins, les honoraires entrent en ligne de compte mais aussi les fortunes. Ces dix dernières années, la redistribution fiscale allant des plus pauvres vers les plus riches a fait l'affaire des plus gros revenus.

La plus grande partie du corps médical - aussi bien la piétaille que la couche supérieure - est soudée par l'idéologie ultra-réactionnaire du syndicat des médecins Beckerts - de Toeuf dont le phénix est toujours le docteur Wynen. Nous n'affirmons pas ici que tous les médecins ou qu'une majorité d'entre eux sont affiliés à ce syndicat de médecins, mais bien que ses conceptions ont colonisé la pensée de la majorité des médecins. Cette idéologie a un objectif: le maintien de l'argent et du pouvoir dans le pouvoir médical. Et elle a un ennemi: tous les acquis sociaux de la population travaillante.

Staline, médecine gratuite et apartheid

La recette idéologique de Wynen et des siens est un dosage bien pesé de libéralisme dur, d'anticommunisme, d'antisyn-dicalisme ouvrier, de corporatisme, arrosé d'une sauce épicée de démagogie, par exemple à propos de l'euthanasie.

Le libéralisme dur va de pair avec un anticommunisme primaire, immanquablement associé à la «médecine gratuite». Laissons la parole à quelques représentants des Chambres Syndicales : «Je pense qu'une société libérale produit une forme plus élevée de bien-être». (37) «Malgré la sanglante dictature de fer et l'habile camouflage du KGB qui est parvenu jusqu'au dernier moment à nous faire croire que l'Union soviétique était une puissance mondiale, c'est tout le monde idéal du socialisme utopique qui s'est soudain effondré, le monde des paiements forfaitaires, monsieur De Brabanter». (38) Mais cependant, «nous continuons à nous opposer à la médecine de kolkhoze». (39) Comment fonctionne notre société ? «Pour les Chambres Syndicales, notre société fonctionne comme une jungle. En dépit d'un certain vernis de civilisation, c'est au fond toujours la loi du plus fort qui s'applique et la survie de celui qui est le plus vigoureux». (40) Dans une telle société à la Rambo, il n'y a naturellement pas de place pour la «solidarité forcée» de la sécurité sociale et de l'assurance-maladie : «Depuis que l'assurance-maladie obligatoire a été introduite en Belgique, les victimes de cette escroquerie

organisée par l'Etat ont été laissées autant que possible dans l'ignorance de l'ampleur de celle-ci par des tours de passe-passe, des fictions comptables telles que les "cotisations patronales", afin que les victimes ne remarquent pas comment elles sont dévalisées». (41) Tout au plus les Riches Docteurs tolèrent-ils que «l'assurance-maladie serve de filet, mais non de hamac». (42)

La sécurité sociale est la source à laquelle presque tous les profiteurs se désaltèrent : «Nous devons mettre fin à la "culture de la maladie" : les congés de maladie injustifiés, les invalides injustifiés, qui mettent les caisses à sec. Beaucoup trop de gens profitent des services qui sont payés avec nos deniers et auxquels ils n'ont en fait aucun droit». (43) «Et des économies sont possibles à l'intérieur même de la Sécu : ne peut-on pas récupérer dans les congés annuels ?» (44)

Et pourquoi ne pas aussi réaliser des économies dans la sécurité sociale en faisant, de toutes les infirmières des homes et des hôpitaux, de petits indépendants sans aucun droit ? «L'obligation pour les maisons de retraite d'engager du personnel salarié plutôt que du personnel soignant indépendant a eu pour conséquence : a) l'augmentation des frais de 48 % (contributions à la sécurité sociale) sans aucun avantage ni pour les patients ni pour le personnel soignant ni pour le home ; b) les horaires des salariés (8 heures) et les compensations ont rendu encore plus criant le manque de disponibilité, par comparaison avec les indépendants». (45)

A propos de la médecine gratuite, c'est le délire : «C'est l'histoire de Staline. Une fois, il a aussi fait distribuer du pain gratuitement, à Moscou. Jusqu'à ce qu'il apparaisse qu'avec ce pain, les gens nourrissaient aussi leurs porcs et leurs poules». (46) «J'ai l'habitude de dire que ce qui est gratuit ne peut pas être libre et que ce qui est libre ne peut pas être gratuit». (47) Du reste, cette médecine gratuite, ce ne sont pas les gens qui la proposent, ce sont les syndicats et les mutuelles qui leur en imposent l'idée : «L'année dernière, dans les cortèges de Rerum Novarum, j'ai vu des ouvriers se promener avec une pancarte "Médecine gratuite pour tout le monde". J'ai su tout de suite que cela ne venait pas de la base. Ces moutons se voyaient mettre une pancarte entre les mains afin de satisfaire la soif de territoire de leurs bergers». (48)

Le tandem Beckers-De Toef donne une interprétation très large au terme «médecine gratuite». «Les tarifs qui sont fixés par convention ne sont pas, par définition, des tarifs normaux mais des tarifs sociaux. Celui qui en doute n'a qu'à faire la comparaison avec les honoraires pratiqués à l'étranger». (49) La conclusion toute naturelle est : «Les premiers que nous devons faire reculer sont nos (nombreux) adversaires d'inspiration collectiviste. Ceux qui, avec leurs soins "gratuits", veulent enterrer la médecine libre». (50)

La Belgique est dirigée par les syndicats et les mutuelles et ceux-ci sont responsables de ce que l'assurance-maladie n'ait pas été démantelée plus rapidement. «Le fond de l'affaire, c'est que la classe dirigeante, elle-même dirigée par l'intérêt collectif des mutuelles et des syndicats ouvriers (et pas par celui de ses affiliés contribuables), refuse de faire supporter par ces organisations la hausse rapide des coûts de l'assurance-maladie. Les autorités ferment aussi volontairement les yeux sur les diverses formes de fraude sociale. Elles continuent de refuser, sous prétexte de "solidarité", des formules de responsabilisation, qui pourraient résoudre le problème...» (51)

Pour les assurés sociaux, le contenu de cette "responsabilisation" est clair. Elle signifie, pour les mutuelles, l'obligation de «lever un impôt sur leurs affiliés en imposant une augmentation de cotisation si les résultats financiers sont mauvais... une réforme saine devra en tout cas soumettre les mutuelles aux mécanismes de marché et les obliger à entrer dans le jeu de la concurrence». (52) Le démantèlement de l'assurance-maladie dans son ensemble, en tant que pilier de la sécurité sociale est aussi le véritable enjeu de l'agitation que Wynen a menée depuis 1986 contre les mutuelles. Il ne visait pas du tout quelques dirigeants corrompus avec lesquels il s'était assis à table pendant des années pour conclure les accords mutuellistes. La même agitation se poursuit aujourd'hui contre le déficit de 50 milliards des Mutualités Socialistes. Ces 50 milliards représentent la différence entre les sommes que

cette mutuelle a payé au fil des ans pour des prestations médicales et les budgets qui lui sont théoriquement alloués.

Si nous appliquons à cela la recette du docteur Wynen (l'impôt sur les membres), cela représente une somme de 30.000 francs par affilié. **(53)**

Mais notre approche des conceptions idéologiques du syndicat Wynen serait incomplète si nous n'abordions pas la question des activités internationales de son chef de file le plus représentatif. Bien qu'il ait officiellement mis fin à sa tâche "nationale" de dirigeant des médecins, André Wynen a conservé le poste de secrétaire général de la «World Medical Association» (WMA). (54) Cette organisation a fait rentrer dans ses rangs, en 1981, la MASA, Médical Association of South-Africa, avec le soutien énergique de Wynen. En son temps, la MASA avait estimé qu'il ne fallait pas enquêter davantage sur la mort de Steve Biko ni sur les responsabilités des médecins impliqués dans l'affaire. Un peu plus tard, la WMA a aussi accepté dans ses rangs l'association des médecins du "homeland" Transkei, ce qui signifie une reconnaissance implicite de la politique criminelle des "homelands" appliquée par le régime de l'apartheid. C'est pour ces raisons que l'Organisation Mondiale de la Santé a exclu le WMA de ses rangs, le 27/1/82, à une grande majorité. **(55)**

Beckers et Moureaux : l'eau et le feu ?

C'est ce qui peut sembler à première vue. Bien sûr, l'aversion est profondément ancrée et elle a de nombreuses causes. Ainsi, le journal syndical des médecins de Liège et de Namur a publié un cartoon représentant Wynen en pauvre diable, recevant un coup de pied au derrière de la part de Moureaux, commissaire du peuple moscovite, un ukase à la main et paré de la faucille et du marteau. **(56)**

Et pourtant, il se passe quelque chose de remarquable. Avec une ténacité tout à fait extraordinaire, les chambres syndicales ont défendu, au fil des ans, une série de principes tels que: la liberté des honoraires, la suppression du tiers-payant, le ticket modérateur obligatoire, le numerus clausus et, depuis 1986 aussi - et avec beaucoup de conviction - , la responsabilisation des mutuelles. Jusqu'il y a deux ans, tous ces principes étaient des tabous intouchables, aussi bien pour les mutuelles que pour les partis sociaux-démocrates et l'aile travailliste de la démocratie chrétienne. Tous ces tabous sont maintenant discutables dans les cabinets ministériels, parmi les dirigeants des mutuelles et même dans les directions syndicales. Le syndicat Wynen a assumé le rôle de brise-glace social au profit d'une politique néo-libérale dans le domaine des soins de santé. Le résultat est un indicateur du virage à droite amorcé par nos dirigeants politiques, sociaux-démocrates en tête. L'accord en dentisterie, approuvé «à contre-cœur» par le ministre Moureaux est un test dans la voie de la remise en cause de tout le système du tiers-payant.

Beckers constate à juste titre : «Dans le fond, les projets de réforme de monsieur Moureaux ne sont rien d'autre qu'une technique pour limiter le financement collectif des soins de santé». **(57)** Et il poursuit : «La limitation du financement collectif n'est pensable que si les autorités qui établissent les budgets n'ont pas aussi la prétention de feindre que ces budgets doivent aussi suffire à financer le coût total des soins de santé». En bref : Monsieur Moureaux, plongez donc votre couteau dans les budgets destinés à la médecine mais laissez-nous libre jeu en ce qui concerne nos honoraires et faites supporter aux assurés sociaux la différence entre les coûts en hausse et les remboursements en baisse.

Et c'est ici que les médecins entrent en conflit avec les intérêts actuels des vrais riches de ce pays. D'une part, le grand capital et son gouvernement ne peut pas se permettre une transition généralisée, trop brusque vers «des situations à l'américaine» dans le domaine de la santé, en raison des risques d'explosions sociales. D'autre part, le patronat considère aussi avec quelque méfiance l'américanisation des soins de santé parce qu'aux Etats-Unis, le complexe médical s'adjuge 14 % du PNB.

De surcroît, il y a aussi quelques avantages à montrer à la population qu'on ne laisse pas libre jeu aux «riches» - aux docteurs, donc, qui n'appartiennent pas au noyau dur de la bourgeoisie.

Le corporatisme éclairé : une alternative pour les progressistes ?

La dernière grève des médecins (en janvier 1980) a été boycottée activement par environ 2.000 médecins, ce qui a suscité par la suite l'«aktie Orde» en Flandre et l'«Appel des 300» en Wallonie. Quatre cents médecins ont déclaré ouvertement qu'ils allaient entreprendre une grève du paiement de leurs cotisations à l'Ordre. Le soutien actif de l'Ordre à la grève des médecins a été la goutte qui a fait déborder le vase. Plus tard, plusieurs saisies par huissier ont été effectuées chez des médecins du PTB qui poursuivaient de manière conséquente la grève du paiement de leurs cotisations. L'affaire a connu une apogée dramatique à Genk, quand deux «médecins du peuple» ont été emprisonnés pour dix jours.

Après dix ans, les centres de santé réformistes de quartier ont tiré la conclusion que la lutte à la base n'est pas payante (ni en ce qui concerne la suppression de l'Ordre, ni pour la promotion des soins multidisciplinaires de première ligne, ni pour le mode de paiement forfaitaire). Ils ont donc décidé, tant du côté flamand que wallon, de rejoindre collectivement le syndicalisme plus modéré de l'Algemeen Syndicaat (De Brabanter) pour la Flandre et de son correspondant wallon, tous deux réunis au sein de la Confédération. Ils espèrent ainsi pouvoir exercer plus de pression sur les instances dirigeantes afin de réaliser leurs objectifs. Les médecins révolutionnaires du PTB, réunis dans Médecine pour le Peuple, n'ont pas franchi ce pas.

La raison fondamentale est qu'avec Médecine pour le Peuple, nous nous situons consciemment du côté des assurés sociaux. Toutes nos revendications et nos actions parlent de ce point de vue et pas de nos intérêts en tant que médecins. Le syndicat De Brabanter ne rompt pas avec le corporatisme médical. Ainsi, il déclare : «J'ai la prétention d'affirmer - et le docteur Wynen devra prouver le contraire - que quand les intérêts des médecins sont vraiment mis en jeu, nous avons toujours défendu des positions communes». Et plus loin : «L'ASGB a été fondée en 1954 sous le mot d'ordre "La médecine aux médecins". Ceci implique la constatation que, dans notre société, à cette époque comme maintenant, l'organisation de la médecine et des soins de santé échappe totalement au groupe des médecins». (58) La meilleure description qu'on peut faire du syndicat de Brabanter est qu'il est une variante social-démocrate du modèle libéral de Wynen.

Il y a deux voies pour servir les intérêts de la bourgeoisie ; elles présentent, il est vrai, des contradictions sous-jacentes, mais pas en ce qui concerne les principes de base. Sur ce point, tout le monde est d'accord : les patients devront payer plus, beaucoup plus, pour leurs soins médicaux. Le syndicat de Brabanter comprend peut-être mieux que son concurrent radical l'intérêt global et la stratégie du grand capital en ce moment : l'assainissement draconien des finances publiques (c'est-à-dire en premier lieu des dépenses sociales comme les soins de santé), mais en concertation et avec le consensus de tous les partenaires sociaux. La bourgeoisie pourra-t-elle éviter ainsi l'affrontement social ? C'est naturellement une autre question.

De Brabanter lui-même plaide aussi pour une fédéralisation des dépenses (pas des revenus de l'AMI) pour soins médicaux, uniquement sur base du chiffre de population, sans tenir compte des facteurs de risque. (59) Outre la liquidation d'un des piliers essentiels de l'assurance-maladie - la solidarité - , un tel discours alimente très dangereusement le séparatisme et entraîne le fractionnement de la lutte pour des soins de santé sociaux.

Un programme progressiste, de gauche, en matière de soins de santé ne peut se baser que sur l'alliance fondamentale entre patients (considérés comme des assurés sociaux) et travailleurs de la santé, parmi lesquels les docteurs. Ceci signifie :

1. Le maintien d'une sécurité sociale et d'une assurance-maladie nationales est un point central; ceci implique le rejet explicite du carcan financier que le gouvernement impose à la Sécurité Sociale par le plafonnement des subsides à 192 milliards. Pas d'augmentation des cotisations sociales, mais une intervention accrue de l'Etat.

2. Le rejet de tout accroissement de la charge supportée par les patients: maintien intégral du tiers-payant. Pas de franchise ni d'introduction ou d'augmentation des tickets modérateurs. Suppression des suppléments existants = médecine gratuite.

3. Mettre fin au pillage des budgets des soins médicaux par la création d'un Service National de la Santé mettant au travail tous les travailleurs de la santé - y compris les médecins - pour un salaire mensuel fixe qui ne peut en aucun cas dépasser le triple du salaire moyen d'un ouvrier. Seule une telle mesure radicale peut mettre un terme à la médecine à l'acte. Cette mesure doit avoir un caractère obligatoire et général pour éviter l'apparition de systèmes de drainage vers un secteur privé parallèle. Bien que ce soit une revendication qui parte de l'intérêt des patients, elle n'est pas non plus sans importance pour les médecins qui, actuellement, sont sous-payés dans le système de la médecine à l'acte. Et ceci de deux manières: par la garantie d'un salaire minimum et par le caractère organisationnel qui produirait une division du travail uniforme.

4. Le rejet de toute forme de sélectivité :

- la sélectivité sur la personne : par exemple par une franchise imposée uniquement aux travailleurs «riches». Une fois l'idée dédouanée, le champ d'application risquerait de s'étendre sans cesse par l'abaissement systématique des plafonds au-delà desquels une franchise peut être perçue.

- la sélectivité sur l'objet : par exemple la proposition de considérer la kinésithérapie dans son ensemble comme un produit de luxe - à quelques exceptions près.

- la sélectivité sur le motif : par exemple en faisant sortir de l'assurance-maladie les blessures occasionnées par la pratique d'un sport. C'est la porte ouverte à la suppression du remboursement d'autres facteurs à risques.

5. Ce programme doit aussi se prononcer sur la question: où faut-il aller chercher les moyens financiers pour son exécution ?

C'est incontournable : les riches doivent payer. L'alternative budgétaire du PTB offre une perspective réaliste. **(60)**

Epilogue : «Une semaine plus tard, lors d'une réunion dans la ville de Saskatoon, à l'Ouest, une personne du public lui lança la question : «Est-il vrai que vous êtes communiste ?» Il répondit : «Oui, je suis communiste... Mais si je dis que le lait est bon pour les enfants, les anticommunistes affirmeront-ils alors que le lait n'est pas bon ? Et si je dis que les gens ont besoin de pain, n'en ont-ils pas besoin, simplement parce que l'homme qui le dit considère le socialisme comme la forme politique et morale la plus juste, la plus élevée de société humaine ?» Norman Bethune. (61)

Notes :

(1) Het Leven van Dr Bethune, Sydney Gordon en Ted Allan, traduction de Paul Rodenko, Progressieve Boek Rotterdam, p. 138.

(2) Het Laatste Nieuws 12/10/92.

(3) Compendium Gezondheidsstatistiek, BIGE (Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie) 1992.

(4) De Huisarts 13/5/92.

(5) Jong Practicus sept. 1992.

(6) De Gentenaar 2/10/92.

(7) Le temps travaille pour nous, Jo Cottenier et Kris Hertogen, EPO 1991, p. 245-247.

(8) Geneeskunde voor het Volk meer dan ooit noodzakelijk, brochure p. 31.

(9) De Huisarts 9/12/92.

(10) De Nieuwe Biechtvaders, de sociale geschiedenis van de arts in België, Karel Velle, Kritak 1991. p. 160.

(11) Hippocrates, revue de l'Ordre des Médecins de Flandre Orientale 28/12/88.

(12) Où allez-vous ? Dr. Wynen. Le Patron des médecins Belges répond à Orner Marchai. Didier Hatier 1989 pg 177.

(13) Knack 30/6/84.

- (14) Het Laatste Nieuws 4/11/92.
- (15) Tijdschrift Nationale Raad Orde van Geneesheren n° 30 1981-1982.
- (16) Dr Marcel De Brabanter, een man van de Dialoog. Krediet-bank 1990, p. 60-61.
- (17) Le temps travaille pour nous, op. cit. p. 168-170.
- (18) Code de déontologie médicale article 71.
- (19) Compendium Gezondheidsstatistiek, voir note 3.
- (20) Hippocrates n° 16 déc. 91.
- (21) De zorg om de Gezondheid. E. Rohaerl. Planburo 1990.
- (22) Gezondheidszorg, beleid en organisatie, revue bimensuelle 1/ 1/83.
- (23) (VBO = Verbond van Belgische Omnipracticici) juin 92.
- (24) Knack 11/9/91.
- (25) Trends 23/7/92.
- (26) De Huisarts 2/9/92.
- (27) Humo 6/11/92.
- (28) Audit des flux financiers générés par les honoraires. Diagnostic et recommandations. Andersen Consulting janv. 92.
- (29) Lettre contenant les consignes de grèves du syndicat des médecins Beckers, 26/6/92.
- (30) Trends 23/7/92.
- (31) De Morgen 17/9/92.
- (32) Visie, hebdomadaire (en néerlandais) des Mutualités Chrétiennes, lettre des lecteurs 4/12/92.
- (33) Arsenwijzer, conseils financiers et juridiques aux médecins, 4/11/92.
- (34) Het Volk 6/5/92.
- (35) Dossier Artsenkrant 577/13.
- (36) Jong Practicus août 92.
- (37) Sociaal (onbekende datum 1982), interview Dr. Beckers.
- (38) VAS-berichten mai 92. (informations du Vlaams Artsensyndicaat = l'aile flamande du syndicat des médecins Beckers-De Toeuf (ex-Wynen).
- (39) Het Belang van Limburg 9/6/92.
- (40) VAS-berichten juin 92.
- (41) Idem, mai 87.
- (42) Idem, janv. 86.
- (43) Humo 6/11/92.
- (44) Le Soir 3/7/92, interview Jacques De Toeuf.
- (45) Conférence de presse Beckers-De Toeuf 3/8/92.
- (46) De Standaard, interview Dr Wynen 29/1/92.
- (47) La Libre Belgique, interview Dr Wynen 3/5/92.
- (48) Het Belang van Limburg 9/6/92.
- (49) Artsenkrant 20/4/90.
- (50) VAS-berichten mai 84.
- (51) Conférence de presse Beckers-De Toeuf 15/6/92.
- (52) VAS-berichten 17/1/86.
- (53) De mutualiteit vandaag en morgen, Kluwer 1991. Les Mutualités Socialistes comptaient, au 31/12/89, 1.630.428 affiliés et 2.601.622 ayant-droit (ayant-droit = les affiliés + les personnes à leur charge).
- (54) VAS-berichten mai 92, Hommage au Dr Wynen.
- (55) Tract de Médecine pour le Peuple 17/12/85, avec citations de sources.
- (56) Les médecins parlent aux médecins. Bulletin de la chambre syndicale de Liège et de Luxembourg. Sept 92.
- (57) Conférence de presse Beckers-De Toeuf 3/8/92.
- (58) Dr Marcel De Brabanter (voir (16)) p. 17 et p. 159.
- (59) De gids op maatschappelijk gebied, oct. 92.
- (60) Y en a marre des tunnels, PTB, octobre 1992.
- (61) Het leven van Dr. Bethune (Voir 1).

Pour la nationalisation de l'industrie pharmaceutique

(Jo Cottenier ; responsable Service d'Etude du Parti du Travail de Belgique. Conférence présentée aux journées de rencontre de Médecine pour le Peuple, le 28-29 novembre 1992.)

1. L'industrie pharmaceutique n'est pas une industrie comme une autre

1.1. D'abord, parce que les médicaments ne sont pas de simples produits de consommation. Ce sont des produits qui influencent, et c'est peu dire, la santé publique. Des produits dont l'utilisation suscite donc plus qu'une voiture ou un simple appareil ménager, le souci de contrôle public. Chose reconnue d'ailleurs, même dans les milieux peu propices aux interventions publiques : «Des médicaments, qui déterminent en partie l'avenir de l'humanité, ne peuvent être considérés comme des produits banaux. Il n'est dès lors pas étonnant que l'intervention de l'état dans le secteur de la santé se soit accrue constamment.» (BBL-Berichten, 9/92). En fait, il y a deux domaines qui sont, de par la nature du produit, spécialement prédisposés à être contrôlés par le «domaine public», les médicaments et les armes. Deux produits qui mettent la vie en balance, l'un en étant un instrument de la santé publique, l'autre en servant à la conquête, la domination, la guerre. Aux deux pôles de la contradiction qui décide de la vie ou de la mort. En suivant la dialectique jusqu'au bout, on peut affirmer que les deux ne se trouvent pas toujours au même pôle de la contradiction. Les médicaments ne procurent pas toujours la vie, mais parfois la mort et la surconsommation de médicaments a des effets néfastes pour la santé publique. Tandis que les armes peuvent servir aussi aux peuples opprimés pour se libérer du joug impérialiste, aux travailleurs pour chasser leurs exploités.

