

# Pour un système de santé solidaire, égalitaire et émancipateur !

## Définition de la santé

Tout d'abord, qu'est-ce que la santé ? La définition la plus largement utilisée est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), selon laquelle la santé est "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"<sup>[1]</sup>. Il s'agit donc d'une définition positive axée sur l'épanouissement. Cela rentre en contradiction avec la réalité à laquelle nous sommes confronté·es dans le système de santé, qui est axée sur la guérison, voire la mitigation, des maux.

De cela découle une catégorisation des personnes comme étant "malades" ou "saines". Cette catégorisation en personnes "saines" ou "malades" n'est pas innée. Elle est le résultat d'une évolution historique d'individualisation de la santé et d'une association directe entre santé et travail<sup>[2]</sup>. Avec l'industrialisation de la société, la santé devient synonyme de la capacité à travailler<sup>[3]</sup>. Ainsi, dans une société capitaliste, le système de santé a pour but principal de maintenir la force de travail et garantir que les travailleuse·eurs puissent rester productive·ifs.

Ces catégories reflètent les rapports de force de notre société et écartent la question du bien-être. Elles montrent comment le système de santé contribue au maintien et à la création de normes qui définissent comment une personne doit être, fonctionner et à quoi elle doit ressembler. L'examen critique du modèle médical individuel<sup>[4]</sup> fait encore une fois ressortir cette organisation générale : le modèle se concentre sur un manque supposé de capacités sensorielles, mentales et physiques et part de l'idée d'un corps défini comme sain et non handicapé. Ce modèle amène ainsi à une manière déshumanisante de voir les personnes. L'objectif inhérent à ce modèle est la réduction ou la "réparation" des handicaps au regard des personnes non handicapées et de ramener tout le monde vers un idéal de personne non handicapée. Les personnes handicapées sont définies et cantonnées à une catégorisation de "non normalité" supposée. L'individu est dépeint comme une "victime" ou un "problème".

## Comment le capitalisme nous rend malades — Une perspective Suisse

La définition de la santé est donc liée au capitalisme, et l'attention portée à la santé est également conditionnée par les priorités dictées par l'économie. Un exemple de cela est la crise du COVID, et en particulier la réticence des gouvernements à mettre en place des mesures de santé publique qui pourraient nuire à l'économie. Mais la santé n'est pas seulement subordonnée à la préservation du capitalisme : elle est directement et négativement affectée par les activités économiques.

Le travail sous le capitalisme représente une exploitation poussée à son maximum, repoussant les limites de la santé des travailleuse·eurs. À l'ère néolibérale, les relations de travail sont en plus marquées par l'instabilité et l'insécurité. Dans les systèmes néolibéraux, le diagnostic de "burn-out" est aussi utilisé pour qualifier le moment où un·e travailleuse·eur ne peut plus résister à l'épuisement physique et/ou moral dû au travail. Bien que la notion individualise la problématique<sup>[5]</sup>, les chiffres sur le burn-out sont un indicateur des conséquences du travail sur la santé. Dans un sondage de la SSR de 2023, 17 % des personnes ont confié avoir déjà souffert d'un

burn-out, et 25 % des travailleuse·eurs ont déclaré ressentir que leur travail les plaçait particulièrement en risque de burn-out. Plus le revenu est bas, plus le risque de burn-out est élevé. Par ailleurs, le capitalisme favorise l'individualisme et l'aliénation, conduisant à l'isolement social. De ce fait, la probabilité de souffrir de maladies psychiques telles que la dépression ou les troubles anxieux est nettement augmentée [6]. Le stress chronique n'a pas que des conséquences psychologiques ; il peut aussi entraîner un syndrome dit métabolique qui augmente le risque de crise cardiaque ou d'AVC [7] [8] [9].

Il n'y a malheureusement pas de statistiques officielles en Suisse sur la mortalité selon la classe sociale, une motion allant dans ce sens ayant été rejetée au Conseil national. Cependant les chiffres de pays économiquement similaires à la Suisse montrent la réalité de ce lien. [10] [11] [12] D'autres études montrent un écart croissant de l'espérance de vie en bonne santé selon les niveaux d'études [13]. Les personnes avec un niveau d'éducation plus bas ont non seulement une espérance de vie plus basse, mais passent une plus grande partie de ces années en mauvaise santé [14]. Le travail est lié directement à la mortalité : en Suisse, environ 200 personnes par an meurent d'accidents au travail [15]. En prenant également en compte les accidents non-mortels, 250 000 accidents du travail ont été enregistrés en 2022 [16]. La dangerosité est directement liée au type d'emploi, étant nettement plus élevée dans le secteur de la construction ou pour les contrats intérimaires [17].

