

# CAUSES

---

# COMMUNES

---

BIMESTRIEL DES SOCIALISTES  
VILLE DE GENÈVE



LAPOSTE

P.P.  
CH-1205  
Genève

B-ECONOMY

# SANTÉ !

---

SEPTEMBRE- OCTOBRE 2018

48

---

# QUELLE SANTÉ VOULONS-NOUS ?

LÉA WINTER, COLLABORATRICE POLITIQUE  
SYLVAIN THÉVOZ, CO-PRÉSIDENT PSVG

*Rien ne porte à rire dans le domaine de la santé aujourd'hui. Les primes et dépenses augmentent continuellement. Les assurances et les pharmas ont une emprise croissante. L'autonomie du personnel soignant est menacée par l'économétrie. Les niveaux de technicité et de normes sont élevés jusqu'à l'absurde. Notre bon sens et notre humanité s'en trouvent menacés.*

Au niveau social, les inégalités, la souffrance au travail, conduisent les moins fortuné.e.s à payer dans leur chair les violences de classe en renonçant en plus à se faire soigner en raison de franchises trop élevées. La santé est un domaine complexe touchant à notre existence individuelle et sociale. Elle ne doit pas être laissée dans les mains des expert.e.s. C'est un sujet éminemment sociétal, donc politique.

## Diagnostic

Aujourd'hui, le pouvoir monopolistique des assureurs est scandaleux. Des caisses maladie cherchent par tous les moyens à s'enrichir sur le dos des assuré.e.s. Certaines caisses refusent par exemple la prise en charge d'une 2e douche par semaine pour un.e aîné.e, le remboursement de chimio-

thérapies à des personnes atteintes de cancer, et font continuellement pression sur les médecins dans leur pratique et sur leurs prescriptions. Elles se comportent comme des prédateurs financiers accumulant des réserves et des privilèges que leurs lobbies préservent. L'opacité de leurs finances est avérée. Pendant ce temps, les pharmas posent des brevets sur le vivant et font payer leurs médicaments à des prix proportionnels aux coûts de leur marketing. Face à ces pouvoirs néfastes, il nous revient de défendre le droit inaliénable à la santé, et l'importance centrale des soignant.e.s, dans un système de santé frugal, transparent, démocratique, où soignant.e.s et patient.e.s tirent à la même corde contre les pouvoirs de l'argent.

## De l'intelligence artificielle à la bêtise mercantile ?

Les soignant.e.s sont le cœur du système de santé. À l'écoute des besoins des patient.e.s, pouvant par leur action de proximité évaluer ce qui doit être fait ou non pour guérir mais surtout maintenir en santé, il leur revient de sensibiliser les patient.e.s à ne pas être des consommateurs de soin mais des citoyen.ne.s en santé. Pour cela ils/elles doivent être correctement formé.e.s, entendu.e.s dans leurs besoins, et rappelé.e.s à leur serment d'Hippocrate. Donnons-leur les moyens de leur mission en défendant une approche globale et solidaire de la santé.

La question n'est pas seulement celle du coût de la santé, mais surtout de choisir quelle santé nous voulons, et le prix que

nous souhaitons y mettre. L'économétrie, avec des machines ou des algorithmes prescrivant des soins en fonction de statistiques n'est pas un avenir viable. Nous avons besoin d'humains éthiquement et moralement conscients, politiquement résolus à garder leur cœur bien irrigué.

## Mieux vaut prévenir ET guérir

Comme socialistes, nous avons déposé une initiative pour limiter les primes d'assurance maladie à 10% du revenu des ménages, soutenu l'initiative fédérale pour des soins infirmiers de qualité, défendu l'avènement d'une caisse publique unique. Sur le versant de la prévention, nous avons déposé des projets de loi pour renforcer la mobilité douce, garantir le logement sans condition. Les trois sujets soumis au vote le 23 septembre prochain posent d'ailleurs des alternatives aux dictats d'autres lobbies néfastes : ceux du tout-à-la-voiture et de l'agrobusiness. Nous appelons évidemment à voter 3 x OUI le 23 septembre pour notre santé, une alimentation saine de proximité et une mobilité douce.

La santé est un enjeu trop important pour en laisser les décisions aux seules assurances privées et aux pharmas. La technologie doit rester un outil au service de l'humain. Dans ce numéro de Causes Communes, avec la collaboration de militant.e.s et de soignant.e.s, nous réfléchissons ensemble à ce que signifie la santé pour toutes et tous, et comment nous souhaitons qu'elle évolue. Bonne lecture!

## CAUSES COMMUNES

BIMESTRIEL ÉDITÉ PAR LE PARTI SOCIALISTE DE LA VILLE DE GENÈVE  
15, rue des Voisins  
1205 Genève

www.ps-geneve.ch

lea.winter@ps-geneve.ch

Un journal 100% pensé, conçu et réalisé à Genève !  
Envie de soutenir le *Causes Communes* : abonnez-vous !  
Envoyez vos coordonnées à [psvg@ps-geneve.ch](mailto:psvg@ps-geneve.ch)  
Finance d'inscription : 20.-/année  
CCP : 12-12713-8

Coordination rédactionnelle : Sylvain Thévoz.

Comité rédactionnel : Olivia Bessat, Jannick Frigenti Empana, Jorge Gajardo, Patricia Vatré, Claudia Villaman, Léa Winter.

Ont collaboré à ce numéro : Serge Abramowski, Bénédicte Amsellem-Ossipow, Frédéric Baldini, Emmanuel Deonna, Aline Duvoisin, Sabrina Gallo Maulini, Laurence Fehlmann Rielle, Pascal Holenweg, Liliane Maury Pasquier, Roland Niedermann, Luisa Pentzke, Serge Raemy, Diana Rizzolio, Lydia Schneider Hausser, Helena Verissimo de Freitas, Thomas Wenger, Tristan Zand.

Illustration : Aloys Lolo.

Maquette et mise en page : Atelier supercocotte.

Impression : Imprimerie Nationale, Genève.

Tirage : 3000 exemplaires sur papier recyclé.

Les avis et opinions tenu-e-s par les invité-e-s n'engagent pas le comité de rédaction.



“RIRE, C’EST BON POUR LA SANTÉ” (PROVERBE SUISSE)

# LA SANTÉ :

## UN DROIT INALIÉNABLE



ENTRETIEN SYLVAIN THÉVOZ

*Sage-femme de profession, conseillère municipale à Veyrier de 1983 à 1992, puis députée au Grand conseil du canton de Genève de 1993 à 1996, Liliane Maury Pasquier a été élue au Conseil national de 1995 à 2007, présidant ce dernier entre 2001 et 2002. En octobre 2007, notre camarade de section est élue au Conseil des États en tête de liste, aux côtés du Conseiller d'État Robert Cramer, en remplacement de Christiane Brunner. Elle est réélue en 2011, puis en 2015 pour un troisième mandat. En 2018, elle préside l'Assemblée du Conseil de l'Europe! La santé est un enjeu sur lequel Liliane s'est engagée depuis de très nombreuses années, tant dans sa vie professionnelle que politique. C'est l'occasion de faire le point avec elle.*

**Sylvain Thévoz :** *Liliane, qu'est-ce que la santé pour toi aujourd'hui, quels en sont les grands enjeux ?*

Liliane Maury Pasquier : La santé, c'est un tout. Je fais mienne la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui rappelle que « la santé est un état de com-

*plet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».* La santé touche donc à divers domaines de la vie, dans lesquels on peut inclure le droit à une vie saine. C'est pour moi un droit fondamental. Le grand enjeu : la garder accessible à toutes et tous.

**Ce droit fondamental, est-il aujourd'hui en danger ?**

Il est fragilisé. La dimension économique le met en péril. Nous devons être attentives et attentifs à ce que des gens ne se voient pas privés de ce droit fondamental, soit parce que des éléments du catalogue de soins remboursés sont supprimés pour des questions d'économies, soit parce que leurs revenus sont insuffisants pour se les payer. Des citoyen.ne.s doté.e.s de franchises trop élevées renoncent à se soigner. Ce n'est pas acceptable.

**En septembre 2016, tu participais à un débat sur Infrarouge intitulé : « Primes d'assurance maladie, jusqu'où serons-nous tondus ? ». Or, la hausse des primes-maladie se poursuit. On annonce plus 4% cet automne. La LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie), introduite il y a vingt ans, est-elle vraiment le bon système ?**

Pour ma part, je ne tirerai pas sur la LAMal. La campagne *Y'en a marre de la LAMal* se trompe de cible. Le problème n'est pas la LAMal, mais la manière dont elle s'est développée, le fait que certain.e.s ne veulent pas en faire une vraie assurance maladie sociale. Elle contient aujourd'hui trop d'éléments liés à la concurrence et au marché. Le système doit être réformé, pas abandonné. Avant la LAMal, l'assurance maladie n'était pas obligatoire. N'étaient

assuré.e.s contre la maladie que celles et ceux qui pouvaient se le permettre. Les plus pauvres, quand ils tombaient malades, n'avaient que la charité, ou rien. Des gens arrivaient à l'hôpital en fin de vie dans un état lamentable, parce qu'ils ne pouvaient se payer des soins médicaux. Autre cas de figure : les jeunes hommes payaient de très petites primes alors que les aîné.e.s déboursaient des sommes astronomiques. L'assurance fonctionnait purement en fonction des risques. Ce système était inéquitable et renforçait les inégalités.

**Les femmes étaient aussi particulièrement discriminées ?**

Oui. Concernant les soins de grossesse, avant la LAMal et jusqu'en 1995, ils étaient certes pris en charge par la LAMA, mais toutes les femmes n'étaient pas assurées! Cela semble aujourd'hui le Moyen Âge, mais c'était il y a 20 ans! Quand les femmes étaient enceintes, les assureurs mettaient une réserve et excluaient le remboursement des frais de grossesse pendant la première année. Et les jeunes femmes payaient des primes supérieures aux jeunes hommes, puisqu'elles risquaient d'être enceintes. C'était ça, la santé, avant 1995. Puis la LAMal a été votée et tout a changé. Toutes les femmes étaient désormais assurées et les frais de grossesse pris en charge à 100%. Cela dit, seules comptaient comme frais de maternité les dépenses liées à une grossesse normale. Mais, en cas d'accouchement prématuré ou autre, c'était la catastrophe. La femme subissait non seulement les problèmes physiques et psychiques liés à ces difficultés mais, en plus, des frais médicaux supplémentaires lui tombaient dessus. Il a donc fallu changer la loi, ce qui a pris plusieurs années, et la faire appliquer. Tout récemment, à force d'insistance, l'Office fédéral



de la santé a reprecisé le remboursement à 100% entre la 13e semaine de grossesse et les 8 semaines suivant la naissance auprès des assureurs réticents.

**Il nous faut donc trouver, si l'on souhaite réformer le système, un point d'équilibre entre étatismes et libéralisme en améliorant le système actuel ?**

Il faut cesser de considérer la santé comme un marché et apporter les changements nécessaires, mais en faisant bien attention aux effets de ces changements. Renforcent-ils la qualité des soins et la solidarité ou les affaiblissent-ils ? Nous avons besoin d'une majorité solide pour changer le système à partir de la LAMal. A mon avis, c'est une illusion de penser que l'on peut faire baisser les coûts de la santé, mais on peut les stabiliser. Le PLR, avec son discours axé sur la responsabilité individuelle, rend l'individu fautif et coupable. Ce n'est pas ainsi que l'on développera une politique de santé de qualité. Certains milieux ne cherchent pas de solutions et pratiquent la politique du pire, car cela peut servir leurs objectifs d'arriver, à terme, à la suppression du système d'assurance maladie actuel et donc à un libéralisme complet.

**La privatisation complète du système, c'est le modèle américain en quelque sorte ?**

Oui. Aux États-Unis, des dizaines de millions de personnes ne sont pas assurées, les soins doivent être payés à l'avance et les coûts de la santé représentent 17 à 18% du PIB. Ce système n'est donc ni économique, ni efficace, ni social. Est-ce là l'alternative que nous voulons ? Si on laisse tomber la LAMal, l'alternative risque d'être une privatisation complète du système. On re-

trouvera alors les principes de l'assurance pure et, donc, celles et ceux qui seront dans des classes dites à risque casqueront un maximum. La LAMal, avec toutes ses imperfections, est un système qui reste social et redistributif. Avec la réserve que, si l'on souhaite maintenir un système de prime par personne, les primes devraient être proportionnelles aux revenus.

**A l'inverse, un système de santé totalement étatique «à l'anglaise» serait-il une solution ?**

Qu'est-ce que la médecine «à l'anglaise» ? Des médecins payé.e.s par un système national de santé, financé par l'impôt. Je n'y suis pas opposée, à condition de lui dédier suffisamment de moyens. On s'accorde à dire que la situation actuelle du système anglais est catastrophique. Il y a des listes d'attente pour des opérations simples, la santé se dégrade. Mais pourquoi ? A cause des coupes dans les budgets de la santé, résultat des politiques menées sous Thatcher. Les coupes massives dans les budgets du NHS (National Health Service) ont mis à genoux un système qui est aujourd'hui engorgé. C'est une mauvaise politique de santé publique. L'accès à des soins de base et de qualité n'est plus garanti.

**Quelles sont alors les solutions pour améliorer la situation actuelle ?**

Il manque un cadre général qui, dans la durée, puisse imposer des garde-fous et permettre de repenser avec soin le système. Aujourd'hui, chaque acteur cherche à renforcer sa position, c'est logique. Avec le balancement politique lié au rythme des législatures, ce sont trop souvent des pansements provisoires qui sont apposés sur le système plutôt qu'une vision de fond qui

est développée. Nous devons aller vers plus de contrôle des acteurs de la santé et renforcer le système social actuel. Par ailleurs, il y a aujourd'hui un courant de la médecine qui se développe sur le principe de *less is more* et qui interroge si tout ce que l'on fait est vraiment nécessaire. Il y a là matière à réfléchir. Mais, d'abord, nous devons profiter des élections nationales de 2019 pour changer les rapports de force politiques.

**Votera-t-on à nouveau sur un système de caisse unique ?**

Plutôt que vers une caisse unique fédérale, c'est vers un système de caisse cantonale que l'on devrait aller. Le mot *caisse unique* fait peur. Certain.e.s y voient une étatisation forcée. Il est important de revenir maintenant avec un projet pour les cantons, en les impliquant fortement dans la réflexion, et ne pas oublier que la santé est aussi un secteur économique. Ce que l'on dépense pour la santé, on peut aussi le voir positivement : ce sont des emplois, prometteurs, et aussi un lieu d'intégration pour des personnes migrantes. A Genève, sans personnes étrangères ou/et frontalières, l'hôpital fermerait. La recherche est aussi un secteur important. Cela doit être pris en compte.