1.2. Les médicaments sont les seuls produits que l'acheteur ne choisit pas lui-même (à part la consommation de médicaments en vente libre - les produits de comptoir «over the counter»). Il n'y a donc littéralement pas de «libre marché». 80 % des médicaments vendus sont prescrits par les fournisseurs de soins, les médecins. Ce fournisseur de soins est sous la pression d'autres fournisseurs, ceux de médicaments. Pour eux, le médicament n'est qu'un produit qui procure des bénéfices. Leur motif profond ne sera jamais la santé publique, sinon ils décideraient de limiter drastiquement la production et la diffusion de médicaments. Le «marché libre» est donc faussé dès le départ : le «client» étant complètement soumis aux ordonnances et à l'autorité du médecin, qui lui, applique dans la plupart des cas une médecine de prestation dans laquelle les intérêts financiers du médecin et de l'industrie pharmaceutique se rejoignent. Toute la formation des jeunes médecins débouche sur cette «complicité» dans la prestation.

1.3. Finalement, le médicament est le seul produit que le consommateur ne paie pas entièrement lui-même. Le coût de la médication est pour une grande partie «socialisé» et porté par l'assurance maladie-invalidité. Du marché belge total de 95,3 milliards en 1990, l'AMI en prenait 50 % à sa charge, ce qui correspond à 16 % des dépenses totales de l'AMI-soins de santé. Rappelons que l'Etat intervient pour 37 % dans ces dépenses. Si l'industrie pharmaceutique réalise un chiffre d'affaire de 53 milliards de francs sur le marché belge (prix à la sortie de l'usine), on peut dire que la «communauté» dépense presque autant pour les médicaments (puisque l'AMI rembourse sur les prix de vente). Il n'est donc pas exagéré de prétendre que l'état est le plus grand client de l'industrie pharmaceutique.

2. Un bien public dans les mains d'une mafia

Ce produit public par excellence fait le bonheur d'une industrie privée florissante. Il est donc soumis aux aléas du marché capitaliste avec toute sa cruauté et ses aberrations, qui ne valent pas uniquement pour l'industrie des médicaments. Mais l'industrie pharmaceutique occupe une place de choix dans le casier judiciaire des crimes capitalistes. Il existe à propos de ces méfaits une littérature abondante, de laquelle nous retenons l'image un peu provocatrice mais très réussie, lancée par Gorrington (1978) : «Les gens qui encouragent la dépendance de drogues illicites comme l'héroïne sont considérés comme les pires parias de la civilisation moderne. Par contre, ceux qui encouragent la dépendance de drogues licites sont considérés comme pourvoyeurs d'un bien social et motivés de sentiments altruistes.»

Gorring compare le commerce des drogues légales (les médicaments) à celui des drogues illégales et en vient à la conclusion que les deux commerces ont beaucoup plus en commun que leur nom (qui se confond effectivement en anglais : drugs). Si on prend comme point de départ, dit Gorring la réputation que traîne derrière lui le commerce des drogues, les faits démontrent que cette réputation s'applique beaucoup mieux au commerce des médicaments. Pour développer par la suite, les principales caractéristiques communes : 1° Les deux marchés sont contrôlés par un réseau, une organisation mondiale, qui est extrêmement vaste et concentrée dans les mains d'une petite bande ; 2° Le profit maximal, même le profit usuraire est le seul motif de cette bande ; 3° Il existe une hiérarchie bien déterminée dans la distribution du produit qui pousse à la dépendance chez les clients (potentiels) ; 4° Tous deux invoquent le bien-être du consommateur comme noble motif, alors que le consommateur ne les intéresse que pour autant qu'il reste en vie et continue à consommer leur produit ; 5° Dans les deux commerces, les crimes fleurissent marginalement.

Cette comparaison osée vaut la peine d'être épuisée. Nous prouverons qu'elle est loin d'être artificielle en la reprenant point par point. Mais avant, il faut signaler que Gorring n'a pas dû chercher très loin pour établir sa comparaison. Les toutes grandes sociétés pharmaceutiques comme Hoffman Laroche, Bayer ou Park-Davis ont toutes en commun qu'elles doivent leur grandeur et leur croissance initiale pour une grande partie au trafic de drogues. Ainsi, le géant suisse Hoffman Laroche fut impliqué à fond dans le trafic de morphine, d'héroïne et d'opium au cours des années 20 et 30

2.1. Le réseau mondial super-concentré

A première vue, le secteur pharmaceutique est moins monopolisé que des secteurs comme l'automobile, l'agro-alimentaire ou Farder. Il existe à côté des grandes sociétés internationales, une multitude de sociétés moyennes, mais internationalisées elles - aussi. La spécialisation par catégorie de produits est assez poussée et dans chaque catégorie, il existe des «leaders» démarchés. Ce qui explique l'apparence d'une certaine dispersion du secteur. Mais quelques dizaines de producteurs sortent du lot, en présentant une large gamme de produits et en profitant de vastes réseaux de production et de diffusion à travers le monde entier. Voici quelques chiffres indicatifs pour une sélection des plus grandes.

GROUPE	% de la production en Pharmacie	86-91 % croissance du Chiffre d'affaire	1991 Bénéfice en millions de FB	86-91 % croissance bénéfice
ASTRA (Sue)	98	7,3	12.275	31,6
ELF-SANOFI (Fr)	53	9,9	4.700	11,5
FISONS (GB)	40	13,0	7.500	15,2
GLAXO (GB)	100	18,9	54.720	17,9
RHONE RORER (Fr)	100	-	1.980	-
ROCHE (Fr)	52	7,9	29.640	29,1
SANDOZ (Sui)	47	10,0	22.280	15,5
SCHERING (Ail)	56	6,4	5.480	14,2
SMITHKLINE BEECHAM (GB)	53	-	38.280	-
UCB (B)	27	8,0	1.735	6,4
WELLCOME (GB)	100	9,1	14.940	27,5
Moyenne		12 %		20 %

(BBL-Berichten)

Les transnationales contrôlent quasi intégralement la production mondiale de médicaments et ont éparpillé leurs filiales ou chaînes de distribution à travers le monde entier. La production est pour 95 % concentrée dans les pays riches: 42 % en Europe, 35 % aux Etats-Unis et 18 % au Japon. Ces transnationales approvisionnent un marché mondial qui se chiffre à 170 milliards de \$ en 1990, un montant qui dépasse le Produit National Belge. C'est dire que plus que la totalité des richesses produites en un an en Belgique est dépensée pour l'achat de médicaments au niveau mondial.

L'industrie pharmaceutique occupe une position de choix dans le canevas industrie] belge. Pas moins de 161 entreprises pharmaceutiques sont présentes sur le territoire national, la plupart d'entre elles étant concentrées à Bruxelles (voir cartes). A peine un quart (43) de ces 161 entreprises, associées dans l'AGIM (Association Générale de l'Industrie du Médicament), sont contrôlées directement ou indirectement par du capital belge. Parmi elles, les plus grandes sont UCB et Solvay, depuis que Janssen Pharmaceutica est passée sous contrôle de Johnson & Johnson. Moins de la moitié des firmes présentes (75) font de la production en Belgique, les autres (86) faisant uniquement fonction de dépôt et de bureau commercial pour des produits importés. La présence d'une belle panoplie de firmes étrangères s'explique par la structure du secteur ainsi que par les conditions «spéciales» que la Belgique leur offre comme terre d'accueil. Vu la disparité des réglementations nationales d'enregistrement des médicaments et de contrôle des prix, les sociétés multinationales préfèrent «jouer» sur les conditions locales par une présence sur place. En transférant une partie de la production vers ces filiales locales ou en produisant en sous-traitance, les sociétés comptent profiter de certains avantages et mieux s'adapter aux spécificités du marché local. Ainsi se présente un secteur aux caractéristiques très spéciales :

- 7 entreprises ayant un centre de recherche fondamentale en Belgique et dont la production est également exportée,
- 14 entreprises dont la production est également exportée,
- 20 entreprises dont la production - soit pour compte propre, soit pour compte de tiers - est principalement destinée au marché belge,
- 34 entreprises faisant principalement appel au façonnage en Belgique,
- 86 entreprises faisant principalement appel à l'importation.

Sur un chiffre d'affaires global de plus de 107 milliards de FB, 54 milliards sont destinés à l'exportation. Si les firmes pharmaceutiques belges réalisent 2,83 % de la production européenne, elles ont 5,83 % de l'exportation hors CEE à leur actif. Il est logique qu'un secteur aussi éparpillé que l'industrie pharmaceutique risque d'être profondément bouleversé par l'ouverture des frontières en 1993. Un événement qui ne tournera pas toujours au profit des 17.000 travailleurs occupés actuellement par le secteur.

2.1.1. Surconsommation et sous-consommation.

A l'image des trafiquants de drogue, les transnationales scrutent les potentialités du marché, tels des vautours qui guettent le cadavre. Leur rayon d'action se concentre sur des zones riches et aucunement sur les zones aux plus grands besoins. Ainsi, 82 % du marché mondial se trouve dans les pays riches, où réside moins du quart de la population mondiale.

«Pour tous les producteurs pharmaceutiques européens il est dès lors d'une nécessité vitale :

- d'être présent sur le marché américain, à cause de ses énormes économies d'échelle, son homogénéité et de la liberté des prix qui y prévalait jusqu'il y a peu ;
- d'essayer d'aborder le marché japonais, également pour ses économies d'échelle, la haute consommation de médicaments (estimée à 210 ECU par habitant contre 170 ECU aux EU et 115 ECU en Europe) et l'évolution de la population (qui vieillit plus vite pour l'instant que dans les autres pays industrialisés).» (BBL-Berichten, sept.92)

L'analyse du marché est pleine de cynisme : «un des piliers inébranlables de l'industrie pharmaceutique, c'est le vieillissement de la population dans les pays industrialisés. Car les études montrent que les plus de 65ans consomment trois fois plus de médicaments...»

Cette approche provoque une surconsommation de médicaments dans les pays riches, qui est si flagrante qu'elle devient dangereuse. Le prof. Dr. N.M.G. Dukes, administrateur régional de l'Organisation Mondiale de la Santé-Europe :

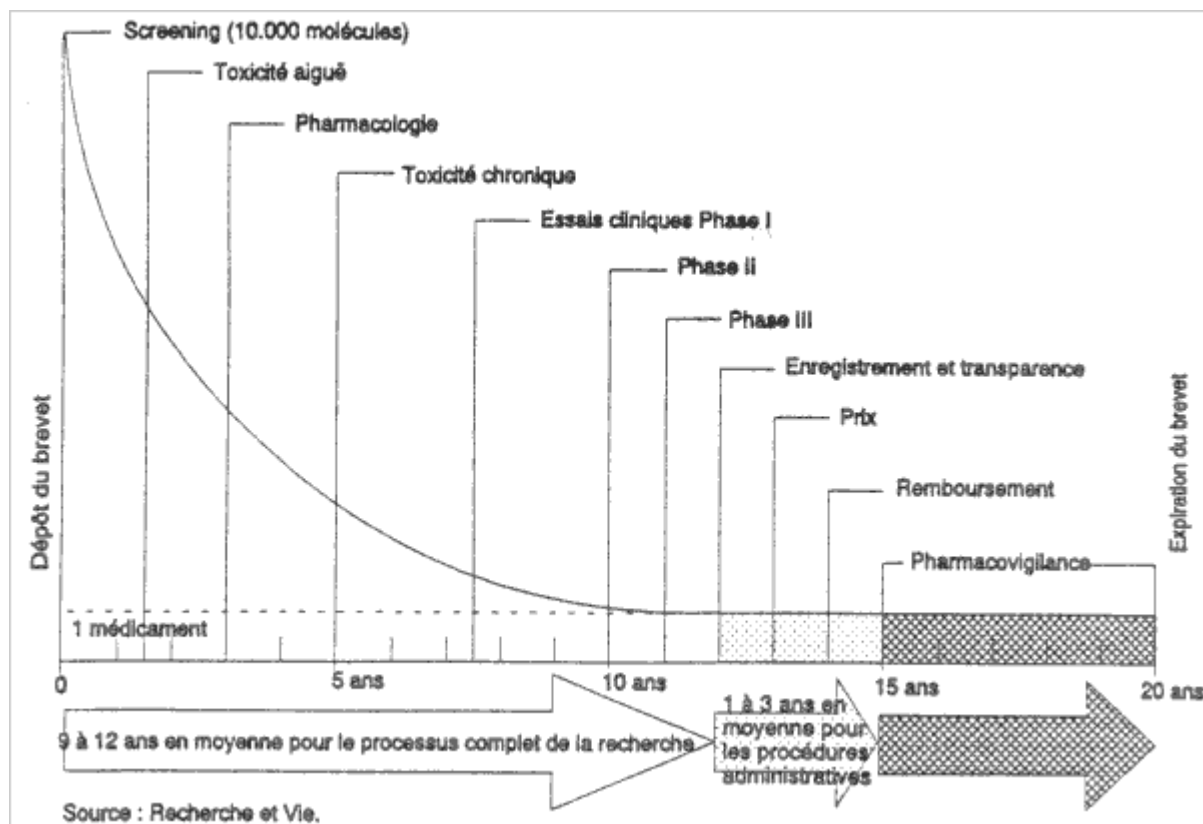
«Si la consommation de médicaments tombait de 30 % et même plus, ce serait une excellente affaire, à la fois pour la santé publique et pour les finances publiques». Si on prend cette affirmation au sérieux, le rapport entre industrie pharmaceutique et santé publique se pose dans de tout autres termes. L'industrie pharmaceutique aime se présenter comme garante de la santé publique. La brochure de présentation de l'AGIM se concentre sur l'aspect économique du secteur, puisque l'effet bénéfique des autres aspects est hors de doute. «Rien ne sera dit de son apport à la santé et au bien-être de tous et de toutes, car celui-ci ne souffre aucune contestation.» (p.8) Le professeur Dukes dénonce cette apologie ; en fait, l'industrie pharmaceutique s'enrichit au dépens de la santé publique, en poussant à la surconsommation. Au lieu d'être la garante de la santé publique, elle exploite tout simplement la santé publique comme vache à lait. Dans le fond, il n'y a aucune différence entre l'industrie pharmaceutique et l'industrie de l'armement, quoique l'une porte un emblème éthique et l'autre un emblème meurtrier.

L'envers de cette médaille, c'est la sous-consommation flagrante dans les pays pauvres, où la mort et la maladie ne rencontrent qu'une faible résistance médicinale. Les maladies ne sont pas comparables de continent à continent ; néanmoins les chiffres restent indicatifs. D'anciennes études montrent que les Pays-Bas consomment autant d'antidiabétiques que l'ensemble des pays d'Amérique latine. Que l'Inde ne consomme que 0,1 % des antihypertenseurs de la Belgique (Braithwaite : 246). Ce qui intéresse l'industrie pharmaceutique, comme toute industrie, c'est la demande solvable et pas la demande en soi. Les 210 ECU qui sont dépensés par an au Japon pour des médicaments, correspondent à peu près aux 250 \$ de PNB moyen par habitant par an dans les 40 pays les plus pauvres du monde. Il est clair dès lors que les transnationales s'entre-déchirent pour s'accaparer des marchés riches et ne s'intéressent à la santé publique au tiers monde que pour autant qu'elle ouvrirait un marché potentiel.

2.1.2. Le maillon le plus faible.

Cet ordre mondial des transnationales s'apparente à ce que le professeur américain Chomsky a décrit comme un fascisme économique. L'ordre économique mondial est dominé par une dictature qui ne tolère aucun contrôle ou entrave à ses intérêts : c'est l'ordre du «Billion Dollar Club», les 600 transnationales au chiffre d'affaire qui dépasse un milliard de dollars, parmi lesquelles se trouvent les 20 groupes pharmaceutiques les plus importants. Ces 600 transnationales produisent de 20 à 25 % de la valeur ajoutée du monde capitaliste. Elles développent des stratégies mondiales qui satisfont au maximum leur soif de profit et de pouvoir. C'est particulièrement vrai pour l'industrie pharmaceutique où la recherche du maillon le plus faible dans les réglementations nationales très hétérogènes fait partie de la stratégie d'implantation et de lancement de médicaments. Avant l'arrivée sur le marché, un médicament nouveau suit un chemin relativement long, représenté dans cette figure.

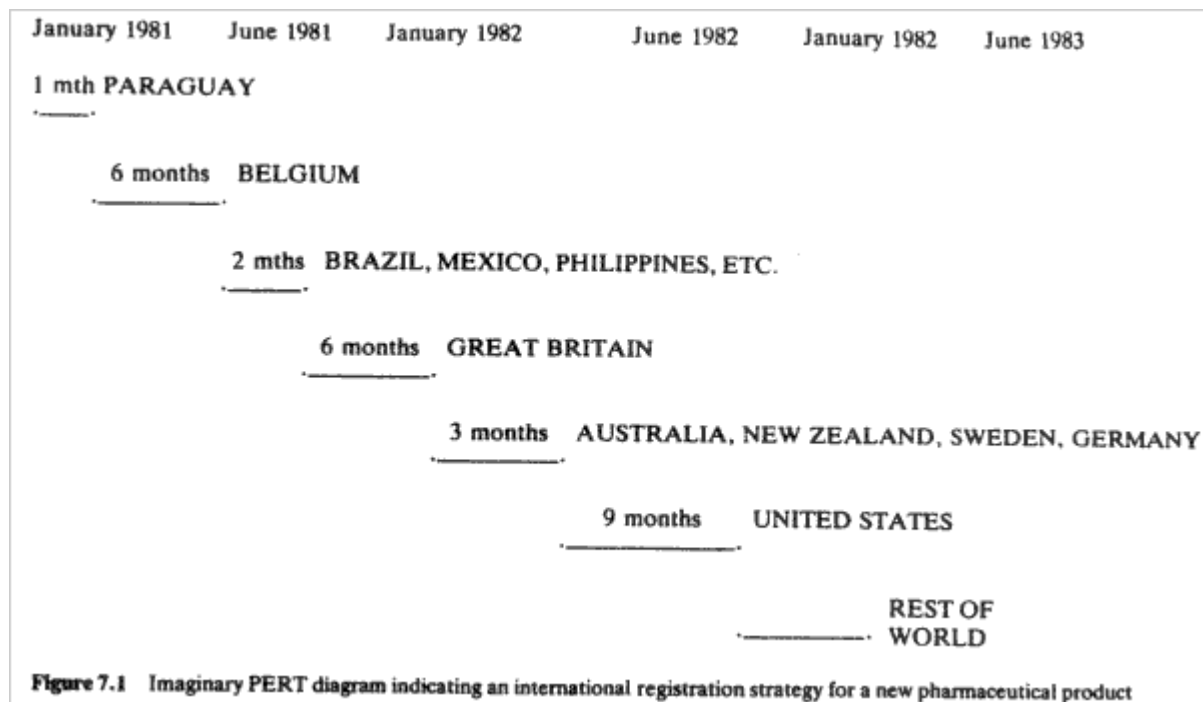
Graphique 1 : Phases successives dans le processus de recherche et de développement d'un nouveau médicament



«De vingt ans en théorie, la protection assurée par le brevet (il doit être demandé au début du processus d'innovation), vu la longueur du processus d'innovation, n'est plus que de huit à onze ans, période durant laquelle le détenteur du brevet doit essayer de rentabiliser son investissement.

Il faut, en outre, y ajouter la période nécessaire aux procédures administratives requises avant que le nouveau médicament puisse être mis sur le marché (enregistrement, prix et remboursement). Celles-ci peuvent durer entre un et trois ans.» (AGIM : 50) L'intérêt de l'industrie pharmaceutique est de raccourcir au maximum la période de protection effective du brevet. Et de percer aussi vite que possible avec le même médicament sur les marchés mondiaux.

La Belgique occupe une place de choix dans cette stratégie de percée mondiale, étant à la fois un pays industrialisé et un pays à entrée relativement facile sur le marché. «La Belgique est souvent choisie par les firmes pharmaceutiques comme un maillon stratégique dans leurs manœuvres commerciales, parce que c'est un pays développé avec une approbation rapide de nouveaux médicaments (normalement six à huit mois). La transnationale pourra alors commencer la production en Belgique bénéficiant d'un certificat de libre vente dans un pays développé (Indiquant que le produit est autorisé dans le pays d'origine).» (Braithwaite : 259) Cette stratégie est représentée par la figure (théorique) suivante :



Cette facilité d'enregistrement explique sans doute la forte présence de filiales de multinationales en Belgique, malgré la petite dimension du marché local et un contrôle de prix plus sévère que dans d'autres pays de la communauté européenne. «La Belgique possède certains avantages de localisation, dont, notamment, la rapidité relative des procédures d'enregistrement et la qualité de la recherche.» (Economie Européenne, N° Spécial sur l'impact de 1992, 1990, p. 127)

D'autres attraits spéciaux pour les firmes transnationales sont offerts par une législation exceptionnelle en matière de fiscalité pour les «centres de coordination». Il suffit de monter une telle société de papier, à capital maximum et emploi minimum, pour transférer les bénéfices des sociétés de production ou des centres commerciaux vers cette société bidon, où ils profitent d'une exemption d'impôt complète.

L'ensemble de ces facteurs explique une part d'exportation de produits pharmaceutiques relativement plus importante pour la Belgique que sa part de production en Europe. La position «transit» de l'industrie pharmaceutique belge est particulièrement prononcée, puisque 50 % du chiffre d'affaires est réalisé par l'exportation. «L'industrie pharmaceutique belge est davantage dirigée vers l'exportation que les industries pharmaceutiques des autres Etats membres puisque 5,8 % des exportations hors-CEE sont réalisées par la Belgique.» (Contre une part de 2,8 % dans la production CEE.) (AGIM : 10)

2.1.3. L'Europe 92

L'industrie pharmaceutique est une des industries «sensibles» à la levée des frontières européennes, puisque le degré d'adaptation au marché local est fort prononcé. La signification d'une Europe unie est d'autant plus importante pour les marchés qui sont actuellement fractionnés et soumis à des règlements locaux. «Dans l'industrie pharmaceutique, les écarts de prix entre les Etats membres sont très élevés (33 %). L'ampleur de ces différences de prix est telle qu'elle ne peut résulter uniquement de la diversité des régimes de contrôle des prix, mais elle s'explique aussi par la situation de faible concurrence prévalant entre les marchés nationaux pour beaucoup de médicaments.» (Economie Européenne, p.127) Si la concurrence accrue peut aboutir à des prix moyens inférieurs à ceux observés aujourd'hui, l'objectif principal de l'industrie concerne surtout l'égalisation des réglementations existantes dans les différents pays. La logique du marché libre sera poussée à son comble avec une baisse générale des normes comme conséquence. L'intention est de généraliser automatiquement la reconnaissance dans un seul pays vers l'ensemble de la communauté. La norme la plus basse risque ainsi de devenir très vite la norme standard. On peut s'attendre à des procédures d'enregistrement plus rapides qui procurent une période de protection effective du brevet plus longue. La période de protection de la patente passerait également de 20 à 30 ans. L'Europe unie jouera ainsi pleinement son rôle de catalyseur au profit du grand capital européen. Les marchands de médicaments opérant en Europe marqueront des points face à leurs concurrents japonais et américains. Pour autant que ce ne soient pas les mêmes...

2.2. Le profit comme seul motif

Le réputé bureau de management américain, le Boston Consulting Group, a introduit le concept de quatre groupes de secteur pour juger de la stratégie à suivre: les étoiles (secteurs de pointe à avenir radieux), les vaches à lait (les certitudes à haut rendement), les points d'interrogation (incertitudes) et les chiens (se dégager au plus vite). Dans ce classement, la plupart des composantes de l'industrie pharmaceutique seraient certainement dans les deux premières catégories.

