

MOUVEMENTS

CLÉS POUR L'ACTION POPULAIRE



S O M M A I R E

EDITO	5
CES INÉGALITÉS QUI NOUS RENDENT MALADES	8
LE DROIT DE RETRAIT, UN OUTIL IMPORTANT CONTRE LE COVID AU TRAVAIL	14
« LES TRAVAILLEUR.S.E.S NE VEULENT PLUS SE LAISSER FAIRE »	18
LE TRAVAIL DU SOIN DANS DANS LE SYSTÈME CAPITALISTE	23
LES SYSTÈMES SANITAIRES FACE À LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ	27
LE FONCTIONNEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ FOCUS SUR BRUXELLES	31
« LA SANTÉ MENTALE, C'EST AUSSI MAINTENIR LA DIMENSION COLLECTIVE DE LA SOCIÉTÉ »	35
CRÉER DU LIEN ET DE LA SOLIDARITÉ ENTRE PATIENT.E.S	38

« QUAND TES PIEDS ONT DANSÉ SI FORT DANS LES COLÈRES,
PARIS ! QUAND TU REÇUS TANT DE COUPS DE COUTEAU,
QUAND TU GIS, RETENANT DANS TES PRUNELLES CLAIRES
UN PEU DE LA BONTÉ DU FAUVE RENOUVEAU »

Arthur Rimbaud, « L'Orgie Parisienne ou Paris se repeuple », mai 1871

EDITO

LA SANTÉ, ENJEU DE LUTTES

Gilles Maufroy
CIEP-MOC Bruxelles

MARS 2021 : CELA FAIT UN AN QUE L'HUMANITÉ VIT AU RYTHME DE LA PANDÉMIE. CELLE-CI A DÉJÀ FAIT PLUS DE 22000 VICTIMES EN BELGIQUE, DES MILLIONS À L'ÉCHELLE DE L'HUMANITÉ ET CE N'EST PAS FINI. ALORS, FORCÉMENT, DEPUIS UN AN, LA SANTÉ EST REVENUE AU CŒUR DE NOS PRÉOCCUPATIONS. LE MOC BRUXELLES A ORGANISÉ SA JOURNÉE ANNUELLE DE RÉFLEXION EN LA METTANT EN DÉBAT, MENANT AU PRÉSENT NUMÉRO DE MOUVEMENTS, QUI NE SAURAIT COUVRIR L'ENSEMBLE DES ASPECTS DU SUJET.

Comme toute notion dans une société traversée par l'exploitation et les oppressions, « la santé » n'est pas neutre. Notre entretien avec Fanny Dubois et plusieurs articles reviennent sur ses aspects de classe, de genre et d'assignation raciale. Les gouvernements nous parlent beaucoup, ces temps-ci, de notre « responsabilité individuelle », alors qu'avec leurs pénuries de tests, de masques et bien sûr, de vaccins, ils laissent leur responsabilité dans les mains bien visibles du marché capitaliste et des grandes entreprises privées... Ces dernières gèrent conformément à leur ADN : la course au profit et l'accumulation du capital. Tant pis pour les millions de victimes, tant pis pour la majeure partie de l'humanité dans le « Sud global » qui ne voit pas encore l'ombre de vaccins à l'horizon, au risque de prolonger encore longtemps la pandémie. Dans le même temps, l'Union européenne et le Royaume-Uni s'écharpent pour des doses de vaccin AstraZeneca. La santé humaine globale, moins importante que la sacro-sainte propriété privée ? Le « chacun pour soi » libéral produit le fiasco sanitaire.

La santé est un enjeu de classe : en Belgique, la bataille pour le droit de retrait et l'autonomie de la classe travailleuse dans la protection de sa santé fait rage. « Le maître-mot est la prudence », nous dit le Premier ministre De Croo. Fort bien. Mais où est la prudence quand les gouvernements ont systématiquement priorisé le trio du commerce, de l'industrie et, puisqu'il fallait libérer les travailleur.se.s, des écoles ? Prudence, quand les entreprises enfreignent joyeusement les règles et que le télétravail est à peine contrôlé ? Dans le même temps, des services de première ligne, tels que des maisons de jeunes, l'éducation permanente ou des services administratifs à la population

étaient fermés. On fait mine de ne pas voir l'évidence : face à la pandémie, des choix de société doivent être opérés en permanence et un régime capitaliste ne peut contenter tout le monde. Nos gouvernements ont donc préféré sacrifier la vie démocratique – les manifestations sont soumises à un régime d'exception - culturelle et sociale pour préserver au maximum l'économie sans ponctionner les grands patrimoines et les bénéficiaires. Il va de soi que nos priorités sont tout autres.

Après une première et une deuxième vague gérées de façon catastrophique, en fermant trop tard et en rouvrant très tôt sans moyens adéquats, les libéraux viennent instrumentaliser la santé mentale pour « libérer » d'autres secteurs, faute d'autres solutions dans leur chef. Oui, notre santé mentale est mise à l'épreuve, dans toutes les générations, des maisons de repos et travailleur.se.s de nombreux secteurs, aux mamans solo, en passant par la jeunesse. C'est le produit logique d'une crise historique, ainsi que de la précarisation grandissante dans la société et l'absence de perspectives pour de larges couches de la population. Pourtant les racines écologiques et systémiques de la pandémie sont reléguées aux revues spécialisées et la timidité des mesures dans ces domaines n'a d'égal que les grandes formules lénifiantes des sommets de l'ONU sur le climat. « Circulez, rien à voir » ? Le retour de boomerang risque d'être à nouveau douloureux.

Cette crise, qui est aussi sanitaire, vient donc jeter une lumière crue sur des problèmes structurels du système de santé, y compris en Belgique, avec une marchandisation rampante, dans les maisons de repos et les hôpitaux, qui semble à première vue inefficace du point de vue de la santé publique mais qui

a tout son sens du point de vue de la santé des comptes des actionnaires. Les multiples contradictions du système ne peuvent se régler d'elles-mêmes spontanément. Pour changer de cap, il est nécessaire de s'organiser et d'entrer en lutte. La période actuelle est l'occasion de remettre le monde à l'endroit, en partant de l'essentiel, du travail du soin envers les autres et envers la Terre. Une perspective défendue entre autres par Aurore Kœchlin dans ce numéro. Il devient alors possible de rassembler largement nos forces et nos luttes, avec les syndicats et les mouvements sociaux, autour de cette perspective pour le soin et la santé globale, par et pour les soignant.e.s et les soigné.e.s. Nous pouvons le faire en nous basant sur des modèles aux antipodes de

la complexité bureaucratique et de l'autoritarisme de la gestion sanitaire actuelle. Les exemples des maisons médicales, des initiatives horizontales comme Stent.care, également discutés dans ce numéro, nous fournissent une inspiration vers une autre politique, démocratique et sociale. Après tout, en cette année 2021, nous célébrons aussi les 150 ans de la Commune de Paris, où les travailleur.se.s sont partis à l'assaut du ciel et ont, l'espace de quelques semaines, repris collectivement leurs vies en mains. Un rappel du fait que les luttes de ce début d'année 2021, pour des salaires suffisants, pour le droit au logement, pour une existence légale et des papiers ou contre les violences policières, sont également des luttes pour la santé de tou.te.s.