**Le conseiller fédéral Alain Berset a donné quelques coups de griffes à l'encontre des médecins et leurs salaires, en partie responsables selon lui du coût de la santé. Est-ce une recherche de boucs émissaires ?**

Alain Berset a choisi de mettre en avant des situations où des acteurs de la santé maximisent leurs profits. Il ne faut toutefois pas généraliser ces situations. Dans un système non-plafonné, libéralisé, certain.e.s

font du bon travail et le font payer cher. Ils permettent paradoxalement de réaliser des économies. D'autres font du mauvais travail, facturé à un prix relativement raisonnable, mais qui finit par coûter cher au système, et d'autres encore font du bon travail, à petit coût, etc. Aujourd'hui, nous avons tous ces cas de figure. A mon sens, Alain Berset a mis le doigt sur quelques éléments paradigmatiques pour lancer le débat et il a réussi. Nous ne devons pas désigner des boucs émissaires mais faire émerger des solutions.

### La position du PSS est-elle assez ferme sur les enjeux politiques de santé ?

Oui, elle l'est. Avoir un conseiller fédéral chargé de ce domaine est à la fois une chance et une difficulté. Une chance, car il y a bien des choses qu'Alain Berset bloque, évite et peut aménager, malgré une majorité défavorable au parlement et au gouvernement. Cette législation, du point de vue des progrès potentiels dans le domaine de la santé et du social est, à quelques exceptions près, perdue. On a connu la même situation quand Christoph Blocher était au Conseil fédéral. Nous sommes dans la même situation depuis 2015 et encore plus depuis qu'Ignazio Cassis a remplacé Didier Burkhalter. Avoir un conseiller fédéral socialiste a permis de limiter les dégâts, de faire avancer quelques dossiers. A l'inverse, quand il prend des décisions qui ne nous plaisent pas totalement, on nous reproche le fait que c'est «notre» Conseiller fédéral. C'est alors «le plan Berset» ou «le projet Berset». Mais n'oublions pas que les projets qu'il présente doivent tous obtenir l'aval du Conseil fédéral *in corpore* et que ce ne sont donc jamais totalement ses projets. Il fait ce qu'il peut là où il est, face à des majorités très dures. Les coûts de la santé seront un enjeu fondamental de la campagne de 2019. La mobilisation pour cette campagne doit être massive et à la hauteur des enjeux.

### Au sujet du dossier électronique du patient, quels en sont les risques ou opportunités ?

La loi sur le dossier électronique du patient est bien faite mais elle nécessite des moyens et une attention toujours en éveil, pour éviter les abus. Quand je travaillais comme sage-femme, on remplissait un carnet de maternité. La femme enceinte gardait toujours ce carnet avec elle. Il ne devait pas être diffusé mais servait, en cas de besoin, à disposer de toutes les informations nécessaires. Le dossier électronique, c'est la même chose. Il permet aux services



d'urgence de disposer des informations essentielles sans délai. Mais si l'intervention n'est pas urgente, c'est évidemment la personne elle-même qui doit donner l'accès à son dossier. C'est ce que dit la loi et c'est ainsi que nous devons défendre son application.

### La protection des données est donc garantie dans le cas du dossier médical électronique ?

Oui, mais il est important de prendre aussi en compte les données récoltées et que l'on transmet d'une manière inconsciente ou par légèreté. Toutes et tous, nous transmettons une série de données via des bons de fidélité, des applications, etc. Cela peut être utilisé de manière positive pour renforcer notre santé mais, à l'inverse, de manière totalement négative voire punitive, si ces données étaient transmises et que des assurances en venaient à imposer des primes d'assurance différenciées suivant tel type d'activité pratiquée ou de mode de vie particulier.

### Tu as été élue à la présidence de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Pour la quatrième fois seulement, une femme présidera l'Assemblée. Ce parlement réunit des représentantes et des représentants de 47 pays européens différents. C'est une magnifique consécration !

J'en suis très honorée. Cela fait onze ans que je siège au Conseil de l'Europe et c'est passionnant. C'est un double mandat obligatoire. Il faut être membre du parlement national pour siéger au Conseil de l'Europe, afin de faire le lien entre les deux parlements. C'est donc une charge conséquente. Tous les enjeux actuels du continent européen sont traités : formation, santé, environnement, migrations, etc. Quel que soit notre pays, on comprend vite que l'on fait face aux mêmes défis. Le Conseil de l'Europe est notre porte vers l'Europe. C'est notre identité que l'on défend là-bas.

### As-tu une idée de la charge de travail qui t'attend ?

Elle sera intense, mais je suis prête. Ma vie sera partagée entre Genève, Strasbourg, Berne, ainsi que d'autres capitales

européennes. Je vivrai cette expérience jusqu'en janvier 2020. J'aurai, entre autre pour me seconder, Guillaume Zufferey, que j'ai pu engager pour me soutenir dans cette tâche et avec lequel j'ai déjà eu l'occasion de bien collaborer au cours de son travail au sein du PSG.

### Ton travail de sage-femme ne te manque-t-il pas trop ?

C'est un métier magnifique. Mais je n'ai plus le temps de le pratiquer tout en faisant de la politique. Au début de mon mandat au Conseil national, je travaillais encore à temps partiel, jonglant entre les deux. Engagée dans le collectif de l'Arcade sages-femmes, j'ai toujours gardé des liens, assuré des remplacements. Mais pendant mon année de présidence du Conseil national, j'ai dû arrêter. Un accouchement à domicile représente beaucoup de stress et, avec la distance, c'est compliqué. Depuis que je siège au Conseil aux Etats, j'ai suivi des personnes que je connaissais et qui acceptaient mes conditions. Sinon, cela n'aurait pas été possible. J'ai ensuite présidé la Fédération suisse des sages-femmes. Mais, depuis 4 ans, j'ai arrêté définitivement de travailler comme sage-femme.

### Comment avec cet engagement que l'on te connaît, es-tu parvenue à toujours garder cette disponibilité, ce calme, et surtout la santé ?

De tout temps, je me suis gardée des espaces où je coupe le téléphone, en prenant des vacances dans des lieux éloignés ou en allant simplement à un concert, au théâtre, histoire de faire de mini-déconnexions. J'ai toujours pris soin des rythmes, de respecter les miens et ceux des autres et pensé qu'il ne fallait pas aller dans tous les sens, car cela n'était pas sain. J'ai évité de me disperser. Cela me permet aujourd'hui non seulement de garder la santé, mais aussi du plaisir dans ce que je fais.

### Un dernier mot, Liliane, en guise de conclusion ?

J'ai un appel fort à lancer pour qu'il y ait de nombreuses candidates et de nombreux candidats de qualité pour la campagne au national l'année prochaine. Berne n'est pas le bout du monde mais à moins de deux heures de Genève. Les enjeux sont fondamentaux et passionnants. Nous avons besoin d'avoir une liste solide qui donne envie aux Genevois.e.s de nous suivre.

# DIS TONTON, POURQUOI TU TOUSSES ?



PASCAL HOLENWEG,  
CONSEILLER MUNICIPAL

*Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les dépenses de santé en Suisse se sont montées à 80,7 milliards de francs au total en 2016 selon les normes de l'OCDE, ce qui représente une hausse de 3,8% en un an. La part des dépenses de santé rapportée au produit intérieur brut est passée de 11,9% à 12,2%.*

Dans ce pays (comme dans les pays voisins), l'offre de prestations médicales (et de produits) est considérable. Or plus grande et plus large est cette offre de «santé», plus elle force la demande : les besoins, les problèmes, les risques sont produits par cela même qui s'affirme capable de répondre aux uns, de résoudre les autres, de garantir contre les derniers. Et plus intensément est ressentie l'incapacité du système de santé à soigner tout le monde contre tout, à garantir à chacun.e qu'il ne risquera jamais rien. Mais ce «tout le monde» n'est pas n'importe qui, ce «chacun.e» ne réside socialement pas n'importe où : c'est la classe moyenne et ce sont les classes dominantes qui souffrent de leur obsession de ne plus souffrir. Tant pis pour elles, dira-t-on méchamment. L'angoisse sanitaire mesure l'intégration sociale : le stress est une maladie de la soumission et le prix de l'obéissance : les misérables ne sont pas obsédés.e.s par la recherche de la santé par-faite.

## *L'obsession du bien-être est une maladie sociale*

La peur du risque (et donc la peur de l'autre dès lors que toute altérité est porteuse de risque), la négation de la mort, le refus de la vieillesse, la mobilisation de toutes nos ressources intimes pour la conservation de nous-mêmes, le fantasme de l'immortalité, sont autant de symptômes de cette maladie sociale qui, en devenant maladie individuelle, devient aussi maladie mortelle. Que la pensée médicale et sanitaire se soit réduite à une pensée de la conservation n'est pas sans répondre à la réduction de la pensée politique à une pensée elle-même conservatrice. Il nous faudrait donc protéger notre corps (et notre âme, pour autant que nous nous en accordions une) des accidents, des maladies, de l'usure du temps. On aurait grand tort de s'en étonner : il eût été assez surprenant, et pour tout dire absurde, que le corps des humains ne devienne pas marchandise pour un système qui fait de l'humain une marchandise et qui soigne la peur de la mort, et sa propre peur de la vie, par l'injonction à la consommation compulsive. Il eût été tout aussi surprenant que l'obsession de la productivité ne se traduise pas en obsession de la «santé», au point que la recherche de la «santé» devienne elle-même une maladie, et en tous cas un facteur pathogène : réduit à ses fonctionnalités utiles, le corps doit être performant, et on se rend malade à force de se vouloir en «pleine forme».

La définition de la santé que donnait dans les années 70 du siècle défunt l'Organisation mondiale de la Santé est exemplaire de cet enfermement défensif de la pensée médicale et sanitaire : la santé serait «un état complet de bien-être physique, mental et social». De toute évidence, un tel objectif est hors de portée, et, parce qu'il est hors de portée, est lui-même fauteur de ce mal-être physique, mental et social qu'il

s'agirait d'éradiquer. A moins de considérer qu'il n'y ait que les mort.e.s qui soient en bonne santé.

## *Vers un système totalitaire de santé*

Cet «état complet de bien-être physique, mental et social» est un programme impliquant l'usage de méthodes totalitaires : rien ne doit échapper à l'autosurveillance médicale et sanitaire. L'individu doit se surveiller, surveiller son corps, surveiller son alimentation, surveiller son mode de vie, préserver son énergie, rester fonctionnel et efficace, se soumettre aux impératifs de la santé collective, gérer son «capital santé» comme un rentier sa rente, se plier aux régimes qu'il s'impose. A l'autosurveillance s'ajoute, ou supplée lorsqu'elle fait défaut, l'exosurveillance, le contrôle social. Il convient non seulement de s'abstenir de tout comportement déviant pour soi-même, mais également de surveiller le comportement des autres, et le cas échéant de le dénoncer. La maladie devient une délinquance, jouer avec sa santé un délit. Le système de santé devient un système de contrôle social, la solidarité se réduit en discipline, l'intégration de l'individu au système de santé est indissociable de son intégration au système social, et de son adhésion à l'ensemble des normes sociales.

Cette servitude volontaire vaut toutes les autres, et son terme est celui de toutes les autres : la mort, mais en bonne santé. Et peu importe que la prolongation de la vie à tout prix soit la négation du prix de la vie, et de la vie elle-même, puisque ce que l'on nie est l'évidence que la vie est en elle-même un processus de destruction.

- Dis Tonton, pourquoi tu tousses ?
- Parce que je suis vivant...

# POUR UNE SANTÉ QUI NE PARTE PAS EN FUMÉE

ENTRETIEN SYLVAIN THÉVOZ

*Laurence Fehlmann Rielle a été conseillère municipale en Ville de Genève de 2011 à 2015 avant d'être élue au Conseil national où elle terminera l'année prochaine sa première législature. Députée au Grand conseil de 1997 à 2009, présidente du Parti socialiste genevois de 2004 à 2008, elle prend cet automne sa retraite professionnelle, quittant la Fédération Genevoise pour la prévention de l'alcoolisme et du cannabis (FEGPA) et Carrefour AddictionS. L'occasion de revenir sur son engagement dans le domaine des addictions.*

**Sylvain Thévoz : Quels ont été les changements dans le traitement des addictions ces dernières années ?**

Laurence Fehlmann Rielle : On a globalement évolué vers une plus grande ouverture dans la manière de considérer les addictions et de les traiter. Il y a 20 ou 30 ans, nous étions beaucoup plus axé.e.s sur des démarches prônant l'abstinence. De nouvelles approches graduelles ont vu le jour. Aujourd'hui, les personnes dépendantes sont plus actives dans leur traitement. Le

regard soignant est moins culpabilisant et moralisant. La question de santé n'est plus uniquement celle d'un savoir clos, mais consiste dans le développement d'une meilleure écoute envers les patient.e.s afin de les impliquer davantage dans leur traitement, car ce sont eux qui se connaissent le mieux, et peuvent trouver ce qui leur est le plus profitable.

**La mise en place d'une politique de réduction des risques a été un tournant. Peux-tu en rappeler le sens ?**

Durant les années 1980, les toxicomanes mouraient massivement à cause de mauvaises conditions d'hygiène et du sida. Au début des années 1990, la Confédération met en place la politique dite des quatre piliers, basée sur la prévention, la thérapie, la réduction des risques, et la répression. Cela a permis une diminution des décès dus à la consommation de drogues, la réduction de la criminalité, l'amélioration de la santé des toxicomanes et la disparition des scènes ouvertes. En Suisse romande, Genève a été pionnière, via le remplacement des seringues usagées, et le développement de programmes de substitution. Les locaux d'injection ont joué un rôle fondamental. Berne fut pilote avec l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque en 1986. Cela fait presque 20 ans à Genève qu'un dispositif équivalent existe. Lausanne aura le sien cet automne.

**L'illégalité de produits comme le cannabis entraverait le travail de prévention ?**

Oui. De fait, quand des drogues sont illégales, on est en déficit de prévention vis-à-vis de celles-ci. Il est par définition impos-

sible, par exemple, de fixer un âge légal de consommation du cannabis vu qu'il est interdit. Sanctionner les gens qui en consomment limite les actions de prévention.

**On va enfin dans le sens d'une légalisation du cannabis. Motif de réjouissance ?**

Oui. Et cela ne veut pas dire que l'on veut augmenter la consommation. Il est stérile de vouloir juguler le marché d'une substance en y mobilisant des ressources excessives de répression, alors qu'elles pourraient l'être pour faire de la prévention efficace. Légaliser ne veut pas dire consommer plus. En France, pays très répressif, le taux de consommation chez les jeunes est énorme. Il peut sembler paradoxal de vouloir être plus restrictif sur l'alcool et, en parallèle, de légaliser le cannabis. Dans les faits, cela permet de gérer les deux sur un pied d'égalité avec des messages de santé publique cohérents et coordonnés. Aujourd'hui, la tendance va dans le sens d'une légalisation. Sept états ont légalisé le cannabis aux USA, dont la Californie et Washington, alors qu'ils étaient sur une ligne de guerre contre la drogue récemment, et je m'en réjouis.