Outre les dommages directs, le capitalisme crée également des conditions de crise qui impactent la santé. Par exemple, la crise climatique entraîne des conditions nuisibles à la santé : les canicules, conditions météorologiques extrêmes, pénuries de nourriture ou d'eau ou encore les guerres pour les ressources nuisent à la santé et raccourcissent l'espérance de vie [18]. Outre la crise climatique, d'autres phénomènes tels que le mal-logement, les difficultés d'accès à une alimentation saine, et de manière générale le manque de temps pour prendre soin de soi-même péjorent la santé humaine. Il est donc clair que capitalisme et mauvaise santé sont intrinsèquement liés. De plus, la logique capitaliste marque profondément le fonctionnement et le financement du système de santé.

## **Le système de santé suisse**

### **Un financement et des prestations inégalitaires**

En Suisse, il est obligatoire pour toutes et tous les résident·es de contracter une assurance de base auprès d'une caisse maladie privée. Ces caisses d'assurance, privées ou issues de la société civile, se sont développées à partir du XIXe siècle. Elles ont été rendues obligatoires et harmonisées par la LAMal en 1994 [19]. Aujourd'hui, il existe environ 50 caisses maladie reconnues par la Confédération et qui doivent toutes proposer les mêmes prestations pour l'assurance de base. D'autres pays, comme le Danemark, n'ont qu'une seule caisse maladie d'État financée par les impôts sur le revenu. En Suisse, chaque assuré·e doit payer une prime mensuelle. Le montant de cette prime dépend de plusieurs facteurs [20]. Du côté des assurances complémentaires, les personnes qui représenteraient potentiellement un plus grand coût, comme les personnes handicapées, sont parfois refusées [21]. Cela est en contradiction totale avec une conception de la santé comme un service public accessible et qui offre des prestations équitables à toutes les personnes, y compris les plus vulnérables.

Dans un système qui différencie assurance de base obligatoire et assurance complémentaire, il faut s'intéresser à quels soins sont considérés comme "de base" et

sont remboursés, et lesquels ne le sont pas. Un exemple frappant est celui des soins dentaires, qui ne sont pas compris dans l'assurance obligatoire alors qu'ils sont d'une très haute importance. En effet, des problèmes dentaires non-soignés peuvent avoir des répercussions graves sur la santé. Dans une société capitaliste, les soins qui sont remboursés sont ceux qui permettent de maintenir la force de travail de la population, et au premier regard, les soins dentaires ne sont donc pas nécessaires suivant cette logique.

Nous avons mentionné plus haut que le système de santé a pour but premier la guérison des maux, plutôt que l'épanouissement des individus. Cela se reflète par exemple dans le remboursement des transitions de genre, qui ne se fait qu'en cas de diagnostic d'une dysphorie de genre — c'est-à-dire lorsqu'une pathologie est identifiée. Cependant, les coûts ne sont pas pris en charge pour tous les éléments d'adaptation, même si le "tableau clinique" correspondant est établi. Ainsi, pour les personnes trans non binaires qui ne souhaitent pas effectuer une transition binaire, les coûts de certaines mesures ne sont toujours pas pris en charge. À cela s'ajoute le fait qu'une part considérable du personnel de santé n'a pas de formation en matière de transidentité et que les travailleuse-eurs qui en ont une sont souvent surchargé-es, ce qui entraîne des délais d'attente toujours plus longs. Cela est également visible dans le faible financement de la prévention en Suisse et la faible place qui lui est donné dans le cadre légal[22]. La prévention, en plus d'être rentable financièrement, permet surtout d'éviter la souffrance avant qu'elle n'advienne, plutôt que de la traiter quand elle se déclare. L'exemple de la transition de genre, où ressentir le besoin de transitionner ne suffit pas pour accéder aux procédures médicales, montre également que le système de santé ne priorise pas l'auto-détermination corporelle. C'est un phénomène qui est par exemple connu des personnes avec un utérus qui cherchent à se faire stériliser volontairement, et qui sont confronté-es à des refus. Ainsi, le système de santé, par son financement et son fonctionnement, n'est pas orienté sur l'épanouissement des travailleuse-eurs, mais sur le traitement des pathologies qui pourraient nuire à leur productivité.

Comme mentionné ci-dessus, le système de santé suisse est largement financé par les primes. Seulement 36 % des dépenses du système de santé sont financées par les impôts et les cotisations salariales, contre 76 % en dans l'Union Européenne[23]. Cela crée un système profondément inégalitaire : puisque les assurances sont fractionnées en une multitude d'entreprises privées et que les primes ne sont pas basées sur le revenu des individus, il n'a pas de mécanisme de redistribution. Le résultat est un système où l'accès aux soins est inégal, et où les coûts de la santé peuvent représenter une lourde charge pour les individus. Depuis 1997, les primes ont augmenté de 158 %, contre seulement 12 % pour les salaires [24]. Un quart de la population doit donc renoncer à consulter[25], alors que pour les plus aisées ces limitations n'existent pas. Pour pallier le dysfonctionnement du système, 25 % de la population suisse reçoit des subsides sous forme de réduction des primes [26]. Les aides qui ne sont pas versées automatiquement ont cependant de nombreuses limites, et ne peuvent compenser un système profondément injuste.