CES INÉGALITÉS QUI NOUS RENDENT MALADES

Propos recueillis par Gilles Maufroy
CIEP-MOC Bruxelles

FANNY DUBOIS, SOCIOLOGUE ET SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES, ÉTAIT L'UNE DE NOS INTERVENANTES À LA JOURNÉE INTER-MOUVEMENTS 2021 DU MOC BRUXELLES. NOUS AVONS SOUHAITÉ REVENIR AVEC ELLE SUR LE THÈME DE SA PRÉSENTATION : COMMENT LES INÉGALITÉS SOCIALES INFLUENT SUR NOTRE SANTÉ ?

**Mouvements : Classe, genre, race et santé...
Comment est-ce que les mécanismes d'exploitation et d'oppression produisent de la mauvaise santé ?**

Fanny Dubois : On vit dans un système qui crée du mal-être, alors que d'autres choix politiques pourraient renforcer le bien-être de l'ensemble des citoyen.ne.s, en actionnant certains leviers. Des leviers qui pourraient paraître pour certains représentants politiques comme « ringards », comme des reflets d'un Etat social « à l'ancienne ». Je considère au contraire que ces leviers sont plus contemporains que jamais, y compris au

vu des enjeux écologiques, sociaux, inter-générationnels, etc. Certains mécanismes de répartition des richesses et du travail permettraient d'améliorer de façon générale la santé. Par exemple, on n'a jamais eu autant de maladies longue durée qu'aujourd'hui. Ça coûte énormément à la Sécurité sociale, mais aussi à la santé mentale des gens. C'est lié à une surcharge constante de travail qui se produit en poursuivant des objectifs de rentabilité continue, d'accumulation du capital, où le client, la consommation restent dominants. Ce productivisme a un impact écologique considérable et ça produit aussi une pression énorme et des burn-outs chez les travailleur.

se.s. Après on entend des discours selon lesquels « la question sociale coûte trop cher à la Sécu, qu'il faut mener des politiques d'austérité ». Alors que si on agissait à la racine, par une meilleure répartition du temps de travail, une régulation du consumérisme, plus orienté sur la qualité que sur la quantité, on pourrait considérablement améliorer le bien-être à une échelle large. D'ailleurs, pour l'anecdote, il a été démontré que les système de santé marchandisés sont moins efficaces en terme d'espérance de vie, que les systèmes socialisés, y compris pour les classes supérieures !

Que penses-tu des discours qui individualisent la question de la santé, qui disent que « la santé c'est une question de comportements individuels » ? Évidemment en période de pandémie, respecter une série de gestes est fondamental, mais on voyait avant ça certains dire qu'ils ne « voulaient pas payer » pour les mauvais comportements des autres...

FD : Le mal-être n'est pas réparti de la même façon entre les classes sociales. Par exemple, pour ce qui est du déterminant de santé écologique, ce ne sont pas classes les plus précaires, celles qui tentent de survivre dans ce système, qui consomment le plus de ressources planétaires mais les classes les plus riches. On doit déconstruire les préjugés qui amènent l'exclusion de groupes sociaux plus vulnérables. Depuis le début des années 1990 et la libéralisation généralisée, la vision collective de la prise en charge socio-sanitaire se meurt au profit d'un paradigme individualisant, culpabilisant. Elle masque les chiffres importants relatifs aux inégalités. Evidemment qu'il y a des habitudes de classe, pour reprendre Bourdieu, qui expliquent certains comportements. Les riches ont plus accès à une meilleure alimentation, les pauvres sont dans des conditions d'existence qui donnent moins accès aux comportements de prévention, du type « bien manger », faire de l'activité physique etc. Prenons un exemple : pendant le premier confinement, les travailleur.se.s essentiel.le.s (soignantes, caissières, éboueurs, etc) ont dû prendre beaucoup plus de risques.



Manifestation Santé 13 septembre 2020
crédit collectif Krasnyi

On leur imposait d'aller travailler sans aucun matériel de protection contre le virus. Cela a été démontré par les mutuelles que la mortalité était bien plus importante dans ces catégories de population pendant la pandémie.

Selon l'OMS, 80% de notre santé est influencée par des déterminants non biologiques. **En Belgique, à 67 ans, un tiers des hommes les plus démunis sont déjà morts.** Il faut donc bien plus agir sur les causes structurelles plutôt que culpabiliser et stigmatiser, ce qui ne fait que dégrader encore leurs conditions de vie et donc de leur santé, ce qui a un coût. Même un financier de droite qui veut faire de « l'efficacité » des dépenses publiques devrait comprendre ça. Mais ça suit la tendance et la mentalité néolibérale qui vise à ce que les individus se sentent seul.e.s face à eux-mêmes pour gérer leur santé, pour s'assurer de façon privée contre les risques dans la vie et s'éloignent d'une vision de solidarité collective. Cette tendance néolibérale effrite puis privatise des institutions géniales comme la Sécurité sociale ou l'éducation publique.

Est-ce que ce discours idéologique individualiste vise à légitimer le fait de lâcher des catégories entières de la population ?

FD : Aux USA, l'assurance maladie-invalidité est principalement gérée par des boîtes privées.

Les chiffres montrent que ça coûte plus cher à l'économie dans son ensemble, au PIB, etc. Les employeurs n'ont pas spécialement intérêt à avoir une masse de travailleur.se.s en mauvaise santé, ça coûte aussi de l'argent. On observe également que ça coûte plus cher aux finances publiques parce que les groupes

qui ne peuvent pas s'assurer de façon privée sont pris en charge par l'assistance publique (vision charitable du libéralisme) mais aussi parce qu'un système de santé privatisé ne pousse pas les citoyens à adopter des comportements préventifs de santé. L'Etat doit donc intervenir, mais tard, à un stade où la santé des personnes est fort dégradée. Faire du préventif, y compris de la sensibilisation collective, avec des campagnes sans stigmatisation et en donnant aux publics vulnérables les mêmes moyens pour atteindre les objectifs de prévention, c'est bénéfique par rapport au « tout curatif ». **Pour la santé, la mutualisation est une orientation stratégique clé pour l'ensemble de la société,** secteur public comme secteur privé, ainsi que pour les patient.e.s. Il n'y a aucun intérêt à marchandiser, je suis prête à en débattre avec le dirigeant de la FEB !

Où se situe la Belgique sur cet axe mutualisation versus marchandisation ?

FD : On entend souvent que la Belgique « est l'un des meilleurs systèmes de santé ». C'est vrai qu'on a une couverture mutuelle de près de 99% de la population, ce qui est rare. La couverture universelle est donc encouragée dans la branche santé de la Sécurité sociale, ce qui encourage la population à se soigner. Toutefois, même si la majorité des citoyens sont couverts par l'assurance maladie-invalidité, les patient.e.s paient quand même encore 24% de leur poche (le ticket modérateur) en moyenne, c'est plus élevé que la France où on tourne à 15%. En Belgique, des études réalisées par les mutuelles montrent que près d'un quart des citoyen.ne.s doit renoncer à certains soins pour raisons financières. Autre souci : la dimension préventive est très peu remboursée contrairement aux soins curatifs. Or, on sait

que les soins en deuxième ligne, plus spécialisés, coûtent plus chers au système et à la santé publique. C'est pareil pour les médicaments : les firmes pharmaceutiques en produisent de plus en plus, à des prix exorbitants dont certains sont remboursés par la sécu. Prenons l'exemple très concret des maisons de repos. On observe des chiffres exorbitants de prescriptions de psychotropes dans ces lieux de vie. Est-ce vraiment une manière de répondre à l'isolement et à la dépression que vivent ces personnes ? A mon sens non, la réponse à ce mal-être doit se situer ailleurs, dans la création de jobs d'éducateurs, de psychologues mais aussi de dispositifs d'ouvertures de ces lieux de vie au quartier où ils se situent. On voit bien à quel point cela est lié à des choix politiques : prescrire des psychotropes en masse qui alimente les actionnaires des firmes pharmaceutiques et coûte à la sécurité sociale ou créer de l'emploi signifiant qui renforce le bien-être des personnes âgées et qui alimente les caisses de la sécu (via les cotisations sociales qu'ils produisent).