**On sait les lobbies du tabac et de l'alcool puissants. Des victoires ont-elles malgré tout été enregistrées ?**

Oui. En termes législatifs, nous avons effectué des avancées à Genève. En 2000, par exemple, nous avons interdit la publicité pour le tabac et l'alcool fort sur la voie publique et sur le domaine privé visible depuis le domaine public. Nous y avons réussi durant la législature où la gauche était majoritaire. C'était une belle victoire. En



2005, nous avons aussi pu faire interdire la vente d'alcool nocturne dans les magasins de détail. Pour le tabac, nous avons gagné la bataille autour de l'interdiction de la fumée passive dans les lieux publics et fermés. Notre loi cantonale va plus loin que la loi fédérale en excluant le service dans les espaces fumeurs pour protéger les travailleurs et travailleuses.

#### Comment évalues-tu, en Suisse, les actions concernant la prévention du tabagisme ?

La Suisse reste très en arrière. Concernant la publicité et le sponsoring, nous sommes en retard sur les mesures adéquates de prévention du tabagisme. Nous n'avons pas ratifié la convention-cadre sur la prévention des problèmes liés au tabac. Nous sommes moins bons que les Russes et les Turcs qui sont plus stricts. Cela, en raison d'un puissant lobby allié à une majorité de droite qui souhaite, au nom de la liberté individuelle, faire avant tout le lit du commerce et de l'industrie aux dépens de la santé publique. De nombreux sièges mondiaux de l'industrie du tabac sont en Suisse, et ils disposent de bons relais politiques à droite.

#### Il n'y a pas d'âge limite aujourd'hui pour acheter du tabac en Suisse ?

La Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif, en vigueur depuis le 1er mai 2010, n'interdit pas la vente aux jeunes ou aux mineur.e.s. C'est fou ! Certains cantons ont légiféré, d'autres non, dont Genève. L'âge limite est parfois à 16 ans, parfois à 18.

#### Concernant le CBD (cannabidiol : cannabis légal) il n'y a pas d'âge de vente limite. C'est un vide juridique ?

Alors que le sponsoring par les marques de tabac a disparu à Genève, les sociétés de CBD commencent à démarcher des festivals pour faire connaître leurs produits. Oui, il y a un vide juridique à ce sujet. Un projet de loi sera soumis cet automne au Grand-Conseil. Il faut lancer le débat sur ces questions et voir qui sont les acteurs de ces marques de CBD. Tous les cantons, à l'exception d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Genève et Schwyz, interdisent la vente de tabac aux mineurs (moins de 18 ans). Certains l'autorisent, toutefois, pour les plus de 16 ans (Fribourg et le Valais notamment). Le Grand Conseil valaisan a décidé, en juin de cette année, que la cigarette, le cannabis légal et la cigarette électronique seraient interdits aux moins de 18 ans en Valais. En ce qui concerne la e-cigarette, ce canton prend une décision pionnière en Suisse. Genève doit maintenant se mettre à jour.

#### Il y a-t-il une inégalité de genre dans les rapports au tabac et à l'alcool ?

Le tabagisme est plutôt un marqueur d'inégalité socio-économique. Les gens moins éduqués fument le plus. Les femmes fument moins que les hommes, mais l'écart se réduit. Concernant l'alcool, le regard social sur les femmes qui boivent est plus sévère que sur les hommes. Mais les abus d'alcool traversent toutes les couches de la société. Ce sont même plutôt les hommes jeunes bien intégrés qui abusent le plus de ce produit. Mais là aussi, l'écart se réduit entre femmes et hommes. Les femmes

ont augmenté leur consommation. Elles sortent plus, sont soumises aux mêmes stress que les hommes, etc.

#### La baisse de la consommation de tabac et de l'alcool demeure-t-elle un enjeu socio-sanitaire ?

Ce combat est sans fin. Si on ne progresse pas, on régresse. Un socle de 25% de fumeur/euse.s demeure. C'est beaucoup trop élevé. On n'arrive pas à le baisser. Au niveau de l'alcool, la consommation baisse tendanciellement toujours, mais relativement peu. Les extrêmes ne bougent pas. Entre 1997 et 2017 on est passé de 9.2 litres d'alcool pur par personne à 7.9. On reste toutefois des consommatrices et consommateurs relativement assidu.e.s par rapport aux pays nordiques qui consomment autour de 5 litres par personne et par an.

#### On va toutefois globalement dans la bonne direction ?

Oui. Davantage de moyens sont engagés pour la prévention, avec des professionnel.le.s qualifié.e.s. Mais il y a également des retours en arrière. Par exemple, le Parlement fédéral a réintroduit la vente d'alcool sur les autoroutes, donnant ainsi un message contradictoire. J'ai été, sur ce dossier, très déçue par Doris Leuthard, qui a affirmé que l'on pouvait également trouver des problèmes liés à l'alcool sur les routes cantonales et que l'on n'allait pas fermer tous les estaminets. Cela semblait une raison suffisante pour réintroduire la consommation d'alcool sur les autoroutes, ce qui est regrettable.



**Tu as déposé une intervention pour une taxe sur le sucre au Conseil National, avec quel objectif ?**

C'est une intervention modeste, mais elle a eu un bon écho médiatique et a permis de sensibiliser la population sur les questions de santé publique liées au sucre (obésité, problèmes de diabète, dommages dentaires). Le lobby des boissons rafraîchissantes est aussi très fort et extrêmement proactif, mais je souhaite aller plus loin pour que l'on arrive à une taxe sur le sucre en Suisse, comme cela se fait déjà en France et en Angleterre.

**Quel est l'un des grands enjeux pour la santé de demain ?**

Nous devons absolument éviter d'avoir un système de santé où les comportements des gens seraient surveillés, puis sanctionnés en fonction de ceux-ci. Aujourd'hui, des entreprises achètent des paquets de données. Des entreprises sont actives à la

fois dans l'industrie alimentaire et dans les assurances. La sécurité de la transmission des données et leur confidentialité ne sont pas assurées. Le risque, c'est que demain, certain.e.s prétendent qu'il n'y a plus assez d'argent pour soigner tout le monde, et qu'il faut s'occuper seulement de celles et ceux qui ont un bon comportement. Comment éviter que des données privées ou celles que l'on transmet avec légèreté ne servent à sanctionner les citoyen.ne.s ? De plus, surdéterminer les comportements est arbitraire, car cela ne tient pas compte des composantes génétiques et des inégalités sociales.

**Quelles sont les nouvelles formes de dépendance qui émergent aujourd'hui ?**

Les jeux d'écran ! Nous surveillerons comment la nouvelle loi sur les jeux d'argent votée par le peuple sera appliquée. La Loterie Romande et Swisslos ont une politique de marketing très agressive. Ils doivent rapidement faire de gros efforts en terme

de prévention. Des gens sont interdits de casino et jouent pourtant des milliers de francs à des jeux en ligne très addictifs. Ces derniers ont un potentiel d'addiction beaucoup plus grand que les jeux de table. Il y a un clair risque d'endettement, mais aussi de dépression, d'isolement, d'addiction, voire de suicide. Concernant les addictions nous devons rester vigilant.e.s. C'est également pour cela que je souhaite poursuivre mon engagement à Berne. Il faut un renforcement des forces de gauche et en particulier socialistes pour remporter des victoires sur ces enjeux de santé publique.

# LOGER POUR UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ



LYDIA SCHNEIDER HAUSSER

*La Constitution genevoise impose à l'État de prendre les mesures permettant à toute personne de trouver, pour elle-même et sa famille, un logement approprié à des conditions abordables (art. 178 al. 1). Cependant, force est de constater que des personnes n'arrivent pas à entrer dans les dispositifs médico-sociaux et vivent à la rue ou à l'hôtel.*

## *Le «housing first» ou «un toit d'abord»*

L'exclusion, la précarité, la rupture d'une trajectoire de vie, la maladie mentale ou la dépendance aux psychotropes sont souvent liés à des situations douloureuses. Les personnes vivant à la rue ou à l'hôtel n'ont pas accès aux diverses prestations ; malgré le fait que des institutions et des associations genevoises proposent des structures d'urgence, des logements temporaires ou relais, des lieux résidentiels de traitement ou, dans le cas de la santé mentale des lieux de vie collective ; ou que les services de soins proposent des suivis ambulatoires, hospitaliers ou à domicile.

Plusieurs entités évoluent pour suivre les besoins d'une population en augmentation et dont les problèmes changent. Par exemple, un EMS accepte des personnes souffrant de maladie psychique chronique hors âge AVS ; l'Imad<sup>1</sup> a inclus dans ses équipes des infirmières en psychiatrie ; Argos<sup>2</sup> évolue vers des concepts de prise en charge axés sur la réduction des risques plutôt que sur l'abstinence ; des hébergements d'urgence ont ouvert durant l'été.

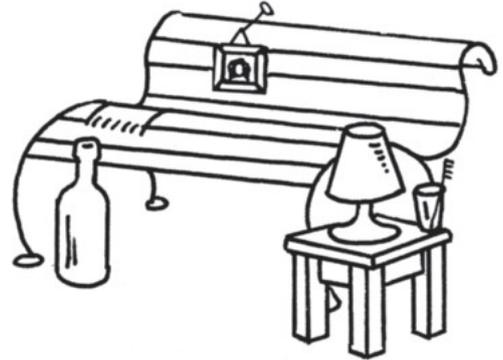
## *Pourquoi parler du «housing first». Certaines des logiques d'accès au logement en vigueur doivent-elles changer ?*

A Los Angeles en 1988, Tanya Tull propose un toit aux familles avec enfants sans domicile. En 1992 à New-York, Sam Tsemberis initie un programme visant des consommateurs/trices de psychotropes et sans domicile fixe. Le grand changement apporté par le «housing first» est que le logement est fondamental, prioritaire et doit être octroyé sans ou avec le moins de conditions possibles. En Suisse, y compris à Genève, malgré sa Constitution, il est attendu que la personne aidée montre une évolution même si elle est encore sans domicile fixe. Elle doit avoir «ses papiers», suivre une thérapie ; en gros donner des garanties d'amélioration pour initier une démarche en vue de l'obtention d'un logement. L'obligation d'une demande ou l'obtention d'une rente AI est souvent la mesure impérative.

Les programmes «housing first» minimisent tant que faire se peut le renforcement de la marginalisation et l'exclusion. Les conditions exigées sont minimales. Même si, historiquement, ces programmes étaient dédiés aux personnes sans-abris et dépendantes aux psychotropes, ils sont actuellement plutôt dédiés à des personnes souffrant de problèmes psychiques (les dépendances pouvant en être l'un des corollaires) et vivant dans la précarité (sans domicile fixe).

## *Aller au rythme de la personne logée*

Le programme est conduit par une équipe pluridisciplinaire : travailleur/euse sociale, psychologue, médecin psychiatre, infirmier/ère, logisticien.ne, etc. Le maintien d'une relation avec cette équipe et le respect des règles de cohabitation sont en principe les seules conditions de l'obtention du logement. Aucune thérapie, acti-



tivité sociale ou d'insertion professionnelle n'est conditionnée au maintien dans le programme ; cela viendrait alimenter des critères de renvoi du programme. La stabilisation (sécurisation) de la situation représente la base de travail de l'équipe. Les autres évolutions sont dans les mains des personnes logées, dans les choix qu'elles feront petit à petit, à leur rythme, tant dans les domaines de leur santé, de leur famille, ou/et de leur insertion.

## *Les nombreux programmes menés tant aux États-Unis d'Amérique qu'en Europe comme par exemple «Un chez soi d'abord» mené dans quatre villes françaises (Marseille, Toulouse, Lille, Paris), ont-ils été évalués ?*

Les impacts sur les personnes logées sont très largement décrits comme positifs, malgré les difficultés, surtout liées à l'insertion dans l'habitat ordinaire, rencontrées par ces programmes. Ces impacts positifs sont nombreux : diminution du recours aux services d'urgence et d'hospitalisation, réduction de la consommation et abus de substances (alcool, psychotropes, médicaments, etc), sécurité ressentie comme une aide au changement, réduction des coûts globaux médicaux et sociaux, meilleur taux de rétention que dans des structures exigeantes, meilleure qualité de vie ressentie, meilleur maintien dans les traitements médicaux, etc.

Il est temps, à Genève, que ce type d'approche se généralise.

<sup>1</sup> Institution genevoise de maintien à domicile.

<sup>2</sup> L'association Argos a pour but la création et la gestion de dispositifs destinés à la prise en charge de personnes souffrant d'addiction.

# SOIGNER, UN TRAVAIL D'ÉQUIPE

ENTRETIEN SYLVAIN THÉVOZ

*Serge Raemy, postier de formation, assistant social, est aujourd'hui président de Voie F (espace de formation pour les femmes), et vice-président de l'Imad (institution genevoise de maintien à domicile). Il revient ici sur son engagement pour les autres et l'importance du travail en équipe, dans le domaine social et de la santé.*

**Sylvain Thévoz : Peux-tu en quelques mots nous retracer ton parcours de vie ?**

Serge Raemy : J'ai grandi dans un petit village du canton de Fribourg. J'ai perdu mon papa à deux ans et demi. Il était employé CFF. Il est décédé accidentellement. J'ai vécu cela comme une terrible injustice. A 16 ans, j'étais syndiqué. Je le suis encore aujourd'hui. A 21 ans, marié, je suis arrivé à Genève. Au tout début, j'étais facteur à la Poste, puis assistant social. Reprendre des études à trente-trois ans, à l'Institut d'études sociales, fut un tournant dans ma vie. Si je n'étais pas venu à Genève, jamais je n'aurais pu faire d'études. Je bossais le soir. L'engagement d'André Chavanne pour la démocratisation des études a été déterminant. Aujourd'hui, je ne pense pas que ce serait possible. J'ai pu me former en cours d'emploi, avec envie et passion. J'ai été aidé, encouragé. Les portes m'étaient ouvertes.

**Peux-tu revenir sur ton parcours plus spécifiquement lié à la santé ?**

J'ai travaillé dans le milieu médical, en psychiatrie, assurant une prise en charge de réhabilitation fonctionnelle de per-

sonnes âgées afin qu'elles puissent ensuite rejoindre un EMS. J'ai adoré ce travail. J'y ai découvert l'écoute, l'empathie et le partage avec les patient.e.s, l'expérience d'une équipe pluridisciplinaire. C'est l'entité qui soignait, pas telle ou une telle individualité. J'ai ensuite travaillé dans le domaine des addictions. Dès 2006, j'ai profondément pris conscience des enjeux de la santé, et de leur causes sociales. Un médecin (psychiatre) Guy Ausloos, nous rappelait toujours d'être méfiant.e.s vis-à-vis des diagnostics, car ils risquaient de nous enfermer dans nos hypothèses. Nous faisions avec et non pas pour, et avions toujours le travail en équipe en tête.

**Quel était le profil des patient.e.s que tu suivais ?**

Autour des années 2000, c'étaient principalement des héroïnomanes. Il y avait aussi des gens qui venaient se soigner et à qui on donnait de la méthadone en substitution. La violence était présente. J'ai fait l'apprentissage de la thérapie groupale. Parfois, il n'y avait aucun contact entre les patient.e.s et le psychiatre mais le lien se faisait avec l'assistant.e social.e. L'intelligence collective visait à utiliser toute l'équipe, pour améliorer le soin global.