Dans le discours médiatique dominant porté par la droite, il est souvent question de "l'explosion des coûts de la santé". Les statistiques montrent néanmoins que, même si les coûts de la santé augmentent, ils le font de manière proportionnelle au PIB. Il n'y a donc pas d'explosion des coûts. Cette rhétorique est toutefois utilisée pour justifier de nombreuses propositions de réforme qui continuent d'affaiblir les services publics. On peut par exemple mentionner l'initiative du Centre sur un frein aux coûts, qui aurait laissé au parlement le choix de réduire les coûts de la santé où bon lui semble, y

compris potentiellement au détriment des travailleuse-eurs. Le PLR, lui, propose une nouvelle assurance obligatoire “low-cost” avec une plus faible qualité des soins, qui s’adresserait bien sûr aux personnes financièrement précaires alors que les plus riches n’auraient pas besoin de renoncer ainsi à la qualité de leurs soins. D’autres parlent même de suppression de l’assurance maladie obligatoire[27]. En novembre 2024, la population suisse devra en outre voter sur la réforme “EFAS”, qui pourrait placer la gestion des fonds publics de santé et donc un pouvoir dangereux entre les mains des assurances qui en profiteront pour accroître leur profit. Cela pourrait aussi avoir un effet dramatique sur des primes déjà largement impayables pour une partie de la population. En parallèle de la privatisation croissante du système de santé, cela entraîne le passage progressif du système de santé du service public aux entreprises capitalistes.

Ces réformes et propositions anti-sociales masquent les vrais problèmes de financement du système de santé suisse : son manque de solidarité et sa priorisation du profit. La logique capitaliste que suit actuellement le système, marquée par l’austérité, les coupes budgétaires et la privatisation, fait porter le fardeau à la population et limite toujours plus l’accès aux soins pour les personnes financièrement précaires.

## **La création de profits dans le système de santé**

Notre système de santé est orienté vers la génération de profit. Dans le système néolibéral, ce ne sont pas seulement les conditions de travail des personnes qui sont attaquées, mais aussi l’État social et les infrastructures sociales aussi bien que le système de soins. C’est le cas notamment à cause de soi-disant réductions des coûts et de politiques d’austérité, mais avant tout parce que le système de soins est réorganisé d’après des logiques de profit et de manière à les maximiser.

La privatisation du système de santé a eu pour effet de l’orienter davantage vers la génération de profits privés. Cette privatisation a pour conséquence une détérioration des conditions de travail, des salaires, de la santé, et engendre des soins de moindre qualité[28], alors que pour le plus grand groupe suisse dans le domaine, Hirslanden, le chiffre d’affaires annuel s’élève à deux milliards[29].

L’industrie pharmaceutique est un autre acteur central dans la recherche du profit sur le dos de la santé. Elle constitue une partie importante de l’économie suisse : rien que sur notre territoire, l’industrie de la chimie et de la pharmacie compte plus de 1000 entreprises. Parmi elles, Novartis et Roche, deux des plus grosses entreprises pharmaceutiques du monde[30].

En 2022, 40 % des exportations à l’échelle nationale provenaient de la branche pharmaceutique, pour une valeur de 109 milliards de francs[31]. Novartis ne cesse d’accroître ses profits, à un point tel que l’entreprise a pu tripler les dividendes qu’elle a versés par action au cours des 20 dernières années[32].

Un outil important de l’industrie pharmaceutique dans sa lutte de concurrence pour générer plus de profits sont les brevets. Les brevets sur les médicaments sont limités dans le temps ; quand ils expirent, d’autres entreprises peuvent produire sur la même base un médicament dit générique. Les génériques sont généralement meilleur marché que le médicament original et rapportent moins de profits aux entreprises. Ainsi, alors que les bénéfices sur les médicaments originaux ont augmenté de 675 à 964 milliards de dollars depuis 2018, la croissance n’est que de 75 à 80 milliards pour les génériques[33].

Le recours aux brevets par les pays du centre impérialiste comme la Suisse pose plusieurs problèmes à l’ensemble des autres pays de la périphérie globale. Un brevet

pouvant être déposé non seulement sur le principe actif lui-même, mais aussi entre autres sur des modes de production ou des moyens d'administration (comme une seringue à insuline), la plupart des entreprises détiennent plusieurs brevets sur un même produit. La pratique est donc courante d'apporter de légères modifications à un médicament peu avant l'expiration de son brevet, puis de déposer un nouveau brevet sur cette nouvelle variante du médicament original. C'est par exemple ce que fait l'entreprise pharmaceutique Eli Lilly avec l'insuline, raison pour laquelle les prix de l'insuline aux États-Unis sont longtemps restés inabornables pour certaines personnes[34].