Ces dernières années, sous De Block, on a observé que le lobby pharmaceutique a gagné en influence. Les budgets alloués à la santé ont diminué. La norme de croissance qui tournait autour de 3-4% avant la législature Michel, est retombée à 1,5%. Pour rappel, la norme de croissance c'est l'augmentation du budget qui permet de répondre aux besoins de la population. Aujourd'hui le bureau du plan estime qu'elle devrait se situer au minimum à 2,5 % pour faire face au vieillissement démographique et à l'avancée des technologies médicales. Du côté du secteur pharmaceutique, les dépenses de sécurité sociale ont tourné autour de 7 %. On voit donc un pas en avant dans la marchandisation de la Sécu et de la santé vers des



Manifestation Santé 13 septembre 2020

secteurs à but lucratif. Tout ça au détriment d'autres sous-secteurs comme les maisons médicales, les soins à domicile ou encore l'aide médicale urgente. C'est hallucinant les débats sur la prétendue « surconsommation de cette population » de migrant.e.s, alors que ça représente des brouilles. Et on orchestre la pénurie dans les métiers de première ligne, plus féminisés, comme les généralistes, ou les infirmières. **Nous voulons que le financement reste fédéral parce que plus on est à cotiser, mieux on est couvert.e.s** contre les politiques libérales qui mettent à mal la Sécu.

Est-ce que par ailleurs, il n'y a pas un risque à « médicaliser le social », dans les débats actuels ? À tout analyser en termes de santé, de souffrance individuelle, de « self-care » plutôt qu'à rendre visibles des rapports sociaux et l'organisation collective qui en découle pour lutter à la source contre les inégalités ?

FD : C'est interpellant, oui. Dans le monde du travail on vient avec des coaches, de la prévention bien-être à gogo, un discours ambiant qui effrite les liens qu'on peut créer pour se retrouver ensemble dans la rue. Alors sur quels facteurs agir par rapport à cette évolution ? Je me demande dans quelle mesure ce n'est pas lié au fait que presque l'ensemble des organisations qui historiquement étaient des contre-pouvoirs démocratiques et garants de cette mutualisation et de ces droits sociaux fondamentaux, de la répartition des richesses etc., deviennent des organisations « de service », et ça vaut aussi pour les maisons médicales d'ailleurs... Il arrive que nos

membres veulent qu'on rende des comptes directement par rapport à leur situation personnelle plutôt que de revendiquer collectivement. C'est un effritement des luttes, on le voit aussi dans les revendications syndicales, la grève générale semble être un levier de lutte plus difficile. Il y a une tendance à la bureaucratisation qui dépolitise les mouvements sociaux traditionnels. On a besoin d'un travail de réflexion collective à mener ensemble entre organisations. Parce que la manière d'agir pour recréer du rapport de force nécessite une réflexion collective sur notre représentation du mouvement social aujourd'hui, ainsi qu'une coordination entre les mouvements sociaux qui ont tendance à s'éparpiller. Ça rend plus complexe la représentation collective des rapports de forces, pourtant essentielle, face à la marchandisation rapide de la santé, la culture, etc. qui s'opère maintenant à l'échelon international au-delà de l'État nation habituel.

PARLER DE SANTÉ, C'EST STRATÉGIQUE POUR LA LUTTE

En quoi les maisons médicales sont-elles une préfiguration, une inspiration pour des politiques de santé publique plus égalitaires ?

FD : Depuis les maisons médicales, on met en lumière une série de dysfonctionnements du système. Ça fait 50 ans que la première maison médicale a été créée. Elles proposent une alternative au financement à l'acte et à ses effets pervers car il pousse à réaliser toujours plus d'actes plutôt qu'à se focaliser sur la globalité de la santé du patient. Agir

sur le financement c'est fondamental, avec un financement plus solidaire entre les bien portant.e.s et les autres et entre

les générations. Nous mettons le collectif à la base de notre fonctionnement, par le forfait, la multidisciplinarité, le statut juridique d'ASBL de nos maisons médicales... Nous prôtons l'horizontalité dans les rapports de travail, puisqu'on sait que les inégalités sur le lieu de travail créent de la mauvaise santé. L'interdisciplinarité pour une meilleure prise en charge des patient.e.s et pour le bien-être des travailleur.se.s est également un de nos chevaux de batailles. Nous sommes des ASBL, l'argent public ne peut être utilisé pour alimenter des actionnaires privés. Notre vision politique doit être guidée par des données scientifiques de santé publique plutôt que par des intérêts corporatistes. Aujourd'hui, dans les concertations à l'INAMI avec les prestataires de santé, on a l'impression que chacun essaie d'avoir sa part du gâteau plutôt que de laisser les objectifs de santé publique guider les choix. La prise en charge intégrée entre les lignes de soins est également un élément important, contre le taylorisme hallucinant

dans la santé, moins cohérent et qui fait exploser les dépenses. La cohérence de la prise en charge est importante aussi au niveau macro des politiques publiques, l'éclatement des compétences de santé entre ministres de différents niveaux de pouvoir ne nous apparaît pas opportun.

Notre journée inter-mouvements 2021 s'intitule « la santé, enjeu de luttes ». Dans le contexte actuel, avec la pandémie, la Vivaldi, en quoi cette formule est-elle pertinente pour toi ? Et quelle place vois-tu pour les maisons médicales, leurs travailleur.se.s et patient.e.s, dans la lutte ?

FD : Je pense que la santé est un enjeu qui permet de rassembler, d'unifier, dans une société très dispersée où l'esprit corporatiste et communautaire est visible et inquiétant. Comme la santé nous concerne tou.te.s, on peut s'organiser autour de ça et retrouver des objectifs communs pour reconstruire l'Etat social et écologique de demain. Les personnes de toutes les classes, genres, origines, cultures, sont concerné.e.s. Parler de santé, c'est stratégique pour la lutte. Je suis passionnée par la Sécurité sociale malgré son côté bureaucratique social-démocrate qui ne met pas fin aux inégalités mais les réduit. L'éclatement entre principes identitaires n'empêche pas la marchandisation ni la privatisation des fonctions collectives. Nous devons rester vigilant.e.s : le rapport capital travail reste toujours bien présent. On n'en parle pas assez, même dans les luttes syndicales, mutuellistes. Nous devrions remettre en question des choix posés qui mettent à mal les droits conquis dans le passé. Par exemple, les voitures de société, les chèques-repas défiscalisés, qu'on utilise aussi en interne des organisations syndicales

et mutualistes... Alors que ça représente globalement 2,6 milliards de pertes par an pour la Sécurité sociale.