D'abord parce que le secteur des médicaments est quasi insensible à la conjoncture. La maladie et la consommation de médicament sont une «valeur sûre». Deuxièmement, parce qu'il existe à l'intérieur du secteur une grande monopolisation par produit. Là aussi, les comparaisons avec le trafic de la drogue sont frappantes. Les grandes firmes ont leur spécialités succès, pour lesquelles elles ont le monopole du marché (grâce à la protection du brevet) et desquelles elles puisent la plus grande partie de leur bénéfice. Les produits au hit-parade de la consommation sont les médicaments gastro intestinaux, où deux produits arrachent tous les records : Tagamet de Smithkline et Zantac de Glaxo. Ensemble, ils atteignent un chiffre d'affaire mondial de 4 milliard de \$, ce qui est trois fois le marché de médicaments belge total. Ainsi, presque chaque groupe a sa mine d'or, qu'il essaie d'épuiser avant que la protection du brevet ne se dissipe et que les concurrents viennent s'asseoir à la même table. Pour contourner cette position de monopole, la concurrence fait breveter de légères variantes, qui sont lancées avec un minimum de recherche propre et qui ne diffèrent guère sur le plan de l'efficacité thérapeutique. Le commerce de ces produits «me too» (moi aussi) occupe une grande partie de la gamme de médicaments sur le marché.

2.2.1 .Un taux de profit exceptionnel

L'industrie pharmaceutique présente traditionnellement un taux de profit (profit par rapport au capital) qui est très élevé. Comme le taux de profit est le critère ultime pour un capitaliste et pour le placeur d'argent, les commerçants de médicaments ne manquent pas de nouveaux fonds. Des fonds qui sont très vite régénérés par des retours de bénéfices. Ce mécanisme est très difficile à suivre s'il s'agit d'une multinationale, car dans la plupart des cas on n'a aucun contrôle sur la politique de transfert de bénéfice à l'intérieur du groupe. Par le biais de prix d'achat ou de vente tronqués, une filiale peut accumuler les déficits pendant que la maison mère accumule les bénéfices. Même l'AGIM le reconnaît : «La majorité des entreprises pharmaceutiques situées en Belgique sont des filiales de groupes multinationaux. ...leurs résultats sont influencés par la politique menée par la maison mère.

La rentabilité doit dès lors être examinée non pas au niveau des filiales mais bien au niveau du groupe», (p.39)

Mais voyons les résultats d'un groupe dont on peut supposer que les bénéfices restent en Belgique, même s'il a été repris récemment par l'américain Johnson-Johnson. Janssen Pharmaceutica a réalisé la bagatelle de 18,1 milliards de bénéfice net en 1991 (cash flow moins amortissements). La firme marche sur les talons des champions toutes catégories, Electrabel (avec 22,2 milliards) et Petrofina (22,0 milliards). Plus significatif encore, est le bénéfice net par rapport aux moyens propres (le capital plus réserves). On remarquera que ce taux dépasse les 52 %. Ce qui veut dire tout simplement que le capital investi dans l'entreprise est plus que complètement remboursé tous les deux ans ! Comme on le constate dans le schéma ci-contre, Janssen Biotech fait mieux : il atteint presque le remboursement chaque année. Décidément, la nouvelle technologie ne pond pas des oeufs bradés...

	Cash flow	Bénéfice net	BN/moyens propres
Janssen Pharmaceutica	23,5md	18,1 md	52,1 %
Janssen Biotech			90,3 %

2.2.2. Le contrôle des prix : un filet à grands trous

Malgré tous les «contrôles sévères», l'industrie pharmaceutique parvient sans grand problème à se réserver une marge bénéficiaire confortable. Une marge - à voir les chiffres - qui ne cesse de s'agrandir. L'appréciation du coût réel de production reste une affaire spéculative et le contrôle des prix a comme fonction principale d'empêcher l'application de prix usuraires qui faussent la concurrence. Ce contrôle des prix fait suite à une série de scandales qui ont gravement entamé l'image de marque de l'industrie pharmaceutique.

Fin des années 60, des chercheurs ont fait la comparaison entre le prix du célèbre médicament Valium (Roche) et le prix de l'or. Le résultat : Valium valait 25 fois l'or. (Ce serait peut-être une solution pour remédier à l'absence d'un étalon international...) La matière première pour la fabrication du Valium revenait à 87 \$/kg. Coût de fabrication compris, le coût total s'élevait à 487 \$/kg. Mais le prix de vente au marché était de 11.000 \$/kg ou 20 fois le coût de production.

Cette découverte fit tellement de bruit que le gouvernement britannique imposa une réduction de prix pour le Valium ; celui-ci chuta à 25 % du prix de 1970. Partout, le contrôle des prix s'installa sauf aux Etats-Unis (Braithwaite : 172).

Le contrôle des prix belge a la réputation d'être assez sévère. De toute évidence, les producteurs de pilules en Belgique contournent assez facilement ce «handicap». Selon l'EAG, la rentabilité du secteur belge est supérieure à la moyenne européenne (Economie Européenne).

2.2.3. Une compensation des coûts de recherche ?

D'habitude, la très haute rentabilité du secteur est justifiée par l'importance des coûts de recherche et de développement des produits. C'est la raison invoquée par les auteurs de l'étude BBL : «La recherche, qui coûte de plus en plus, exige de sérieuses marges bénéficiaires» (BBL : 5).

En fait, il faut inverser le raisonnement. Il s'avère que les entreprises les plus rentables sont celles qui investissent dans la recherche, qui développent des produits nouveaux. Ce qui est reconnu d'ailleurs par les auteurs mêmes de l'étude quand ils dressent le tableau des prévisions pour leur public cible, les spéculateurs : «Dans un contexte de plus en plus difficile, il va de soi que les meilleurs chiffres seront réalisés par les entreprises avec la plus grande capacité d'innovation, notamment les groupes de grande dimension qui sont à la pointe de la recherche (Roche, Glaxo, Sandoz...)».

Combien les groupes pharmaceutiques dépensent-ils pour la recherche et le développement ? Selon la BBL, il s'agirait de 15 à 20 % du chiffre d'affaires. L'AGIM parle d'un effort de 7 milliards dans le domaine de la recherche et du développement, soit 18 % du chiffre d'affaires des firmes concernées. Comme toutes les firmes ne font pas de la recherche, la moyenne est beaucoup plus basse. Selon l'IFPMA (l'organisation patronale internationale), il s'agirait de 6,4 % en 1986, dont 0,6 % pour la recherche scientifique et 5,8 % pour le développement (préparation à la commercialisation). Ce même IFPMA parle d'une part de bénéfice de 13 % dans le chiffre d'affaires, exactement le double des dépenses pour la recherche et le développement (IFPMA, «Health Horizons», n°1, 1987, p.1).

Une bonne partie des coûts de recherche est d'ailleurs complètement superflue. Notamment celle qui ne s'applique pas à des produits originaux, mais concerne des produits «me too» ; les produits qui permettent de profiter de la recherche des autres firmes. Depuis 1977, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a dressé une liste de médicaments qui sont absolument indispensables et qui permettent de couvrir l'ensemble des besoins, c'est-à-dire soigner la toute grande majorité des maladies. La liste compte 300 médicaments essentiels. En Belgique, il y a 5.000 médicaments en vente, sous 7.774 présentations différentes (De huisarts 3.04.91, p.4). On s'imagine ce que ceci couvre comme frais de recherche inutile, comme frais de commercialisation. Des études en France ont démontré qu'à peine 6 % des «nouveaux» produits introduits sur le marché apportent réellement quelque chose de nouveau et que 52 % n'apportent absolument rien (La revue prescrire, N° 114, 1/ 92). Tout ceci confirme qu'on pourrait bien se passer d'une bonne partie de la recherche qui est si souvent invoquée comme justification des bénéfices démesurés. Et que la recherche sert au contraire à gonfler les bénéfices.

2.3. La hiérarchie dans la distribution

Le commerce de drogues a ses cartels, ses réseaux, ses grands et petits «dealers». L'industrie pharmaceutique a ses monopoles, ses filiales, ses canaux de distribution et ses représentants. Ils sont 100.000 à travers le monde entier, ces «pushers» qui s'apparentent aux vendeurs de rue (Braithwaite : 222). Souvent, on les paie au rendement.

En Belgique, il y en a un pour onze médecins et leur travail consiste à courir les cabinets et cliniques pour vanter les mérites du tout dernier produit sur le marché. Une pratique qui n'est d'ailleurs pas limitée aux pays riches ; la Tanzanie p.e. en comptait un pour quatre médecins à la fin des années 70 (Braithwaite : 250).

En fait, il s'agit d'une «offre privée d'achat» (OpA avec petit p) sur le médecin. Selon une enquête de Test-Achats, 65 % des médecins découvrent les nouveaux médicaments uniquement par la voie des représentants, 8 % par la voie de la publicité de l'industrie.

La tâche de ces représentants est de créer le besoin, d'entretenir le «Pill-popping culture», la culture des pilules. Dans les pays riches, il s'agit de maintenir la surconsommation ; dans les pays pauvres, il s'agit de créer un marché, profitant du manque de contrôle.

2.3.1. Les pays riches.

Les groupes pharmaceutiques dépenseraient environ 15 à 20 % du chiffre d'affaires pour le marketing, autant que pour la recherche et le développement (BBL : 3). Ce chiffre correspond assez bien avec d'autres données : pour 35.000 \$ de prescriptions par médecin aux Etats-Unis, l'industrie pharmaceutique dépense 7.000 \$ par médecin pour la promotion des médicaments (20 %) (Braithwaite : 238). Ce qui revient à plus d'un milliard de \$, ou beaucoup plus que les dépenses de l'Etat pour les facultés de médecine (Braithwaite : 211).

Selon Test-Achats, les dépenses de promotion en Belgique seraient de 240.000 F par médecin/an. En dépensant autant à la prévention, en matériel médical et à l'équipement en personnel des hôpitaux la santé publique serait certainement mieux servie.

Depuis la fin des années 70, de nombreux pays ont commencé à limiter les dépenses de publicité autorisées, en fixant des taux maxima par rapport au chiffre d'affaires. La Grande-Bretagne a pris 10 %, la France 17 % (Braithwaite : 238). La Belgique a fixé à 4 % le montant destiné aux échantillons, qui ne font qu'une partie des frais publicitaires.

2.3.2. Les pays pauvres.

Au cours des années 70, des études retentissantes ont démontré à quel point les firmes pharmaceutiques savent profiter de toute occasion pour élargir leur marché. Silverman démontre dans son ouvrage (*The drugging of the America's*, 1976), qu'il existe une grande différence entre le marché nord-américain et le marché sud-américain. La différence n'est pas dans le produit mais dans la publicité. Les produits sont systématiquement accompagnés d'une publicité mensongère. Les indications sont élargies à des catégories de maladies beaucoup trop larges, tout en «oubliant» de mentionner les contre-indications, même si celles-ci présentent de gros risques. Durabolin est un stéroïde anabolisant qui renforce les muscles et est fabriqué par la multinationale néerlandaise Organon. C'est un produit qui est fort utilisé dans les clubs de body-building. Aux Etats-Unis, ce produit était commercialisé avec 4 indications et 11 contre-indications ; en Inde avec 11 indications et 2 contre-indications et au Bangla-Desh avec 16 indications sans contre-indications (Solidarité Internationale, 13/89 : 34). Le chloramphenicol est un excellent médicament contre la fièvre typhoïde mais provoque beaucoup d'effets secondaires. Ce qui n'a pas empêché la firme Parke-Davis de le propager au Mexique, en Equateur, en Colombie pour une vaste gamme d'infections (angine, pharyngite, bronchite, colite ulcéreuse, infections urinaires, infections à staphylocoques et streptocoques, conjonctivite, gonorrhée...). En 1981, suite à différents scandales de ce type, l'organisation mondiale de l'industrie pharmaceutique (EFPMA) s'est imposée à elle-même un code pour les normes de promotion. Comme une bande de malfaiteurs qui s'impose un code de bonne conduite, du style :

«En volant, prenez garde de ne pas tuer, sauf en cas de nécessité»... Le code reste vague, ne contient aucune sanction en cas de non-respect et l'industrie se juge elle-même. Il va de soi que la pratique continue (Braithwaite : 257).

2.4. Le souci du «bien-être» du consommateur se limite à la peur du surdosage

Si l'industrie pharmaceutique était le bienfaiteur qu'elle prétend être, elle consacrerait une grande partie de ses efforts à remédier aux besoins dramatiques que provoquent les maladies tropicales dans le tiers monde. Bien sûr, la médecine préventive est plus importante que les pilules, une eau potable est plus importante que les antibiotiques et une nourriture suffisante est plus importante que des tablettes de vitamines. Mais le monde étant ce qu'il est, une recherche poussée pour se procurer un arsenal thérapeutique contre les maladies tropicales ne serait absolument pas superflue. Sur 87 maladies spécifiques au tiers monde, il existe un vaccin approprié contre 10 d'entre elles et pour 23 de ces maladies il y a de bons médicaments sur le marché.

Pour 22 maladies par contre, la médication est insuffisante et pour 32 il n'existe pas de médicaments du tout. Pourtant, à peine 4 % de la recherche totale des firmes pharmaceutiques est orientée vers les maladies tropicales (Muller, 1982).

Au contraire, les besoins criants inspirent beaucoup moins les fabricants de pilules que les opportunités de réaliser des affaires, qu'elles soient louches ou pas.

2.4.1. Le tiers monde comme cobaye.

Le rôle que l'industrie pharmaceutique réserve au tiers monde s'inspire d'un racisme profond, comparable au rôle que les nazis réservaient aux couches qu'ils considéraient comme mineures : le rôle de cobaye. Les contraceptifs oraux provoquèrent une révolution sexuelle dans les années 60. Mais très

peu de gens savent que «la pilule» fut testée dès 1953 par le groupe Searle sur la population de Puerto Rico ; par Johnson & Johnson et Syntex à Puerto Rico, Haïti et Mexique ; par Depo-Provera au Brésil, Thaïlande, Chili, Philippines, Sri Lanka, Hong Kong, Egypte, Honduras, Pérou, Mexique et Pakistan (Braithwaite : 265). Il en va de même pour les stérilets qui furent testés au Chili, Colombie, Iran, Corée, Taiwan et Thaïlande.

2.4.2. Le dumping du médicaments

Du même esprit raciste témoigne le dumping de médicaments dangereux, périmés ou inutiles.

Le premier phénomène fut étudié par Dowie (Mother Jones magazine, The corporate crime of the century, 1979) en ce qui concerne les contraceptifs. Le Depo-Provera de Upjohn fut interdit aux Etats-Unis mais était en vente libre en Amérique-Centrale (Braithwaite : 258). Le Dalkon Shield de Robins fut évincé du marché aux Etats-Unis après la mort de 17 femmes mais fut recyclé dans 40 pays du tiers monde avec le soutien de l'AID, le service officiel d'aide au développement américain (id.).

Le dumping de médicaments dont la date de péremption est dépassée, relève de la pratique la plus courante (avec un nouvel emballage). Pour des médicaments interdits dans les pays riches, d'autres pratiques prouvées sont le changement de nom, la légère modification de la composition, le dumping des ingrédients avec fabrication sur place ou le transfert intégral de la production vers un pays peu scrupuleux du tiers monde.

Le marché abonde en produits inutiles et inefficaces. Quatre à peine des vingt-six médicaments, que Janssen vend au Zaïre, figurent sur la liste des produits essentiels selon l'Organisation Mondiale de la Santé. La firme américaine Schering vend du Tonovan dans toute l'Afrique, un produit totalement inutile qui stimulerait soi-disant la puissance sexuelle (Solidarité Internationale, 13/89 : 34).

2.5. Les crimes marginaux

Le crime n'est pas l'apanage de l'industrie pharmaceutique. Toutes sortes de transnationales en commettent. Mais il est vrai que l'industrie pharmaceutique et chimique a un casier judiciaire incomparable (si on exclut l'industrie de l'armement).

2.5.1. Pilier du nazisme.

Ce n'est un secret pour personne que les dirigeants actuels des plus grands groupes pharmaceutiques allemands ont cruellement brutalisé leur personnel pour contribuer à construire un empire industriel au service de Hitler.

Dans le temps, cet empire s'appelait IG Farben. Il fut scindé en trois composantes après 1945 : Hoechst, le premier groupe pharmaceutique mondial, Bayer, le troisième groupe mondial et le géant chimique BASF. Au procès de Nuremberg, 12 dirigeants d'IG Farben furent condamnés pour crimes de guerre. Les faits sont accablants. IG s'était construit une usine à Auschwitz, dans l'enceinte du camp de concentration, où il produisait avec des forçats. 300.000 prisonniers y sont passés, 25.000 y ont crevé.

IG y menait des tests pour développer de nouveaux médicaments. Les cobayes étaient à portée de la main, comme en témoigne cette correspondance entre IG Farben et la direction du camp de concentration.

«En vue d'expérimenter un nouveau médicament soporifique, nous apprécierions que vous nous procuriez un certain nombre de femmes... Nous avons reçu votre réponse mais nous considérons que le prix de 200 marks par femme est excessif. Nous proposons de ne pas payer plus de 170 marks par tête. Si vous acceptez, nous prendrons possession des femmes. Il nous en faut à peu près 150... Nous avons

reçu la commande de 150 femmes... Malgré leur condition délabrée, elles sont satisfaisantes. Nous vous tiendrons au courant de l'expérimentation... Les tests sont faits. Tous les sujets sont morts. Nous vous contacterons prochainement au sujet d'une nouvelle commande...» (Glover, 1977 : 58).

IG Farben fut aussi un des principaux fournisseurs du Reich ; il fournit 95 % du gaz toxique des camps d'extermination ; il livra une grande partie du carburant, des explosifs et des produits chimiques.

Cette collusion criminelle avec le nazisme provoqua la réflexion suivante de la part du président Roosevelt en septembre 1944, dans une lettre à son ministre des affaires extérieures : «L'histoire de l'utilisation de IG Farben par les nazis se lit comme un roman criminel. Il va de soi que la défaite de l'armée nazi doit être suivie de la destruction d'une telle arme pour la guerre économique.» (OMGUS, IG Farben).

Le groupe ne fut pas démolé mais scindé en trois parties. Les dirigeants furent condamnés mais vite réhabilités. Friedrich Jaehne, l'un des 12, rentra au conseil d'administration de Hoechst en 1955 et de suite, il fut élu comme président. Fritzter Meer, un autre des 12, qui fut ingénieur à Auschwitz, fut élu comme président de Bayer en 1956 (Borkin, 1978).

Il faut signaler également que la proportion de scientifiques et de médecins qui ont apporté leur collaboration au troisième Reich, est plus grande que dans n'importe quelle autre couche de la population. 38.000 médecins, plus de la moitié du corps médical était membre du parti nazi. L'explication qu'en donne Arthur Caplan dans «When médecine went mad : bioethics and the holocaust», c'est la quête de profit et le carriérisme mais surtout la complaisance avec les théories racistes de l'inégalité génétique.

2.5.2. L'irresponsabilité criminelle.

Des livres entiers ont été consacrés aux scandales de médicaments nocifs, dangereux, parfois meurtriers qui atteignent le marché à cause de la soif insatiable de profit. Parmi cette longue liste de scandales, celui de la Thalidomide (Softenon) est certainement le plus connu et le plus affreux. A peu près 8.000 des enfants qui, au début des années 60, sont nés sans membres, sans oreilles, sans yeux seraient encore en vie dans 46 pays (Braithwaite : 65). Probablement le double est mort-né. Ceci à cause d'un médicament qui fut lancé comme «innocent, non-toxique, incroyablement sûr». Toute signalisation d'effets secondaires est systématiquement démenti, jusqu'à ce que les preuves s'accumulent.

En 1961, la firme Grünenthal fait retirer de sa publicité que la thalidomide est «non-toxique» ; sauf en Afrique où la vente continue sous l'étiquette «complètement inoffensif» ! Quelques mois plus tard la catastrophe éclate.

Malgré toutes les évidences, la firme n'a jamais été condamnée. Tous les recours en justice se sont soldés par un règlement à l'amiable et par une forte prime au silence.

Mais l'inverse existe aussi : des manipulations grossières pour empêcher qu'un médicament arrive trop facilement sur le marché. Les initiateurs de la pénicilline se sont fait réprimander durant la deuxième guerre mondiale pour avoir saboté la production de ce médicament particulièrement salvateur. Leur souci principal étant la protection du brevet (Braithwaite : 164). Quelques années après la guerre, cinq sociétés américaines ont organisé un cartel pour les antibiotiques à large spectre («les médicaments miracles»), de sorte qu'ils étaient pratiquement inaccessibles aux simples citoyens (Braithwaite : 5).

Dans cette même catégorie de crimes, on peut classer la participation sans scrupules de toute l'industrie pharmaceutique à l'embargo contre l'Irak, au moment où la pénurie de médicaments causait la mort de centaines de personnes et d'enfants par jour. Les soins médicaux deviennent ainsi un moyen de chantage brutal pour imposer l'ordre impérialiste.

3. Nationalisation sans indemnisation

3.1. Maint pays du tiers monde, en lutte contre la pauvreté et la dégradation de la situation sociale, s'est posé la question : comment contrer la puissance de l'industrie pharmaceutique et son emprise néfaste sur la santé publique ? Selon les chiffres de l'OMS, 60 à 80 % de la population du tiers monde n'aurait même pas accès aux médicaments les plus essentiels. Bien sûr, les prix exorbitants ne sont qu'un aspect du problème et la source de la pauvreté ne peut être éliminée par de seules mesures contre les multinationales du médicament. Mais leurs méfaits sont tellement odieux qu'elles sont la cible tout naturellement de la haine des forces populaires et suscitent des mesures de la part de certains gouvernements.

L'Inde a tenté de construire sa propre industrie pharmaceutique en prônant l'indianisation. Mais elle n'a pu échapper à la dépendance, étranglée par un fossé de qualité. Le Sri Lanka a fait la tentative en 1972, en organisant l'achat de médicaments par le biais d'un comptoir central, en réduisant le nombre de médicaments de 2.100 à 600 et en réduisant les dépenses de 40 %. La firme américaine Pfizer faillit se faire nationaliser pour avoir refusé de produire la tetracycline sur place, mais fut secourue par le gouvernement américain. L'exemple du Sri Lanka a été suivi par l'Algérie, le Brésil, le Tchad, l'Égypte, l'Éthiopie, la Guinée, l'Inde, l'Irak, le Ruanda, la Syrie, la Tanzanie... En 1982, c'est le Bangladesh, dont trois quarts du marché pharmaceutique se trouve entre les mains de huit multinationales (Hoechst, Pfizer, Glaxo, Organon...), qui attire les foudres de ces groupes et du gouvernement américain. Il réduit de 40 % le nombre de médicaments en vente ; il s'agit de 1.792 produits, jugés dangereux, inutiles ou excessivement chers. Puis il limitera le marché aux 220 médicaments essentiels qui figurent sur la liste de l'Organisation Mondiale de la Santé. Une bonne partie sera produite par des firmes nationales et l'activité des transnationales sera autoritairement circonscrite à la partie restante.

Néanmoins, ces expériences d'indépendance limitée se heurteront toujours aux structures sociales et ne peuvent obtenir que des résultats partiels, tant que l'économie entière n'est pas libérée de l'emprise étrangère. La voie de la révolution nationale et démocratique, de l'indépendance totale est la seule à pouvoir garantir la sortie du marasme, aussi au niveau de la santé publique comme les exemples de la Chine et de Cuba le démontrent à suffisance dans ce numéro.