Cependant, le public est également exploité dans la recherche. Une étude de Jama Network Open a analysé presque 2000 études sur les traitements et vaccins contre le Covid-19 au cours des années 2020 et 2021. Parmi les études consultées, plus de la moitié étaient financées par le public et un peu plus d'un quart par l'industrie pharmaceutique[35]. Cependant, ce sont des entreprises privées comme Pfizer qui ont fait des bénéfices record avec la vente de vaccins à ARNm contre le Covid-19 — une technique qui n'aurait jamais pu voir le jour sans des décennies de recherche publique[36]. Cet exemple montre une fois de plus que, du début de la recherche à la vente à prix gonflés des médicaments, les coûts sont répercutés sur l'ensemble de la population alors que les profits sont captés par une poignée de capitalistes.

En conclusion, l'industrie pharmaceutique profite et abuse de sa position essentielle dans le secteur de la santé. Cela se fait au détriment du public et de la santé des patient-es. Il est grand temps d'y mettre un terme.

## **Le travail au sein du système de santé**

### **Comment travaille-t-on dans le système de santé ?**

Avant tout, il est essentiel de noter que le fonctionnement du système de santé repose sur l'immense travail de care non-payé en Suisse, qui est majoritairement effectué par les personnes FLINTA[37]. En raison des privatisations, des coupes et du manque d'investissements simultanément à l'augmentation de la demande de soins due à l'allongement de l'espérance de vie, de plus en plus de travail de care a été déplacé du système de santé rémunéré vers la sphère privée. Ce faisant, on repose sur l'idée patriarcale que les personnes identifiées comme femmes seraient naturellement enclines à fournir un travail de care, même non rémunéré. Ainsi, la surexploitation du travail de care est justifiée par une prétendue et fausse loi naturelle et légitimée, de la même façon que l'exploitation de la nature. La surexploitation ne concerne pas seulement le travail de care non rémunéré — où elle est la plus forte — mais aussi la rémunération inférieure à la moyenne du travail de care rémunéré dans le système de santé. Ces mauvaises conditions de rémunération et de travail, de même que l'invisibilité du travail de care, sont particulièrement marquées dans les secteurs les moins prestigieux du système de santé.

Dans le secteur de la santé, le personnel infirmier représente la plus grande partie des travailleuse-urs[38]. Un autre secteur important sont les agent-es de nettoyage, souvent oublié-es

Un autre secteur important sont les agent-es de nettoyage, souvent oublié-es lorsqu'on parle de la santé. Elles et ils en sont pourtant des actrice-urs très important-es au vu de l'importance capitale de la propreté et de l'hygiène dans les institutions de santé pour le bien

des client-es. Dans ces secteurs, le nombre de personnes migrantes FINTA est supérieur à la moyenne, alors que les femmes constituent déjà les trois quarts des travailleuse-urs dans l'ensemble du secteur de la santé[39],[40]. Parmi les rares

exceptions, on trouve les médecins, dont plus de la moitié sont des hommes<sup>[41]</sup>. Ici aussi, la hiérarchisation patriarcale du système de santé, où les médecins constituent la catégorie supérieure, est à nouveau remarquable. Ils ont suivi la formation la plus élitiste et la plus exclusive et sont les seules personnes habilitées à poser des diagnostics, à délivrer des ordonnances et à avoir le dernier mot sur les soins aux patient-es. La part des femmes dans les instances dirigeantes des hôpitaux suisses est également extrêmement faible (28 %), ce qui indique une fois de plus l'existence d'une hiérarchie patriarcale.

Ces structures patriarcales et leurs conséquences montrent bien pourquoi une analyse de gauche du système de santé nécessite absolument une perspective féministe. Une autre perspective est celle de l'internationalisme, qui ne doit pas être négligée, surtout dans un cadre mondialisé. Plus de 20 % du personnel de santé suisse est diplômé de l'étranger, avec de grandes différences entre les cantons<sup>[42]</sup>. L'immigration du personnel de santé est actuellement décisive pour constituer les effectifs de personnel dont le besoin grandit<sup>[43]</sup>. Cependant, cet effet peut entraîner une pénurie de personnel à l'étranger, par exemple dans les régions frontalières françaises, où la Suisse aggrave la pénurie de personnel médical. Cette pénurie en France est à son tour compensée avec du personnel venant par exemple d'Europe de l'Est, la pénurie suivante en Europe de l'Est par du personnel venant d'en dehors de l'Europe, et ainsi de suite. Cette évolution conduit à d'autres carences et ainsi à ce que l'on appelle les "chaînes de soins", qui renforcent finalement les inégalités mondiales en matière de soins.

## Conditions de travail

Que ce soit comme infirmière-er dans un home pour personnes âgées, comme psychologue dans un cabinet, comme médecin-e dans un hôpital ou comme pharmacien-ne, les conditions de travail dans la santé sont déplorables à de nombreux égards. Le travail de nuit et en shifts nuit à la santé et à la conciliation entre travail et vie privée. La charge de travail déjà intense est encore renforcée par la pénurie de personnel qualifié. Celle-ci cause un prolongement du temps de travail, une pression à la rapidité pendant le travail et une augmentation de la pression psychologique<sup>[43]</sup><sup>[44]</sup>.