Nous devons construire des représentations collectives de ce vers quoi on veut aller, en partant des réalités matérielles, des inégalités concrètes d'existence, des conditions de vie et voir comment agir collectivement, parce que c'est plus juste mais surtout parce que c'est mieux pour le bien-être, pour le climat, etc. On a besoin d'élaborer des stratégies très concrètes pour renverser la logique actuelle du « diviser pour mieux régner ». Je pense à la division des infirmières en un tas de sous-secteurs et associations corporatistes par exemple mais cette logique s'observe dans d'autres lieux également. Nous devons prendre conscience que cette division nous affaiblit face à cette tendance néolibérale. Nous devons construire des représentations collectives de ce vers quoi on veut aller, en partant des réalités matérielles, des inégalités concrètes d'existence, des conditions de vie et voir comment agir collectivement, parce que c'est plus juste mais surtout parce que c'est mieux pour le bien-être, pour le climat, etc. On a besoin d'élaborer des stratégies très concrètes pour renverser la logique actuelle du « diviser pour mieux régner ». Je pense à la division des infirmières en un tas de sous-secteurs et associations corporatistes par exemple mais cette logique s'observe dans d'autres lieux également. Nous devons prendre conscience que cette division nous affaiblit face à cette tendance néolibérale.

LE DROIT DE RETRAIT, UN OUTIL IMPORTANT CONTRE LE COVID AU TRAVAIL

Laurent Vogel
Chercheur associé à l'Institut Syndical Européen



DU 11 AU 18 MAI 2020, PLUS DE 1300 CHAUFFEURS ET CONDUCTRICES DE LA STIB ONT EXERCÉ COLLECTIVEMENT LEUR DROIT DE RETRAIT. EN VUE DU DÉCONFINEMENT PROGRESSIF APRÈS LA PREMIÈRE VAGUE DU COVID, LA DIRECTION DE L'ENTREPRISE PUBLIQUE AVAIT DÉCIDÉ DE RÉDUIRE LES MESURES DE PRÉVENTION DANS LES TRANSPORTS EN COMMUN BRUXELLOIS¹.

UN DROIT NÉ DES LUTTES

L'exercice de ce droit a donné lieu à de vifs débats. Pour le patronat, c'était inadmissible. A l'intérieur même des organisations syndicales, des positions divergentes se sont exprimées. Les travailleur.se.s et les délégué.e.s impliqué.e.s dans le mouvement ont dû créer un collectif pour aller en justice. Ce procès a commencé le 4 janvier 2021. Il se poursuivra pendant longtemps parce que la tactique de la STIB est de prolonger les débats judiciaires aussi longtemps que possible. L'arrière-pensée de la direction est qu'un jugement éventuellement favorable aux travailleurs interviendra alors qu'on aura le Covid derrière soi. Il n'obligera pas l'entreprise à renforcer la prévention. S'agissant d'une entreprise publique, la responsabilité politique de la Région Bruxelloise ne peut être esquivée. D'autant plus qu'une prévention insuffisante dans les transports publics implique des risques qui concernent à la fois la santé au travail et la santé publique.

Le droit de retrait trouve son origine dans le renouveau des luttes ouvrières autour des questions de santé au travail dans les années '70. Il a progressivement été intégré dans la législation de nombreux pays. Quelques jalons illustrent ce mouvement. En 1977, introduction du droit de retrait dans la réglementation aux Etats-Unis et en Suède. 1981 marque une étape importante avec la reconnaissance de ce droit par la convention n° 155 de l'Organisation internationale du travail. Cet instrument a été ratifié par 70 pays dans le monde, dont la Belgique depuis 2011. En 1983, le droit de retrait est consacré en France dans le cadre des lois Auroux au début de la présidence de Mitterrand. En 1989, ce droit est repris par la directive-cadre européenne sur la santé et la sécurité au travail. C'est précisément lors de la transposition de cette directive européenne que ce droit a été introduit dans la réglementation belge. La référence actuelle est l'article I.2-26 du Code du bien-être au travail.

FACE À UN DANGER GRAVE ET IMMINENT

D'un pays à l'autre, les formulations ne sont pas identiques mais l'élément essentiel ne varie pas. Face à un danger grave et immédiat, le/la travailleur.se peut se retirer du travail. Il ou elle doit aussitôt informer l'employeur de la situation. L'initiative du retrait repose sur la perception du travailleur. Celle-ci dépendra des éléments d'information dont il dispose sur le danger ainsi que de la qualité de la prévention mise en place. L'exercice du droit de retrait ne peut donner lieu à aucune sanction et l'employeur ne peut ordonner la reprise du retrait que lorsque le danger a cessé ou que des mesures de prévention adéquates ont été mises en place. Les différences

principales concernent le lien entre le droit de retrait et l'action collective. Ce lien apparaît de manière directe dans certains pays comme les pays nordiques où le droit de retrait est exercé à l'initiative de représentants syndicaux pour la santé au travail. Dans d'autres pays, le lien avec l'action collective passe généralement par l'action de comités de sécurité et hygiène, appelés Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) en Belgique. Ainsi, les CPPT belges disposent d'un droit d'alerte en cas de danger.



Agent-e-s STIB en lutte pour le droit de retrait

UNE INSUBORDINATION JUSTIFIÉE

Si l'on réfléchit aux fondements du droit de retrait, il s'agit simplement d'appliquer au travail le droit fondamental à la vie et à la santé. Ce « simplement » est loin d'être évident tant est ancrée la conception que, par le contrat de travail, l'employeur dispose d'une emprise sur l'organisation du travail et pourrait dès lors soustraire les lieux de travail aux règles ordinaires de protection de la vie humaine. La contestation ouvrière affirme, à l'opposé, que la vie et la santé ne sont pas négociables dans le contrat de travail. Se retirer du travail en cas de danger grave et immédiat constitue une forme d'insubordination justifiée par un droit humain fondamental.

Dès le début de la pandémie du Covid, le droit de retrait a joué un rôle important pour promouvoir une prévention plus efficace au travail. L'exposition professionnelle au virus constitue bien un danger grave et immédiat si des mesures de prévention efficaces, adaptées à la réalité concrète de l'activité de travail n'ont pas été mises en pratique.

Dans un premier temps, lorsque les autorités publiques minimisaient le danger du Covid, le droit de retrait a été invoqué collectivement en

France par le personnel du musée du Louvre. Son premier arrêt de travail remonte au dimanche 1er mars 2020 alors que le gouvernement Macron repoussait la perspective du confinement. Cette action a permis de mettre en place des protocoles sanitaires sous la pression de la base. Par la suite, ce droit a été exercé à de multiples reprises en Europe comme dans d'autres parties du monde.

Comment expliquer que l'exercice d'un droit fondamental, largement reconnu ailleurs dans le monde, ait été contesté en Belgique ? Dans les jours qui ont suivi le retrait du Louvre en mars 2020, la RTBF a prétendu de façon infondée « Cette disposition du droit français n'a pas d'équivalent en Belgique »¹. Cette information ne correspond pas à la réalité. Elle s'appuie cependant sur le fait que, pendant plus de deux décennies, le droit de retrait est resté ineffectif dans notre pays. S'il a été exercé antérieurement à la pandémie, il n'en reste aucune trace. Aucun tribunal du travail n'a jamais été saisi d'un différend. Avant le Covid, il n'était pas intégré dans les stratégies syndicales de défense de la santé au travail. Alors que dans de nombreux autres pays européens, les organisations syndicales avaient

défini des stratégies judiciaires qui ont permis de faire reconnaître ce droit et d'en préciser les conditions d'application, il n'existait aucune jurisprudence en Belgique. La direction de la STIB en a profité pour sanctionner les travailleur.se.s concerné.e.s. Au-delà de la situation concrète dans l'entreprise, il y eu sans doute une volonté d'intimider, d'éviter que d'autres travailleur.se.s se mettent à revendiquer ce droit dans d'autres secteurs.