3.2. Reste la question de comment orienter la lutte ici. Le fait que les centres nerveux du système mondial des transnationales se trouve dans les pays riches, nous place devant une énorme responsabilité. Il est totalement hypocrite de soutenir le tiers monde dans sa lutte pour l'indépendance et le développement mais de ne pas agir en conséquence ici. Il est tout à fait évident que la dictature du profit est à la source de toutes les aberrations et des crimes que nous avons décrits. Nous avons concentré la démonstration sur l'industrie pharmaceutique, mais nous pouvons faire la même démonstration, secteur par secteur : l'agro-alimentaire, les matières premières, l'automobile, l'informatique etc. Cette dictature restera debout et dominera le monde tant que la propriété privée des moyens de production restera debout. Aucun «contrôle public» ou législation ne pourra faire plus que limiter certains excès et protéger ainsi l'essentiel : le pouvoir et le profit des transnationales. Par contre, la santé publique est un domaine par excellence où le socialisme a prouvé sa supériorité. C'est la dégénérescence du socialisme en Union Soviétique qui a causé la dégradation des conditions de vie et des soins de santé. La chute du socialisme dans les pays de l'Est ne change rien à la nature cruelle du système capitaliste ni à cette vérité marxiste : le socialisme ne s'est jamais réalisé et ne se réalisera jamais sans l'expropriation des moyens de production et sans le démantèlement de l'appareil d'état bourgeois. La lutte pour la défense de la santé publique, pour une médecine au service du peuple doit s'inscrire dans cette stratégie de bouleversement total de la société actuelle. Dans cette stratégie, une revendication partielle, limitée mais importante, pourrait être la nationalisation sans indemnisation de l'industrie pharmaceutique. Les arguments découlent logiquement de ce qui précède. La logique du profit est radicalement opposée à la logique des besoins et d'une bonne organisation de la santé publique. Il faut mettre fin à la situation de fait où la santé publique est l'otage du grand capital et une mine d'or pour les intérêts privés. La nationalisation ne briserait pas les conditions de marché et le

contexte global mais permettrait au moins d'arracher la politique de santé de l'arbitraire des groupes privés. Elle devrait s'accompagner d'une révision complète de l'organisation de la santé publique dont les éléments essentiels sont 1° l'installation d'un Service National de Santé et 2° l'inscription obligatoire des médecins comme appointés avec paiement forfaitaire. Cette réforme permettrait de réaliser un contrôle efficace sur le secteur des soins de santé dans son ensemble. Il va de soi que la nationalisation permettrait d'imposer des contraintes au marché du médicament, comme l'interdiction de la publicité médicamenteuse, l'interdiction de produits dangereux, inutiles ou nocifs, la promotion de produits génériques (les versions moins chères) et l'interdiction d'exporter des produits interdits en Belgique. La nationalisation doit se faire sans indemnisation sinon elle n'aurait aucune signification anti-capitaliste ; le capital privé pouvant s'installer au frais de l'état dans un secteur annexe ou se réfugier dans d'autres secteurs. Le capital privé a déjà récupéré maintes fois sa mise et a une dette par rapport à la société et aux travailleurs qu'il exploite. Toute intervention du privé dans la gestion du secteur nationalisé doit être exclue et les opérations commerciales ainsi que la structure des prix doivent être publiques.

3.3. La réalisation d'un tel objectif ne peut être que l'aboutissement d'une lutte dure dans laquelle la classe ouvrière a fait sienne les revendications mentionnées. Les travailleurs de la santé n'obtiendront jamais une réforme fondamentale des soins de santé sans s'allier aux autres travailleurs qui sont les premiers concernés et les seuls à pouvoir imposer des revendications radicales. La classe ouvrière a prouvé dans le passé que la sécurité sociale et la santé publique lui tiennent particulièrement à coeur. La dégringolade de tout ce qui a été obtenu par la lutte des travailleurs dans ces domaines, est une occasion pour relancer des objectifs structurels anti-capitalistes. Ainsi, il faut rétablir cette tradition ouvrière qui considère que le domaine de la sécurité sociale et de la santé publique doit être un des enjeux prioritaires de la lutte de classes. La bourgeoisie a ses objectifs (liquidation et privatisation de la sécurité sociale) ; les ouvriers, employés et fonctionnaires, les travailleurs de la santé et les médecins progressistes ont les leurs.

Bibliographie :

AGIM, 1992, L'industrie du médicament en Belgique, Contribution économique et relations avec les autorités, Bruxelles. Banque Bruxelles Lambert, BBL-Berichten, Schakelt Europese farmasektor naar een iets lagere versnelling ? Septembre 1992. Borkin Joseph, 1978, The Crime and Punishment of IG Farben, Free Press, New York.

Braithwaite John, 1984, Corporate Crime in the pharmaceutical industry, Routledge & Kegan Paul, London. Caplan Arthur, When médecine went mad: bioethics and the holocaust.

Glover Jonathan, 1977, Causing death and saving lives, Penguin, Harmonds worth.

Muller Mike, 1982, Health of nations, Faber & Faber, London. OMGUS, 1986, Ermittlungen gegen die IG Farben, Franz Greno, Nördlingen.

Solidarité Internationale (Ligue anti-impérialiste), no.13-14 octobre 89, La Santé dans le Tiers Monde, Bruxelles.

Norman Béthune : médecin communiste sans frontières !

(Johan Vandepaer ; médecin à la maison médicale de Médecine pour le Peuple à Herstal.)

«Béthune fut un Canadien remarquable et un homme extraordinaire, mais on peut dire aussi que son temps et son pays contribuèrent à le faire ce qu'il fut.» (1)

Qui était Norman Béthune, quel était son engagement ? Pourquoi ce chirurgien-combattant s'est retrouvé au côté des républicains en Espagne en 1937 et aux côtés de Mao Zedong en 1938 et 1939 ?

Le Docteur Rony Brauman, président de Médecins sans frontières-France (MSF-F) estime que «il y a du Norman Béthune dans chaque «médecin sans frontières». Il estime d'autre part «qu'il est décidément privé d'héritiers» et qu'il n'est plus le compagnon de MSF-F. (2)

Il est vrai que dans chaque médecin progressiste, il y a du Norman Béthune mais il est tout autant vrai qu'il existe encore des médecins qui perpétuent son authentique héritage.

Dans cet article, nous reproduisons les thèses défendues par R. Brauman de MSF-F. Nous répondons à travers les paroles de Norman Bethune lui-même (3) ou de ses compagnons de combat (4).

1. Quelle forme de pratique médicale ?

Brauman : *«Médecin des pauvres au Canada, chirurgien révolté que son ardeur subversive et dogmatique a conduit jusqu'en Chine, Norman Béthune invente dans les années 30, celles de la Longue Marche et des premiers maquis révolutionnaires organisés, une nouvelle forme de pratique médicale... »* (2)

1.1. «Chirurgien révolté» par la médecine capitaliste.

Norman Béthune n'était pas un révolté sans plus. Sa révolte avait une raison bien particulière : la médecine libérale, copie conforme du système capitaliste.

«La médecine est une industrie sans structures bien définies, la plus souvent rattachée à des individus, typique de cette jungle qu'est le système capitaliste : elle est un monopole fondé sur le profit. Il est par conséquent inévitable que la médecine soit frappé par la dépression comme le reste du monde capitaliste et présente les mêmes symptômes : ceux de la pauvreté de la santé au sein de l'abondance scientifique, au pays de la maladie.....». (5)

1.2. Charité ou solution structurelle, médecine socialisée, charité ou sécurité sociale ?

Quelle était la solution imaginée par Norman Béthune à ce problème ?

«La façon la plus simple de protéger adéquatement la santé des gens serait de remplacer le système économique qui produit la maladie, et d'éliminer l'ignorance, le chômage et la pauvreté. Le système en vertu duquel chaque individu achète les soins médicaux qui lui sont nécessaires ne fonctionne pas : il est injuste, inefficace, coûteux et complètement désuet. Les médecins, la charité des gens et les philanthropes l'ont fait survivre plus longtemps qu'il n'aurait dû.»

«Dans une société industrielle moderne fondée sur l'efficacité, il n'y a pas de santé individuelle ; la santé est toujours publique. La maladie et le mauvais fonctionnement d'un seul individu affectent tous les autres membres de la société.»

«La protection de la santé des gens est le premier devoir de l'Etat envers les citoyens. La socialisation de la médecine et l'abolition ou la restriction de la pratique privée semblent donc être la solution la plus réaliste du problème. Purifions la médecine de la notion de profit individuel, purifions notre profession de la rapacité individualiste. Faisons en sorte qu'il soit enfin mal vu de s'enrichir aux dépens de la misère humaine.»

«La socialisation de la médecine implique :

1. que la protection de la santé devienne publique, comme les postes, l'armée, la marine, la justice et l'éducation.
2. qu'elle émerge de fonds publics.
3. que les services médicaux soient accessibles à tous en fonction de leurs besoins sans égard à leurs revenus. Il faut abolir la charité et lui substituer la justice. La charité avilit qui la fait et corrompt qui la reçoit.
4. les travailleurs de la santé seront payés à salaire par l'Etat et leur retraite sera assurée.
5. la santé sera démocratiquement administrée par les travailleurs de la santé eux-mêmes. » (5)

1.3. «Médecine des pauvres» ou «Médecine pour le Peuple» ?

Norman Béthune a effectivement dispensé des soins gratuits dans un quartier très pauvre de Montréal. Mais ils se rendait vite compte que cette initiative ne pouvait avoir qu'un impact marginal sur l'état de santé des sans-emploi et des petits revenus.

En décembre 1935, juste après son retour de son voyage en Union Soviétique, Béthune prenait une initiative tout à fait inédite pour le Canada : le "Montréal Group for the Security of People's Health". Son nom un peu long et lourd indique bien ses objectifs : procurer des soins à ceux qui en avaient davantage besoin.

Le projet – très concret et réalisable immédiatement - élaboré par ce groupe était basé (a) sur le taux très élevé de Montréalais émanant de l'assistance publique (17 % ! en mars 1936) en relation avec le chômage très élevé, (b) sur l'avis de spécialistes en la matière et (c) l'analyse de systèmes de santé en vigueur dans plusieurs pays.

Ce projet - «lettre ouverte à tous les candidats politiques des élections à Montréal» écrit le 10 août 1936 - était rénovateur et élaborait un système de santé publique, sous les conditions du capitalisme :

- la santé publique est une responsabilité gouvernementale.
 - introduction d'équipes de médecins, infirmières et dentistes, attachés à des polycliniques municipales. Ces équipes touchent un salaire mensuel. Les fonds proviennent des impôts et subsides gouvernementales.
 - assurance-maladie obligatoire et universelle.
 - un plan d'urgence pour les chômeurs et assistés : une médecine gratuite. Les médecins sont payés par le gouvernement par un système de capitation et le nombre de patients assistés ne peut dépasser 500.
- (6). (7)**

2. Morale révolutionnaire : quête narcissique de l'idéal du moi ou une vie au service des classes et peuples opprimés ?

Brauman : *«Il y a en effet du Norman Béthune dans chaque «médecin sans frontières» ou du moins dans cette part de rêve qui inspire tout engagement : rêve de sainteté laïque, d'engagement total dans le grand combat contre l'injustice. Mais aussi - et cela n'est pas contradictoire - dans la quête narcissique d'un "idéal du moi", le plaisir équivoque du renoncement, la recherche de vastes horizons.»* **(2)**

Un jour des années 30, Béthune était confronté avec la répression sauvage d'une manifestation de sans-emploi qui réclamaient du pain, du lait, du travail et pas du secours. Le lendemain, il décidait de dispenser des soins gratuits pour ces sans-emploi. Voici ce qu'il écrivait dans son journal : «La réponse m'est dictée par la nécessité plutôt que par la théorie. L'important est de participer et non pas d'accumuler des données théoriques. Les riches se débrouillent fort bien : qui s'occupera des pauvres ?... Ils sont démunis de tout et pourtant, ils échafaudent des rêves extraordinaires. ... Mais je partage leur enthousiasme et leur foi, nés des besoins, des privations et de l'entêtement.» **(8)**

En 1936, le comité d'aide aux républicains espagnols demandait à Béthune de diriger une mission médicale en Espagne.

Que devait-il faire ? Il n'était pas facile de répondre à la question. Depuis neuf ans, il tentait de résoudre un problème sur lequel la médecine avait buté pendant des siècles : comment vaincre la tuberculose. Il croyait avoir trouvé la solution, mais il avait besoin de temps. Il faudrait du travail, de

la persuasion, une incessante croisade, des méthodes nouvelles d'animation populaire. Pouvait-il tout abandonner ? (9)

En plus, il était un des membres les mieux payés de sa profession. Des spécialistes venaient du monde entier en pèlerinage au Sacré-Coeur pour étudier ses méthodes. Ils utilisaient ses techniques et ses instruments. Il mettait tout cela en balance. Sa carrière même de chirurgien était en jeu. Il décidait d'y aller :

«Si nous ne les (NDLR les fascistes) arrêtons pas en Espagne pendant que cela est encore possible, ils vont transformer le monde en boucherie.» (10) Norman Béthune a quitté le Canada, son pays natal, pour aller aider le peuple espagnol dans sa lutte contre le fascisme. Ensuite, il partait pour aller travailler avec les communistes chinois, qui dirigeaient la lutte contre l'occupant japonais. Dans une lettre à son ex-compagne, il écrivait :

«Je refuse de vivre dans un monde qui engendre la corruption et le meurtre, sans lever le petit doigt. Je refuse d'approuver, par inaction ou par insouciance, les guerres que des hommes avides font contre d'autres ... L'Espagne et la Chine sont des batailles d'une même guerre. Je vais en Chine parce que c'est là que le besoin est le plus grand et que je suis le plus utile...» (11)

Dans « A la mémoire de Norman Béthune », Mao Zedong écrit :

«Voilà donc un étranger qui, sans être poussé par aucun intérêt personnel, a fait sienne la cause de la libération du peuple chinois : quel est l'esprit qui l'a inspiré ? C'est l'esprit de l'internationalisme, du communisme, celui que tout communiste chinois doit s'assimiler. Le léninisme enseigne que la révolution mondiale ne peut triompher que si le prolétariat des pays capitalistes soutient la lutte libératrice des peuples coloniaux et semi-coloniaux et si le prolétariat des colonies et semi-colonies soutient la lutte libératrice du prolétariat des pays capitalistes. Le camarade Béthune a mis en pratique cette ligne léniniste.» (12)

3. Une profession de foi d'un dogmatique ?

Brauman : «... cette profession de foi généreuse et dérisoire : "Je suis communiste parce que les Russes ont réussi à éliminer la tuberculose"..."» (2)

3.1. Eliminer la tuberculose: une bagatelle?

A l'époque de Béthune, la tuberculose était la maladie sociale la plus importante, qui affectait et décimait surtout les économiquement faibles. Il n'y avait pas encore de traitement antibiotique, et le seul traitement préventif était une amélioration draconienne du niveau de vie, de l'habitat et de l'alimentation.

Dans le monde capitaliste des années 30, la tuberculose faisait des ravages et des drames.

L'Union Soviétique avait réussi en deux décennies à obtenir de meilleurs résultats que le monde capitaliste, ce qui impliquait que le niveau de vie, l'habitat et l'alimentation du peuple soviétique sous Staline avait progressé beaucoup et était même supérieure que le sort des travailleurs aux Etats-Unis et au Canada. La "profession de foi" de Norman Béthune partait de ce constat : qu'un système socialiste s'occupe mieux des besoins vitaux du peuple qu'un système capitaliste. Ceci a peu à voir avec une profession de foi généreuse et dérisoire, mais plutôt avec l'efficacité et la supériorité du système communiste.

3.2. L'URSS des années 30 suscitait l'enthousiasme de scientifiques mondialement réputés

Bethune a assisté en été 1935 au Congrès international de physiologie à Leningrad. **(13)**

Il était accompagné d'autres médecins canadiens :

- Sir F. Banting, une célébrité mondiale, qui avait découvert avec le Dr. Best l'insuline.
- Dr. Selye, célèbre pour ses travaux sur les maladies du stress. Il voulait rencontrer Pavlov, dont les travaux avaient inspiré ses premières expériences.
- Dr. Browne, qui allait devenir un des professeurs les plus prestigieux de la médecine canadienne. Il se rendait au congrès pour confirmer éventuellement ses propres découvertes en biochimie.

Béthune voulait surtout voir le fonctionnement de la médecine socialisée.

En 18 ans, l'Union Soviétique avait réduit de 50 % l'incidence de la tuberculose.

Les sanatoriums et les maisons de convalescence et de repos étaient les mieux installés qu'il ait vus. Les travailleurs des usines y étaient reçus en priorité, contrairement à ce qui se produisait au Canada. Tous les traitements, tant au sanatorium que dans les dispensaires, étaient gratuits, non pas par charité, mais parce que leur existence faisait partie des droits constitutionnels des malades.

Un système de réhabilitation répandu partout et qu'il jugea le meilleur du monde. Grâce à ce système, les Russes disposaient de sanatoriums de jour et de nuit exclusivement destinés à des patients qui venaient le matin ou le soir.

A leur retour, ils ont donné plusieurs conférences sur L'URSS. A Toronto, Banting allait secouer l'opinion en disant merveilles de l'Union Soviétique.

Son voyage, disait-il, avait été l'expérience la plus enthousiasmante de sa vie. Dans ses articles comme dans ses conférences, il louait l'URSS qui

«construisait un gigantesque édifice sur le roc solide de la science et de la recherche... Aucun peuple au monde ne réalise comme celui-là que la science d'aujourd'hui est la recherche d'hier et que la recherche d'aujourd'hui est la science de demain.» **(14)**

Béthune disait, lors d'une de ses conférences :

«La Russie est en couches. Les sages-femmes et les médecins étaient occupés à sauver l'enfant et n'ont pas eu le temps encore de nettoyer le gâchis, ce gâchis qui choque le regard et l'odorat des vierges timides, hommes et femmes dont l'âme est stérile et qui manquent d'imagination pour voir derrière le sang la signification de la vie. La création n'est pas et n'a jamais été un geste doux. C'est un geste rude, violent et révolutionnaire.» **(15)**

4. Avec 1000 Norman Béthune le fascisme n'aurait pas passé en Espagne

Rony Brauman de MSF-F ne parle pas de l'expérience de Norman Béthune en Espagne. Etrange, car cette action n'avait rien de subversif, mais était un soutien au gouvernement légal, républicain d'Espagne. Mais c'était une guerre d'idées fondamentales. Rester «neutre» dans cette question à l'époque voulait dire : laisser l'initiative aux fascistes. Par contre, avec 1000 Norman Béthune, le fascisme n'aurait pas passé en Espagne.

Hazen Size était un des compagnons de combat de Béthune en Espagne. Nous reproduisons ici des extraits d'un essai qu'il écrivit en 1971, comme préparation à un Symposium sur N. Béthune. **(16)**

«Sur la scène internationale, la Guerre Civile Espagnole devenait une guerre d'idées, une tentative de renverser l'opinion publique et de faire pression sur les grandes puissances - et particulièrement la France - de vendre des armes aux républicains. Dans cette guerre pour les idées, il convient de dire que Béthune était un guerrier avec une dextérité remarquable. Aucune autre personne n'a été aussi efficace pour faire comprendre l'importance de cette guerre d'Espagne aux Canadiens et Américains. Il le faisait en partie de façon instinctive, ou plutôt selon les impulsions de sa nature turbulente. Il agissait, au lieu de parler. Il s'engageait et partait pour Madrid. Très vite son engagement prenait forme dans un projet très concret et chargé d'un effet émotionnel : DU SANG POUR LES BLESSES. (...) Quand Béthune retournait au Canada en juin 1937 pour entreprendre une large tournée de conférences et meetings pour récolter des fonds, il devait constater qu'il était devenu célèbre et il était traité comme un héros.»

«Son message n'était pas énoncé uniquement en termes humanitaires et philanthropiques, mais aussi - délibérément - politiques. Il voulait réveiller les Canadiens au danger du fascisme en Europe. "Fascisme signifie guerre" était certainement un slogan plein de sens. Et le salut du Front Populaire n'était pas un geste théâtral : il indiquait le type de coalition politique - de l'extrême gauche au centre démocratique - capable d'endiguer le fascisme. Et le point crucial de son message était "l'Espagne peut être la tombe du fascisme" - à condition de livrer des armes à la république. (...) Qu'il était un grand humaniste, tout le monde sera d'accord. Beaucoup de tentatives ont été entreprises pour réduire son oeuvre comme purement et simplement humanitaire. Mais, à mon avis, sa grandeur était liée au fait que son humanisme n'était JAMAIS NEUTRE, mais avait toujours un objectif, une direction politique, en cherchant activement à faire sortir les forces libératrices et constructives, cachées et latentes dans des situations et gens ordinaires.» (17)

5. Des héritiers de Béthune : ça existe !

Brauman : *«Au fond, Norman Béthune a sans aucun doute des filleuls déterminés, mais pour le meilleur et le pire. Il est décidément privé d'héritiers.»* (2)

Il est vrai que MSF-France ne veut pas se situer dans la filière de Norman Béthune. Mais il existe une continuité de médecins révolutionnaires qui ont choisi pour les mouvements de libération anti-impérialistes. Le plus connu est certainement Che Guevara, qui a abandonné sa profession de médecin pour devenir guérillero en Amérique latine. D'autres médecins ont abandonné également leur métier pour devenir cadres d'organisations révolutionnaires : Georges Habache du Front de Libération de la Palestine et Miguel Enriquez du MIR, à l'époque du coup d'état de Pinochet au Chili.

En Belgique, Médecine pour le Tiers Monde - dont Dr. Michaël De Witte et Dr Jan Cools sont les plus connus - veut consciemment s'inscrire dans l'héritage de Norman Béthune. Médecine pour le Tiers Monde défend le concept des «soins de santé libérateurs», et cadre ses projets dans le travail d'organisations populaires et de mouvements qui luttent pour leur libération nationale et sociale. Médecine pour le Tiers Monde travaille également pour les gouvernements des pays qui veulent, après leur libération, construire une vie économique, sociale, politique et culturelle indépendante et démocratique. Par exemple des projets au Tigre, Liban, Salvador, Palestine, Philippines, Burkina Faso et Irak. (18)

Michaël De Witte a travaillé comme médecin aux côtés du FMLN, le mouvement de libération au Salvador. Il a été tué le 8 février 1987, touché par un obus de mortier américain de l'armée salvadorienne, qui avait attaqué en plein jour son hôpital de campagne. (19)

Dr Jan Cools, enlevé au Liban en 1988 et libéré après 13 mois de captivité, grâce à une intense campagne de solidarité : «Quand je repense à la misère, aux déportations, aux emprisonnements, aux tortures et aux meurtres de nombreux Palestiniens, également des médecins et des infirmières que j'ai connus, tout cela m'a permis de relativiser sérieusement ma propre situation précaire.» (20)

Notes :

- (1) Ted Allan and Sydney Gordon, «The scalpel, the Sword : the story of Dr. Norman Bethune». 1952. Traduit par Jean Paré, «Docteur Liberté». Ed. l'Étincelle. 1973, Montréal, Canada. p.XIII. Nous avons utilisé cette traduction française.
- (2) Rony Brauman, «De Béthune à Médecins sans frontières». In: Le Monde du 10 janvier 1992.
- (3) Ted Allan and Sydney Gordon, «Docteur Liberté». Ed. l'Étincelle. 1973, Montréal, Canada.
- (4) Shephard D. et Lévesque A. «Norman Béthune, his times and his legacy, son époque et son message». Fondation Béthune et Association canadienne d'hygiène publique. 1982, Ottawa, Canada.
- (5) Allocution de N. Béthune le 17 avril 1936 devant la société Médico-Chirurgicale de Montréal. In : «Docteur Liberté». P.91-93.
- (6) Libbie Park, The Bethune Health Group. In : Shephard D. et Lévesque A. «Norman Bethune, his times and his legacy, son époque et son message», pp.140, 141, 238-242.
- (7) Ted Allan and Sydney Gordon, «Docteur Liberté», p.88.
- (8) Ibid., pp.77 et 78.
- (9) Ibid., p. 103 cité in: Ludo Martens, JulieLlc Pierre, Joris Pauwels, «La morale révolutionnaire». Parti du Travail de Belgique, deuxième congrès, mars-avril 1983. 1983, Bruxelles. p.43.
- (10) Ted Allan and Sydney Gordon, «Docteur Liberté», pp. 102 et 103.
- (11) Ibid. p. 162 cité in : Ludo Martens, Juliette Pierre, Joris Pauwels, «La morale révolutionnaire», p.44.
- (12) Mao Zedong, «A la Mémoire de Béthune», Tome II, p.359-360
- (13) Allocution de N. Béthune le 17 avril 1936 devant la société Médico-Chirurgicale de Montréal. In : Ted Allan and Sydney Gordon, «Docteur Liberté», p. 79 et 80.
- (14) Ibid. p.83.
- (15) Ibid. p.84.
- (16) Hazen Size, «The Vivid Air Signed With His Honour : In Memory of Norman Bethune». In: Shephard D. et Lévesque A. «Norman Bethune, his times and his legacy, son époque et son message.», pp. 165-168.
- (17) La première conférence avait lieu à Montréal et rassemblait quelque 15 000 (!) personnes. Un plébiscite ! Ted Allan and Sydney Gordon, «Docteur Liberté», p. 154.
- (18) Dirk Van Duppen, Marc Van Hees, Thierry Warmoes, Michel Mommerency, «Neutralité Médicale et Droit Humanitaire», p.39.
- (19) Ibid. p.4.
- (20) Ibid. p.5.