Les salaires sont carrément insuffisants dans de nombreux domaines du secteur de la santé. Il existe des différences selon les domaines et les professions, mais la mauvaise rémunération dans l'ensemble du secteur fait que de nombreuses-eux travailleuse-urs de la santé se retrouvent en difficulté financière<sup>[45]</sup>. La pression sur les coûts dans le secteur de la santé maintient les salaires bas pour contrôler les dépenses. Ces piètres conditions de travail combinées à la mauvaise paie entraînent une multiplication des abandons de profession, renforçant ainsi à son tour la pénurie de personnel qualifié.

En formation également, les conditions de travail sont tout aussi mauvaises. Les personnes en formation doivent fréquemment assumer de grandes responsabilités peu après le début de leur formation et les régulations en termes de pauses ou de jours de repos sont souvent ignorées en raison de la situation précaire du personnel dans les entreprises.

Mais en dépit de toutes ces contraintes et des mauvaises conditions de travail, les salaires en formation sont largement insuffisants voire inexistant<sup>[46]</sup><sup>[47]</sup>.

## Du point de vue des patient-es

Du point de vue des patient-es aussi, le système de santé peut être la source de nombreux problèmes. Il est tout d'abord inaccessible pour de nombreuses raisons :

financières, en raison du modèle des franchises, mais aussi pour des raisons liées à la langue, au validisme, au racisme, à la queerphobie et à la grossophobie[49], ou encore en raison de déserts médicaux[50]. Dans les communes rurales, il y a moitié moins de médecin-es pour les besoins de base par habitant-e qu'en ville[51], et dans le même temps se poursuit le débat sur la fermeture des hôpitaux régionaux. Cette difficulté d'accès à la santé reflète les divisions au sein de la société : les migrant-es souffrent souvent de la barrière linguistique, de revenus plus bas et de connaissances parcellaires pour affronter le système de santé complexe de la Suisse[52]. Pour les demandeuse-urs d'asile ou les personnes dans des centres de retour, l'accès au système de santé est pratiquement impossible et nécessite dans certains cas une intervention judiciaire.

Lorsque les personnes parviennent à accéder aux soins, le système est souvent incapable de répondre à leurs besoins. L'expertise et la recherche font souvent défaut pour répondre adéquatement aux handicaps et aux maladies chroniques.

Les patient-es sont souvent soumis-es à des violences au sein du système de santé suisse. L'exemple le plus connu en la matière sont les mesures de contraintes dans la psychiatrie[53], qui peuvent parfois même avoir une issue fatale[54]·[55]· [56]. La violence pose aussi fréquemment problème dans d'autres domaines, par exemple en gynécologie ou en obstétrique, ou dans les contacts entre le système de santé et les personnes TINA. Les personnes sexisées et racisées sont moins prises au sérieux et leurs douleurs minimisées, péjorant ainsi les soins qui leur sont fournis.

La violence exercée contre les patient-es est liée en partie au manque de personnel, mais aussi à la déshumanisation et stigmatisation des patient-es et au rapport de force entre patient-es et professionnel·les de la santé. Bien que, comme mentionné précédemment, il existe des hiérarchies au sein du personnel médical, l'exercice de violence envers les patient-es se retrouve au sein de tous les corps de métier. Les client-es d'institutions psychiatriques souffrent le plus de déshumanisation et de déni du droit à l'autodétermination, des problèmes inhérents au système actuel.

## **Une vision pour un système de santé socialiste**

Les discussions sur le système de santé suisse tournent largement autour des potentielles manières de le réformer. Le but de ce papier est également d'esquisser à quoi ressemblerait un système de santé fondamentalement transformé et organisé selon des principes socialistes.

Tout d'abord, il est clair qu'un système de santé de ce type ne peut exister que dans le contexte d'une économie socialiste. La précondition à la réalisation de ce système est donc le dépassement du capitalisme. Dans ce nouveau système, la santé devra être au cœur de l'organisation économique, politique et sociale. Le fonctionnement du travail devra être adapté en conséquence, avec une réduction drastique des heures de travail et une forte sécurité au travail. De manière générale, la société devrait être organisée pour limiter le stress, l'épuisement et les accidents. Le but de ce système doit être l'épanouissement de toutes les personnes.

Outre la libération de ressources humaines pour travailler dans les soins, un système de santé socialiste dépend aussi d'une production planifiée des biens qui y sont nécessaires. L'industrie pharmaceutique fondée sur le profit, en particulier, doit disparaître, et les brevets doivent être abolis. Les résultats de la recherche scientifique doivent être collectivisés, pour favoriser un progrès orienté vers le bien commun. La production de ressources indispensables à la santé humaine ne peut plus être soumise aux priorités économiques des entreprises, elle doit être axée sur les besoins humains.