A cet égard, l'action des travailleur.se.s de la STIB évoque un précédent : celui des ouvrières de la FN qui sont parties en grève en 1966 pour revendiquer l'égalité salariale entre hommes et femmes. Le principe juridique existait déjà, au moins dans le droit européen que la Belgique devait mettre en œuvre. Ce n'est qu'après la grève de la FN que des actions judiciaires ont contribué à changer le rapport de forces. Ce qui n'était qu'un droit sur le papier est devenu un outil de transformation sociale dont nous pouvons mesurer aujourd'hui l'impact historique.

Pour une analyse juridique plus détaillée, voir le carnet de crise du centre de droit public de l'ULB #20 du 24 avril 2020 : <https://droit-public.ulb.ac.be/carnet-de-crise-20-le-droit-de-retrait-un-outil-juridique-central-pour-assurer-la-protection-effective-de-la-sante-des-travailleurs-en-periodede-covid-19-du-24-avril-2020/>

1. G. Maufroy, Les agents de la STIB en première ligne dans la bataille pour le droit de retrait, Mouvements n°2, décembre 2020, pp. 46-49. Voir aussi Visioconférence du 15 janvier 2021 avec Oliver Rittweger de Moor (délégué CPPT) et Sophie Remouchamps (avocate du collectif) : https://www.youtube.com/watch?v=sqKyI3ufQzE&feature=emb_logo
2. Voir l'article de Patrick Michalle sur le site de la RTBF : https://www.rtf.be/info/societe/detail_coronavirus-peut-on-arreter-le-travail-par-peur-d-etre-contamine-situation-differente-entre-la-belgique-et-la-france?id=10445906

Droit de retrait à AB Inbev.



« LES TRAVAILLEUR.S.E.S NE VEULENT PLUS SE LAISSER FAIRE »

Propos recueillis par
Gilles Maufroy
CIEP-MOC Bruxelles

EVELYNE MAGERAT EST PERMANENTE POUR LA CENTRALE NATIONALE
DES EMPLOYÉ.E.S DE LA CSC. ELLE S'OCCUPE NOTAMMENT DU
PERSONNEL DES HÔPITAUX PRIVÉS, DANS
LE SECTEUR NON-MARCHAND À BRUXELLES. NOUS LUI AVONS POSÉ
QUELQUES QUESTIONS SUR LES ENJEUX ACTUELS
POUR LES LUTTES SYNDICALES DANS LA SANTÉ.

Mouvements : La santé s'est imposée comme thème du débat public avec la pandémie. Pourtant, les problèmes du secteur ne datent pas de 2020, peux-tu nous en dire plus ?

Évelyne Magerat : Effectivement, la crise Covid a mis en avant toute une série de dysfonctionnements antérieurs : par exemple, le matériel de protection, qui n'est parfois pas adéquat, ou encore les problèmes d'insuffisance de la médecine du travail et des conseillers en prévention, évaporés et absents pendant cette pandémie, ce qui est grave. On peut aussi parler des sociétés de maisons de repos qui sont cotées en Bourse au détriment des bénéficiaires et travailleurs. Une émission RTBF assez récente a montré l'ampleur des dégâts : ce n'est pas normal que les pouvoirs publics donnent encore des subsides à ces sociétés. Ou encore des assurances privées hospitalières des soins, la médecine à deux vitesses, favorisées par les politiques libérales. Le point de départ de la lutte pour nous c'était en juin 2019, avec les « mardis des blouses blanches ». Ces actions exprimaient un ras-le-bol : déjà avant cette pandémie, les travailleurs n'en pouvaient plus. La pandémie a aggravé encore tous les problèmes, ou les a rendus plus urgents, également au niveau des conditions de travail et de salaires, la course à la productivité dans les hôpitaux notamment.

Avec ces « mardis des blouses blanches », notre approche était la suivante : d'abord, interpeller les pouvoirs publics par rapport à des dérives qui se produisent. Le gouvernement néolibéral et le ministre De Block ont aggravé la situation, ils sont responsables du choix politique des économies de 900 millions d'euros dans les soins de santé. Les directions d'hôpitaux ont réagi en disant : « il faut faire du rendement » et ça



Evelyne Magerat

a eu un impact sur les patients aussi. **Avant la pandémie, un hôpital sur quatre était déjà dans le rouge d'un point de vue financier !** Des problèmes structurels étaient déjà là. Avec nos équipes syndicales, inspirés des jeudis pour le climat lancés par la jeunesse, nous avons donc lancé les mardis des blouses blanches. Nous voulions aussi faire pression sur les fédérations patronales pour enfin mettre en œuvre l'accord du non-marchand de...2017 ! Les directions ont tendance à dire « allez-y, réclamez pour nous », parce qu'au final on va chercher du budget supplémentaire. Mais certains employeurs ont été vraiment abjects et dangereux dans la gestion de la pandémie. Les organes de concertation n'ont pas été respectés.

Alors on a lancé la campagne avec les réseaux sociaux, en s'inspirant aussi des luttes en France dans le secteur public peu auparavant. On sentait que c'était le moment. Et ça a fait effet boule de neige : quasiment toutes les institutions ont participé d'une façon ou d'une autre, avec beaucoup de créativité. Une vidéo a dépassé les 3 millions de vues ! Les médias ont relayé. Il y a eu un vrai engouement. A l'époque on était encore

en affaires courantes. Les autres syndicats n'y croyaient pas vraiment. Et on a quand même obtenu le fonds blouses blanches fin 2019 : 400 millions d'euros récurrents, pour améliorer les conditions de travail et de salaires, aussi pour rendre à nouveau les métiers de la santé attractifs chez les étudiant.e.s.

Ce qui a été décisif ensuite du point de vue de la conscience, c'est l'action dos tournés face à Wilmès en mai 2020 à Saint-Pierre, dans le secteur public. Et là on a obtenu 600 millions en plus pour le nouvel accord non-marchand... alors qu'on n'a toujours pas terminé d'exécuter celui de 2017. Ces budgets ne concernent que les secteurs fédéraux, c'est-à-dire en premier lieu les hôpitaux. **L'hôpital était la dernière digue pour empêcher l'effondrement du pays.** Deux milliards ont aussi été budgétés et avancés en plus pour compenser les énormes pertes de chiffres d'affaires. Ça ne deviendra pas nécessairement des dettes, je pense, puisque les budgets sont réajustés et lissés sur plusieurs années.

Qui est laissé en-dehors de ces enveloppes de 400 et 600 millions pour le fédéral ?

EM : On a là un souci de discrimination, avec la régionalisation certaines compétences de santé se sont retrouvées au niveau bruxellois. On avait donc un accord non-marchand fédéral mais on veut la même chose au niveau régional ! Nous estimons les besoins à 100 millions d'euros pour avoir quelque chose de proportionnel à ce qui a été obtenu au fédéral ou même en Wallonie. Le gouvernement ne

met que 7,5 petits millions sur la table. Ça va poser problème à l'avenir, parce que les étudiant.e.s vont aller vers les hôpitaux où on paie mieux, plutôt que vers les maisons de repos, régionalisées. Il y a déjà moins d'étudiant.e.s et les études sont plus longues. Si Vervoort (PS) ne nous entend pas, on va vers la catastrophe, la désertion.

A propos de désertion, que penses-tu du travail des non-Belges dans le secteur, d'Europe de l'Est voire de plus loin ?