Socialisme, révisionnisme et capitalisme

(Dirk Van Duppen ; médecin à la maison médicale de Médecine pour le Peuple à Deurne.)

Quels sont les résultats au niveau du développement humain ?

Une étude comparative

Actuellement, les esprits sont inondés de désinformation, avant tout subjective et émotive, chargée d'anticommunisme. Pour cette raison, il est important de faire une évaluation objective des résultats obtenus par le socialisme, au niveau du développement humain, en comparaison avec ceux obtenus par le capitalisme.

La sociologie médicale a développé des critères scientifiques permettant de mesurer le degré de développement humain d'une population donnée. Par «degré de développement humain», on entend la mesure dans laquelle, dans une société donnée, les besoins de base de l'ensemble de sa population sont satisfaits. Les indicateurs sensibles sont les facteurs qui mesurent la situation sanitaire d'une population : l'espérance de vie, la mortalité des nourrissons («infant mortality rate» IMR, qui représente le nombre d'enfants qui meurent avant l'âge d'un an sur 1.000 naissances vivantes au cours d'une année), la mortalité des enfants de moins de cinq ans («under five year mortality rate» ou U5MR qui représente le nombre d'enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans sur 1.000 naissances vivantes au cours d'une année) ; le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance ;

le degré de malnutrition, etc... On prend également en compte des facteurs qui renvoient directement à la satisfaction ou à la non-satisfaction des besoins essentiels de la population tels que le degré d'alphabétisation de la population féminine, le degré d'accès à l'eau potable, la consommation de calories, etc..

L'UNICEF **(1)** considère parmi les indicateurs les plus sensibles la mortalité infantile (surtout U5MR) comme les indicateurs plus sensibles du degré de développement humain d'une population.

Premièrement, cet indicateur mesure davantage le résultat final d'un processus de développement qu'un apport, comme la fréquentation scolaire, la quantité de calories disponibles par personne ou le nombre de médecins par 1.000 habitants, ces paramètres étant plutôt des moyens pour atteindre un but.

Deuxièmement, le U5MR est le résultat de différents facteurs : la nutrition et la situation sanitaire, le degré d'éducation des mères de famille, l'accès à l'alimentation, le pouvoir d'achat des familles, etc...

Troisièmement, le U5MR est moins sensible à une mauvaise interprétation que, par exemple, le produit national brut (PNB) par tête d'habitant. Un pays peut avoir un PNB élevé par tête d'habitant tout en présentant un degré de développement humain très bas, parce qu'une élite minoritaire concentre tout le revenu national et laisse crever dans la misère la majorité de la population. Contrairement au PNB, le taux de mortalité infantile de l'ensemble de la population ne peut pas être influencé de manière significative par une minorité aisée.

En outre, les chiffres du IMR comme celles du U5MR sont des données assez fiables et relativement simples à mesurer et à comparer en recourant à des échantillonnages de population bien élaborés.

L'emploi de chiffres bruts tels que la mortalité infantile, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'espérance de vie, est nécessaire pour arriver à une évaluation et une comparaison plus objective des résultats des différents systèmes socio-économiques en matière de développement humain. Une telle étude débouche sur des résultats surprenants que je formulerai sous forme de quatre postulats.

1. Par rapport au système capitaliste, le socialisme montre sa supériorité en matière de développement humain de l'ensemble de la population.

2. Au cours de l'expérience de construction du socialisme, la rupture politique et idéologique provoquée par le révisionnisme se traduit aussi par une stagnation et, finalement, par une régression sur le plan du progrès du développement humain.

3. Mais même un système socialiste malade, dégénéré ou diminué est encore supérieur, en matière de développement humain, à un capitalisme dynamique, expansif et agressif.

4. Dans les pays capitalistes, le degré de la lutte des classes détermine dans une large mesure le degré de développement humain.

Une étude basée sur des données fiables, provenant de sources généralement reconnues sur le plan international, apporte un large matériel empirique susceptible d'étayer les postulats formulés ci-dessus.

1. Par rapport au système capitaliste, le socialisme montre sa supériorité en matière de développement humain de l'ensemble de la population.

C'est en ce qui concerne ce premier postulat que les exemples sont les plus nombreux et les chiffres les plus significatifs. J'ai puisé la plupart des informations dans un article de Vincente Navarro, professeur de santé publique à l'université Johns Hopkins aux Etats Unis. **(2)**

En Amérique Latine, Cuba est l'exemple type de cette première thèse. Les réalisations de Cuba en matière de développement humain peuvent facilement être confrontées à celles d'autres pays latino-américains comparables connaissant un développement capitaliste. En 1958, au moment de la révolution cubaine, le pays connaissait un niveau de développement social et économique comparable à la plupart des pays latino-américains. Depuis lors, tous les indicateurs de santé se sont améliorés bien davantage que dans le reste du continent. En 1955, l'espérance de vie à Cuba était de 59,5 ans ; elle était inférieure à celle d'autres pays comme le Paraguay (62 ans), l'Argentine (62 ans) ou l'Uruguay (66 ans). En 1985, l'espérance de vie était passée à 75 ans, de loin la plus élevée d'Amérique latine. Sur ce plan, la comparaison de Cuba - un pays du tiers-monde du point de vue des moyens économiques - avec les Etats Unis - le pays capitaliste le plus développé au monde - est encore plus significative. Entre 1950-55 et 1985-90, l'espérance de vie aux Etats-Unis est passée de 69 à 75,2 ans. Dans la même période, l'espérance de vie à Cuba est passée de 59,3 à 75,2 ans. **(3)**

A Cuba, la mortalité des enfants de moins de cinq ans (U5MR) est passée de 87 pour mille en 1960 à 14 pour mille en 1990. Dans toute l'Amérique Latine, y compris les Caraïbes, elle était encore de 70 pour mille en moyenne en 1990. Et de 9 pour mille en Belgique. **(4)**

Vincente Navarro conclut comme suit : *«Si le reste de l'Amérique latine avait le même taux de mortalité infantile que Cuba, plus de deux millions d'enfants pourraient être sauvés chaque année».*

En Asie, la comparaison entre la Chine et l'Inde est classique, étant donné que ces pays sont comparables en ce qui concerne des variables importantes : leur dimension, leur densité de population, leur composition multiculturelle et pluriethnique, leur niveau de développement similaire dans la période précédant la révolution culturelle chinoise.

Avant 1950 (la période précédant directement la révolution culturelle), l'espérance de vie en Chine était de 34 ans ; en Inde, à la même époque, elle était de 40 ans, selon les estimations. **(6)** En 1990, l'espérance de vie en Chine était de 70 ans, et de 58 ans en Inde **(7)**.

Entre 1960 et 1990, l'indice U5MR est passé en Chine de 203 pour mille à 42 pour mille alors qu'en Inde, pendant la même période, il passait de 282 pour mille à 142 pour mille. **(8)**

Une enquête réalisée dans 82 villes chinoises en 1989 a révélé que la mortalité infantile était en moyenne de 13,8. **(9)** A titre de comparaison, la mortalité infantile est, en Belgique, de 8 pour mille. Dans les faits cela veut dire, qu'une grande ville du tiers monde comme Pékin ou Shanghai, en Chine communiste, présente un taux de mortalité infantile du même ordre que celui des pays les plus industrialisés du monde capitaliste. Et Navarro de conclure une nouvelle fois : *«Si l'Inde connaissait le même taux de mortalité infantile que la Chine, quatre millions d'enfants pourraient être sauvés chaque année».* **(10)**

Entre l'Asie et l'Europe, se trouve l'ancienne Union soviétique. L'espérance de vie en Union soviétique était, en 1975, de 70,4 ans, soit à peine 8 mois de moins que l'espérance de vie aux Etats-Unis ou en Allemagne de l'Ouest. En 1974, la mortalité infantile (IMR) était de 27,9 pour mille en URSS, de 20 en Allemagne de l'Ouest, de 21 en Italie et de 16 en Angleterre. **(11)**

Il est aussi intéressant de mesurer le degré de développement humain dans la périphérie, principalement dans les républiques soviétiques asiatiques, et de les comparer avec des pays asiatiques périphériques sous contrôle impérialiste occidental. Le contraste est le plus frappant quand on considère les chiffres de 1960. En ce qui concerne le taux de mortalité infantile, les républiques asiatiques périphériques d'Union soviétique comme le Kazakhstan (36,8), l'Ouzbékistan (28,0) et le Tadjikistan (30) ou les républiques périphériques de Transcaucasie comme l'Azerbaïdjan (43,0) ou l'Arménie (50,0) présentaient à ce moment des résultats presque comparables à ceux des républiques centrales de l'Union soviétique comme la Russie (37,0), l'Ukraine (30,0) ou des républiques soviétiques plus occidentales comme la Lettonie (27,0) ou la Lituanie (38,0). **(12)** A cette même

époque, les pays limitrophes des républiques soviétiques périphériques, les pays asiatiques périphériques sous contrôle impérialiste occidental comme la Turquie (190), l'Iran (169), l'Afghanistan (215), connaissaient des taux de mortalité infantile beaucoup plus élevés que la plupart des pays capitalistes européens comme l'Allemagne de l'ouest (34), la Belgique (31), la France (29) ou l'Angleterre (23). **(13)**

Au cours des années 60, les indicateurs de santé ont connu des variations importantes, à l'intérieur de URSS, entre les républiques du centre et celles de la périphérie. Ce constat alimentera la seconde thèse de notre article, l'influence du révisionnisme sur le développement humain dans une société socialiste. Mais même après 20 ans de révisionnisme, les républiques soviétiques périphériques qui obtenaient les plus mauvais scores - le Tadjikistan (51,8) ou la Géorgie (33,9) - faisaient encore mieux que leurs voisins (des pays sous régime capitaliste) comme la Turquie (153) ou l'Iran (120). Ces chiffres dégonflent le mythe selon lequel le niveau de vie relativement élevé des Russes est dû, en partie, à l'exploitation des républiques soviétiques périphériques, tout comme l'impérialisme occidental pompe les ressources de ses pays périphériques. Le socialisme en URSS est parvenu à réaliser précisément le contraire : globalement, le fossé entre le centre et la périphérie s'est réduit pendant la période socialiste tandis que sous domination impérialiste, ce fossé ne cesse de se creuser.

Quand nous comparons le système capitaliste et le système socialiste de cette manière, il nous faut aussi tenir compte d'un handicap important auquel est confronté le socialisme, en comparaison au capitalisme. Navarro le décrit comme suit :

«Il est aussi probable que la comparaison présente un écart, une déviation inévitable, à l'avantage du capitalisme, en raison de la grande hostilité, du blocus économique, et même des interventions militaires auxquelles doit toujours faire face l'expérience socialiste. Il ne s'agit pas d'une comparaison du système capitaliste et du système socialiste dans des conditions normales, mais d'une comparaison du système capitaliste dans des conditions normales dans un système mondial dans lequel les rapports de force capitalistes sont dominants, avec un socialisme subissant les conditions les plus anormales qui soient.» **(14)**

Par rapport aux pays capitalistes, les pays socialistes connaissent encore d'autres handicaps :

1. Les pays capitalistes et impérialistes ont, comme base de leur développement, un niveau élevé d'accumulation du capital, amassé soit par l'exploitation extrême de leur propre classe ouvrière et paysanne dans leur processus d'industrialisation, soit par l'exploitation extrême de leurs colonies. Les pays socialistes ont tous dû partir d'économies entièrement ruinées après une guerre civile révolutionnaire.

2. Les pays capitalistes continuent à accumuler une grande partie de leurs richesses au prix de l'accroissement de la misère et du sous-développement du tiers monde, alors que, de tradition, les pays socialistes dans leur ensemble ont établi des relations économiques beaucoup plus équitables avec les pays du tiers monde (par exemple : en ne payant pas les matières premières au cours du marché international mais à un prix équitable, ce qui est une forme de soutien actif).

Ainsi, après la Seconde Guerre mondiale, les Etats-Unis ont pu baser leur suprématie mondiale notamment sur le fait que le pays n'avait pas subi de dommages de guerre directs. Au contraire, la guerre a stimulé, comme jamais auparavant, l'économie de cette superpuissance. L'Europe occidentale a pu se reconstruire rapidement grâce au soutien massif des Etats Unis (le plan Marshall). Par contre, l'URSS, qui a dû fournir - et de loin - le plus gros effort de guerre et qui a supporté - et de loin - les plus grands dégâts, a dû se reconstruire en comptant uniquement sur ses propres forces, dans les conditions extrêmement hostiles de la guerre froide et sans aucun soutien extérieur. Au contraire, elle a été soumise à un embargo impérialiste mondial. **(15)**

2. Au cours de l'expérience de construction du socialisme, la rupture politique et idéologique provoquée par le révisionnisme se traduit aussi par une stagnation et, finalement, par une régression sur le plan du progrès du développement humain.

En 1964, le parti communiste chinois, sous la direction de Mao Zedong, a fait l'analyse suivante : le coup d'Etat de Khrouchtchev, après la mort de Staline, représente en Union soviétique un tournant qui a mis une nouvelle bourgeoisie au pouvoir. Les conceptions de base de Khrouchtchev étaient que le socialisme avait définitivement triomphé en URSS, qu'il n'était plus soumis à l'opposition de classes hostiles, que la lutte de classes n'était plus à l'ordre du jour et que la dictature du prolétariat n'était plus nécessaire. Et qu'«en 1980, l'Union soviétique aura construit, dans les grandes lignes, une société communiste». Les communistes chinois considéraient qu'il s'agissait là d'une ligne révisionniste et qu'au lieu de faire progresser le socialisme, elle minerait le système et entraînerait la restauration du capitalisme. Dix ans à peine après cette fameuse prédiction sur 1980, l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques s'est désintégrée. Et les faits prouvent aujourd'hui que l'analyse du révisionnisme faite par le P.C. chinois dans les années 60 était correcte ; qu'effectivement, la rupture politique et idéologique dans l'histoire socialiste de l'Union soviétique a été provoquée par le révisionnisme de Khrouchtchev. Le révisionnisme a provoqué la stagnation de l'économie socialiste planifiée et a finalement débouché sur la restauration et la colonisation par l'impérialisme occidental, sans trop de résistance. (16) Cette stagnation et cette régression se remarquent sur le plan du développement humain pour l'ensemble de la population soviétique.

Il est essentiel aujourd'hui de rechercher une argumentation pour étayer cette thèse.

Autour de deux exemples, l'article de Navarro fournit à ce sujet des indications et des chiffres.

Premièrement, en ce qui concerne l'URSS, Navarro écrit : *«La situation sanitaire en URSS s'est améliorée considérablement après la Seconde Guerre mondiale. C'est au milieu des années 60 que le taux de mortalité infantile a recommencé à augmenter et que l'espérance de vie a diminué, particulièrement dans les républiques asiatiques.»*

Deuxièmement, concernant la Chine, Navarro déclare : *«Il est important de remarquer que l'énorme progrès sur le plan de la mortalité infantile, réalisé dans la période 1949-1980, a régressé depuis l'introduction d'éléments capitalistes en Chine au début des années 80. La mortalité infantile a diminué de manière significative jusqu'en 1981. A partir de ce moment, cette diminution s'est ralentie fortement à la campagne tandis que, dans les zones urbaines, l'évolution des chiffres de mortalité infantile (pour la période 1983-1989) s'est renversée et que ces chiffres ont recommencé à augmenter. Le rythme de croissance de la consommation d'hydrates de carbone s'est mis à baisser dans la campagne chinoise à partir de 1983, tandis que la consommation de céréales, de viande et de poisson plafonne après avoir connu une forte augmentation dans les années 70. Dans les zones urbaines, la consommation de ces produits a aussi plafonné et commence maintenant à diminuer.»* (17)

3. Même un système socialiste malade, dégénéré ou diminué est encore supérieur, en matière de développement humain, à un capitalisme dynamique, expansif et agressif.

Pour étudier cette thèse, il est important de considérer l'évolution sur le plan du développement humain en URSS et dans les pays d'Europe de l'Est - après la chute des régimes socialistes malades et leur conquête par un capitalisme agressif, expansif et dynamique. En ce moment, il est peut-être trop tôt pour attendre de ces pays des études épidémiologiques sérieuses (en fera-t-on encore jamais ?) évaluant la situation actuelle sur le plan du développement humain dans une économie «de marché libre, capitaliste et démocratique», et la comparant avec la situation antérieure. Mais les nombreuses données qui nous parviennent sont si frappantes qu'on peut véritablement parler d'une tiers-mondisation de ces pays. Le rapport annuel de l'Unicef de 1992 (18) constate sur base de deux études sur le terrain (19) (20) :

«Entre fin 1989 et mai 1990, le chômage a décuplé. En Pologne, on s'attend à ce qu'à la fin de 1991, le chômage touche deux millions de personnes, soit 15 % de la population active. En Tchécoslovaquie, on prévoit pour la fin de 1992 un demi-million des chômeurs. Ceux qui ont encore un emploi ont vu leurs revenus baisser de manière considérable. En Pologne, le salaire net moyen a diminué de 25 % au cours des neuf premiers mois de 1990. En Bulgarie, cette diminution a atteint presque 50 %. En Tchécoslovaquie, on prévoit que le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté va quadrupler en 1991. En Pologne et en Union soviétique, 40 % de la population vit actuellement en dessous du seuil de pauvreté officiel. Le salaire minimum et les allocations ont également diminué. Les entreprises ont aussi supprimé l'aide sociale qu'elles fournissaient autrefois aux familles des travailleurs. La Tchécoslovaquie a réduit de 20 % ses dépenses dans le domaine des soins de santé en 1990, et de 10 % ses dépenses dans le secteur de l'enseignement au cours des deux dernières années. L'insuffisance des filets de sécurité en matière sociale est due, en partie, à de mauvaises estimations du poids qu'ils auraient à supporter. La Pologne, par exemple, avait prévu que le chômage toucherait 400.000 personnes et que les revenus baisseraient de 5 à 10 %. En réalité, le nombre de chômeurs est passé à 1,4 million et les revenus ont baissé de 27 %. (...) La suppression des subsides a fait grimper les prix et de nombreuses familles consacrent 50 à 60 % de leurs revenus rien qu'à la nourriture. La consommation de pain, de lait et autres produits de base a diminué en Bulgarie, en Hongrie, en Pologne, en Union soviétique et en Yougoslavie. En Albanie, où la situation est la plus mauvaise, près de 20 % des enfants souffrent de sous-alimentation et la mortalité infantile a doublé depuis 1989 (elle était alors de 15 pour mille naissances vivantes)».

Pour illustrer quelle influence l'offensive anticommuniste exerce au plan idéologique sur un homme comme, par exemple, James Grant, le directeur-général de l'Unicef, citons le titre et le commentaire qu'il place au dessus de l'encadré cité plus haut. Ils sont très révélateurs. «Europe de l'Est : transition à visage humain. En peu de temps, des changements historiques se sont produits : le monde est témoin de (...) la libération de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est (...), la renonciation à une économie de monopole d'Etat (...). Cette révolution diffère considérablement des révolutions du passé. Premièrement, parce que son principal outil n'est pas la violence, mais la communication. Les moyens étant souvent inhérents à l'objectif, cette révolution diffère aussi des autres parce qu'elle semble être une révolution par laquelle le pouvoir ne passe pas entre les mains de quelques-uns mais de la masse (...) Maintenant que l'Europe de l'Est franchit un pas courageux dans la voie de la démocratie et de l'économie de libre marché (...) les pays riches pourraient jouer ici un rôle spécifique, tout comme dans les pays en développement, en contribuant à maintenir un niveau minimum dans le secteur de la santé et dans celui de l'enseignement».

Le Nicaragua est aussi un très bon exemple pour vérifier cette thèse. Les évolutions successives et récentes (sur une période d'à peine quinze ans) permettent une comparaison claire de la situation sur le plan du développement humain dans un même pays, sous des situations et des «modèles» différents. La période Somoza avant 1979 : mortalité infantile de 121 pour mille, espérance de vie de 53 ans. La première période après la libération sous le gouvernement sandiniste (1983-1985) : mortalité infantile de 63 pour mille, espérance de vie de 64 ans, éradication de la polio, mortalité due à la rougeole : négligeable. (21)

La seconde période sous le sandinisme : quand la guerre des contras, l'embargo américain et le Low Intensity Conflict ont atteint leur apogée : stagnation de la plupart des indicateurs de santé. (22)

La période qui a suivi la chute des Sandinistes et la victoire de l'impérialisme américain : recul rapide de tous les indicateurs de santé. La mortalité infantile s'est accrue de 24 pour mille début 92, depuis l'arrivée au pouvoir du gouvernement pro-américain de Chamorro. (23) (24)

Dans le Nicaragua d'aujourd'hui contrôlé par l'impérialisme, sans guerre, sans embargo, recevant le soutien massif des Etats-Unis, beaucoup plus d'enfants meurent chaque année, moins d'enfants fréquentent l'école, le pouvoir d'achat de la population est moindre, il y a moins de services sociaux... que sous le régime sandiniste, menacé et miné par un embargo meurtrier et une guerre meurtrière

(contre les Contras ; cette guerre a absorbé à elle seule 50 % du budget national et a disloqué des parties vitales de l'économie). Le Nicaragua n'était pas un pays socialiste. Le sandinisme a tenté de suivre un cours anti-impérialiste indépendant, imprimant dans le budget national d'importantes orientations sociales. Il est important de mesurer l'évolution sur le plan du développement humain aussi bien dans un pays industrialisé comme l'URSS que dans un pays pauvre du tiers monde comme le Nicaragua pour évaluer les conséquences réelles de la politique de glasnost d'un Gorbatchev ou du sandinisme, et pour considérer et apprécier plus objectivement les conséquences d'une politique de capitulation face à l'impérialisme.

4. Dans les pays capitalistes, le degré de la lutte des classes détermine dans une large mesure le degré de développement humain.