**Qu'est-ce qui fut le plus dur pour toi dans ce travail ?**

Il y eu un moment très difficile, quand Pascal Couchepin, en 2005, a rayé de nombreuses prestations du catalogue des prestations remboursées. Notre camarade Stéphane Rossini avait parlé d'un putsch sur l'assurance sociale, et c'était vrai. Les pharmacies refusaient de fournir les médicaments aux personnes qui ne payaient pas. C'était un bordel dingue. Heureusement, grâce à l'action d'Anja Wyden, alors à la direction générale de l'action sociale, l'Etat a pris le relais en assumant les charges nécessaires pour assurer les soins.

**Comment en es-tu venu à adhérer au Parti socialiste ?**

J'avais une dette et une admiration pour la politique d'André Chavanne qui m'a permis de me former. Willy Donzé est devenu une sorte de père spirituel en politique. Et puis en 1983, Lilian Uchtenhagen, première femme candidate au Conseil fédéral, n'a pas été élue. Par indignation et révolte, sur un terrain favorable, je suis entré au PS. Je travaillais beaucoup. Je n'avais pas le temps pour m'engager dans le parti, mais j'étais membre et j'ai milité avec mes moyens. A 57 ans, je me suis retrouvé au chômage. C'était l'horreur. Avec un certificat de management HEC et un diplôme de la HES, les gens avaient peur que je prenne leur emploi. Cela m'a beaucoup fait réfléchir sur l'importance d'avoir un parti fort sur les questions de l'emploi, pour lutter ensemble. Au final, j'ai pu retrouver du travail à l'Hospice Général où j'ai fini ma carrière professionnelle. Maintenant, j'ai un peu plus de temps pour le parti.

**Quel constat tires-tu, avec le recul, de ton travail à l'Hospice Général ?**

Assistant social à l'Hospice, j'ai vu arriver des gens qui, du jour au lendemain, perdaient un statut, un emploi. Ils souffraient de dépressions qui s'aggravaient avec le temps. Au chômage, les gens sont déclarés aptes à l'emploi, mais psychologiquement, ils sont détruits. J'ai toujours pris soin de respecter le rythme de la personne avant de la pousser plus loin. Il peut y avoir de gros dégâts si on ne le fait pas. C'est criminel de dire à une personne qu'elle est apte à l'emploi alors qu'elle n'avance plus. Le RMCAS (Revenu minimum cantonal d'aide sociale) a pu, avec toutes les réserves que l'on peut y mettre, sauver des gens. Le basculement sur la Loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (LIASI), en 2011 a plutôt péjoré la situation. J'ai fait mon travail avec cœur et passion.



**Pour aider la personne à retrouver une assise, des repères, et donc une santé, il faut de la disponibilité et quoi d'autre ?**

Un gros investissement de la part des accompagnant.e.s, et du temps. Trop souvent, on ne donne plus de temps ou on le négocie. Et cela se paie cher au final. Fonctionner sur des dynamiques plus tendues, c'est travailler moins bien. On ne réalise pas d'économies ainsi. Ni dans le champ du social, ni dans celui de la santé.

**Concernant les personnes âgées, quel est le niveau de la prise en charge dans le Canton de Genève ?**

Il est globalement bon, avec une diversité d'acteurs. Malheureusement on ne sait toujours pas qui aujourd'hui, doit prendre socialement en charge les personnes âgées. Sous prétexte qu'arrivé à l'âge de l'AVS il n'y a plus de problème social, il n'y a pas encore de politique véritablement coordonnée. L'Hospice ne souhaite pas le faire, l'Imad, quant à elle, s'occupe uniquement des personnes âgées dans leur dimension médicale, et à domicile. Concernant le *care* et les ménages, l'OSEO et d'autres services à domicile y veillent. Il manque un réseau, une vision, et bien sûr, davantage de moyens. A l'Imad, on subit de plein fouet la baisse de la durée de prise en charge des soins hospitaliers. Les gens rentrent chez eux toujours plus rapidement. L'Imad doit donc former de nouvelles et nouveaux employé.e.s, dans de nouveaux domaines, en psychiatrie par exemple. Certaines caisses maladies mettent des bâtons dans les roues des soins. Par exemple, à l'Imad, deux infirmières spécialisées sont employées uniquement pour sortir du contentieux des factures que des assurances contestent. Par exemple, certaines assurances refusent la prise en charge

d'une deuxième douche par semaine! Dans le cadre des soins à domicile, les frais de déplacement ne sont pas pris en charge par les assurances. De très nombreux postes payés par l'Etat de Genève ne servent ainsi qu'en déplacement. Je pourrais multiplier ce genre d'exemple. A mes yeux, la législation qui s'ouvre sera un tournant. Elle va définir l'avenir des soins à domicile à Genève.

**Les taux d'absentéisme sont forts à l'Imad, une explication ?**

C'est d'abord un travail très compliqué, avec deux entrées en service. Une le matin tôt, avec un horaire coupé et une reprise en fin de journée, avec de nombreux déplacements et un haut niveau de stress. Les raisons en sont donc multiples et parfois complexes. Une piste de solution pourrait être de créer un «pool emploi» entre les HUG et l'Imad afin que le personnel de santé puisse augmenter sa mobilité entre ces institutions, et varier de postes au besoin.

**Comment, si la croissance des soins à domicile se poursuit, arriver à disposer de personnel infirmier en suffisance ?**

C'est un enjeu important. A mon avis, soit on continue d'accueillir des soignant.e.s étrangers/ères, soit on ouvre des écoles pour former des soignant.e.s. Mais assécher tout le réseau de soin du Jura français de l'Ain à la Haute-Savoie pour renforcer le système suisse, cela ne va plus. Une initiative fédérale a largement abouti au début de l'été. Elle demande de revaloriser le travail des soins infirmiers. J'espère que ce sera le déclencheur d'une prise de conscience. Pour mémoire, l'Imad est en déficit de 50 infirmières et 50 ASSC (assistant.e.s en soins et santé communautaire) en 2018. Les années à venir font craindre le pire. Je précise qu'il ne s'agit pas de postes, mais bien de personnes formées.

**Former en Suisse, mais aussi faciliter les temps partiels et le retour à l'emploi ?**

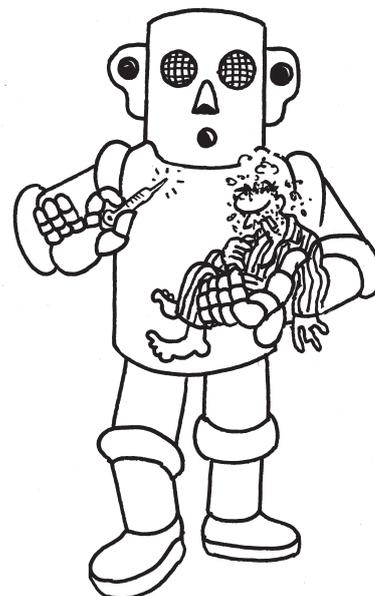
Bien entendu. Travailler à plus faible pourcentage, renforcer la formation continue sont des pistes. Une maman infirmière, avec des enfants en bas âge, doit pouvoir revenir sur le marché de l'emploi, avec des formations, des facilités octroyées. Notre modèle social aussi (aménagement du temps de travail, place des crèches en suffisance), impacte notre système de santé. Trop souvent encore, les femmes paient le prix de notre retard social.

**C'est-ce qui t'a conduit à devenir président de Voie F ?**

Je souhaitais inciter les femmes à s'engager et à poursuivre un processus de formation, et les soutenir activement dans cette démarche. L'association favorise l'accès des femmes aux technologies d'information et de communication, elle permet de réfléchir au rapport des femmes au savoir et à l'apprentissage. C'est important. Pour moi, c'est un engagement cohérent avec mon parcours.

**Pour conclure, comment évalues-tu l'apport des nouvelles technologies et de la robotique dans le domaine de la santé ?**

C'est indéniablement un progrès sur certains points. Mais remplacer totalement le rapport humain par des robots, c'est une dangereuse utopie. La santé est un capital à conserver. Il faut la promouvoir et la valoriser. Aucun robot ne le fera à notre place. Nous devons défendre une médecine de proximité. Le travail humain est irremplaçable. Si on le perd, c'est notre santé que l'on perdra.



# UN COÛTEUX SYSTÈME



LUISA PENTZKE,  
CYTOPATHOLOGISTE, HUG

*Ancienne Présidente et co-présidente de la Commission Santé du Parti socialiste Genevois, ancienne conseillère municipale à Lancy, Luisa Pentzke, cytopathologiste aux HUG, se penche sur les enjeux liés au système de santé en Suisse et à Genève.*

## Une définition de la santé

Pour l'OMS, «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». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946. En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau indivi-

duel et collectif. Concernant la promotion de la santé, c'est un «processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé.» (Charte d'Ottawa 1986). Concernant la prévention, c'est: «l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents».<sup>1</sup>

## L'action du Parti socialiste

Cette interface entre santé, bien-être et développement économique a été mise à l'avant-plan de l'action politique du PS. Depuis de nombreuses années, notre parti se bat pour la réalisation d'un bon développement social, économique et environnemental, et lutte pour la réduction des inégalités ainsi que la promotion de la santé et la prévention des maladies. Une population en bonne santé est indispensable à la réalisation des objectifs de la société. Le Parti socialiste travaille au quotidien pour que les valeurs essentielles d'humanité et d'accessibilité aux soins soient une réalité.



L'accès à la santé est un bien fondamental qui doit être féroce ment défendu.

## Le système sanitaire suisse

Notre système comporte des éléments de grande qualité : accès rapide aux soins, large éventail de prestations couvertes par l'assurance obligatoire, haut niveau de qualité. Le système de santé suisse, classé comme l'un des meilleurs du monde, a évidemment un coût. Mais comment expliquer que les Pays-Bas ou les pays scandinaves, qui bénéficient eux aussi d'excellents systèmes de santé, présentent des dépenses parfois nettement plus basses ?

<sup>1</sup> J.A. Bury, L'éducation pour la santé, De Boeck, Université de Bruxelles, 1988.

# REFUSONS LE MARCHÉ DE LA SANTÉ



ROLAND NIEDERMANN,  
MÉDECIN

«...la plupart de nos maux sont notre propre ouvrage» *J.-J. Rousseau, Discours sur l'origine de l'inégalité, 1755.*

## L'âge de la santé

L'Humanité écrit l'année 13'800'000'000 : 13 milliards 800 millions. La science n'est pas en mesure de préciser davantage le début de notre ère. Les ères en vigueur (juive: 5779 ; chrétienne: 2018 ; islamique 1439) sont religieuses, arbitraires, car elles séparent les humains, dressant les uns contre les autres, coupables de millions de victimes.

Notre corps se compose d'organes, de cellules, de molécules et d'atomes dont l'hydrogène est le plus abondant (63%), né au Big Bang, vieux de 13.8 milliards d'années. Le début de notre ADN date de plus de 3 milliards d'années. Notre santé est milliaire.

## La santé est inaliénable comme le Droit humain

Cet âge fait que la santé ne peut être notre oeuvre. Elle n'est le produit ni du médecin et de sa médecine, ni de l'industrie ni du système de santé. D'autre part, l'humain ne peut ni ne devrait vendre ou acheter sa santé, son ADN, ses organes vitaux. La santé appartient au même ordre que le Droit humain : elle est inaliénable.

## La santé face au marché de la santé

Les acteurs dominant le système de santé actuel prônent le marché de la santé. Ils se trompent, car la condition du marché est l'aliénabilité. La santé, par contre,

incarne l'inaliénabilité. Les deux principes s'excluent mutuellement, rendent inconciliables la santé et le marché. Le terme *marché de la santé* place celles et ceux qui l'utilisent hors du savoir, hors de la science. Qui dit marché, dit marketing, vente et croissance. Le terme marché de la santé appartient au monde publicitaire. Celles et ceux qui l'emploient expriment une hiérarchie qui place le marché au-dessus de la médecine, l'économiste au-dessus du médecin, l'économie au-dessus de l'humanité. Aujourd'hui, même l'organisation des médecins, la FMH, utilise ce terme. Au lieu de respecter et défendre l'inaliénabilité de la santé humaine, elle aliène la médecine au marché, s'allie aux forces qui cherchent à monnayer et à marchander la santé humaine.

## L'erreur stratégique du système de santé

Les partisans du marché de la santé commettent la même erreur stratégique que l'Eglise du Moyen Âge avec son marché des indulgences. Ils attribuent au marché et à ses marchands un pouvoir qu'ils n'ont pas. Personne ne peut vendre la santé, et le système ne peut approvisionner les gens en santé. La tâche de la médecine et de sa science est 1) d'éviter les maladies et les morts évitables et 2) de soigner les maladies inévitables de la condition humaine. Et il faut bien comprendre que les soins ne sont pas la santé. Ils ne peuvent que réparer.

## Coupables

Genève héberge à un kilomètre de distance la multinationale du tabac Japan Tobacco International (JTI) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS s'engage contre les épidémies causées par l'homme

(épidémies anthropogènes) telle que l'épidémie du tabac avec ses millions de malades et de morts prématurés tandis que l'industrie du tabac en vit. Les épidémies anthropogènes sont triplement lucratives : pour leur industrie, pour l'Etat grâce aux impôts, taxes, etc., et pour le marché de la santé qui en soigne les victimes au lieu de les éviter.

Les responsables dominant le système de santé actuel ne reconnaissent pas les épidémies anthropogènes en tant que telles. Ils sont coupables de les négliger et de ne pas protéger leurs victimes contre les industries et leurs marchés nuisibles à la santé.

## Conclusion

Le caractère inaliénable de la santé et la condition de l'aliénabilité du marché font que le marché de la santé est une supercherie à l'instar du marché des indulgences d'antan. Comme la vie, la santé est une partie intégrante de l'existence humaine. Quiconque tente de la marchander, de la transformer en une source de profit, viole la dignité humaine.

La charge financière croissante conduira les payeurs et payeuses de primes d'assurances maladie à se réveiller. L'impératif économique du marché, la croissance de ses profits, sa logique destructrice, favorisent les épidémies anthropogènes. Face à cette réalité, la place du PS se trouve du côté de leurs victimes et de l'OMS. Autrefois il s'agissait d'abolir la marchandisation des humains. Aujourd'hui, il s'y ajoute la nécessité d'abolir la marchandisation de la santé des humains.