La production de ces médicaments indispensables doit donc être ramenée en Suisse et gérée ici par l'État. Ainsi, les soins médicaux pourront être garantis en permanence, indépendamment des conflits d'intérêts mondiaux.

Une autre caractéristique de ce système de santé serait la disparition de services et d'établissements privés. L'ensemble des soins fournis seraient donc publics, et l'ensemble du personnel médical serait employé par la structure démocratique dirigeante. Il n'y aurait plus la possibilité de payer plus pour des services différents ou supplémentaires, afin que chaque personne puisse avoir accès à la même quantité et qualité de soins. L'entièreté des soins seraient gratuits.

En l'absence de concurrence et de recherche du profit, le système de santé pourrait donc être uniquement dirigé par des principes démocratiques. Les structures internes du système, que ce soit à l'échelle d'un établissement ou à l'échelle du système, devront être démocratiques, et l'allocation des ressources doit également être planifiée de manière démocratique par la population, qui aura reçu la formation nécessaire.

Un système de santé socialiste devrait aussi permettre l'auto-détermination des patient-es. Cela implique un bon niveau d'éducation pour l'ensemble de la population, mais aussi une relation symétrique et horizontale entre patient-es et personnel médical. Il faudrait donc une formation en conséquence pour le personnel médical, qui souligne l'importance du consentement éclairé et volontaire. En plus du respect mutuel entre les personnes qui fournissent et celles qui reçoivent les soins, les dynamiques de pouvoir au sein du personnel médical doivent disparaître pour permettre une valorisation égale de chaque corps de métier. Toute forme de discrimination au sein du personnel ou envers les patient-es doit être strictement combattue. La provision de soin sera faite en réponse aux besoins, et ne sera pas conditionnée ou limitée par les caractéristiques individuelles. L'objectif de tout soin doit être l'épanouissement de la personne, et non la seule guérison de ses maux ou la conservation de sa productivité. Afin de limiter au maximum la mauvaise santé et d'augmenter la qualité de vie, la prévention doit être un pilier du système de santé.

Enfin, la Suisse n'existe pas de manière détachée du monde. La mise en place d'un système de santé socialiste doit aussi se faire dans une perspective internationaliste. Cela passe par l'abolition des rapports actuels de pouvoir, d'exploitation et de dépendance entre le centre impérialiste et la périphérie globale ainsi que la fin de la logique marchande de la santé à l'échelle internationale. Nous devons lutter contre les crises de notre système actuel – comme la crise du care et ses conséquences telles que l'émergence de chaînes de care, ainsi que la crise climatique – au niveau mondial, pour mitiger les conséquences catastrophiques de la crise sur les populations de la périphérie globale et trouver des solutions justes pour l'ensemble de la population mondiale.

## **Revendications à court terme**

Comme mentionné, un système de santé socialiste ne peut pas exister dans une économie capitaliste. Il existe néanmoins des mesures à court terme qui pourraient améliorer le niveau de santé de la population. Nous demandons donc que les mesures suivantes soient mises en place aussi rapidement que possible :

- Mise en place d'une caisse unique d'État ;
- Abolition des primes individuelles ; financement du système intégré dans les impôts ;
- Retour des hôpitaux sous gestion publique, fin du financement (semi-)privé des hôpitaux ;

- Garantir les prestations de santé en particulier dans les régions périphériques ;
  - Mise en place d'un minimum légal ;
  - Plus de financement cantonal des médecin-es généralistes pour empêcher la réduction des prestations.
- Amélioration radicale des conditions de travail dans le système de santé ;
  - Mise en place d'un salaire minimum en formation, en apprentissage et en stage ;
  - Un salaire minimum de 5000 CHF ;
  - Réduction du temps de travail à 25 heures par semaine à 100 % sans baisse des salaires ;
  - Protection de santé du personnel, prévention des risques psychosociaux ;
  - Détermination autonome du temps de travail par le personnel ;
  - Compensation du renchérissement automatique et rétroactive.
- Des ressources en personnel adéquates et encadrées au niveau suisse, correspondant au nombre et aux besoins des patient-es<sup>58</sup>.
- Recherche scientifique orientée vers les besoins de la population ;
  - Une recherche qui prenne en compte les besoins liés au genre;
  - La fin des partenariats de recherche avec les entreprises privées.
- Droit à l'auto-détermination dans les soins ;
- Plus grande priorisation de la prévention ;
- Révision totale des rentes "d'invalidité" et du système de sécurité sociale<sup>[57]</sup> ;
- Couverture complète des coûts de toutes les prestations de santé et au moins des thérapies psychiatriques et psychologiques ainsi que des soins dentaires ;
- Régulation et contrôle stricts de la sécurité au travail ;
- Ajout de places en études en médecine ;
- Développement de la production publique et contrôlée démocratiquement de médicaments ;
- Lutte efficace contre la crise climatique ;
  - Mise en place d'un impôt sur la part des héritages dépassant 50 millions pour financer la lutte contre la crise climatique ;
  - Adaptation des conditions de travail aux canicules ;
  - Urbanisation adaptée aux fortes chaleurs.