EM : Avec la CNE nous pensons qu'il faut régulariser les sans-papiers en Belgique, dont un certain nombre sont hautement qualifié.e.s. Leurs diplômes doivent aussi être reconnus. Nous avons besoin d'eux. Ceci dit c'était

surtout pendant les années 2010-2012 que les hôpitaux belges allaient chercher en avion du personnel à l'étranger. Récemment, je suis tombée sur une affaire très grave : un hôpital qui fait signer des contrats dans le pays d'origine, le Liban, avec un engagement solennel à travailler minimum deux ans dans l'hôpital en question et interdiction d'avoir des enfants, faute de quoi la travailleuse doit payer et rembourser des frais de 15000€ ou se retrouve en prison au Liban ! Heureusement, un délégué CNE libanais m'a aidée sur ce dossier. La lumière devra être faite en conseil d'entreprise et les transactions avec cette firme-là doivent cesser. Parce que c'est de l'esclavage moderne. Donc il vaut mieux régulariser ici et autoriser les personnes à exercer ici, sans qu'iels aient à payer des frais administratifs, plutôt que ces pratiques.

L'HÔPITAL ÉTAIT LA DERNIÈRE DIGUE POUR EMPÊCHER L'EFFONDREMENT DU PAYS

Il y a une grande diversité d'acteurs syndicaux dans le secteur, public, privé, verts et rouges, francophones et néerlandophones, en plus d'acteurs corporatistes : est-ce que ça crée des difficultés pour mobiliser ?

EM : Ça peut être difficile, par exemple entre syndicats néerlandophones et francophones, mais ça n'a pas été un problème pour les mardis des blouses blanches. Il y avait une forme d'émulation. La coopération avec les syndicats du secteur public en soi n'est pas un souci mais on a peu de dossiers en commun. **Le secteur public en Belgique c'est seulement un tiers de l'ensemble du secteur.** Dans la Santé en lutte, un collectif créé en 2019, il y a aussi beaucoup plus de militant.e.s du secteur public aussi. Des délégué.e.s CNE y sont aussi. A Bruxelles on peut envisager de bosser ensemble, rouges et verts, mais en Wallonie c'est beaucoup plus compliqué de fonctionner en front commun. La CNE c'est presque 60% des sièges à Bruxelles, donc ça peut créer parfois dans d'autres syndicats une envie de nous attaquer.

Un autre souci ce sont effectivement les associations corporatistes : ce sont essentiellement des associations d'infirmier/ères divisées selon chaque spécialité ou discipline, composée pour beaucoup de responsables infirmiers et cadres. Par exemple : une association pour les infirmier/ères en endoscopie, une autre pour la gériatrie, une pour les urgentistes, etc. Et ensuite ça se regroupe en associations faïtières. Les francophones sont un peu mis.es de côté là-dedans, à mon avis. Et du coup il y a une autre association professionnelle qui prétend être un syndicat



Luttes syndicales - CNE Saint-Luc 2020

d'infirmier/ères, mais en fait est une corporation qui pense uniquement à son métier et pense bypasser les processus de décision syndicale en critiquant les organisations syndicales. Ça peut faire du tort aux travailleur.se.s, par exemple dans la nouvelle classification de fonctions où des infirmier/ères ont fini par gagner moins parce qu'elles ne sont pas rentrées dans cette classification. Ces associations n'ont pas de sièges dans les organes comme le conseils d'entreprise, les comités pour la prévention et la protection au travail (CPPT), etc. Ceci dit la CNE a gagné des affilié.e.s infirmier/ères donc on n'est pas trop inquiets. La pandémie a aussi provoqué une reconnaissance des syndicats dans les élections sociales, alors qu'on n'a pas pu faire campagne, en pleine deuxième vague.

Comment vous vous organisez quand vous entrez en lutte avec le syndicat ?

EM : Ça part des délégué.e.s de terrain, ce sont les délégué.e.s qui organisent la lutte. Quand on entre en lutte, ça passe par des réunions d'information avec les travailleur.se.s, des assemblées générales, du tractage avant l'action, etc. Et en fonction de l'action prévue, on prévoit une heure pour que les travailleur.



Manifestation CNE non-marchand Bruxelles le 25/02/2021

se.s passent à l'action. Pour les mardis des blouses blanches ça donnait un rendez-vous à 12h30 dans le hall de l'hôpital, avant ça des équipes syndicales ont fait le tour des services avec un tableau en demandant aux travailleur.se.s d'y écrire leurs revendications, qui sera ensuite affiché devant l'hôpital. D'autres ont même écrit et chanté des chansons de lutte, d'autres ont fait des vidéos toutes simples avec des pancartes reprenant leurs revendications. Ça part du terrain. Il y a aussi toujours un mot d'ordre qui est défini dans les instances avec les délégué.e.s.

Après ces batailles et ces victoires depuis deux ans, quelles sont les perspectives de lutte dans la santé pour la CNE ?

EM : D'abord : faire appliquer les conventions collectives de travail à la fois de l'accord non-marchand 2017 et celui de 2020. On a aussi une bataille sur la question des fins de carrière : **67 ans ce n'est pas tenable pour des soignant.e.s.** Ça c'est lié à l'Accord inter-professionnel, sur lequel on sensibilise déjà. Ensuite, on doit faire prendre conscience que le système des soins de santé est basé sur la solidarité. On a aussi un rôle d'éducation permanente à jouer. La Sécurité sociale, c'est

par là qu'on finance la santé. Plutôt que de la détricoter comme sous le gouvernement Michel, nous devons la renforcer. La crise du Covid l'a démontré, la Sécu est indispensable, aussi au niveau des allocations de chômage. Enfin, dans les institutions, nous devons faire respecter leurs obligations à des directions qui souvent s'asseient dessus. En ce qui concerne les étudiant.e.s, il y a un

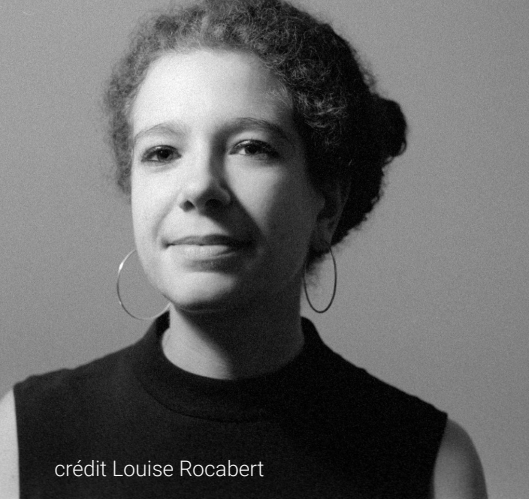
groupe de travail infirmier/ères et aides-soignant.e.s CNE qui va aller vers les écoles pour expliquer aux jeunes le rôle du syndicat, la force de l'unité, du collectif et le point d'appui que constituent les syndicats, ne pas les laisser seul.e.s. L'affiliation est gratuite pour les étudiant.e.s. Le soutien de l'opinion publique est moins démonstratif, il n'y a plus d'applaudissements aux fenêtres.

Chez les travailleur.se.s, la deuxième vague a été plus dure parce que les soignant.e.s tombaient malades : iels n'avaient pas pu récupérer depuis la première vague, puisque l'été a été un « rattrapage » de tout ce qui avait été en suspens pendant mars-avril 2020. La pandémie a été un choc, avec beaucoup de burn-outs. On a aussi des groupes de paroles qui se sont constitués. Maintenant, nous avons 40% de nouveaux/elles délégué.e.s. Il n'y a pas de résignation. Mais il faut arracher du concret assez rapidement. Historiquement, les victoires au niveau fédéral ont souvent précédé des avancées à d'autres niveaux. **La lutte va continuer, à tous les niveaux,** notamment en interne des institutions, où il faut concrétiser ce que le gouvernement fédéral a lâché. Il va falloir décider aussi où on crée les nouveaux emplois. Les travailleur.se.s ne veulent plus se laisser faire.