# SANS-PAPIERS : QUELLE SANTÉ ?



ALINE DUVOISIN,  
COLLABORATRICE SCIENTIFIQUE  
DU PROJET PARCHEMINS

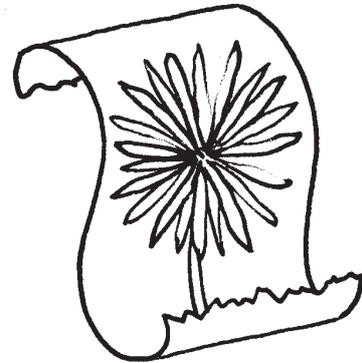
*Quel est l'impact de la régularisation sur la santé et les conditions de vie des migrant.e.s sans-papiers à Genève ? L'étude Parchemins, présentée ici par Aline Duvoisin, se propose d'y répondre.*

De manière générale, l'état de santé, le bien-être et la qualité de vie des migrant.e.s sans-papiers sont moins bons que celui de la population résidente. En cause, des barrières dues à l'absence de statut légal, telles que l'accès aux droits sociaux, à l'emploi réglementé, au logement et aux soins qui ont un impact important sur la santé et le bien-être en général. En matière de santé, l'accès aux soins est souvent limité aux situations d'urgence et ne permet pas de répondre aux besoins dans leur globalité, notamment les aspects de prévention. Ainsi, le renoncement aux soins est environ deux fois plus fréquent que dans la population résidente et certains aspects de santé sont fortement péjorés, notamment sur le plan de la santé mentale, sexuelle et reproductive, et chez les enfants. La régularisation constitue alors une transition majeure dans le parcours de vie des migrant.e.s, qui devrait leur permettre d'acquérir des ressources pouvant influencer favorablement l'ensemble de leurs conditions de vie et ainsi soutenir des trajectoires de santé plus favorables que celles observées parmi les migrant.e.s non-régularisé.e.s.

## *Dernières estimations*

Entre 58'000 et 105'000 ressortissant.e.s étrangers/ères sans statut légal et non originaires de l'UE ou de l'AELE résident en Suisse, dont environ 13'000 à Genève. Au cours des dernières décennies, plusieurs programmes de régularisation ont été implantés en Europe, mais leur impact sur la santé et le bien-être de leurs bénéficiaires reste méconnue. La mise en place de l'*Opération Papyrus* à Genève offre ainsi une occasion unique d'évaluer les effets sanitaires, sociaux et économiques d'une politique publique de normalisation du statut de résidence et d'accès aux droits sociaux sur la réduction de la vulnérabilité de la population des migrant.e.s sans-papiers.

Dans ce contexte, l'étude scientifique *Parchemins* a été lancée en 2017 par la Professeure Claudine Burton-Jeangros (Département de Sociologie, Université de Genève), le Docteur Yves Jackson (Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève) et le Professeur Giovanni Ferro-Luzzi (Institut de recherche appliquée en économie et gestion, Haute école de gestion et Université de Genève), en étroite collaboration avec les acteurs associatifs membres du Collectif de soutien aux sans-papiers de Genève et directement impliqués dans le dispositif *Papyrus*, à savoir les antennes genevoises de Caritas, du Centre social protestant (CSP), du Centre de Contact Suisses-Immigrés (CCSI), de l'Entraide Protestante Suisse (EPER), d'Unia et du Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs (SIT).



## *«Parchemins» par analogie à l'opération Papyrus*

Le nom de *Parchemins* a été donné en rappel de l'utilisation de ce matériau comme ancêtre du papier mais aussi en référence aux différents chemins empruntés par les résident.e.s sans-papiers à Genève.

L'objectif de l'étude est ainsi de suivre durant quatre ans les trajectoires de 400 personnes résidant sans statut de séjour à Genève, dont la moitié sont engagées dans une procédure de régularisation *Papyrus*. De cette façon, les données récoltées permettront, dans un premier temps, de comparer l'état de santé des migrant.e.s sans-papiers à celui du reste de la population. Puis, dans un second temps, le suivi annuel de ces personnes servira à documenter leur trajectoire de santé en fonction des modifications de leurs conditions de vie induites par la régularisation, en comparant le groupe de migrant.e.s ayant obtenu un statut de séjour à celui des personnes non-régularisées. L'horizon temporel choisi devrait en outre permettre de distinguer, si tel est le cas, les évolutions survenant directement après l'obtention du permis de séjour, de celles pouvant se manifester à plus long terme (ceci sans surcharger les participant.e.s).

A ce jour, environ 300 participant.e.s ont été interrogé.e.s et la fin de la première vague de récolte de données est prévue pour l'automne 2018. Des premiers résultats seront présentés lors du Symposium *Parchemins*, le 6 novembre 2018 à UniMail. Ce dernier, ouvert au grand public, réunira des intervenant.e.s académiques et de la société civile pour échanger sur les questions liées à la vulnérabilité des migrant.e.s sans-papiers.

# IMMERSION AUX URGENCES



FRÉDÉRIC BALDINI,  
REPRÉSENTANT SOCIALISTE AU CONSEIL  
D'ADMINISTRATION DES HUG

*Frédéric Baldini représente le PSG au conseil d'administration des HUG depuis fin 2012. Depuis cette date, il est rattaché au Département de Médecine communautaire, de premier recours et des urgences (DMCPRU) auquel appartient le service des urgences. En fin de mandat, il livre un témoignage de sa dernière immersion et son expérience comme administrateur.*

Dès mon arrivée, je sens que l'équipe, malgré le bon accueil et les sourires, vient de vivre un moment d'agitation. « Nous avons eu chaud à l'entrée du service avec l'arrivée d'un grand nombre de patient.e.s » m'explique l'infirmière à l'accueil en me tendant une blouse blanche et un badge de visiteur. En tant que membre du Conseil d'administration de l'institution, j'ai le droit de rester au côté du personnel, le temps de constater par moi-même les conditions de travail du personnel soignant et la qualité des soins délivrés aux patient.e.s.

Je suis présenté à l'équipe par le médecin-chef supervisant les chef.fe.s de service, chapeautant les internes en formation. Le rôle d'un hôpital universitaire public est de former les jeunes médecins dans certaines spécialités, toujours sous la supervision d'un.e médecin expérimenté.e.

## *Des locaux vétustes*

Ce qui frappe le plus en entrant aux Urgences, c'est l'inadéquation des locaux aux besoins des équipes. Tortueux et exigus, ils rendent la tâche du personnel soignant encore plus ardue. Les bâtiments actuels datent des années 60 : les techniques et le volume de patient.e.s ont bien évolué depuis. Le nouveau projet architectural des Urgences (2018-2020) devrait apporter des solutions à ces problèmes. En attendant, il faut faire avec, et surtout, il faudra faire avec les travaux qui ne vont pas manquer de poser des défis au quotidien pour les soignant.e.s.

La pénibilité au travail est élevée dans ce service qui connaît une hausse des consultations constante depuis des dizaines d'années. Pourquoi ? Le vieillissement de la population et l'évolution de la fonction du médecin de ville sont les arguments qui reviennent le plus souvent. Le/la médecin de ville était plus facilement atteignable il y a 30 ans, il/elle se déplaçait plus facilement auprès de ses patient.e.s. Son rôle permettait de régler bien des cas sans avoir à se déplacer aux urgences. Contrairement à ce que l'on entend souvent, ce n'est pas les cas relevant de la *bobologie* qui engorgent les Urgences, mais bien l'augmentation des volumes.

## *Une augmentation constante des patient.e.s*

Le nombre de patient.e.s a tellement augmenté que les effectifs de personnel ont dû également être augmentés, mais la charge de travail et l'inadéquation des locaux rend

le travail dans ce service très difficile. Le personnel que je rencontre est admirable de dévotion à ses patient.e.s. Les travaux à venir et la charge de travail causent cependant une grande inquiétude.

## *Un engagement jusqu'au bout*

Après 6 ans à cette fonction, j'ai donné beaucoup de mon temps et pense avoir contribué au meilleur fonctionnement du Conseil d'administration. J'ai défendu ce service public auxquels les genevois.e.s tiennent beaucoup. J'ai constaté que la pression financière qui s'exerce sur les HUG n'est pas sans conséquence sur le travail des collaborateur/trice.s. De trop nombreux/ses médecins et infirmier/ère.s, ont la sensation de ne pas avoir assez de temps à consacrer à leurs patient.e.s. Ce sentiment, accompagné de la lourde charge physique et psychique propre aux métiers de la santé, peut entraîner une vraie souffrance au travail. C'est pour cette raison que j'ai effectué cette immersion aux urgences.

J'espère pouvoir contribuer à améliorer la situation avant la fin de mon mandat, au terme de cette année. J'aurais aimé continuer à contribuer à l'établissement des solutions possibles aux problématiques posées aux HUG pour le futur, mais le Comité directeur du PSG en a décidé autrement.

# MONOPARENTALITÉ :

## QUELS ENJEUX ?

JANNICK FRIGENTI EMPANA,  
CONSEILLÈRE MUNICIPALE

*Une famille monoparentale, ce sont un.e à plusieurs enfants élevés par un parent seul, ce parent étant le plus souvent une femme. Mais jusqu'à quel âge un.e enfant est-il/elle considéré.e à charge du parent ?*

Lorsqu'un enfant est en études, l'octroi d'allocations familiales court jusqu'à l'âge de 25 ans, mais pour les assurances maladie, le raisonnement est autre puisque le coût de l'assurance de base augmente dès que l'enfant atteint ses 18 ans. Et l'assurance de base ne couvre pas les frais dentaires.

L'objet du témoignage et de l'entretien ci-après est de discuter l'accès aux soins et les difficultés que peuvent rencontrer les familles monoparentales face aux coûts de la santé. Si ceux-ci s'avèrent un poste budgétaire important pour chaque famille, leur coût dépasse les aspects financiers lorsqu'il s'agit d'une famille monoparentale. On peut dire que le rapport entre la monoparentalité et la santé ne s'arrête pas aux factures de médecin ou aux frais d'assurance maladie. Les familles monoparentales font face à des responsabilités accrues qui ont un impact sur leur santé, car elles portent une lourde charge qui les rend plus vulnérables. Les femmes sont plus exposées, car elles sont économiquement désavantagées par le travail à temps partiel et des salaires plus bas.

Une étude suisse de 2016<sup>1</sup> démontre les effets de la monoparentalité, en particulier pour les femmes, sur la santé. La multiplication des rôles à conjuguer seule génère du stress. Des salaires bas, le temps partiel, un accueil extrafamilial faible, le manque de revenus empêche ces familles de confier la garde de leurs enfants à des tiers. Toutes ces difficultés cumulées ont des effets négatifs sur la santé des parents et celle des enfants.

Comme le relève Bénédicte Amsellem-Ossipow, la Ville de Genève apporte une véritable réponse, avec une couverture à 82% de besoins exprimés de prise en charge préscolaire. Mais 82% ne représente pas la totalité. Il faut saluer les efforts de la Ville de Genève, ceux-ci doivent se poursuivre et étendre la réflexion à une prise en charge plus globale, portant également sur les besoins lors des vacances. Soulager les familles monoparentales, c'est les aider à assurer leur santé et celle de leurs enfants.

<sup>1</sup> Struffolino, E., Bernardi, L. & Voorpostel, M. (2016). La santé perçue des mères de familles monoparentales en Suisse: le rôle de l'activité professionnelle et de l'éducation. *Population*, vol. 71,(2), 193-222. doi:10.3917/popu.1602.0193.

### ENTRETIEN SA SANTÉ

ENTRETIEN JANNICK FRIGENTI EMPANA

*Sabrina Gallo Maulini est infirmière, Présidente de l'association de quartier Geis&Dorf. Elle se positionne sur les enjeux des familles monoparentales.*

**Sabrina, tu es cheffe d'une famille monoparentale depuis 5 ans. Tu as 4 enfants, de 8, 13, 19 et 22 ans. Comment assumes-tu cela ?**

Je suis une femme volontaire et optimiste, très organisée. J'ai choisi de travailler de nuit, à 80%, ainsi les grands gardent les petits la nuit, et moi je suis présente à midi et le soir pour eux.

**Reçois-tu des subsides pour ton assurance maladie ?**

Je n'ai pas demandé de subsides, bien que je pense y avoir droit, parce que j'ai eu une mauvaise expérience par le passé avec un subside pour le logement dont je bénéficiais. Mes revenus pouvant fluctuer en fonction d'heures supplémentaires, j'ai à un moment donné dépassé le seuil qui me permettait de percevoir le subside, et on m'a demandé de rembourser. Les montants n'étaient pas très élevés, mais avec 4 enfants, tu penses bien que je n'ai pas d'économies, et que tout l'argent que je gagne va dans les frais courants. Je n'avais rien fait de mal, mais je n'ai pas aimé le fait que l'on puisse penser que je profitais. Depuis, je ne demande plus rien. Je préfère me débrouiller seule tant que je le peux.

**Quel type de franchise as-tu choisi pour toi et tes enfants ?**



Pour les grands, j'ai pris une franchise à 1500.-, mais dès cette année ils vont payer leur propre assurance car ils travaillent tous les deux. Pour les petits, j'ai pris des assurances dentaires et mon fils est bénéficiaire de l'AI. En ce qui me concerne, j'avais fait le calcul d'une grosse franchise étant en bonne santé... jusqu'à ce que je tombe sérieusement malade!

**Lorsque tes enfants ou toi-même êtes malades, hésites-tu avant d'aller consulter un.e médecin sachant qu'il faudra payer 10% de la facture et assumer la franchise des grands?**

J'ai la chance d'être infirmière, donc je peux évaluer l'état de mes enfants sans trop paniquer. Mais je n'hésite pas, quel qu'en soit le coût. Je peux dire ça car mes enfants sont peu malades. Par contre ma fille de 22 ans, elle hésite. Lorsqu'il s'agit des enfants, on veut agir au mieux pour eux. C'est en tant qu'adulte que l'on se restreint. En ce qui me concerne, je suis tombée malade. Je devais subir une opération. J'ai constaté que ma franchise était beaucoup trop haute. Les frais peuvent vite devenir insoutenables. J'ai surtout pris conscience à ce moment-là que tout reposait sur moi seule. Je suis une femme forte, toutefois cette prise de conscience m'a fait réaliser la responsabilité que j'avais par rapport à ma propre santé. Je prends donc bien soin de moi. Je m'entretiens.

**Se maintenir en bonne santé, c'est donc important à plus d'un titre ?**

Oui. Je dois, comme tout le monde, assurer ma présence au travail, auprès de mes enfants. Je travaille de nuit pour des raisons d'organisation, et financières. Je peux ainsi passer plus de temps avec mes enfants, et le travail de nuit représente des indemnités qui donnent de l'oxygène à mon budget. Ce travail nécessite que j'aie une bonne hygiène de vie, que je dorme et me nourrisse correctement, que je fasse du sport. Je fais également très attention à la santé

de mes enfants. Et puis, je n'oublie jamais de beaucoup rigoler. La santé mentale, ça s'entretient aussi!

## QUELLE POLITIQUE FAMILIALE ?

ENTRETIEN JANNICK FRIGENTI EMPANA

*Bénédicte Amsellem-Ossipow est avocate, membre du comité des Verts en Ville de Genève, membre du comité de l'AFM (Association des Familles Monoparentales).*

**Bénédicte, tu es membre de l'AFM et toi-même cheffe d'une famille monoparentale. Quel regard portes-tu sur la santé des familles monoparentales ?**

D'abord, il faut parler du poids d'être cheffe d'une famille monoparentale. Cela fait porter une double charge : celle de la responsabilité et celle de la vulnérabilité. La charge d'élever seule ses enfants, d'être constamment au front et la surcharge de travail que cela représente. Par ailleurs, être cheffe de famille monoparentale, c'est subir, comme toutes les familles mais avec un poids particulier, l'absence d'une véritable politique familiale en Suisse. Cela expose toutes les familles, mais en particulier monoparentales, à une fatigue accrue qui peut miner la santé. La surcharge est physique et morale.