Il existe déjà un vaste matériel qui indique que, dans les pays industrialisés, l'amélioration des conditions de vie de la population, la législation sociale, les meilleures conditions de logement, l'augmentation du pouvoir d'achat de la population ont eu un impact très important sur l'amélioration de la santé publique, et ceci avant même que la médecine soit en mesure d'apporter une contribution efficace à l'état de santé de la population (les premiers médicaments vraiment efficaces n'ont été mis au point qu'aux alentours de la Seconde Guerre mondiale). **(25)** Il existe une relation essentielle entre les acquis socio-économiques des classes ouvrières et la lutte des classes. Cette relation présente trois caractéristiques importantes:

1. Jamais, pas même dans les pays capitalistes industrialisés, aucune amélioration du niveau de vie, de la législation sociale, des droits politiques n'a été obtenue sans être arrachée par une période de lutte de classes violente. Les grèves et les révoltes ouvrières des années 1870 et 1886 ont conduit à l'élaboration de la première législation sociale. La lutte pour le suffrage universel s'est jouée lors des trois grèves générales de 1893, 1902 et 1913. Il a été octroyé dans la période révolutionnaire qui a suivi la Première Guerre mondiale. **(26)** La base de la sécurité sociale actuelle a seulement été élaborée dans la période révolutionnaire qui a suivi la Seconde Guerre mondiale. Ce fut la concession la plus importante faite à ce moment-là par la bourgeoisie au mouvement ouvrier pour ne pas perdre le contrôle du pays. (C'est à cette période qu'a été créé en Angleterre le fameux service national de la santé, le «National Health Service», qui a contribué à ce que l'Angleterre connaisse alors le taux de mortalité infantile le plus bas des grands pays européens). A leur tour, les autres acquis du système de sécurité sociale n'ont été conquis qu'après une dure lutte. **(27)**

2. Mais parallèlement, les concessions de la bourgeoisie étaient aussi destinées à éviter une situation "plus grave" (des mouvements révolutionnaires). Ainsi, César de Paepe, un des dirigeants historiques du parti socialiste belge, écrivait à la fin du siècle dernier : *«Si nous demandons le suffrage universel, c'est pour éviter une révolution, car le dilemme qui se pose actuellement à la population belge est le suivant : réforme ou révolution, droit de vote universel ou bouleversement universel»*. **(28)**

3. La population travailleuse doit lutter sans discontinuer pour maintenir ses acquis. En période de crise particulièrement, la bourgeoisie tente de faire porter le poids de la crise par les travailleurs, notamment en démantelant systématiquement la sécurité sociale. **(29)**

Bien entendu, cette analyse vaut aussi, a fortiori, pour les pays du tiers monde sous contrôle capitaliste et impérialiste. Navarro décrit l'exemple très particulier de Kerala, l'Etat le plus pauvre de l'Inde. Dans les années 50, Kerala avait le même niveau de santé publique que le reste de l'Inde. Aujourd'hui, Kerala connaît un taux de mortalité infantile de 27 pour mille, alors que ce taux est de 95 pour l'ensemble de l'Inde. L'espérance de vie des femmes est de 73 ans (1986) (56,5 pour l'ensemble de l'Inde). Par contre le revenu par habitant n'est que de 1.382 roupies (1981) alors qu'il est de 1.571 pour l'ensemble de l'Inde. **(30)** Les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé citent souvent Kerala comme un exemple de «good health at low cost», démontrant qu'il est possible d'améliorer la santé publique de manière significative, même en restant pauvre. Ou, comme le dit l'Unicef :

«Etant donné qu'en raison de la récession économique les pauvres resteront certainement pauvres, et qu'on ne consacrera pas de moyens au développement humain, le progrès dépendra surtout d'un meilleur usage des moyens disponibles». (31) En d'autres termes, des pays comme Kerala sont montrés en exemple pour répandre l'illusion qu'il est possible d'améliorer la santé publique sans devoir toucher aux causes de la misère (l'exploitation par l'impérialisme). Mais ce qu'on ne dit pas, c'est que le peuple de Kerala a dû développer, pour en venir où il en est, un haut degré de lutte de classe. Grâce à quoi le parti communiste (de type léniniste, comme l'écrit Navarro) a pu participer pendant de longues périodes à une force gouvernementale progressiste. Grâce à quoi d'importantes mesures ont été conquises - réformes agraires, législation sociale, enseignement pour la population féminine... - à Kerala, mais pas dans les autres Etats indiens. Avec toutes les conséquences positives que cela peut avoir sur la santé publique et le degré de développement humain.

Notes :

1. James Grant, *The State of the World's Children 1992*, Unicef, Oxford University Press.
2. Vincente Navarro, *Has socialism failed ? An analysis of health indicators under socialism*. International Journal of Health Services, Volume 22, Number 4, p. 583-601, 1992.
3. Pan American Health Organization. *Health Conditions in the Americas*, Vol. I, Washington D.C., 1990.
- Chiffres cités dans un article de Vincente Navarro, *Has socialism failed ? An analysis of health indicators under socialism*. International Journal of Health Services, Volume 22, Number 4, p. 583-601, 1992.
4. James Grant, *The State of the World's Children 1992*, Unicef, Oxford University Press.
5. Vincente Navarro, op. cit., p. 587.
6. Vincente Navarro, op. cit., p. 588.
7. James Grant, *The State of the World's Children 1992*, Unicef, Oxford University Press.
8. Idem p.72-73.
9. Vincente Navarro, op. cit., p. 592.
10. Idem, p. 588.
11. Idem, p. 596.
12. Idem, p. 596. Pour ce matériel, Navarro emploie comme source l'ouvrage de David et Feshback, *Rising Infant Mortality in the URSS in the 1970's*, U.S. Bureau of the Census, Washington D.C., 1980.
13. James Grant, *The State of the World's Children 1992*, Unicef, Oxford University Press, p. 146-147.
14. Vincente Navarro, op. cit., p. 584.
15. Lieven Soete, *Het Pact*, 1989, EPO Berchem.
16. Ludo Martens, *L'URSS et la contre-révolution de velours*, EPO, 1991, p. 25-29.
17. Vincente Navarro, op. cit., p. 591.
18. James Grant, *The State of the World's Children 1992*, Unicef, Oxford University Press, p. 18.
19. *Children and the Transition to the Market Economy: Safety Nets and Social Policies in Central and Eastern Europe*, Unicef, International Development Centre, Florence, Italie, 1991.
20. Mémoire privé relatif à la mission de l'Unicef en Albanie, juillet 1991.
21. J. Donahue, *Planning for Primary Health Care in Nicaragua: A Study in Revolutionary Process*, Social Science & Medicine, vol. 23, 1986, p. 149-157.
22. R. Garfield, *War-related Changes in Health and Health Services in Nicaragua*, Social Science & Medicine, vol. 28, 1989, p. 669-676.
23. David Werner, *The High Cost to Children of Nicaragua's Change in Government*, Newsletter from the Sierra Madré, Hesperian Foundation, avril 1992, Palo Alto, USA.
24. Cabinet économique gouvernement Chamorro, mars 1992.
25. Voir notamment T. McKeown, *The rôle of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Princeton University Press, Princeton, N.J., 1979.
26. Notamment Jo Cottenier, *La Générale 1822-1992*, EPO, Berchem, 1989, chapitre 2.
27. PTB, *Y en a marre des tunnels*, 1992, p.23.
28. Jo Cottenier, op. cit., p. 58.
29. PTB, *Y en a marre des tunnels*, 1992, p.23.
30. Vincente Navarro, op. cit. p. 591-595.
31. James Grant, *The State of the World's Children 1992*, Unicef, Oxford University Press, p. 70.

Les soins de santé en Chine

(Lieve Dehaes ; médecin à la maison médicale de Médecine pour le Peuple à Seraing.)

Essayer d'apprécier les soins de santé en Chine est une entreprise complexe, qui nécessite une analyse matérialiste et nuancée. J'ai eu l'opportunité de séjourner pendant quatre mois en Chine en 1983, m'intéressant essentiellement aux soins de santé dits communs, c'est-à-dire préventifs et curatifs. J'exclus donc dans cet article les domaines des maladies professionnelles, de la psychiatrie, des maladies environnementales... Ces domaines de la santé méritent certainement une analyse plus approfondie ainsi que la comparaison nuancée avec nos systèmes occidentaux, mais dépassent le cadre du sujet qui nous intéresse.

Dix ans plus tard, quelle analyse faire de la situation ? Quelle différence ? Quels résultats, quels défis ?

Il me semblait intéressant d'analyser l'impact de la réforme agricole de 1978 ainsi que l'impact possible de la politique actuelle du gouvernement chinois, exprimée lors de son 14e congrès. Espoir ou désespoir, rejet ou adoption ? L'issue finale sera déterminée par le cours que la Chine suivra. Socialisme ou libéralisme. Tout est encore possible.

Un long chemin parcouru, qui a forcé l'estime du monde entier

Les publications scientifiques font l'unanimité. L'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF en tête. En une génération, la Chine a réussi non seulement à se libérer de l'impérialisme, mais également à évoluer d'une société semi-féodale à une société en voie d'industrialisation. Elle a balayé, en se basant essentiellement sur ses propres forces, les maladies typiques d'un pays du tiers monde. Elle fait actuellement face à un fléau typique des pays industrialisés: les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies professionnelles et les accidents de la circulation se trouvent en tête de cortège.

D'autres pays du tiers monde ont tenté d'appliquer le modèle chinois, partiellement ou entièrement - le Botswana, l'Inde, la Colombie - mais ont échoué.

«La Chine est l'exemple qu'il est possible de réduire la natalité, même pour un pays pauvre, essentiellement rural, à condition que le gouvernement élabore un programme vigoureux de restriction des naissances. Néanmoins, très peu de pays bénéficiant du même revenu que la Chine ont un gouvernement qui peut prétendre aux mêmes capacités politiques et organisationnelles que la Chine ou qui a élaboré des règles sociales et économiques tellement bien réfléchies qu'elles puissent être acceptées et diffusées comme nouvelles normes tout en respectant l'adhésion.» **(1)(2)(3)**

L'efficacité d'un système de soins de santé n'est pas uniquement une question de nombre de médecins, de leur savoir faire ou du droit à la santé. (Notons au passage qu'aux Etats Unis, le débat si la santé est un droit ou un privilège n'est toujours pas clos. La médecine à deux vitesses y est une réalité.) La santé pour tous implique l'accès égal aux moyens de production (tels la terre à cultiver, les matières premières, les usines), ainsi que le droit égal à la participation dans les organes de décision sociale, afin de pouvoir contrôler les ressources essentielles. Ces facteurs sont, somme toute, plus importants que le savoir faire ou le personnel médical. La politique économique - c'est-à-dire les relations sociales de production et des forces de production - détermine aussi bien la pathologie présente que les services de soins de santé disponibles. **(4)** Les relations sociales de la production comprennent aussi bien la socialisation du capital que du travail. **(5)** La raison de l'échec des pays du tiers monde, pour la plupart dominés par le marché libre et la propriété privée - est principalement dû au fait que le modèle chinois y a été appliqué en dehors de son contexte économique et politique. Il est important de ce point de vue de s'arrêter quelque peu sur le modèle chinois, tel qu'il a existé depuis la libération en 1949, jusqu'en 1978 où la réforme agricole a eu lieu. Il est également important de cerner la situation chinoise à la veille de la libération.

Avant 1949 : l'occupation étrangère

Les conditions sanitaires du peuple chinois avant la libération étaient déplorables. Dans la société semi-féodale, seule la grande bourgeoisie avait droit à la santé. Malgré la grande ouverture de la Chine vers les sciences venant des pays arabes, de l'Inde et même de l'Occident, ce savoir faire ne profitait qu'à une poignée de gens. La majorité des Chinois mouraient dans la plus grande pauvreté, la famine, sans même jamais avoir vu un médecin de leur vie. Les plus chanceux parmi eux avaient tout au plus bénéficié des soins d'un médecin traditionnel, à la formation médiocre, pour la plupart transmise inchangée depuis 2.500 ans avant JC de père en fils. (6)

Durant le 19e siècle, on accordait des privilèges politiques et économiques aux impérialistes européens sous forme du droit d'introduire la médecine occidentale par le biais de la construction d'hôpitaux, de cliniques et d'écoles de médecine. La première école de médecine fut d'ailleurs ouverte à Shanghai par les Jésuites. Considérés par les Occidentaux comme des actes de charité, ces gestes philanthropiques n'étaient en fait qu'une autre arme de domination économique et politique. Leurs écrits ne laissent point planer le doute à ce propos. Voici des témoignages de médecins missionnaires de l'époque :

«La façon la plus évidente d'introduire le christianisme en Chine c'est le biais de la médecine, tandis que la meilleure façon de promouvoir le commerce avec la Chine est le travail des missionnaires. La médecine est le pionnier du christianisme, tandis que le christianisme et le pionnier de la promotion commerciale.» (6) Ou le Père Bridgeman dans une lettre à sa famille :

«Nous diffusons le christianisme en Chine plutôt pour des raisons politiques que pour des raisons religieuses.» (6) Ou un autre missionnaire, Mr Beedle :

«Tandis que les canons occidentaux ne sont pas capables de pénétrer en Chine par la porte arrière, le Dr. Parker nous ouvre la grande porte avec son bistouri.» (6) (Le Dr Peter Parker était un médecin missionnaire, vivant de 1804-1988. Ndlr)

L'agressivité des puissances impérialistes décupla après la guerre de l'Opium. A ce moment, la médecine était un instrument d'agression : la médecine traditionnelle fut interdite par les seigneurs de guerre, ainsi que son enseignement, et la médecine occidentale fut imposée par la force à la population, sans pour autant être capable d'améliorer le sort de celle-ci de façon substantielle. (6)

A la veille de la libération, en 1949, la Chine se trouve donc dans une situation sanitaire désastreuse : non seulement le savoir faire de la médecine occidentale est monopolisé par les impérialistes et la bourgeoisie compradore, mais de surcroît les institutions traditionnelles sont inexistantes ou quasi réduites à la clandestinité. C'est une situation classique dans les pays du tiers monde infestés par les colonialistes. Le tableau 1 donne une idée de la santé publique en 1950. Il y a 1 médecin pour 14.056 habitants. En 1980, il y a 1 médecin pour 2.190 habitants. (4)

Indicateur de mortalité	1949	1982	1986
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances)	200	20,3	14,3 (urbain) 27,3 (rural)
Espérance de vie (années)	35	68	68,9

Source : Chinese Health Statistical Digest, Ministry of Public Health, PRC, 1986
*On estime qu'il y a une sous-estimation de 30 %

1949-1978 : Communes populaires et médecins aux pieds nus

La République Populaire de Chine fut fondée en octobre 1949. Les efforts de libération de la Chine furent soldés par un isolement de la communauté internationale. Mao Zedong se trouve donc devant le défi de faire progresser ce pays gigantesque en s'appuyant essentiellement sur ses propres forces. C'est en 1950 que se tient la première conférence nationale de la santé.

Cette conférence fixe les quatre axes sanitaires principaux :

1. Procurer des services de santé à la population
2. Priorité à la prévention
3. Intégration de la médecine traditionnelle chinoise et de la médecine occidentale
4. Lancer et diriger des campagnes sanitaires sur tout le territoire. (7)

Afin que les campagnes sanitaires soient portées par les masses, des comités multisectoriels ont été créés à tous les niveaux de l'administration. De cette façon, on prévoyait que les campagnes sanitaires ne soient pas isolées, mais la cause de chaque citoyen (comités de jeunes, de femmes, de paysans, de travailleurs...). Les responsables politiques étaient également concernés à tous les niveaux par ces campagnes.

Le gouvernement central, de son côté, s'efforça d'améliorer le système sanitaire local par la construction d'hôpitaux, de stations épidémiologiques et de prévention, des antennes pour la maternité et l'enfance. Dans les villes, les cabinets médicaux privés existants furent absorbés par les cliniques publiques.

Très rapidement on se rendait compte que les plus gros problèmes se présentaient dans les campagnes. Les paysans avaient toujours des difficultés d'accès aux soins de santé les plus primaires. Pour cette raison, le gouvernement chinois décidait, en 1955, de démarrer un système coopératif de services médicaux. (8)(9)

Ce système était basé sur le bénévolat, l'aide mutuelle et la coopération. C'est dans ce système que les médecins aux pieds nus ont trouvé leur place. Plus tard, après la réforme agricole de 1978, on les a appelés les médecins de village. Le nombre de médecins aux pieds nus augmentait très rapidement pour atteindre le maximum de 1,56 million en 1975. (10) (tableau 2)

	Médecins villageois	Aides de la santé	Total
1970	—	—	1 218 266
1977	—	—	1 559 214
1980	—	—	1 463 406
1985	643 022	650 072	1 293 094
1987	723 799	554 700	1 278 499

Pour la Chine rurale, les médecins aux pieds nus forment la majorité des travailleurs de la santé dans les campagnes. Les coûts des soins de santé sont supportés par le fonds de bien-être de la commune, par de petites cotisations de la population et par la sécurité sociale qui est également basée sur la structure coopérative de la commune. Dans la pratique, cela signifie que les patients sont soignés quasi gratuitement, aussi bien au niveau de la brigade qu'à des niveaux supérieurs. La médecine préventive est entièrement gratuite pour tout le monde.

Les tâches des médecins aux pieds nus s'orientent principalement vers la prévention et les campagnes sanitaires. Ils s'occupent également de la maternité et de la petite enfance, des problèmes de planning familial : l'application de la campagne de l'enfant unique. Dans un pays du tiers monde comme la Chine, cette campagne est d'une aussi grande importance que les campagnes contre la bilharziose, la malaria, les gastro-entérites et la promotion de l'allaitement maternel, étant donné l'énorme explosion démographique et le peu de nourriture disponible.

Dans le cadre de la prévention, les médecins aux pieds nus sont des maillons précieux pour le contrôle épidémiologique. Ils contrôlent l'eau sur les impuretés bactériologiques (surtout après les grandes pluies quand les puits publics sont contaminés par des excréments et les eaux insalubres). Ils centralisent également les statistiques sanitaires de leurs unités pour les communiquer au niveau central. Ils organisent et supervisent les campagnes de prévention, les campagnes contre les maladies transmissibles. **(8)**

Enfin, ils soignent également les maladies les plus communes. A cette fin ils reçoivent, une fois sélectionné comme candidat au poste de médecin aux pieds nus, une formation minimale de 3 mois dans le centre de leur commune. Pour des cas plus compliqués, ils peuvent compter sur les institutions de l'échelon supérieur.

Il est clair qu'un médecin aux pieds nus ne saurait prendre en charge toutes ces tâches. Il est entouré d'une équipe d'aides sanitaires (en général 2 à 3 par médecin aux pieds nus).

Ils retourneront régulièrement se recycler dans les institutions de l'échelon supérieur. Ainsi on a créé une communication dans les deux sens: du niveau inférieur vers le supérieur et vice-versa. Dans la pratique, cela revient à ce que les médecins de l'échelon supérieur retournent régulièrement dans les campagnes, dans l'unité de base, et que le médecin de l'unité de base retourne régulièrement à un niveau supérieur. Les deux travailleurs sanitaires restent donc très régulièrement en contact avec la population paysanne, en lien avec la réalité quotidienne. **(11)**

Les médecins aux pieds nus font partie intégrante de leur unité de base. D'une part ils y travaillent comme médecin, et d'autre part, ils participent aux travaux pratiques dans les champs. Etant élus par la population pour accéder à la formation de médecin aux pieds nus, ils restent intimement liés à cette population. Le médecin aux pieds nus est payé comme tout autre membre de la commune. Il reçoit une partie de son salaire en nature (céréales et autres), et il reçoit également un salaire en argent, suivant les points de travail qu'il a obtenu. Fondamentalement, il est donc rémunéré de la même façon que les autres, même s'il reçoit un peu plus de points de travail. Le surplus de points de travail sert entre autres à le couvrir pour les activités non productrices, comme par exemple son recyclage. Dans les comités de gestion du centre de santé, qui gère le centre du point de vue financier aussi bien que du point de vue de sa politique sanitaire, le médecin aux pieds nus est traité comme les autres membres du comité. Dans le comité, on trouve également des représentants des instances gouvernementales, afin de guider le travail dans le sens des décisions centrales.

Si ce système de soins de santé était rudimentaire, tant du point de vue de la formation des médecins aux pieds nus que du point de vue de l'infrastructure, il a largement contribué à la santé des Chinois, en témoignent les chiffres de la mortalité infantile (tableau 1). **(12)** Les avantages de ce système reposaient pour l'essentiel sur 4 points.

1. Le médecin aux pieds nus est du peuple, parmi le peuple et pour le peuple. Cette position ne lui apporte pas d'avantage et son stimulant de travail dépasse l'aspiration purement salariale.

2. Son travail s'inscrit dans une stratégie sanitaire nationale, un ensemble planifiée, partant des intérêts non seulement d'une minorité au pouvoir, mais des intérêts de la population entière. L'accent est mis sur la santé dans les campagnes, axe tout à fait correct pour une société dont 80 % de la population appartient à la paysannerie.

3. La stratégie sanitaire nationale est basée sur une structure économique et sociale qui la sous-tendent fondamentalement, condition sine qua non du succès de la politique sanitaire.

4. L'échelonnement du secteur des soins de santé, ainsi que la participation de l'administration à tous les niveaux, devaient garantir l'application du centralisme démocratique, c'est-à-dire une stratégie émanant du sommet, appliquée à la base dont les résultats et problèmes retournent au sommet pour vérification et rectification éventuelle.

Ceci est unique pour la Chine : appliquer un système centralisé - c'est-à-dire avec une stratégie et une planification centrale, mais laisser l'exécution aux échelons inférieurs en leur donnant une large marche d'action pour réaliser les projets. **(13)(14)**

Vers la fin des années 70, cette politique porte inéluctablement ses fruits : le niveau de vie de la population a sensiblement été amélioré. Cela ne se traduit pas seulement au niveau de la santé, mais aussi au niveau des conditions de logement, des dépenses culturelles... Le peuple chinois n'a plus besoin de se battre pour son pain quotidien, mais peut dépenser une grande part de ses revenus à des besoins tels le confort ménager, la lecture... Le système n'est pour autant pas parfait et une réforme s'impose. Elle se réalisera en 1978 pour les campagnes et en 1985 dans les villes.

La réforme de 1978 mène à l'abolition des communes, à la décollectivatisation

Comment juger la situation en 1978 ? Depuis 1949 jusqu'à cette date, la situation dans l'agriculture, artère vitale de la Chine, a été assez fluctuante. Durant toute cette période, on peut considérer que la production agricole a été stable pendant 15 ans. Néanmoins, on se doit de considérer tous les aspects de la collectivisation et on doit en conclure que le bilan reste positif. Au niveau rural, la collectivisation a conduit à des travaux d'infrastructure importants, ce qui est positif. La plupart des pays du tiers monde manquent d'infrastructures adéquates. Grâce également à la collectivisation, le grand exode des campagnes vers les villes a été évité : près de 100 millions de paysans sont restés dans les campagnes. Ici aussi, force est de constater que l'exode vers les villes constitue un handicap majeur dans la plupart des pays du tiers monde. Parallèlement au développement agricole, un vaste réseau éducatif et sanitaire a été mis en place. Comparé aux autres pays du tiers monde, ceci se passe de commentaire.