LE TRAVAIL DU SOIN DANS LE SYSTÈME CAPITALISTE

Par Aurore Koechlin,
Doctorante à l'université Paris I Panthéon Sorbonne
Autrice de « La révolution féministe »

QU'EST-CE QUE LES PERSPECTIVES FÉMINISTES ET ANTIRACISTES PEUVENT APPORTER À LA COMPRÉHENSION DU TRAVAIL DU SOIN DANS LE SYSTÈME CAPITALISTE ? JE PARTIRAI D'UNE THÉORIE EN PARTICULIER, LA THÉORIE DE LA REPRODUCTION SOCIALE, POUR PROPOSER UNE ANALYSE DE LA CRISE SANITAIRE, MAIS AUSSI DE CE QU'ELLE A MIS EN LUMIÈRE. EN EFFET, LA CRISE SANITAIRE RÉVÈLE CE QUI D'ORDINAIRE EST MASQUÉ, INVISIBLE, LA NATURE MÊME DU CAPITALISME MAIS AUSSI SES PROPRES LIMITES. QUELLES LEÇONS POUVONS-NOUS EN TIRER ? ELLES SONT POUR MOI AU NOMBRE DE TROIS.



crédit Louise Rocabert

1. LE CAPITALISME PRIORISE LA PRODUCTION DES PROFITS SUR LA REPRODUCTION DES TRAVAILLEUR.S.E.S

La tendance « naturelle » du capitalisme est de favoriser sans cesse la production des richesses, la production des profits, sur la vie des travailleur.se.s. Ainsi, dans *Le Capital*, Marx compare-t-il le capitalisme à un vampire qui n'a de cesse de croître, de prospérer, sur la mort même des travailleur.se.s, en les vidant de leur propre sang et en prospérant sur leur travail. Le mouvement naturel du capitalisme, s'il est sans limite, est de consommer la force de travail au maximum, puisqu'idéalement le travail, pour générer les profits, ne devrait jamais s'arrêter, et être en marche 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le corollaire à cela, c'est que l'ensemble du travail qui ne produit pas de profit, mais qui permet la reproduction des travailleur.se.s et de la force de travail, est dévalorisé et réduit au maximum par rapport au travail productif. En effet, ce travail que l'on peut qualifier de travail reproductif et qui englobe à la fois le travail domestique, le travail de soin dans la santé ou à l'école et les services à la personne, ne rapporte pas de profit : aux yeux du capitalisme, c'est donc un travail « inutile », dévalorisé, invisibilisé socialement.

2. MAIS LE CAPITALISME EST FACE À UNE CONTRADICTION INHÉRENTE QUI EST QUE LA PRODUCTION DES PROFITS DÉPEND DE LA REPRODUCTION DE LA MAIN D'ŒUVRE

La production des profits comprend néanmoins une limite : c'est que les travailleurSEs sont celles et ceux qui produisent les profits. Si elles et ils meurent, alors il n'y a plus de profit. La priorité à la production sans limites provoque une crise de la reproduction. Et le capitalisme est forcé d'y répondre, mais il y répond de façon capitaliste.

Ainsi, pendant toute une partie du XI^{ème} siècle, il s'agissait de travailler jusqu'à la mort, selon les témoignages de Marx et Engels, entre autres. Mais si les capitalistes « dépensent » trop vite la vie des travailleur-se-s sans permettre à de nouvelles générations d'arriver en âge de travailler, alors on assiste à une crise de reproduction de la main d'œuvre. De nombreuses féministes ont d'ailleurs analysé l'émergence de la famille nucléaire et de la figure de la femme au foyer qui s'occupe prioritairement de la reproduction comme une des réponses du capitalisme à cette crise de la reproduction. De la même façon aujourd'hui, la logique du profit a poussé les capitalistes à ignorer les alertes en terme de danger climatique et sanitaire. Cela a donné la crise du Covid, et probablement dans un avenir malheureusement très proche, la crise écologique qui a déjà commencé. Néanmoins, le capitalisme a été forcé de répondre à la crise sanitaire, pour éviter une crise de la reproduction, et c'est comme cela que l'on peut interpréter le confinement.

Dès lors, la crise sanitaire a au moins eu l'effet bénéfique, certes de court terme, sur lequel on peut s'appuyer aujourd'hui, d'inverser momentanément la priorisation de la production sur la reproduction. Brusquement, on a assisté à un retournement : le partage entre le travail essentiel et le travail non-essentiel s'expose aux yeux de tous et toutes. **Le travail reproductif est apparu pour ce qu'il est en vérité, un travail essentiel.** Parce qu'historiquement et socialement, le fondement de l'oppression des femmes a été leur assignation au travail reproductif, les femmes se sont ainsi retrouvées en première ligne à effectuer ce travail essentiel et à lutter contre le Covid. De la même façon, parce qu'il est énormément assuré par les populations racisées et des classes populaires, ce sont elles qui se sont également retrouvées en première ligne. À la maison, ce sont elles qui ont pris en charge l'éducation des enfants, le soin du domicile, devenu un espace vital pour la survie de l'ensemble de la famille, qui se sont occupées de la nourriture, etc. À l'hôpital également, les professions de la santé sont extrêmement féminisées. Ce sont les femmes qui assurent le ménage, le soin, et la santé de toutes les personnes malades à l'hôpital. Pour le faire, elles ont risqué leur vie et celle de leurs proches. Enfin, cela a été également le cas dans les services, notamment dans l'approvisionnement en nourriture, avec le travail des caissières. Cela a d'ailleurs été mis en avant par le gouvernement et les médias au travers des expressions comme « les femmes en première ligne » ou « les premières de cordée ».

3. MAIS CETTE CONTRADICTION ÉTANT INHÉRENTE AU CAPITALISME, IL NE PEUT LA RÉSOUDRE SEUL

Mais cette contradiction à laquelle fait face le capitalisme, il ne peut la résoudre seul, tant elle est inhérente à son fonctionnement même. In fine, il fera ainsi toujours primer la production des profits sur la survie et le bien être des travailleurs.se.s. La crise du Covid est en effet l'élément déclencheur d'une crise économique d'une ampleur qui égalerait peut-être celle de 1929, et qui couvait. Face à cette crise économique, les capitalistes vont maintenir la production quoi qu'il arrive, et en nous imposant des conditions de travail jamais égalées dans la période récente. On le voit avec le couvre-feu ou les nouveaux confinements : **on travaille, on prend des risques, on meurt, mais on n'a plus de vie, plus aucun lien social.**

Parallèlement, la logique du profit demeure prégnante dans la santé. On le voit à l'hôpital, où la norme malgré la crise demeure celle d'une diminution drastique des moyens et du nombre de lits à cause de la gestion managériale de l'hôpital qui devient une entreprise. On le voit aussi avec les entreprises pharmaceutiques, qui obéissent à la logique des profits, et sont dès lors incapables, et les États avec elle, de rationaliser la production et de la planifier en fonction des besoins. C'est ainsi qu'**on se retrouve face à une pénurie de vaccins, après avoir été face à une pénurie de masques, de gels, de tests, d'oxygène.** Plus choquant encore, la logique du profit fait que les pays riches sont les premiers à avoir le vaccin, alors que la répartition ne devrait pas se faire par pays mais à l'échelle internationale, pour toutes les personnes à risque en priorité indépendamment de leur nationalité.