## Sources

[1] WHO, Basic Documents, 2020

[2]<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016312/2013-12-19/> et <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016593/2012-12-06>

[3] idem

[4]<https://dista.uniability.org/glossar/das-individuell-medizinische-modell-von-behinderung/>

[5] Karger H. J., «Burnout as Alienation», *Social Service Review*, Vol. 55, No. 2 (Jun., 1981), pp. 270-283.

[6] Umfrage SRG 2023  
<https://www.swissinfo.ch/ger/wirtschaft/ist-die-schweiz-das-burnout-land-schlechthin/48956148>

[7] Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study Tarani Chandola, Eric Brunner, Michael Marmot, 2006

- [8] Amboss; Metabolisches Syndrom 2024
- [9] Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study  
Annika Rosengren, Steven Hawken, Stephanie Ounpuu, Karen Sliwa, Mohammad Zubaid, Wael A Almahmeed, Kathleen Ngu Blackett, Chitr Sitthi-amorn, Hiroshi Sato, Salim Yusuf  
2004
- [10]<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844678&portal=svportal>
- [11]<https://www.wiwo.de/politik/deutschland/renteneintrittsalter-welche-berufsgruppe-am-wenigsten-von-einer-rente-ab-68-haette/27522952.html>
- [12]<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2009-3-page-194.htm>
- [13]<https://www.socialchangeswitzerland.ch/?p=3043>
- [14]<https://ssp-vpod.ch/news/2022/age-de-la-retraite-et-esperance-de-vie-attention-trompe-l-il/>
- [15]<https://www.rts.ch/info/suisse/2024/article/plus-de-200-deces-lies-au-travail-en-suisse-chaque-annee-une-reflexion-est-a-faire-28574672.html>
- [16]<https://www.rts.ch/info/suisse/14183131-la-grande-majorite-des-personnes-accidentees-peut-reprendre-le-travail.html>
- [17]<https://www.rts.ch/info/suisse/2024/article/les-employes-interimaires-ont-50-d-accidents-au-travail-de-plus-que-les-fixes-28485998.html>
- [18] Climate change  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>  
2023
- [19]<https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/risques/maladie>
- [20]<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/modelle-eingeschraenkte-wahl.html>
- [21][https://www.inclusion-handicap.ch/fr/actualite/actualite\\_0/news-archiv/discrimination-des-personnes-handicapees-dans-le-domaine-des-assurances-privees-184.html](https://www.inclusion-handicap.ch/fr/actualite/actualite_0/news-archiv/discrimination-des-personnes-handicapees-dans-le-domaine-des-assurances-privees-184.html)
- [22][https://www.revmed.ch/view/884152/7124402/583-8\\_44240.pdf](https://www.revmed.ch/view/884152/7124402/583-8_44240.pdf)
- [23]<https://primes-abordables.ch/>
- [24]<https://primes-abordables.ch/>
- [25]<https://www.rts.ch/info/suisse/14474323-franchises-elevees-ces-assures-qui-renoncent-a-se-faire-soigner-faute-de-moyens.html>
- [26] OFSP Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, [https://dashboardassurancemaladie.admin.ch/nombre\\_de\\_beneficiaires.html](https://dashboardassurancemaladie.admin.ch/nombre_de_beneficiaires.html)
- [27]<https://ssp-vpod.ch/news/2023/choc-des-primes-enfumage-et-privatisation/>
- [28] Quelques sources pour mieux comprendre les effets de la privatisation : <https://syna.ch/aktuell/privatisierung-geht-weiter> ; [https://ssp-vpod.ch/site/assets/files/0/21/721/ssp\\_16\\_web.pdf](https://ssp-vpod.ch/site/assets/files/0/21/721/ssp_16_web.pdf) ; <https://www.evenement.ch/articles/non-la-privatisation-du-nettoyage> ; <https://basel.vpod.ch/news/2016/08/privatisierung-der-oeffentlichen-spitaeler-auf-keinen-fall-gemeinsame-spitalgruppe-ja-aber-1/>
- [29]<https://www.blick.ch/wirtschaft/er-setzt-spitaeler-auf-diaet-der-konzern-hinter-der-massenkuendigung-in-einsiedeln-id17783042.html>