**L'AFM soutient les familles monoparentales. Concrètement que propose-t-elle, notamment en lien avec la santé ?**

L'association propose, entre autres, du conseil juridique par le biais d'une perma-

nence. En ce qui concerne le thème de la santé, une offre de coaching à domicile par une spécialiste des dynamiques familiales est à disposition des membres. Celle-ci rencontre un franc succès. L'AFM peut aussi, exceptionnellement, aider ou avancer de l'argent dans le cas, par exemple, de frais dentaires.

Nous constatons que la précarité touche les femmes mais aussi les hommes en situation monoparentale. J'aimerais préciser que la vulnérabilité des familles monoparentales est notamment due au fait qu'il est encore dans l'ordre des choses en Suisse que les femmes travaillent à temps partiel ou interrompent leurs activités professionnelles pour élever les enfants. Lors d'un divorce, elles doivent faire face à l'aspect affectif et émotionnel de leur séparation, mais également à l'impact économique. Les hommes, quant à eux, sont parfois étranglés par des pensions alimentaires qui ne leur laissent que peu de moyens pour vivre. Ces deux facettes ont un impact sur la santé des parents et sur celles des enfants.

**Tu évoques l'absence d'une politique familiale digne de ce nom. Que faudrait-il faire ?**

Permettre aux femmes de travailler, et pas seulement à temps partiel voire très partiel, et par-là les rendre indépendantes financièrement. Un des écueils majeurs est le manque de solutions de garde pour les enfants. En ce sens, la Ville de Genève est à la pointe avec une couverture de crèche qui a été bien développée. Ce qui manque encore, ce sont les possibilités de garde hors horaires de bureaux pour les parents ayant des horaires décalés. Ainsi, de grandes améliorations sont encore nécessaires pour que les familles monoparentales puissent avoir des perspectives d'intégration socio-économique acceptables et préserver la santé des parents comme celle des enfants.

# JE DÉPRIME, JE PEUX PLUS

## PAYER MA PRIME!



HELENA VERISSIMO DE FREITAS,  
DÉPUTÉE SUPPLÉANTE



*Joëlle Combremont est une leader, pleine d'énergie, perfectionniste et drôle. Patricia Leoz est plus discrète et a le sens de l'écoute. Elle raisonne et a le sens des responsabilités, avec de l'humour. Voici comment les deux amies se décrivent l'une l'autre. Il fallait bien ce mélange équilibré pour s'attaquer au problème de la hausse, récurrente depuis 20 ans, des primes d'assurance maladie.*

*A l'été 2017, ces deux amies sont entrées dans une colère noire. L'augmentation des primes de plus de 5,4% pour 2018 représentait près de 20% de leurs revenus. Ça suffisait ! Elles se sont lancées dans la bataille.*

Après avoir mis en place un plan d'attaque avec des ami.e.s, elles invitent tous les partis politiques et des associations autour d'une table pour poser à plat le problème et trouver des solutions. Elles créent le groupe Facebook: *Lutte contre l'augmentation des primes d'assurance maladie* (LCAPAM) et mobilisent des milliers de personnes mécontentes. Aujourd'hui, le groupe est fréquenté par quelque 13'000 membres.

De réunion en réunion, le mouvement réel et virtuel grandit et l'envie de sortir dans la rue et de crier sa colère se fait sentir. Sur le groupe Facebook, c'est la colère et l'incompréhension face à ce système qui donnent le ton. C'est décidé, une première manifestation est organisée à Genève le 18 novembre 2017.

Quelle angoisse le jour J pour ces deux citoyennes, novices dans la lutte, devenues très rapidement les meneuses et les visages du mouvement LCAPAM. A la fin de la manifestation, elles ressentaient un mélange de joie et de déception. Elles étaient fières de l'avoir organisée mais déçues du peu de monde présent. Seules quelques 500 personnes étaient au rendez-vous, mais toute la presse y était ! Bingo, les retombées médiatiques sont énormes pour une « si petite » manifestation.

### *On continue !*

Constitution d'un groupe de travail, création d'un site internet, prises de contact dans les autres cantons, Infrarouge face à Alain Berset, invitation à participer au Congrès Santé 2020 à Berne, soutien à la récolte de signatures pour des initiatives fédérales et cantonales lancées pendant l'automne 2017, petits événements, édition de la brochure « Le point sur l'assurance maladie » en collaboration avec Jocelyne Haller, députée au Grand Conseil et Jean Blanchard, secrétaire général du Mouvement populaire des familles et fer de lance de plusieurs initiatives, rien ne les arrête et c'est d'arrache-pied qu'elles enchaînent leurs activités.

### *On remet ça !*

Au printemps 2018, force est de constater qu'il faut maintenir la pression. Une deuxième manifestation se prépare. Elle a lieu simultanément à Monthey, Lausanne, Bienne et Genève le 26 mai 2018. Et encore une fois, joie et déception. Elles sont fières que le mouvement dépasse les frontières cantonales, mais à nouveau déçues que le mouvement n'attire toujours pas la foule dans la rue.

Coup dur au moral. « Pourquoi les gens ne comprennent pas que nous pouvons faire bouger les choses mais que pour cela, il faut que l'on soit toutes et tous ensemble ? » répétaient Joëlle et Patricia après cette deuxième manifestation.

Mais c'est important, elles n'abandonnent pas et maintiennent le cap. Le groupe de travail poursuit ses travaux. Mais on sent que le mouvement perd un peu d'ampleur. Se sentant fatiguées par l'investissement en forces, temps et argent, une association est constituée pour les soutenir. Pour le moment, Joëlle et Patricia souhaitent se retirer momentanément de la coordination du groupe de travail et passer le relais.

### *La lutte continue!*

Rebelote, on manifeste le 17 novembre prochain!

Pour faire honneur à ces grandes dames, soyons nombreuses et nombreux dans la rue à leurs côtés pour crier ensemble :

J'en peux plus, Je déprime,  
Je peux plus payer ma prime !

Merci Joëlle et Patricia.

Site du Collectif Lutte contre  
l'augmentation des primes  
d'assurance maladie (LCAPAM)  
[www.luttecapam.org](http://www.luttecapam.org)

ET DOUCEMENT  
LES BASSES!

# SANTÉ DE LA TERRE

ENTRETIEN EMMANUEL DEONNA

*Les chaleurs caniculaires tardent à s'estomper. Elles ravivent nos inquiétudes, à la fois pour l'avenir de la planète et pour notre santé. Diana Rizzolio a fait des études à l'EPFL en génie rural. Elle a commencé à travailler pour le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) à l'âge de vingt-six ans, où elle est à présent coordinatrice du Réseau environnement de Genève (GEN). Ancienne conseillère municipale socialiste en Ville de Genève, elle évoque les actions menées à Genève en faveur de la santé de la terre.*

**Emmanuel Deonna : Quels sont aujourd'hui les défis pour la Genève environnementale en matière de santé et environnement ?**

Diana Rizzolio : Un des premiers champs d'action est celui des substances toxiques. La Confédération soutient les Conventions sur les produits chimiques de Bâle, Rotterdam, Stockholm et Minamata (la dernière en date sur le mercure), dont les sièges sont à Genève. Un Rapporteur spécial aux droits de l'homme s'occupe spécifiquement des substances toxiques. Seulement 0.1% des produits chimiques sont couverts par des instruments légaux, c'est pourquoi le PNUE travaille avec plusieurs acteurs, dont l'OMS, pour développer une approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. La pollution de l'air est un immense enjeu, et une première conférence mondiale sur ce sujet aura lieu à Genève cet automne. Nous disposons de chiffres qui prouvent que la pollution tue plus de 7 millions de personnes par an dans le monde, soit plus que le sida (1,1 million), la tuberculose (1,4 million), le diabète (1,6 million) et les accidents de la route (1,3 million) combinés. Le changement climatique influe lui aussi sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, entraînant malnutrition, paludisme, diarrhée et stress lié à la chaleur, et devraient entraîner 250'000 décès supplémentaires par an, entre 2030 et 2050.

**Les questions environnementales ont-elles toujours été en haut de l'agenda de la Genève internationale ?**

Genève était déjà active sur les questions environnementales au niveau global avant la création du PNUE en 1972. La commission qui a coordonné la rédaction du rapport Brundtland «Notre avenir à tous» (*Our common future*) de 1987 était basée à Genève, tout comme celle qui préparait la conférence de Rio de 1992, qui a marqué une césure. Pour la première fois, les questions de l'environnement et de développement durable figuraient au sommet de l'agenda international. Même si Bonn est très souvent citée comme la capitale «changement climatique», Genève a un impact décisif sur la politique du climat avec la présence de l'Organisation mondiale de la météorologie (OMM) et du secrétariat du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC). Des dizaines d'autres acteurs sont aussi actifs sur cet enjeu. Par exemple, l'International Displacement Monitoring Center (IDMC) qui publie des données sur les personnes déplacées suite à des catastrophes, notamment en raison du changement climatique. A l'Organisation internationale des migrations (OIM), un département s'occupe aussi spécifiquement de ce sujet. La Genève de l'environnement ne s'arrête pas aux frontières du canton de Genève. On trouve à Gland le siège de l'Union internationale de la Conservation de la nature (UICN), du WWF, de la Convention de Ramsar relative aux zones humides d'importance internationale. A l'ONU, dans le domaine des droits humains, plusieurs rapporteurs spéciaux réalisent un travail remarquable sur des sujets environnementaux, notamment celui des substances toxiques, de la protection des défenseurs de l'environnement, ou encore de l'accès à l'eau. A propos de ce dernier thème, la Confédération s'engage aussi puisqu'elle a mis sur pied, en collaboration avec l'Université de Genève, un Water Hub consacré à la géopolitique de l'eau. La transition vers une économie verte est un enjeu crucial. Au sommet de Rio+20, les Etats se sont mis d'accord sur un agenda pour une économie verte ne dépendant pas des énergies fossiles. Le PNUE travaille sur cette thématique depuis Genève, en collaboration avec de nombreux acteurs, dont l'Organisation mondiale du commerce (OMC), la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED) et le Bureau international du travail (BIT), etc.

**Comment en es-tu venue à t'intéresser aux questions environnementales ?**

Mon père travaillait pour un groupe industriel automobile qui éditait un magazine sur l'environnement. Chaque fois qu'il recevait ce magazine, il me le donnait. Je me souviens qu'à Paris où mes parents ont habité cinq ans, il était frappé par toutes ces voitures sur le périphérique avec uniquement le conducteur à bord. Dans les années 1980, l'automobile était encore une très grande industrie. Internet et les réseaux sociaux n'existaient pas. On parlait beaucoup de la voiture. Les sensibilités ont évolué depuis. Beaucoup de gens renoncent aujourd'hui au véhicule individuel. Nous sommes dans l'ère de l'anthropocène, et sous nos latitudes, de plus en plus de personnes se préoccupent de leur empreinte sur l'environnement. On parle aujourd'hui d'économie circulaire. Mais ces questions, sur lesquelles de nombreux/ses expert.e.s travaillaient déjà il y a vingt ans ou plus, ont mis du temps à émerger.

**Que retires-tu de tes années au Conseil municipal de la Ville de Genève ? Peux-tu donner des exemples d'actions en faveur de l'environnement que tu as menées en tant qu'élue ?**

Dans le cadre de mon travail, j'ai rencontré de nombreux et nombreuses diplomates et expert.e.s occupé.e.s à élaborer des évaluations et règlements à large échelle. Il me manquait le contact concret avec le terrain, l'action au niveau local. En tant qu'élue.e.s, nous avons un rôle direct d'interface à jouer entre la population et l'administration. C'est ce qui m'a le plus plu dans ce travail. J'ai le souvenir d'une motion portée avec ma camarade Andrienne Soutter pour que des carafes d'eau potable soient disponibles dans le cadre des commissions du Conseil Municipal, et d'éliminer les bouteilles d'eau minérales en plastique ou les fontaines à eau, ou encore les débats autour de l'initiative Petrella sur l'accès universel à l'eau potable, qui prévoyait aussi d'informer régulièrement les habitant.e.s de la commune sur les meilleurs moyens de protéger l'ensemble du cycle de l'eau, afin de garantir un approvisionnement sûr, sain et durable. Ce sont des petits combats importants. Les résolutions prises à ces échelles sont à l'origine des combats les plus importants pour la planète.

# CHANGEONS DE MOBILITÉ



THOMAS WENGER,  
DÉPUTÉ

*Genève vient de vivre un énième pic de pollution de l'air cet été avec des concentrations dépassant la valeur limite définie par la législation fédérale engendrant son lot de conséquences sur la santé.*

## *La pollution de l'air dangereuse pour la santé*

En effet, cette pollution de l'air est dangereuse pour la santé et génère des coûts importants pour la collectivité : maladies, décès précoces, incapacités de travail, pertes de récoltes et dégâts causés au patrimoine bâti et aux matériaux. Selon une étude de l'Office fédéral du développement territorial (ARE) de 2008, la pollution atmosphérique due aux transports en Suisse coûte 1,834 milliards de francs par an en matière de santé. Elle cause chaque année entre 3'000 et 4'000 décès prématurés, 45'000 affections bronchiques et 23'000 crises d'asthme chez les enfants. Plus spécifiquement, les particules fines, qui proviennent à 75% du trafic, provoquent de nombreuses allergies, bronchites, augmentent le risque d'infarctus et de thrombose et peuvent s'avérer cancérigènes. Les enfants y sont particulièrement vulnérables. Face à cette situation, nous devons réagir urgemment ! Nous devons avoir le courage politique de

prendre des mesures fortes. A court terme pour lutter contre les pics de pollution, mais surtout à moyen terme pour modifier en profondeur notre mobilité.

## *Mesures urgentes à court terme*

De toute évidence, les mesures visant à agir de manière ponctuelle lors de pics de pollution sont déclenchées trop tard et sont insuffisantes. Or ces mesures ont démontré leur efficacité, notamment à l'étranger, lorsqu'elles interviennent de manière rapide et qu'elles sont plus restrictives. Un projet de loi actuellement à l'étude devant le Grand Conseil prévoit de nouvelles mesures de lutte, notamment la circulation différenciée des véhicules par l'attribution de macarons classés en fonction du degré de pollution du véhicule. En cas de pics de pollution, seuls les véhicules les moins polluants pourraient encore circuler. En parallèle, les transports publics seraient gratuits. Déclenchées en plus des mesures déjà existantes, ces mesures permettraient de lutter rapidement et efficacement contre les pics de pollution. Les Socialistes voteront pour cette nouvelle loi et nous espérons vivement que les autres partis au Grand Conseil prendront leur responsabilité et la soutiendront également.

## *Mesures à moyen terme*

Notre région compte aujourd'hui un million d'habitant.e.s et 550'000 emplois.