La planification centrale a permis un développement efficace, mais à de nombreux endroits, elle a mené à un autoritarisme trop poussé, à une intervention dans les moindres détails. Ceci a évidemment sapé l'esprit de créativité et d'initiative de mainte coopérative, minant petit à petit la motivation des paysans. D'autre part, l'agriculture a subi les conséquences de «l'effet de ciseaux». La Chine avait décidé de promouvoir fortement l'industrialisation, afin de rattraper le retard industriel important. A cet effet, une grosse part des revenus de l'agriculture était pompée dans l'industrie. L'Etat rachetait à bas prix les produits agricoles, des fois même à un prix inférieur au prix de revient. Ainsi le système de rémunération n'a pas stimulé les paysans. Basé sur les points de travail, sorte de forfait, ne tenant nullement compte du travail individuel réellement presté, la rémunération se faisait essentiellement en nature. 24,7 % du revenu seulement était payé en argent. Avec les besoins changeants des paysans, c'est-à-dire moins de dépenses en matière de nourriture et davantage en matière de confort et de culture, les paysans se voyaient vraiment ligotés. **(15)(16)**

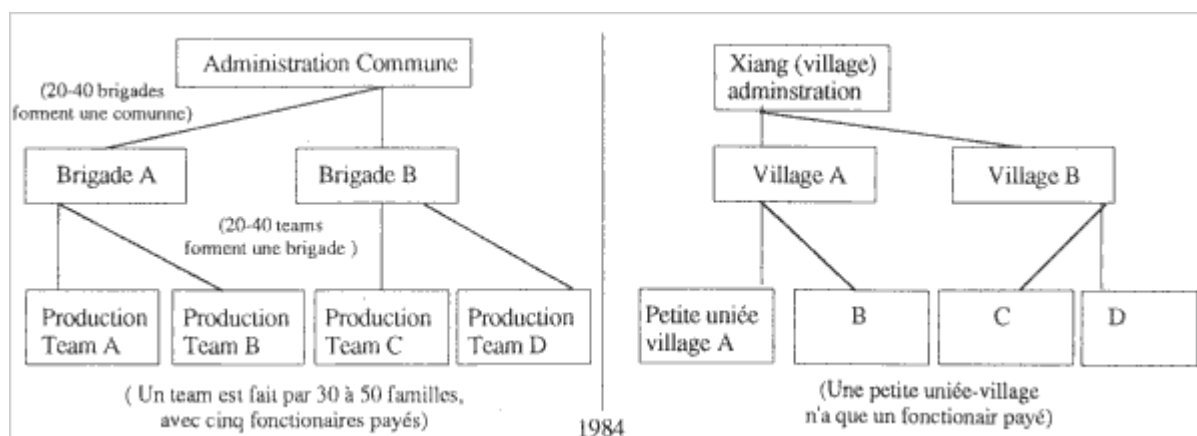
Afin de libérer à nouveau l'initiative des paysans, l'un et l'autre ont amené à une réforme du système.

Le contenu de la réforme

L'Etat a tenté de responsabiliser les familles paysannes afin de les re-motiver. Au lieu que chaque famille travaille la terre de la commune et soit rémunérée de façon égalitariste, chacune d'elles a reçu un morceau de terre. Le but était de lutter contre le laisser-aller et l'absentéisme. Un autre objectif était la diversification de la culture et la spécialisation.

Les quotas restaient de mise, mais le surplus produit par chaque famille lui appartenait et elle pouvait le vendre sur le marché libre. Très rapidement, certaines familles se sont spécialisées dans de nouvelles activités. Ainsi se sont développées la pisciculture, la sylviculture... Très rapidement, on assiste aussi à la demande de la part des familles de pouvoir gérer, non seulement sa terre, mais également l'outil pour la labourer : les boeufs, la machinerie, la main d'oeuvre. Tout doucement, des différences naissent entre les familles. Progressivement aussi, la nécessité de la direction des cadres du parti, auparavant importante pour mener à bien le travail des communes selon le plan national, se fait de moins en moins sentir, vu que chaque famille gérait désormais son lopin de terre plus ou moins à sa guise. Ceci se traduit très concrètement lors de la transformation des communes en villages, en 1984. Cette réforme impliquait une séparation entre la fonction administrative et la gestion économique de la commune. Tandis qu'une équipe de production se voyait attribuer cinq officiels selon l'ancien système des communes (cf. tableau 3) (8), l'unité du village nouvellement créée n'en possède plus qu'un seul.

Tableau 3 : Changements dans les structures administrative rurale



Cette perte de prise sur la politique de la production a amené finalement, en 1985, à ce que le gouvernement déclare que les normes de production ne pouvaient plus être impératives, mais n'avaient plus qu'une valeur indicative. Ceci, simultanément avec l'écoulement des produits agricoles sur le marché libre, a fait que l'Etat n'avait plus le monopole du marché.

Les effets pervers de la réforme sur le secteur des soins de santé

Nous ne nous attarderons pas ici sur les effets pervers de la réforme au niveau de l'agriculture. Ce n'est pas notre sujet. Nous nous pencherons par contre sur les effets pervers de la réforme en matière de santé. Si nous gardons en tête que le progrès dans la santé était le résultat d'une planification rigoureuse et l'application concrète du centralisme démocratique sur base de principes socialistes, le manque de planification et de centralisme démocratique devra nécessairement avoir des effets inverses sur le terrain. L'élévation du niveau de vie des paysans avait pour effet que les exigences au niveau des soins de santé ont été plus prononcées. Et cela, d'autant plus que la campagne de l'enfant unique, si elle ne fut pas une réussite intégrale à la campagne, avait poussé les exigences quant aux soins pour cet enfant unique.

Petit à petit les connaissances des médecins aux pieds nus se sont avérées insuffisantes. Malgré le doublement du temps de formation imposé à ces médecins, cette dernière restait largement insuffisante. On assiste alors au phénomène que les paysans consultent de plus en plus l'échelon de soins de santé supérieur, même s'ils payent de leur poche. Il y a donc une série de patients qui consultent trop et inutilement ou qui consomment trop de médicaments et dans les hôpitaux on trouve des patients qui n'y sont pas tout à fait à leur place. L'hôpital se voit également contraint de s'équiper davantage avec des appareils de diagnostic et de traitement plus performant, car la demande du public devient plus pressante également en matière de qualité des soins.

Il se produit également un changement de mentalité du médecin lui-même. Parallèlement, avec le boom d'activités familiales annexes chez, les paysans, l'écoulement des produits agricoles sur le marché libre et l'absence de normes impératives, les fonds de bien-être et de solidarité ne sont plus aussi bien fournis qu'auparavant. Simultanément, l'Etat, tirant moins de profit de l'agriculture, ne subventionne pratiquement plus que la prévention - c'est-à-dire les vaccins - et axe le reste de ses dépenses sur l'industrie. Le médecin de campagne - dorénavant plus appelé médecin aux pieds nus, mais médecin de village - voit son officine moins bien fournie, n'a plus autant d'aides sanitaires pour son travail préventif et épidémiologique. De surcroît, le système de points de travail est aboli et les villages disposant de moins de ressources pour le fonds de solidarité (auparavant 6 % des revenus des paysans), ne sauraient continuer à payer un salaire décent au médecin. Ici commence une spirale qu'on pourrait comparer au paiement à l'acte dans nos pays occidentaux. De là à la médecine libérale, le pas sera vite franchi.

Le médecin aura dorénavant le choix entre plusieurs formes de pratique médicale. Il peut travailler dans les locaux ou avec l'infrastructure de la communauté, mais il n'en est pas le propriétaire. L'administration du village met ces outils à disposition. Dans le cas d'un village plus riche, le médecin ne payera pas de loyer. Si le village est moins nanti, le médecin devra contribuer dans les frais. La possibilité d'acquérir lui-même son infrastructure lui reste également ouverte. Des formules intermédiaires existent également. Le même phénomène s'observe quant à son salaire. Les villages les plus riches peuvent subvenir à celui-ci, dans les plus pauvres, le médecin se débrouille.

Quant aux patients, idem. Dans les villages les plus riches, des subventions peuvent être octroyés tant pour les soins que pour les médicaments. Dans les plus pauvres, le patient se débrouille.

La qualité des soins en prend logiquement un coup. Le médecin, préoccupé par sa survie, ira moins souvent se recycler auprès des échelons supérieurs, car c'est une activité non lucrative. Immédiatement, les relations bénéfiques entre échelons se perdent aussi. La prévention sous forme d'éducation sanitaire, de campagnes de masse disparaît peu à peu. Il n'y a plus les forces nécessaires et ici aussi l'effort n'est pas rémunéré. Seuls les soins curatifs sont rémunérés et donc pratiqués. Les médicaments ne seront bientôt plus gratuits. Le patient pourra encore s'en procurer moyennant paiement. Si les résultats ne sont pas désastreux partout, nous assistons actuellement à des situations, notamment dans les régions les plus pauvres et les plus éloignées, où jusque 60 % des paysans n'a plus d'accès aux soins de santé primaires. C'est donc un net recul par rapport à la période de la collectivisation. Par manque de prévention, certaines maladies reviennent. En 1988, 5,7 millions de cas de tuberculose ont été signalés, soit 900 nouveaux cas par jour. La dysenterie, l'hépatite virale sont présentes dans toute la Chine. Dans les régions montagneuses, dans le Sud de la Chine (rivières !) et les plateaux centraux, la schistosomiase sévit à nouveau.

Le comportement du médecin en matière de prescription de médicaments commence à ressembler au comportement des médecins occidentaux. D'une part, le glissement vers une médecine curative et la foi aveugle en matière de produits pharmaceutiques (ouverture vers l'Occident oblige ! Janssen Pharmaceutica est une multinationale belge avec un marketing agressif, implantée en Chine) et d'autre part, le manque d'information et de recyclage adapté sur les produits pharmaceutiques, poussent les médecins à la prescription trop légère et peu réfléchie de spécialités pharmaceutiques. Le bénéfice qu'une telle prescription peut rapporter constitue sûrement un motif supplémentaire pour certains médecins. Si la situation est parfois désespérante dans certains villages pauvres, dans les communautés plus nanties, on doit constater que la population et son administration ont opté pour un retour à l'ancien système de fonds de solidarité, que la population y a moins subi les conséquences de la décollectivisation, et que les activités préventives et l'éducation sanitaire des paysans y souffrent moins.

En matière de médecine hospitalière, des phénomènes semblables s'observent. Ici aussi, les subventions de l'Etat ont petit à petit diminué. L'hôpital fait progressivement face à des responsabilités de gestionnaire. Il a acquis du matériel technologique plus performant. Comme l'Etat ne paye plus, il

est question de faire rentabiliser ce matériel. Le médecin spécialiste, en analogie avec le médecin généraliste, poussera à la croissance du nombre d'exams techniques, sans pour autant toujours pouvoir juger de l'opportunité diagnostique ou thérapeutique de son acte. En juillet 1992, le gouvernement chinois a autorisé la privatisation des hôpitaux et a laissé la possibilité au personnel hospitalier d'acquérir des actions dans l'hôpital. (17) L'hôpital bientôt une valeur en bourse ? On n'oserait y penser. Au même moment, le gouvernement abolit complètement le droit aux soins gratuits pour les employés de l'Etat. Jusqu'à présent, ces employés étaient couverts par l'Etat pour leurs soins hospitaliers.

De quoi l'avenir sera-t-il fait ?

Ayant pris connaissance de ce qui précède, le lecteur peut légitimement se poser la question : quel avenir pour les soins de santé en Chine ou pour la Chine tout court. Il convient dès lors de bien considérer toutes les forces qui rentrent en jeu.

Assistera-t-on, comme en ex-URSS au dépôt d'une proposition de loi pour le financement des soins de santé, totalement inspiré sur le modèle capitaliste américain ? Les auteurs de cette proposition, un groupe d'économistes et spécialistes en politique sanitaire, certainement pas ignorants quanta la marginalisation de bon nombre d'Américains de la sécurité sociale, a élaboré cette proposition en disant qu'il n'y aurait aucun problème pour la réalisation: il y aurait abondance de candidats pour privatiser la sécurité sociale à Moscou. D'autres chuchotent que ce changement est trop «radical» et préconisent plutôt le système canadien. (18)

Ou, la Chine, n'aurait-elle pas perdu toute sa raison ? Aura-t-elle suffisamment de présence d'esprit pour faire le bilan de son passé, tant envié par d'autres pays du tiers monde et ayant provoqué les félicitations de bon nombre de spécialistes en santé publique dans le monde ? Ou regardera-t-elle un quart de l'humanité périr sous le joug du marché libre, de la famine, de la maladie ? Des faits portent à croire que, malgré les positions révisionnistes du 14e Congrès, les événements ne sont pas irréversibles.

Le fait que dans les communautés mieux nanties, un retour vers les fonds de solidarité a été en plus ou moins grande mesure réalisé, prouve que cela répond fondamentalement aux aspirations du peuple. Le peuple a eu l'expérience socialiste pendant une génération. Il a été sorti, en une génération de temps, des ténèbres de la semi-féodalité pour atteindre un niveau de vie tout à fait décent. C'est un contraste flagrant avec des pays comme l'Inde, le Pakistan qui se sont «libérés», eux aussi, en 1949. Mais quelle différence. Tandis que les parias meurent quotidiennement dans les rigoles au Pakistan, en Chine, on passe grosso modo aux maladies d'un pays industrialisés. Le peuple chinois connaît plutôt l'excès que le manque de poids. C'est une expérience qu'il n'oubliera pas facilement. Il faut également situer la Chine dans le contexte contemporain international. D'une part, la Chine accède au GATT, entrant ainsi dans le jeu capitaliste mondial, mais d'autre part le Parti Communiste y existe toujours. C'est un constat non négligeable comparé à la chute de l'URSS et des pays de l'Europe de l'Est et dans le cadre d'un nouvel ordre mondial anticommuniste particulièrement agressif. Il ne faut pas oublier que la Chine, elle aussi, toujours pays du tiers monde, se prêterait très bien à une balkanisation. La question du Tibet pourrait être le précurseur. On n'est pour autant pas encore parvenu à diviser la Chine à la taille de ses multiples ethnies.

Malgré la ligne droitière du gouvernement actuel, la dictature du prolétariat n'a toujours pas été rayée des statuts et le Parti Communiste maintient son rôle dirigeant. Traduit en langage de «santé publique», cela signifie qu'un retour est possible. Cela signifie qu'on combattra à nouveau la schistosomiase, que la tuberculose sera enrayerée, que tout citoyen aura de nouveau accès à la santé, ce droit fondamental. Cela signifie que la prévention sera remise à l'honneur et que la médecine technologique sera dénuée de tout faux espoir et estimée à sa réelle valeur. Cela signifie que l'on abandonnera le système de paiement à l'acte des médecins et la privatisation des soins de santé. Cela signifie qu'on aura suffisamment de créativité pour penser un service national de santé bien dirigé et

planifié et laissant en même temps suffisamment de place pour l'initiative individuelle. Cette initiative devra se développer sous la direction du service national de santé qui sera le mieux à même de juger et de diriger le travail. En privatisant ou en faisant une partie du secteur des soins de santé en mains privées, le danger d'une évolution vers une pratique capitaliste de la médecine restera présent. Contrairement à l'ex-Union Soviétique où une très forte centralisation a miné l'initiative individuelle, la Chine a prouvé pouvoir centraliser tout en préservant l'initiative et la créativité des travailleurs de la santé au service des paysans et des travailleurs. Les médecins aux pieds nus l'ont prouvé par les résultats qu'ils ont obtenus.

Tout dépend comment «le socialisme à la chinoise» sera réalisé: aboutira-t-il au socialisme «à l'ancienne» avec la modernisation dont celui-ci aura besoin ou balayera-t-on d'un seul coup tous les acquis - sociaux et autres - de ce gigantesque peuple ? Ce sera ce qu'on appelle la lutte entre les deux lignes, la lutte des classes. Si les Chinois peuvent rester conscients que celle-ci ne se termine jamais, l'espoir sera justifié.

Notes :

- (1) Birsdall M. et Jamison DT., Income and other Factors influencing fertility in China. In: Popul. Dev. rev. 9, 633.
- (2) Chen Lincoln C, 1987. Coping with economic crisis : policy development in China and India. In: Health Policy and Planning : 138-149. Oxford University Press.
- (3) Neumann Alfred K. et al., 1988. Paying for Family PLanning in China. In: Health Policy and Planning, 3 (2), 119-130, Oxford University Press.
- (4) Brown Richard E., 1991. Community action for health promotion: a strategy to empower individuals and communities. In: International Journal of Health Services, vol 21,3, 441-456, Baywood publishing Co.
- (5) Turshen Meredith, 1989. Equity and Access. In: New Principles of Public Health, chapter 4:65-90, New Brunswick, Rutgers University Press.
- (6) Jinfeng Cai, 1988. Intégration of Traditional Chinese Medicine with Western Medicine - Right or wrong ?. In : Soc. Sci. Med., Vol 27, 5, 521 -529, Pergamon Press, Great Britain.
- (7) Lawson James et al., 1991. Health Policy Reform in the People's Republic of China. In: International Journal of Health Services, Vol 21,3, 481-491, Baywood Publishing Co.
- (8) Kan Xuegui, 1990. Village Health workers in China : reappraising the current situation. In: Health Policy and Planning, 5(1), 40-48, Oxford University Press.
- (9) Huang Shu-Min, 1988. Transforming China's collective health care System: a village study. In: Soc. Sci. Med., vol 27,9,879-888, Pergamon Press, Great Britain.
- (10) Young Mary E., 1988. Impact of rural Reform on Financing rural Health Services in China. In: Health Policy, 11, 27-42, Elsevier.
- (11) De-Long Su et al., 1982. The community Health Teaching Center in China. In: AJPH, September 1982, Vol 72, 60-91.
- (12) Navarro Vincente, 1992. Has Socialism failed ? An analysis of Health Indicators under Socialism. In: International Journal of Health Services, Vol 22, 4, 583-601, Baywood Publishing Co.
- (13) Parmelee Donna E et al., 1982. Medicine under socialism. Some observations on Yougoslavia and China. In : Soc. Sci. Med., Vol 16, 1390-1396, Pergamon Press, Great Britain.
- (14) Tollman Stephen, 1991. Community oriented Primary Care: origins, évolution, applications. In : Soc. Sci. Med., Vol 32,6,633-642, Pergamon Press, Great Britain.
- (15) Deom Christian, 1989. Présent et avenir de Sa République Populaire de Chine. Les réformes agricoles en Chine:origine et développements. In : Etudes Marxistes, 1989, 4, 5-17, INEM, Bruxelles.
- (16) Hinton William H., 1989. Point de vue critique sur les réformes agricoles en Chine. In: Etudes Marxistes, 1989, 4,19-24, INEM, Bruxelles.
- (17) s.a., 1992. Chinoises dualisme. In: De Huisarts, 28 oktober 1992, Bruxelles.
- (18) Telyukov Alexander V, 1991. A Concept of Health Financing Reform in the Soviet Union. In : International Journal of Health Services, Vol 21, 3, 493-504, Baywood Publishing Co.

Autres références :

- Crispen Paul, 1992. 14e congrès du PC en Chine - la dérive révisionniste n'est pas irréversible. In: Solidaire 218/49, 15, Bruxelles.
- Crispen Paul, 1992. Quatorzième congrès du Parti Communiste Chinois - la droite à l'offensive - 43 années de république populaire: leçons. In : Solidaire, 217/48, 18-19, Bruxelles. Destree Philippe, 1991. La Chine veut poursuivre le développement du socialisme. Dans: Solidaire, 12 juin 1991, 25, Bruxelles. Joseph A. and Philips D., 1984. Health Care Delivery Systems : some international comparisons - accessibility and utilization. In : Géographie Aspects on Health Care Delivery, s.e., s.l. OoiG.L., 1991. The Persistence of Chinese Medicine : Adjustment

La santé publique à Cuba

(Hilde Vanobberghen)

Article déjà publié dans le n° 12 d'Etudes Marxistes et repris pour compléter ce dossier Médecine.

La supériorité du système socialiste

Ces trois dernières décennies, la santé du peuple cubain a augmenté de façon si spectaculaire que la situation actuelle est comparable - et même parfois supérieure - à celle des riches pays occidentaux. D'abord l'OMS (1) ne voulait pas croire les résultats enregistrés. C'est donc cette organisation qui, en 1974, a envoyé une délégation indépendante afin de contrôler les statistiques cubaines. Celles-ci reflétaient de façon exacte l'état de la santé publique cubaine. L'OMS prôna ensuite ce modèle des soins de santé cubain comme solution potentielle pour les problèmes de santé dans d'autres pays pauvres du tiers monde. En donnant ce conseil, l'OMS n'a pas tenu compte d'un autre aspect important de la situation cubaine. L'amélioration de l'état de santé du peuple cubain n'a pas été réalisée seulement grâce à une amélioration des soins médicaux. La cause principale sont les changements politico-économiques qui eurent lieu après le triomphe de la révolution cubaine en 1959. L'installation d'un régime socialiste sur l'île a éliminé la pauvreté et l'inégalité des revenus parmi les différentes couches de la population fut nivelée. On a procuré aux Cubains de meilleures conditions de logement, l'accès à l'enseignement et aux services de santé publique et personne n'a plus dû souffrir de faim. L'avis de l'OMS, concernant les autres pays en voie de développement, qui consiste à copier le modèle de santé publique cubain n'a de sens que lorsque ces pays réussissent à instaurer de tels changements économiques et sociaux.

Dans cet article nous analyserons le modèle de santé publique cubain. D'où il vient, comment il a été réalisé et en quoi il consiste ? Nous prêterons attention aux critiques internationales du système et comparerons la situation cubaine à un autre pays du tiers monde, les Philippines. L'article est centré sur les soins de santé, ce qui ne signifie pas que nous devons perdre de vue la remarque faite ci-dessus. Le triomphe de la révolution cubaine, la construction d'un régime socialiste et les changements socio-économiques y allant de pair sont la base des réalisations dans le domaine de la santé publique.

Cuba avant la révolution de 1959

Dans les décennies qui ont précédé la révolution, la majorité du peuple cubain vivait dans la misère et la pauvreté, qui caractérisent aujourd'hui encore les autres pays du tiers monde. De mauvaises conditions de logement, le manque de nourriture et d'eau potable, l'analphabétisme, etc. Une faible espérance de vie (2) et une mortalité maternelle (3) élevée. Les causes de mortalité étaient, comme dans d'autres pays du tiers monde, la malnutrition, la diarrhée, la pneumonie, la tuberculose et la malaria. Vers la fin des années 50, la mortalité parmi les nourrissons (4) était de plus de 60 %. La moitié des enfants souffrait de malnutrition et, à la campagne, neuf enfants sur dix étaient contaminés par les parasites (5). Parmi les quelque 6.000 médecins cubains, plus de la moitié travaillaient dans la capitale, où se trouvaient également 70 % des équipements hospitaliers. Bien que dans la période d'avant 1959 on puisse remarquer quelques développements positifs (par exemple le taux de mortalité parmi les nourrissons n'étant pas extrêmement élevé et il y avait des institutions de prévoyance), cette période fut principalement caractérisée par un manque total de soins de santé à la campagne. Ainsi, en 1959, la campagne cubaine ne possédait qu'un hôpital d'une capacité de dix lits. Il n'existait aucune donnée concernant l'état de santé de la population paysanne (pourtant 40 % de la population en 1956). Ces 40 % de paysans gagnaient ensemble 10 % du revenu national, dont ils devaient dépenser les 2/3 pour la nourriture. Pour eux, les soins de santé existants s'avéraient impayables. De même pour le système de prévoyance, on peut remarquer que ce sont justement ces groupes de population qui en sont systématiquement privés. Il n'existait pas de système de prévoyance obligatoire pour les paysans et les ouvriers travaillant dans le sucre, le tabac ou le bâtiment. Et la cotisation pour une assurance

indépendante était trop élevée pour leur budget. Les soins de santé publique répondaient, en premier lieu, aux besoins de l'élite riche.

Cette petite minorité, sous contrôle étranger (américain), possédait la plus grande partie des terres et l'industrie. La santé publique était exploitée de façon commerciale, comme dans les autres pays du monde capitaliste. Avant la révolution, il y avait à Cuba environ 20.000 médicaments en vente, dont la plupart possédaient les mêmes substances mais avec une étiquette différente. 500 entreprises pharmaceutiques (dont 70 % étrangères) avaient une activité commerciale sur le marché intérieur. 80 % des médicaments étaient importés de l'étranger.