- [30]<https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/de/home/wirtschaft/taetigkeitsgebiete/chemie-und-pharma.html>
- [31]<https://www.interpharma.ch/blog/medienmitteilung-die-pharmabranche-ist-der-motor-der-schweizer/>
- [32] <https://www.novartis.com/ch-de/investoren/kennzahlen-und-analyse/dividendenentwicklung>
- [33]<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/311686/umfrage/weltweiter-arzneimittelumsatz-von-verschreibungspflichtigen-generika-und-originalpraeparaten/>
- [34]<https://time.com/6336840/patent-manipulation-insulin-prices/>
- [35][https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2795180?utm\\_source=For\\_The\\_Media&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=ftm\\_links&utm\\_term=081622](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2795180?utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_term=081622)
- [36]<https://jacobin.com/2022/05/pharmaceutical-industry-pfizer-covid-vaccines-patents>
- [37] Pour en savoir plus sur le travail de care, lire notre papier de position : <https://juso.ch/fr/positions/feminisme/papier-de-position-sur-le-travail-du-care/>
- [38]<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/gesundheitswesen/beschaeftigung-berufe-gesundheitsbereich.html>
- [39] OFS Santé : statistique de poche 2024
- [40] Il est ici question de femmes car les statistiques sont formulées de manière binaire.
- [41]<https://ind.obsan.admin.ch/fr/indikator/pflemo/personnel-avec-un-diplome-etranger> & <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/295922/umfrage/anzahl-der-berufstaetigen-aerzte-in-der-schweiz-nach-geschlecht/>
- [42][https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan\\_bulletin\\_2016-12\\_f.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_bulletin_2016-12_f.pdf)
- [43]<https://ssp-vpod.ch/themes/sante/une-sante-qui-vacille/>
- [44]<https://sbk-asi.ch/fr/campagnes/campagnes/mise-en-oeuvre-initiative/histoire>
- [45] VPOD Zürich Löhne im Gesundheitswesen 2024 Stephanie Fuchs
- [46] VPOD Artikel Gesundheitswesen
- [47] Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen mit Fokus auf den Gesundheitsschutz der Pflegekräfte Niklaus Seline 2022
- [48]<https://www.praktischarzt.ch/magazin/news-und-politik/umfrage-medizinstudierende-abbruch/>
- [49] Devaux, A., «La grossophobie médicale pèse sur la santé des patients», *La Côte*, 8 mars 2023.
- [50]<https://www.swisshealthweb.ch/fileadmin/assets/SAEZ/2024/bms.2024.1478116889/bms-2024-1478116889.pdf>
- [51] Bundesamt für Statistik. 2023. "Medizinische Grundversorgung: Halb so viele Ärztinnen und Ärzte pro Kopf auf dem Land wie in der Stadt". 24. November 2023. (<https://www.bfs.admin.ch/asset/de/29105538>).
- [52] Tzogiou, Christina. 2021. "Was erklärt die Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen Migranten und Schweizern?". *Gesundheitsökonomie @ ZHAW*, 8. April 2021. (<https://blog.zhaw.ch/gesundheitssoekonomie/2021/04/08/was-erklaert-die-ungleichheiten-in-der-inanspruchnahme-von-gesundheitsleistungen-zwischen-migranten-und-schweizern/>).
- [53] Haldemann, Muriel. 2023. "Stationäre Psychiatrie: Wirksame Behandlungen und weniger Freiheitsbeschränkende Massnahmen im Jahr 2022". ANQ, 17. Oktober

2023. (<https://www.ang.ch/de/medienmitteilungen/stationaere-psychiatrie-wirksame-behandlungen-und-weniger-freiheitsbeschraenkende-massnahmen-im-jahr-2022/>).

[54] Roth, Rafaela. 2024. "Der Tod eines 18-jährigen Autisten in der Klinik Königsfelden wirft Fragen auf: Warum musste Theo W. sterben?". NZZ, 13. April 2024. (<https://www.nzz.ch/report-und-debatte/der-tod-eines-18-jaehrigen-autisten-in-der-klinik-koenigsfelden-wirft-fragen-auf-warum-musste-theo-w-sterben-ld.1825101>).

[55] Nikolic, Tijana. Küttel, Kilian. 2022. "«Schwere Fehler» bei Zwangsmedikation: Wie die Klinik Zugersee immer wieder gegen das Gesetz verstösst". Zuger Zeitung, 2. Juli 2022. (<https://www.zugerzeitung.ch/zentralschweiz/zug/zuger-psychiatrie-neue-vorwuerfe-an-klinik-zugersee-ich-konnte-nicht-mehr-hinter-dem-steinen-was-dort-ablaeuft-ld.2298882>).

[56] SRF investigativ. 2024. "Psychiatrische Kliniken. Fixiert und eingesperrt. Wie Zwangsmassnahmen junge Menschen in der Schweiz traumatisieren". SRF, 1. Mai 2024. (<https://www.srf.ch/news/schweiz/missstaende-in-der-psychiatrie-sechs-tage-festgebunden-und-mit-medikamenten-ruhiggestellt>).

[57] Pour plus d'informations, voir notre résolution sur une 13e rente AI : <https://juso.ch/fr/publications/positions/une-13e-rente-pour-toutes-et-tous-les-rentiereers-du-1er-pilier/>

[58]: <https://juso.ch/fr/publications/positions/une-13e-rente-pour-toutes-et-tous-les-rentiereers-du-1er-pilier/>