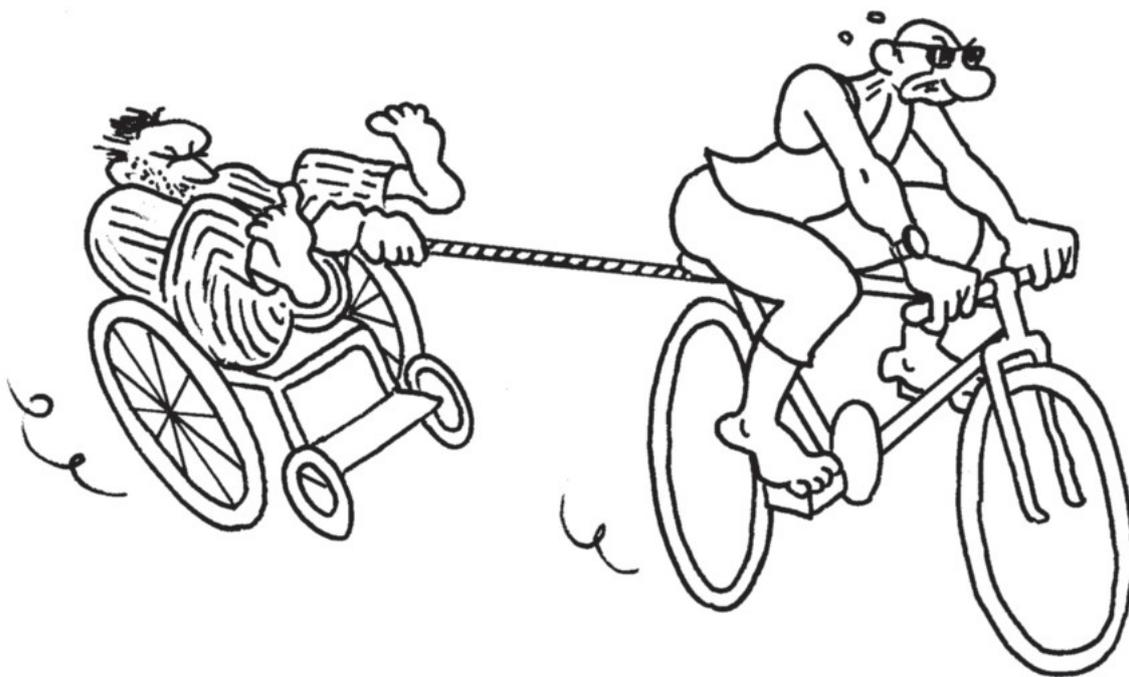
Près de 300'000 personnes se rendent et repartent du canton de Genève quotidiennement par tous modes de transport confondus. Cela représente 630'000 franchissements de frontière chaque jour, 83% en véhicules individuels motorisés, 16% en transports publics et seulement 1% en mobilité douce.

Pour une région aussi peuplée et dynamique, Genève ne dispose pas d'infrastructures de transports publics et de mobilité douce en suffisance. Heureusement cette situation va bientôt changer mais les efforts devront se poursuivre dans le futur.

## *Léman Express*

La mise en service fin 2019 de notre futur RER Léman Express grâce à la nouvelle ligne ferroviaire CEVA connectera les réseaux CFF et SNCF. Elle permettra ainsi la création d'un véritable réseau régional ferroviaire à l'échelle de l'agglomération comprenant 230 km de lignes et plus de 40 gares. En parallèle, le projet Léman 2030 permettra d'accroître l'offre en direction de Lausanne et du reste de la Suisse avec l'agrandissement des gares de Lausanne et de Cornavin à Genève.

Ce réseau est complété par le réseau de trams permettant une desserte plus fine. Ce dernier doit s'étendre pour élargir son offre sur Bernex-Vailly, Annemasse, Saint-Julien, Saint-Genis et Ferney-Voltaire. Certaines extensions sont en cours de réalisation mais d'autres prennent du retard



voire sont menacées. Il est vital pour la région de concrétiser ces projets au plus vite.

### *Mobilité douce*

Genève doit aussi faire beaucoup plus pour promouvoir la mobilité douce. Avec l'avènement du vélo à assistance électrique en plus du vélo traditionnel et autres modes doux (trottinette, skate, roller, etc.), la maigre part modale des déplacements doux doit augmenter significativement. Pour cela, il faut réaliser rapidement des pistes cyclables continues et sécurisées comme le demandait déjà en 2011 une initiative acceptée par une majorité des Genevois.e.s.

Qui dit mobilité douce dit également mobilité piétonne. Il est indispensable de développer des zones piétonnes, des zones 20 km/h et de réguler les feux pour améliorer la fluidité et la sécurité des piétons.e.s. Rappelons encore que la Loi pour une mobilité cohérente et équilibrée (LMCE) votée par 67% de la population en 2017 introduit le principe de zones qui garantissent dans les centres urbains une priorité claire à la mobilité douce et aux transports publics. C'est une avancée importante.

### *Des choix politiques clairs pour un environnement plus sain*

Les choix politiques sont importants. En tant qu'élu.e.s nous devons sans tarder

voter les lois et les crédits qui permettront de réaliser ces projets et investir dans ces nouvelles infrastructures durables qui permettront un report modal de la voiture vers une mobilité plus durable et plus écologique. C'est la condition indispensable pour réduire la pollution de l'air et améliorer la santé des habitant-e-s de notre canton et de notre région. Ces mesures liées à la mobilité ne peuvent évidemment qu'être complémentaires à celles liées à d'autres domaines comme l'isolation des bâtiments, le développement des énergies renouvelables ou la baisse de la consommation d'énergie.

Dans son *Concept cantonal du développement durable 2030*, le Canton de Genève veut prendre le cap d'une société post-carbone et réduire les émissions de gaz à effet de serre de 40% par rapport à 1990. Pour y arriver, nous avons toutes et tous un rôle à jouer. Par exemple, en changeant nos habitudes de mobilité et plus généralement de consommation. Agissons toutes et tous pour un environnement plus sain et une meilleure santé.

# AU CHEVET DE LA SANTÉ

ENTRETIEN SYLVAIN THÉVOZ

*Serge Abramowski est spécialiste FMH en pédiatrie. Il a fait ses études de médecine après quelques années passées dans un domaine professionnel différent. Il exerce aujourd'hui comme pédiatre en cabinet et médecin scolaire au DIP. Tristan Zand a longtemps travaillé dans les médias, et est médecin spécialiste FMH en radiologie et radiopédiatrie, ancien chef de clinique aux HUG, travaillant aujourd'hui au sein d'un réseau privé romand, il pratique notamment en téléradiologie pour Médecins sans Frontières. Tous deux ont participé activement aux travaux de la commission santé du Parti Socialiste Genevois, réfléchissant dans leur pratique aux enjeux de la santé.*

**Sylvain Thévoz : Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les dépenses de santé en Suisse se sont montées à 80,7 milliards de francs au total en 2016, ce qui représente une hausse de 3,8% en un an. Comment explique-t-on cette hausse constante ? Qui en est responsable ?**

Serge Abramowski : Question initiale : quels sont les postes dont les coûts explosent dans la santé ? Le coût de la santé est complexe, multifactoriel. Les acteurs du système de santé sont nombreux. Tous ont une part dans ces augmentations : les assureurs, les lobbys, les patient.e.s, les médecins, les pharmas. Le médecin n'est pas incité à l'économie. En effet, le système le rétribue à la prestation. Plus il facture, plus il gagne. La structure tarifaire nationale pour les prestations médicales (Tarmed) régule la tarification, mais même dans Tarmed, il y a des moyens de contourner pour ne pas perdre des revenus quand l'Etat met la pression. La grande majorité des médecins facturent vraisemblablement leurs prestations de manière raisonnable et correcte. Il y a toutefois une minorité de médecins qui surfacturent. Certains examens sont probablement trop prescrits, par exemple en radiologie. L'indication à une résonance magnétique ou à un scanner devrait par exemple, en pédiatrie, être je pense principalement posée par un spécialiste. Des médecins prescrivant des examens radiologiques poussés le font probablement aussi parfois par peur de rater un diagnostic, mais rien ne remplace une bonne anamnèse et un bon examen clinique, ou le conseil d'un confrère avant d'aller plus loin.

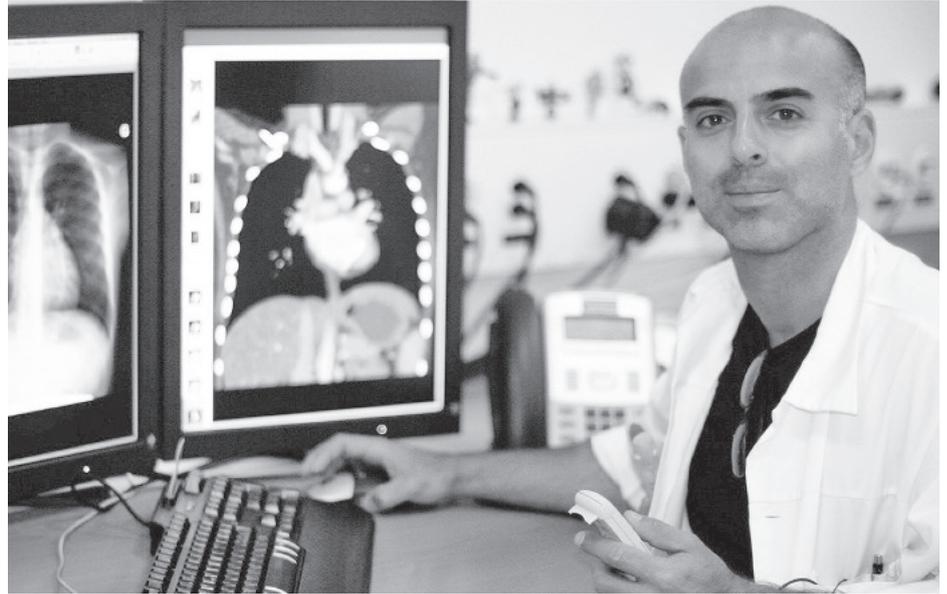
A Genève, il y a probablement trop de monde dans certaines spécialités, alors

qu'ailleurs en Suisse, en particulier dans les campagnes il manque de médecins. Chaque médecin pouvant aller librement s'établir où il/elle veut, la majorité s'installe évidemment dans les villes. Dans des pays comme l'Allemagne, l'Etat décide là où les médecins peuvent s'installer selon leur spécialité. En terme de santé publique, cela fait sens. Bien évidemment, cela limite la liberté de chacun.e de faire ce qu'il/elle veut. Du côté des patient.e.s, le vieillissement de la population fait augmenter les coûts. Parfois, des patient.e.s consultent aussi pour des motifs mineurs qui ne les nécessiteraient pas. Dans mes consultations, je constate qu'il y a parfois plus d'inquiétude parentale que de problèmes médicaux. Certains parents ont peu de connaissances médicales. Par exemple, dès qu'il y a une fièvre chez leur enfant, ils prennent rendez-vous chez le pédiatre plutôt que de demander conseil par téléphone.

Le coût des médicaments joue aussi un rôle. Une publication récente de l'association *Public Eye* met en exergue le coût faramineux de certains médicaments contre des cancers, par exemple. Avec moins de marketing et plus de recherche chez les pharmas, on pourrait sûrement faire baisser les coûts de la santé.

Les caisses maladies ont évidemment leur part de responsabilité. Il y a aujourd'hui pléthore de caisses dont le but est de faire des bénéfices. Un effort de rationalisation est indispensable dans ce domaine. Beaucoup d'argent se perd avec le système actuel d'assurances.

Enfin, il y a les lobbys. Notre gouvernement est noyauté par ceux de l'assurance et des pharmas. Leur influence n'est ni



transparente ni démocratique. Elle alourdit la facture de la santé. Pour limiter les coûts, interdisons les lobbies. Instaurons une caisse unique et des licences obligatoires pour certains médicaments très chers. Développons une prévention plus efficace. Faisons en sorte que les politicien.ne.s prennent leurs responsabilités.

---

Tristan Zand : Je partage certains points avec Serge mais pas tous et c'est cette constatation qui devrait permettre d'ouvrir un nouveau débat au sein de notre famille politique, nous permettre d'aller plus efficacement de l'avant. Il nous faut impérativement clarifier ce que signifie le terme « dépenses de santé » aujourd'hui et ceci dans le cadre de notre société démocratique. Est-ce vraiment l'augmentation du coût qui doit nous préoccuper ou plutôt son retour sur investissement? Bien sûr qu'il faut optimiser les dépenses et empêcher les abus. Mais serait-il possible que l'augmentation de celles-ci soit plus attribuable à l'amélioration des soins qu'à de simples excès malhonnêtes? N'oublions pas que la vaste majorité des praticien.ne.s de santé exercent honnêtement et de façon transparente. Ne mélangeons pas les problématiques et les enjeux. Il faut entretenir la médecine généraliste de qualité, mais d'autres modes de médecine évoluent en synergie. Nos pratiques professionnelles et nos habitudes citoyennes aussi. On peut revenir sur des innovations qui ont déjà prouvé leur efficacité tant médicale que dans le confort d'application aux patient.e.s si elles sont trop chères. Mais il faut le faire de façon éduquée. Certaines nouvelles pratiques, technologiques ou non, coûtent parfois plus cher à premier abord, mais si l'on prend en compte l'impact économétrique et humain plus global

(p.ex. l'économie engendrée sur la baisse de l'absentéisme au travail, ou le mieux-être physique et psychique du patient), cette augmentation du coût ne pourrait fort bien ne pas en être une. Payer plus n'est pas forcément synonyme de payer "trop cher". Puis, il y a en effet les autres structures plus opaques, à qui on pourrait aussi attribuer ces chiffres, dont les lobbies.

**Comme médecins, comment ressentez-vous le poids de ces lobbies?**

TZ : Il faut évidemment s'intéresser aux coûts engendrés par les systèmes bureaucratiques et technocratiques redondants comme peuvent l'être certaines assurances privées ou institutions publiques, qui ont un impact économique et structurel majeurs. Dans ce sens, il est essentiel d'optimiser et mieux recadrer, voire restreindre le pouvoir des lobbies. Pour y arriver il semble inéluctable de mieux éduquer citoyen.ne.s et politiques sur les réels enjeux et pratiques de la médecine moderne si nous voulons pouvoir changer le cours du jeu. Nous devons nous donner les moyens économiques de financer le système de santé que nous désirons, hors du joug des lobbies ou du dogmatisme politique. Revoyons les sources de financement, l'impact économétrique plus global. Développons des projets comme celui d'une caisse d'assurance santé publique, ou des financements alternatifs nouveaux et plus justes; par exemple, une taxe sur certaines transactions financières pour financer notre système de santé.

---

SA : Les pharmas ont des comptes opaques. On ne peut pas savoir si elles investissent autant d'argent dans la recherche que dans le marketing. Très concrètement, les

représentants médicaux et les représentantes médicales essaient de nous vendre de nouveaux médicaments. Certain.e.s font correctement leur travail, présentent des médicaments utiles ou novateurs, d'autres souhaitent surtout nous vendre des produits coûteux et inutiles.