Cette exploitation et cette oppression du peuple cubain ont engendré une résistance. En 1953, quand la révolution cubaine n'était encore qu'un rêve, Fidel Castro déclara déjà dans sa plaidoirie de défense qui deviendrait célèbre plus tard : «L'histoire m'acquittera» (6) ; «Le problème de la propriété terrienne, le problème concernant l'industrialisation, les conditions de logement, le chômage, l'enseignement, la santé publique, sont les problèmes pour lesquels nous nous sommes appliqués, de toutes nos forces, à chercher des solutions, mis à part l'acquisition des libertés publiques et de la démocratie politique.»

Ensuite, les soins de santé ont toujours été une priorité absolue pour la révolution cubaine. Avant la chute de Batista, Castro, Che Guevara et les guérilleros, alors encore dans les montagnes de la Sierra Maestra, avaient déjà installé des soins de santé publique pour la population locale. Après 1959, un des buts principaux du gouvernement révolutionnaire était l'élaboration d'un système de santé publique gratuit et accessible à tous.

1959, l'année du changement

Depuis lors, la santé publique cubaine se base sur cinq principes. Des principes qui n'ont pas changé pendant les trente dernières années.

1. L'accès aux soins médicaux est un droit pour chacun. Afin de pouvoir réaliser ceci, il est nécessaire que les soins médicaux soient gratuits et que les équipements soient dispersés dans tous le pays.
2. La santé publique est la responsabilité de l'Etat.
3. Les soins de santé doivent être globaux. Ce qui veut dire que l'information, la prévention et la guérison des maladies doivent former un tout.
4. Le peuple et ses organisations de masse participent à l'élaboration et au fonctionnement du système de santé publique.
5. Les activités concernant les soins médicaux sont toujours intégrées au développement socio-économique. Au cours des années, les structures organisatrices, nécessaires pour la réalisation de ces principes, ont changé constamment. Les besoins les plus importants et les plus urgents de l'instant déterminaient la stratégie à suivre.

Durant les premières années, trois grandes tâches allaient de soi.

1. Fournir le plus de soins médicaux possible (principalement des soins curatifs) à une population qui souffrait principalement de maladies infectieuses aiguës.
2. L'élaboration d'un réseau de soins médicaux qui servirait de base à ce qui deviendra plus tard le système unitaire.
3. Fournir une formation rapide à un large personnel médical. Durant les premières années l'établissement de soins médicaux pour tout le monde a mené à une sérieuse bataille avec les intérêts médicaux établis. Des médecins qui vivaient en ville, furent envoyés à la campagne. Cette obligation et l'abolition du principe de profit et de toutes sortes d'autres privilèges des médecins ont causé un

véritable exode. Entre 1959 et 1964, 3.000 médecins cubains (pour un total de 6.000) ont quitté le pays. Cet énorme brain-drain - on perdait en effet 50 % d'intellectuels de formation médicale - était un problème auquel on devait faire face.

Durant les premières années, on s'est surtout appliqué à combattre les maladies infectieuses afin de pouvoir remédier à la mauvaise condition de santé de la population. Ceci se faisait par des programmes et des campagnes d'ordre national. Des programmes centrés sur des problèmes de santé spécifiques et dans des régions où le besoin était le plus urgent. Les soins de la mère et de l'enfant étaient également une priorité. Afin de mener à bien certaines mesures, comme les campagnes de vaccination, on faisait appel aux différentes organisations de masses (les comités de défense de la révolution, la fédération de femmes cubaines, les organisations paysannes...). Ainsi on a réussi, lors d'une campagne de vaccination contre la polio, à atteindre tout le pays en 72 heures ! Le résultat est le suivant : depuis 1963, la polio est éradiquée à Cuba, des années avant les Etats Unis.

D'un autre côté, on commençait l'élaboration d'une structure nationale de santé publique, d'après le modèle tchécoslovaque. Tous les hôpitaux existants (entre autres ceux du fonds des assurances) furent intégrés dans les services du Ministère de la Santé Publique (MENS AP). A la campagne, on construisait de nouveaux hôpitaux. Afin de pouvoir, après quelques temps, disposer d'assez de médecins, la capacité des facultés de médecine fut agrandie et de nouvelles furent construites. Le programme d'études fut révisé plusieurs fois, afin de pouvoir préparer le mieux possible les étudiants à leur travail de médecin au sein d'un système de santé publique socialiste. Pendant de nombreuses années les études de médecine étaient un choix de priorité. Jusqu'en 1971, les étudiants en médecine formaient 30 % de toute la population estudiantine.

Vers la fin des années 60, les soins de santé publique à Cuba constituaient un seul système. Une des caractéristiques des années suivantes étaient des services plus cohérents et mieux organisés grâce à des programmes améliorés pour les soins de la mère et de l'enfant et à l'installation de polycliniques. Les spécialistes qui occupaient ces polycliniques étaient responsables pour des soins médicaux de première nécessité. L'intégration entre la médecine préventive et curative n'étant pas encore tout à fait mise au point et le système se basant principalement sur la médecine hospitalière, cette situation a engendré des critiques de la part d'observateurs étrangers (voir plus loin).

En 1975, le système de santé publique cubain a subi quelques réorganisations. Mise à part la décentralisation administrative, il y eut aussi une restructuration des polycliniques. Les polycliniques devenaient responsables pour les soins de santé globaux d'une zone spécifique, comprenant une population d'environ 30.000 personnes. La coordination avec les organisations de masse et le pouvoir local fut améliorée. Les soins de santé de première nécessité étaient cependant encore toujours la tâche des spécialistes, notamment les internistes, les pédiatres, les gynécologues, les accoucheurs et les dentistes. En collaboration avec le personnel infirmier, les psychologues et tout le personnel médical, ils formaient une équipe responsable des soins médicaux individuels. Les médecins généralistes, c.à.d. les médecins de famille, ne faisaient alors pas encore partie du système.

Ceci s'est fait dix ans plus tard, en 1985, lors du démarrage d'un nouveau programme, nommé «Medico de la Familia». Le système de santé publique en fut profondément transformé. Une nouvelle méthode de prise en charge des soins médicaux de première nécessité fut élaborée, la tâche des polycliniques fut révisée; du point de vue administratif également, des changements s'imposaient.

Par le biais de ce programme on essaya de rapprocher encore plus la population des soins médicaux. Une équipe, comportant un médecin et un(e) infirmier(e) travaillent et habitent dans un quartier où ils sont responsables pour une population de 600 à 700 personnes (120 familles) et se chargent des soins médicaux préventifs, curatifs et autres dans leur quartier. Leur tâche ne consiste pas seulement à soigner et accompagner les malades. Ils sont responsables de l'état de santé général de chaque habitant de leur quartier. Ce qui veut dire qu'ils prêtent aussi attention aux personnes saines, ainsi qu'à l'hygiène, à la santé psychique, etc. Bien que la description de cette tâche soit plus élaborée et

demande un travail plus intensif que celle du médecin de famille occidental, la population totale pour laquelle un «Medico de La Familia» est responsable demeure relativement réduite (600 à 700 personnes). Cette restriction permet de bien remplir les tâches préventives, mais on peut se demander si ces médecins de famille rencontreront différents symptômes de maladies qui leur permettraient d'acquérir l'expérience nécessaire. Il est possible, à ce sujet, qu'une révision du programme dans le futur s'impose. Un fait remarquable est qu'on implique également des personnes en bonne santé aux soins.

Ce nouveau concept enlève aux polycliniques leur fonction de centres de soins médicaux de première nécessité. Maintenant, elles jouent le rôle de support du médecin de famille, par le biais de consultations de spécialistes, de formations médicales et de services médico-techniques. 25 % de la population cubaine est en état de faire appel à un tel médecin. L'objectif pour l'an 2000 est de pouvoir disposer de 20.000 médecins de famille. La réalisation de ce projet se fait avec l'étroite collaboration des organisations de masse locales. En même temps que ce projet, on a démarré les «Circulos de Abuelos», les cercles de personnes âgées. Dans tout le pays des personnes âgées se rassemblent sur une place ou dans un parc vers huit heures du matin et pratiquent la gymnastique en groupe jusque neuf heures. Ensuite, elles bavardent, discutent l'actualité ou font une excursion. Une tentative réussie qui consiste à faire participer les personnes du troisième âge à la vie sociale.

La situation actuelle

Après 31 ans de socialisme, Cuba peut faire concurrence aux pays les plus industrialisés en ce qui concerne les soins de santé. Et ceci malgré le fait que Cuba est encore toujours un pays du tiers monde. Notons l'impact impressionnant de la révolution cubaine en ce qui concerne un grand nombre de maladies infectieuses et contagieuses courantes. Des maladies comme la malaria et la polio, qui actuellement font toujours de nombreux ravages dans le tiers monde, sont totalement exterminées à Cuba.

Le taux de mortalité parmi les nourrissons est descendu de 60 pour mille à 11 pour mille. L'espérance de vie s'élève à 75 ans, la plus élevée de toute la région. On peut constater que les causes de décès de ces dernières années ressemblent fortement à celles des pays occidentaux : maladies cardiaques, accidents de la route, affections pulmonaires non-infectieuses, tandis qu'avant la révolution, la plupart des cas de décès étaient dus à la malnutrition, l'infection des voies respiratoires supérieures et l'inflammation de l'estomac et des intestins.

Actuellement, il y a un réseau d'hôpitaux dans tout Cuba : des hôpitaux provinciaux hautement spécialisés, des hôpitaux régionaux et des polycliniques locales. Plus de 90 % de la population habite à moins d'une heure de route d'une polyclinique ou d'un hôpital. En 30 ans, le nombre de lits d'hôpitaux a grimpé de 28.536 à 59.720 ; le nombre de médecins de 3.000 à 31.000 (1 médecin pour 330 habitants).

Tandis qu'avant la révolution, 80 % des médicaments utilisés étaient importés, maintenant 85 % sont produits à Cuba même à partir de produits de base importés. 29 laboratoires se chargent du contrôle qualitatif. L'utilisation rationnelle des médicaments est considérée comme étant une priorité. D'un autre côté, on a prêté beaucoup d'attention à la recherche scientifique nationale. Ceci a mené à quelques résultats spectaculaires, notamment l'élaboration d'un vaccin contre l'hépatite B et contre la méningocoque, des médicaments provoquant la baisse du taux de cholestérol, un produit destiné au traitement des brûlures, qui fut entre autre utilisé en Union Soviétique pour le traitement des victimes de l'accident de train en Bachkirie. Il y a des recherches expérimentales en ce qui concerne le traitement de certaines maladies du système nerveux cérébro-spinal : les maladies de Parkinson, d'Alzheimer et de Huntington. En ce qui concerne le domaine médico-technique le système de soins de santé cubain n'a rien à envier aux systèmes occidentaux. Les médecins cubains disposent, ainsi que leurs collègues occidentaux, des techniques modernes, et d'appareils pour mener à bien diagnostic et traitement. Comme, par exemple, des appareils pour effectuer l'échographie, les appareils CAT-scan,

des appareils servant à pulvériser des calculs rénaux et biliaires. Les scientifiques cubains ont développé la machine SUMA (Système d'Ultra Micro Analyse). Cet instrument, qui limite l'utilisation de réactifs coûteux, sert à effectuer des analyses de laboratoires et, entre autres, à diagnostiquer l'état prénatal et des affections héréditaires.

Cuba et le monde

Si l'on compare plusieurs indicateurs du bien-être public, aussi bien physique que social, de Cuba avec quelques autres pays latino-américains et la Belgique, on constate que les chiffres cubains sont beaucoup plus élevés que ceux des autres pays latino-américains. Les résultats cubains sont plus proches de ceux de la Belgique bien que le PNB de la Belgique soit cinq fois plus important que celui de Cuba.

D'un point de vue scientifique, il n'est pas correct de comparer Cuba, un pays sous-développé, aux Etats-Unis développés et industrialisés. Les PNB des deux pays sont si éloignés l'un de l'autre qu'une comparaison exacte s'avère impossible. Malgré cette restriction nous aimerions tout de même éclaircir quelques chiffres américains. La mortalité parmi les nourrissons est de 10 pour mille d'après les statistiques. Parmi la population noire, le taux est encore plus élevé : 17,9 pour mille. La condition de santé des pauvres dans les grandes villes américaines se dégrade d'année en année. Ainsi, on peut constater, depuis 1988, une augmentation de 15 % de cas de tuberculose aux Etats-Unis ! Le nombre de cas d'oreillons, de rougeoles et de coqueluches a augmenté systématiquement. Un habitant noir de Harlem, le quartier pauvre new-yorkais, a moins de chance d'atteindre l'âge de 65 ans qu'un habitant du Bangladesh et a encore beaucoup moins de chance d'atteindre l'âge de 75 ans comme ses frères cubains. La cause réside dans les inégalités socio-économiques entre les différentes couches sociales aux Etats-Unis. Aux Etats-Unis, les pauvres n'ont qu'un accès limité aux soins médicaux qui sont encore de qualité souvent médiocre. De plus en plus de gens vivent presque les uns sur les autres, dans la pauvreté et le manque d'hygiène. Les mesures préventives de santé sont négligées parce qu'elles n'offrent pas assez de profit. Le porte-drapeau de l'Occident Libre fait mauvaise figure.

Afin de pouvoir évaluer correctement les réalisations cubaines, il ne faut pas comparer ce pays avec nos sociétés occidentales, qui ont acquis leur prospérité grâce à des siècles d'exploitation et d'oppression du tiers monde, mais bien avec le tiers monde même. Dans ce tiers monde, 14 millions d'enfants meurent chaque année, un chiffre hallucinant. Si la situation persiste, cela signifierait la mort de plus de 100 millions d'enfants l'an 2000. Comparons ceci aux réalisations de la révolution cubaine qui a déjà sauvé plus de 300.000 enfants d'une mort certaine. Et non seulement sauvé, mais leur a également apporté une existence digne d'une personne humaine. La triste réalité fut traduite de façon suivante par J. P. Grant, le directeur général de l'UNICEF : « Si, dans toute l'Amérique Latine, les soins de santé publique étaient du même niveau qu'à Cuba, plus de 700.000 enfants de cette région ne seraient pas morts dans le courant de l'année passée (1989) ».

Et les Philippines ?

Une comparaison avec les pays de l'Amérique latine semble évidente. Une comparaison avec les Philippines, par contre, n'est pas si évidente, mais n'est pas moins intéressante. Les deux pays ont beaucoup de ressemblances, bien qu'ils soient très éloignés. Ce sont des îles avec le même climat et une histoire et une population multi-ethnique. Les Philippines, dont la superficie est plus grande que celle de Cuba, sont constituées de différentes îles et ont une population plus hétérogène. Les deux pays sont dépendants de l'exportation du sucre. Ils ont été des colonies de l'Espagne pendant trois siècles. Et dans les deux pays, la religion principale est le catholicisme. En 1898 les Philippines, comme Cuba, sont tombés sous l'hégémonie américaine après la guerre entre l'Espagne et les Etats-Unis. L'histoire des deux pays est caractérisée par des troubles sociaux et politiques, avec une opposition et une lutte presque permanente.

Pendant la première moitié du vingtième siècle, ils étaient dominés politiquement et économiquement par les Etats-Unis. La révolution cubaine y a mis fin. Les Philippines par contre sont toujours restées dépendantes de l'oncle Sam. Avant 1959, les divergences entre Cuba et les Philippines étaient insignifiantes. Ils étaient tous les deux sous-développés, pauvres, présentaient de grandes inégalités sociales ainsi que de grandes inégalités entre la ville et la campagne. Les maladies infectieuses étaient courantes et les soins de santé peu développés et inabordables. La seule différence essentielle des trente dernières années est le système politique.

Et quelle est la situation de la santé publique aux Philippines ? Les chiffres parlent de soi. 70 % de la population vit sans jamais voir un médecin, ni même une infirmière. A la campagne, il n'y a qu'un médecin pour 20.000 habitants. La moitié des gens ne dispose pas d'eau pure. La mortalité infantile s'élève à 45 pour mille, selon les chiffres officiels. A la campagne, le chiffre de 100 pour mille ou même 250 pour mille n'est pas anormal. La mortalité infantile atteint les 75 pour mille chez les enfants de moins de 5 ans. Des enfants qui survivent à la campagne, 70 % sont sous-alimentés. Les Philippines présentent encore d'autres points. Une étude de l'OMS montre que les Philippines sont les premiers exportateurs d'infirmières, au niveau mondial. En ce qui concerne les médecins, ils sont les tristes titulaires d'une deuxième place. Il est clair que les 50 années de développement socialiste à Cuba ont pu vaincre les conséquences désastreuses de 60 années d'hégémonie capitaliste. Aux Philippines par contre, les résultats de 90 années de capitalisme sont la pauvreté, des inégalités socio-économiques, une mortalité élevée et des soins de santé inaccessibles et inadéquats. L'état lamentable des soins santé aux Philippines est le résultat de l'hégémonie capitaliste, et du marché libre tant applaudi.

Soins de santé à Cuba : un service modèle ou un moyen de contrôle social - ou les deux ?

C'est le titre d'un article publié par David Werner. Ce dernier, biologiste de formation, a travaillé quatorze ans dans le secteur de la santé au Mexique. Grâce à ses ouvrages, «Where there is no doctor» et «Helping health Workers learn», il est devenu mondialement célèbre dans les années 70 dans les cercles de l'OMS et les soins médicaux. Encore aujourd'hui, il est, en tant que directeur de la Hesperian Foundation, un promoteur des soins de santé de base. En 1978, il passa onze jours à Cuba. Comme le titre de son article le laisse entendre, il en revint avec des sentiments partagés. «Pour tout qui a vécu et travaillé parmi les pauvres d'Amérique latine, Cuba paraît être - du moins au début - , comme un rêve impossible qui serait devenu réalité». Comme beaucoup d'autres observateurs internationaux, lui aussi est impressionné par les réalisations cubaines dans le domaine de la santé. Il formule ensuite un certain nombre de critiques du système. Nous en exposons les plus importantes.

1. Les soins de santé à Cuba ont été dès le début fondés sur la médecine hospitalière (avec comme conséquence une attention particulière pour la médecine curative) et portés principalement par des médecins. Contrairement à la Chine, qui a opté pour le modèle des «médecins aux pieds nus», par lequel on forme les paysans aux soins de santé de base et on leur donne des responsabilités dans leur région. Ainsi peut-on faire en sorte que les soins de santé ne soient plus le monopole des médecins, mais soient plus proches de la population. A Cuba, les soins de santé restent une tâche de médecins, les infirmiers ne jouent qu'un rôle exécutif et la population n'est pas éduquée à prendre elle-même en charge des responsabilités médicales. Cette considération amène Werner à la conclusion que les soins de santé à Cuba, malgré leurs réalisations, sont restés un système dans lequel le peuple est encore dépendant. A vrai dire, non pas dépendant d'une classe de médecins élitistes qui en tirerait profit, mais dépendant de l'Etat qui notamment à travers les soins de santé, exerce un contrôle social sur la population.

2. Une deuxième critique fondamentale est que ce système cubain absorbe beaucoup d'argent. On peut se demander à ce propos si l'on n'aurait pas pu obtenir les mêmes résultats d'une façon différente et moins coûteuse et affecter l'argent à d'autres priorités. Car malgré le fait que les soins de santé soient ouvertement gratuits pour la population, il reste cependant que la population doit payer d'une manière ou d'une autre pour ces services.

Nous voulons ajouter à ces considérations critiques quelques réflexions :

1. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, les améliorations spectaculaires dans la situation de la santé de la population sont principalement à attribuer aux profondes transformations socio-économiques qui ont été réalisées après la révolution. Une deuxième option importante que prit Cuba est et reste la priorité accordée aux soins de santé et la décision de rendre ceux-ci accessibles et gratuits pour toutes les couches de la population. C'est surtout grâce à ces règles que l'on a pu apporter une amélioration à la situation sanitaire. Dans ce cadre, la discussion sur le système de santé que l'on peut le mieux mettre en vigueur est d'un intérêt secondaire.
2. D'un point de vue historique, il faut comprendre que Cuba a basé le développement du système des soins de santé sur le modèle occidental. Les soins de santé à Cuba, avant la révolution, étaient déjà fondés sur celui-ci. Au lieu de le transformer radicalement, on l'a développé et perfectionné. Les liens étroits avec les pays de l'Est après la révolution ont entraîné l'adoption du système tchécoslovaque (développé dans une société déjà industrialisée).
3. On ne peut pas non plus perdre de vue l'attention que le système cubain a toujours porté aux mesures de prévention et à l'évolution qu'elles ont connues. Contrairement aux pays industrialisés - qui consacrent de plus en plus leur attention ces dernières années aux soins médicaux spécialisés (les soi-disant deuxième et troisième lignes) - , Cuba a opté avec évidence pour le renforcement de la médecine de première nécessité. Avec comme composante essentielle le programme «Medico de la Familia».
4. Lorsqu'un Etat prend de telles responsabilités pour la santé de la population, des tendances à la passivité et à la dépendance interviennent inévitablement. A Cuba, on a plusieurs fois incité la population à y prendre une participation active. En témoigne les grandes campagnes des premières années. Sans la participation du peuple, cela n'aurait pu être réalisé. En 1962, par exemple, 70.000 volontaires participèrent à la campagne de vaccination contre la poliomyélite. Le programme des médecins familiaux fut lui aussi mis sur pied avec la participation active de la population. Ce fut toujours avec du travail volontaire, pris sur le temps libre, que furent construits les centres de consultation et les locaux de l'équipe.

Il reste encore la question de savoir s'il est raisonnable pour un pays du tiers-monde comme Cuba d'investir beaucoup d'énergie et de moyens dans la recherche technologique de pointe. Pour cela, il faut tenir compte du fait que les besoins de santé de la population se transforment avec les années. Les nouvelles configurations des maladies de ces dernières années exigent une approche plus spécialisée. Il serait aussi illogique de s'occuper de l'amélioration du système de soins de première nécessité et de n'accorder aucune attention à celle des soins de santé spécialisés. Avec l'embargo économique imposé par les Etats-Unis auquel le pays est confronté depuis trente ans, il n'est pas si facile de bénéficier des développements du monde occidental. Les Etats-Unis refusent toujours d'entretenir des relations suivies avec Cuba, même sur le terrain médical. Et ils exercent aussi une pression sur les autres pays occidentaux et les multinationales pour qu'ils appliquent également cet embargo. Les Cubains étaient donc obligés de mettre sur pied leurs propres recherches s'ils voulaient réaliser leurs objectifs.

Enfin, l'objectif de Cuba est aussi de devenir une autorité en matière de soins de santé. Une autorité qui soit en mesure de se préoccuper de la connaissance médicale et de la technologie dont le tiers monde a besoin. C'est pour lui un devoir qu'il veut remplir à l'égard des autres pays du tiers monde.

Conclusion

En un temps relativement court, Cuba est parvenu à améliorer très sensiblement la situation sanitaire de sa population. Une réalisation qui n'est pas seulement le résultat de l'extension de la structure sanitaire. Comme nous l'avons annoncé au début de cet article, les transformations socio-économiques intervenues depuis la révolution y ont contribué pour une part importante. Lorsqu'on se fixe comme but de mettre sur pied des soins de santé efficaces et gratuits, toute la société doit y collaborer. Grâce à son système socialiste, Cuba a atteint cet objectif.

Notes :

(1) OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

(2) L'espérance de vie : le nombre d'années, en moyenne, qu'un nouveau-né vivra tenant compte des risques de mortalité présents au moment de sa naissance.

(3) Mortalité maternelle: le nombre de cas de décès, sur base annuelle, dû à des causes de grossesse.

(4) Mortalité parmi les nourrissons : le nombre de cas de décès, sur une population de mille enfants né vivants, parmi les enfants de moins d'un an.

(5) Parasite : un organisme animal ou végétal qui se nourrit aux dépens d'un autre organisme (p. ex. l'être humain) sur lequel il a une influence néfaste.

(6) La plaidoirie de défense prononcée lors de son procès, après l'assaut de la caserne de Moncada par les révolutionnaires le 26 juillet 1953.