**La hausse des primes d'assurance est constante. La colère augmente contre les assurances. Sont-elles des boucs émissaires?**

SA : Les assurances ne sont pas les seules responsables des coûts de la santé. Quand un centre privé investit des millions dans un centre de radiographie, il entre ensuite dans une logique de rentabilité et de profit, pas de rationalité. L'Etat devrait mieux réguler cela. Certaines assurances renforcent les mesures de prévention. La SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) est un modèle d'assurance suisse étatisé qui fonctionne bien. Pourquoi donc ne pas faire la même chose dans le domaine des assurances maladie en allant vers une caisse unique?

---

TZ : Le système des assurances est relativement opaque et la transparence sur l'utilisation de nos deniers n'est pas suffisamment claire ni encadrée. Ce n'est pas une histoire de bouc émissaire, mais il est important que les comptes des assurances soient transparents. Dans un système démocratique où l'assurance est obligatoire, les citoyen.ne.s doivent impérativement avoir accès au contenu des boîtes noires que sont nos assurances, point.

**Le conseiller fédéral Alain Berset a donné quelques coups de griffes aux médecins. Comment, en tant que praticien.ne.s, avez-vous réagi?**

vous reçu ceux-ci ?

SA : Pour ma part, les interventions du conseiller fédéral Alain Berset me semblent adéquates. Cela complexifie un peu le travail administratif, mais rééquilibre certaines tarifications. Il a eu raison de secouer un peu le milieu des médecins.

TS : Outre le fait qu'il a des obligations liées à son poste, il n'a pas le courage politique de s'attaquer aux assurances et lobbies. Comme les médecins sont moins solidaires, ont des intérêts divergents, ils sont de fait plus aisément attaquables. C'est une solution de facilité à court terme en vue de positiver son bilan, mais les effets pourraient potentiellement être très négatifs à moyen/long terme.

**Une caisse cantonale ou fédérale unique : solution ou coûteuse utopie ?**

SA : C'est une solution d'avenir, car plus rationnelle. Indexer les primes sur les revenus me semble également une très bonne idée. Il faudra peut-être y aller par étapes. D'abord une caisse unique, puis éventuellement et ultérieurement, des primes en fonction des revenus.

TS : Je préfère le terme *publique* que *unique*. Rien n'empêche d'y intégrer des solutions et acteurs privés, mais dans un cadre où l'assurance devient un véritable service public comme la SUVA, une assurance de droit public et à but non lucratif. Un cadre que toutes les sensibilités politiques semblent aujourd'hui valider.

**N'est-on pas en train de voir émerger une dimension totalitaire de l'impératif de santé : être toujours en bonne forme en tous temps. Quels sont les risques d'une telle idéologie ?**

SA : Dire que les gens doivent prendre soin d'eux et que s'ils tombent malades, c'est uniquement de leur faute et que c'est à eux d'en payer les frais est une idéologie à tendance fasciste. Le principe de solidarité à la base de l'assurance maladie, où les biens-portants paient pour les malades, se trouve rapidement attaqué. Or personne ne choisit d'être malade et nul n'en est heureux. Culpabiliser, faire payer des gens en leur tapant dessus est contre-productif. Il est absurde de rendre l'individu responsable quand il est pris dans les filets du système. Il y a tout un champ de maladies avec des prédispositions génétiques, les cas d'épuisements professionnels (burn-out), dont le patient n'est pas responsable, pour ne citer que deux exemples. Les liens entre le monde du travail et celui de la santé sont étroits.

TZ : C'est un choix démocratique. Il appartient à nous toutes et tous de choisir ce

que nous sommes prêt.e.s à accepter et en fonction de ce que nous désirons pour notre bonheur commun, et ceci par les urnes. Je ne crois pas à l'émergence de ce totalitarisme. Faisons plus attention à mon avis à cette illusion de liberté individuelle acquise au travers de l'augmentation de notre consommation, dont le marché économique actuel tente de nous convaincre quotidiennement.

**N'est-on pas dans une période où l'impératif de santé conduit à considérer la maladie comme une délinquance, et le fait de jouer avec sa santé un délit ?**

SA : De façon générale, les médecins voient avant tout la souffrance des patient.e.s. Ils comprennent bien que ces dernier.e.s n'ont pas choisi cette souffrance. Rendre responsable quelqu'un de sa maladie est contre-productif et immoral.

TS : Etre *en bonne santé* devrait refléter notre désir d'être heureux avec son corps et son esprit. Nous devons décider ensemble de quoi notre bonheur dépend, des limites des risques de nos pratiques, d'où l'importance indéniable de la prévention et donc d'une meilleure éducation citoyenne globale.

**Qu'en est-il des classes défavorisées et des personnes à faible revenus ? Ne sont-elles pas moins bien soignées et prises en compte que celles qui ont plus de moyens ?**

SA : Notre médecine soigne mieux les riches que les pauvres, c'est un fait. Les franchises sont un gros problème. Celui ou celle qui a peu de moyens prendra une franchise haute pour payer peu de primes. En cas de gros problème de santé, cette personne consultera sûrement. Mais pour le suivi d'une maladie chronique, des contrôles ou des plaintes nécessitant consultation, il/elle pourrait se priver de soins. Par les franchises, on diminue l'accès aux soins à de nombreuses personnes. En termes de santé publique, c'est problématique. Même si les franchises sont une incitation visant à augmenter la responsabilité du patient en le faisant participer aux coûts, c'est une fausse bonne idée. Attendre trop pour consulter, c'est aussi augmenter potentiellement les coûts de traitement en raison d'une progression possible de la maladie. Pour ma part, je propose de ne pas avoir de franchises du tout, pour donner à tous un même accès aux soins. Elever la franchise à 10'000.- est une absurdité.

TZ : Du point de vue de la prise en charge médicale, notre système est à mon avis plutôt égalitaire, et de bonne qualité. Evidemment il y a le coût, on en a déjà parlé. Par les facteurs économique-sociaux indirects, les classes défavorisées et à faible

revenu seront de facto imputées pour leur faiblesse économique. La qualité ou proximité du logement, l'accès aux transports, l'impact économique et social que peut avoir un problème de santé sur les finances, le stress et l'impact sur les soins et la convalescence, n'est évidemment pas la même qu'on soit riche ou non. Ce n'est pas la médecine qui en est la cause, mais nos politiques économiques et sociales, et donc directement nos choix politiques citoyens. A nous autres, engagé.e.s en politique, de tenter de faire passer d'autres idées et solutions.

**De quel œil voyez-vous les nouvelles technologies ?**

SA : Un des risques est que si les logiciels et l'intelligence artificielle (IA) sont parfois plus efficaces que l'homme sur certains plans, alors certain.e.s pourraient être tenté.e.s, pour des questions d'économie, de remplacer les médecins par des robots, ou par de l'intelligence artificielle. A mon avis, c'est une impasse. Il faudra toujours des gens qui connaissent la médecine et le fonctionnement du corps. Les entreprises privées développant l'intelligence artificielle ne sont pas des philanthropes. Imaginons une société où l'on ne formerait plus de médecins, où il n'y aura plus que des logiciels pour s'occuper des patient.e.s. En moins de deux générations nous serions dépendant.e.s des machines et de sociétés privées avec des coûts potentiellement incontrôlables et le corps humain devenu comme une boîte noire. Un vrai cauchemar. J'en profite pour citer Stephen Hawking qui a dit que l'IA pourrait signer la fin de l'humanité.

TZ : Je refuse le tout-technologique, mais si les nouvelles technologies permettent des pratiques de santé moins coûteuses et plus efficaces, ne les refusons pas. Par contre, avec l'intelligence artificielle, les risques pourraient être grands de perdre notre autonomie en termes de connaissances et de choix à moyen et long terme, il faut s'interroger et adopter un principe de précaution. N'avions-nous pas aussi ce genre de réflexions au début du siècle lorsque certain.e.s disaient que si les locomotives allaient au-dessus de 100km/h nos têtes allaient exploser ? Sachons raison garder et ouvrir prudemment notre optique à de possibles progrès. Si nous voulons conserver le contrôle de nos systèmes de santé, sachons rester crédibles face au possibilité de progrès, sans renier les acquis du passé.

**Que vous inspire le terme « marché de la santé » ?**

SA : La santé n'est pas un produit, c'est comme l'éducation, les transports, la justice : un service public. Le terme même de « marché de la santé » est déjà une aberration.



tion. En santé, le public et le privé ne sont pas comparables. L'hôpital public a, en plus du soin, un mandat de formation. Pas le privé, qui aspire des spécialistes hospitaliers déjà formés en proposant des salaires plus hauts. Les hôpitaux ne peuvent pas être totalement concurrentiels avec les cliniques privées, car non seulement ils héritent le plus souvent des « mauvais cas », mais n'ont pas les mêmes rôles et missions. Soumettre simplement les soins de santé aux forces d'un marché comme s'il s'agissait d'un produit quelconque n'amènera qu'à un nivellement par le bas. Voulons-nous cela? J'en doute.

TZ : La dimension de marché dans la santé est aujourd'hui une réalité, qu'on le regrette ou qu'on s'en félicite. Ce marché comprend tant le public que le privé, et nos choix politiques dictent les mécanismes de leur équilibre. Je n'aime pas le terme moi non plus, mais la vision qui voit ces deux acteurs avec des intérêts clairement distincts et uniquement mercantiles ne me semble pas correcte. Dans les faits, le service public sert souvent des impératifs individuels voire privés, et le privé offre

la plupart du temps un service public. Les termes disent néanmoins ce qu'ils sont, et cet équilibre est le fruit à nouveau de nos choix démocratiques. Libre à nous de proposer d'autres solutions ou de moduler le système.

**Le paternalisme et le sexisme ont durant longtemps imprégné la médecine, est-ce toujours le cas ?**

SA : Non. Le modèle paternaliste du médecin, c'est terminé. Nous pratiquons une médecine toujours plus collaborative où l'on informe le patient, pour qu'il puisse donner un consentement éclairé. Nous lui proposons des traitements, évaluons les solutions ensemble, et discutons avec notre patient.e, de ce qu'il/elle en pense.

TZ : Etant un homme, ma vision est biaisée. Je pense cependant que le système paternaliste est en voie de disparaître. Il persiste un sexisme culturel, similaire voire moindre par rapport à d'autres milieux, mais les femmes sont heureusement de plus en plus nombreuses, et l'équilibre s'améliore.

**Pour conclure, quel avenir voyez-vous pour la médecine de premier recours ?**

TZ : Le premier recours doit être assuré et le/la médecin de premier recours dans ce cadre doit être librement choisi.e. La médecine de premier recours est une interface avec les patient.e.s qui permet d'éviter les écueils d'une médecine trop technocratique codifiant toutes les étapes sans se soucier des imperfections des modèles suivis. Nous sommes humains, et il ne faut pas l'oublier.

SA : Les médecins de premier recours sont les pierres angulaires d'un bon système de santé. Sans eux/elles, nous risquons d'aller vers une médecine d'hyper-spécialistes qui ne connaissent plus le patient, ses problèmes de santé, son milieu familial. Nous avons besoin de médecin qui connaissent bien leurs patient.e.s.

## ABOU DABI

Il paraît que Pierre ne se souvient plus y être allé. Il a effacé ce voyage de sa mémoire dès que les journalistes ont commencé à en parler. C'est pour cela qu'on ramène le sujet sur la table. On aimerait tant que notre Pierrot retrouve toutes ses facultés... comme avant.

## ALZHEIMER ?

Les nombreuses zones d'ombre dans le voyage de Pierre à Abou Dabi laissent craindre à certain.e.s un début d'Alzheimer. Plutôt que la commission de gestion, ne serait-il pas à la commission santé du Grand Conseil de traiter ce dossier ?

## BUREAUX VIDES

Il y a 310'717 m<sup>2</sup> de surfaces d'activités vacantes (à vendre ou à louer) dans le canton de Genève nous apprend l'Office cantonal de la statistique fin août. Il s'agit de la valeur la plus élevée enregistrée depuis 1997. La hausse se fixe à 38 % par rapport à 2017. Une manière de souhaiter une joyeuse rentrée à toutes celles et ceux qui cherchent un logement ?

## CLITORIS ET SAUCISSES : MÊME COMBAT

Barazzone fait assommer à coups d'amendes toutes celles et ceux qui grillent dans les parcs un peu de nourriture. Après les douilles pour un dessin de clitoris, voilà celles pour les saucisses. Sérieux, Guillaume, une petite thérapie, ça ne te dirait pas, plutôt que de continuer à amender les habitant.e.s de la ville ?

## DAMNED, ENCORE RATÉ

Répondant aux questions sur son plan «d'économies de 100 millions de francs» dans le budget de la SSR, son directeur général, Gilles Marchand, assure : «nous ne couperons pas dans le sport». Eh merde...

## DU CONCRET

Pierre Maudet, dans la «Tribune (encore) de Genève du 30 août : «les genevois veulent du concret : ils l'auront». Ouais, même qu'ils ont pas eu à attendre longtemps. Pierre Maudet non plus, d'ailleurs.

## HUMANITAIRE À TERRE

Titre de la Tribune (encore) de Genève du 7 juillet, à propos d'une étude du CICR (La Croix-Rouge internationale, donc) : «Le boom des conflits armés complique l'humanitaire». C'est vrai, quoi, l'humanitaire, c'est quand même plus facile quand on n'en a pas besoin...

## LOGEMENT

Si devant ton immeuble on construit une surélévation de deux étages qui te bouche la vue, ne pleure pas, car ce n'est pas pour y mettre quelqu'un dedans ni des voisins bruyants, mais certainement pour créer des bureaux vides avec des murs autour. Une sorte d'art contemporain, quoi.

## MAUDET

On apprend que Pierre efface ses emails après deux ans. La mémoire sélective, ça se cultive.

## OPTIMISME

«Si demain on établissait un gouvernement et un conseil législatif, un parlement, exclusivement composé d'ouvriers, ces ouvriers, qui sont aujourd'hui de fermes démocrates socialistes, deviendraient après-demain des aristocrates déterminés, des adorateurs hardis ou timides du principe d'autorité, des oppresseurs et des exploités». (Bakounine)

## SANTÉ

Le travail c'est la santé ? Ah oui c'est vrai. A condition de ne pas continuellement se faire abuser et pressuriser sur son lieu de travail.

## SPORT

Finalement, le couperet est tombé. Les matchs de la ligue des champions ne seront plus intégralement retransmis sur la RTS. Ceux qui soutenaient la campagne No Billag jubilent, ainsi que ... Pascal Holenweg.

## VÉLO

Le 23 septembre, le vélo fera (on l'espère) son entrée dans la Constitution Suisse. Bravo ! Pendant ce temps, Barazzone s'applique à le virer méthodiquement des parcs et en limite le rayonnement. Etant pourtant beaucoup plus souvent à Berne qu'à Genève, Guillaume devrait s'en inspirer.

---

ABÉCÉDAIRPUR

---

**CAUSES**  
**COMMUNES**