8 mars 2021 piquet hôpital Saint-Pierre
crédit collectif Krasnyi

LE CAPITALISME NE POURRA JAMAIS RÉSoudre LA CONTRADICTION QUI LE FONDE ENTRE PRODUCTION ET REPRODUCTION

Une seule conclusion s'impose : cette contradiction, c'est à nous de la résoudre.

Si le capitalisme n'est pas capable de sortir de sa contradiction constitutive, alors c'est à nous d'inverser l'ordre des priorités entre production des profits et reproduction de la force de travail. On voit que la reproduction est essentielle à la survie de nos sociétés. C'est elle qui doit être au centre. Ce qui revient à dire qu'il faut arrêter de produire en fonction du profit mais qu'il faut produire en fonction de nos besoins. Cela a pour corollaire de remettre au centre les personnes qui effectuent ce travail reproductif, et de bien comprendre que toute lutte sociale ne pourra se faire sans une dimension intrinsèquement féministe et antiraciste, tout en veillant à ce qu'il n'y ait pas une sur-assignation au travail reproductif : ce que nous montre cette crise, c'est combien ce travail vital doit être pris en charge collectivement.

Par ailleurs, il y a urgence à construire une mobilisation dans le domaine de la santé, en soulignant que ce n'est pas qu'un enjeu sectoriel, mais qui concerne l'ensemble des secteurs du monde du travail, pour que le vaccin soit un bien public mondial, pour socialiser les entreprises pharmaceutiques, pour obtenir une priorisation des financements dans

la santé. Cela passe notamment par un lien entre soignant.e.s et soigné.e.s, qui pourrait se matérialiser autour de comités mixtes, sur le modèle de ce qui a pu exister dans les années 1970, comme les groupes MLAC en France, acronyme pour Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception, qui regroupait dans un même comité soignant.e.s et soigné.e.s dans la lutte pour la légalisation de l'avortement.

Mais ce rapport de forces doit nous servir aussi à créer plus largement la possibilité d'une alternative. **Le capitalisme ne pourra jamais résoudre la contradiction qui le fonde entre production et reproduction.** Nous ne pouvons pas le réformer à la marge : seule une autre organisation de la production et de la reproduction permettra de sortir de la crise du capitalisme, qu'elle soit sanitaire ou économique. Il s'agit de décider collectivement de nos besoins, de ce qu'il est utile de produire ou non, et de comment le produire. Il s'agit également de socialiser la reproduction, par la mise en place de crèches collectives, de lieux d'éducation des enfants collectifs, de cantines collectives, de logements adaptés pour une mutualisation des tâches domestiques, etc. C'est donc d'une perspective révolutionnaire dont nous avons besoin.

LES SYSTÈMES SANITAIRES FACE À LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ

Par Sebastian Franco,
chercheur au GRESEA

SELON L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), « LE SYSTÈME DE SANTÉ EST L'ENSEMBLE DES ORGANISATIONS, DES INSTITUTIONS, DES RESSOURCES ET DES PERSONNES DONT L'OBJECTIF PRINCIPAL EST D'AMÉLIORER LA SANTÉ ». IL EST CONFORMÉ PAR UN ENSEMBLE DE SOUS-SYSTÈMES : UN SYSTÈME PUBLIC FINANÇÉ PAR LES IMPÔTS OU LES COTISATIONS SOCIALES, UN SYSTÈME PRIVÉ SUBVENTIONNÉ NON LUCRATIF (ASSOCIATIONS, ŒUVRES CARITATIVES, ONG), UN SYSTÈME PRIVÉ LUCRATIF OU COMMERCIAL. PARFOIS, LE SECTEUR DES MÉDECINES TRADITIONNELLES OU LE SECTEUR INFORMEL COMPLÈTE LE TABLEAU.



Sebastian Franco

Une grande quantité d'acteurs et d'intérêt interagissent au sein d'un système de santé : autorités politiques et institutions publiques nationales, régionales ou locales ; usager/ère.s et patient.e.s, citoyen.ne.s-contri-

buebles, professionnel.le.s de santé (médecins, infirmier/ère.s, aides-soignant.e.s, pharmacien.ne.s, technicien.ne.s, travailleur.se.s administratif.ve.s), entreprises et assureurs, associations sans but lucratif ou organisations caritatives. Malgré leurs différences institutionnelles - notamment dues à leur parcours historique propre – tous les systèmes de santé font face aujourd'hui à un processus de marchandisation plus ou moins marqué¹.

Cette marchandisation a ses bénéficiaires et ses promoteurs. Les grands groupes pharmaceutiques, l'industrie des services de santé (hôpitaux, cliniques et laboratoire privés) mais aussi les fonds d'investissement et les banques, par leur lobby, ont fait évoluer ces dernières décennies les politiques et législations. Pour ce faire, ils déploient une double stratégie : **la marchandisation** des différentes dimensions de la santé, des besoins sociaux influençant la santé aux relations de soins ; **la privatisation** des ressources publiques ou socialisées par des opérateurs à but lucratif.

INDIVIDUALISME, STANDARDISATION ET MANAGEMENT

Au travers de la publicité et des outils de communication de masse, se propage une **vision marchande et individuelle du corps et de la santé** (« capital santé ») valorisant l'aspect contractuel dans toutes les relations humaines. Un processus similaire de marchandisation touche les autres aspects sociaux qui déterminent la santé². Cette stratégie d'hégémonie idéologique et culturelle sert d'appui pour transformer en profondeur les processus institutionnels et les pratiques de soins.

La standardisation des actes médicaux (cf. les « réformes » hospitalières, la tarification à l'acte), l'individualisation et la médicalisation de la maladie ou les techniques de management (gestion des ressources humaine, formations, création d'indicateurs) transforment les soins en une relation marchande entre un fournisseur (le professionnel de santé, l'institution de soins) et un acheteur (le/la patient.e). Le capital privé accapare des ressources socialisées via la privatisation des aspects assurantiels (couverture de base ou complémentaire), la fourniture de soins par une entreprise commerciale ou la sous-traitance de services médicaux (imagerie, dialyse) ou annexes (nettoyage, catering, gardiennage), ou par la mobilisation de capital privé pour les investissements (partenariats public-privé). Au préalable, il aura fallu briser le monopole public ou non lucratif au travers de changements législatifs³.

UN SOUS-FINANCEMENT ORGANISÉ

L'Histoire montre que les intérêts commerciaux n'ont jamais aussi bien prospéré que lorsqu'ils agissent sur fond de crise et de difficulté économique, réelle ou supposée, des systèmes de santé. Dans ces cas, l'État et les institutions publiques ne seraient plus en capacité de couvrir l'entièreté des « coûts » de la santé dues par exemple à de nouvelles pathologies, au vieillissement de la population, aux modes de vie ou encore à l'utilisation de nouvelles technologies médicales.

Dans beaucoup de cas cependant, ce sous-financement est organisé, directement par les politiques de « modération » (restriction) budgétaire, par la baisse des cotisations sociales et des impôts de certaines catégories de la société ou indirectement par la clémence des États vis-à-vis de l'évasion et de la fraude fiscale, de la corruption ou la mauvaise gestion.

Les besoins en santé non couverts sont repris en main par des opérateurs commerciaux puisque ces besoins ne disparaissent pas. C'est ainsi que les situations de crise

deviennent une opportunité pour institutionnaliser la marchandisation de la santé et la commercialisation des opérateurs de soins et d'assurance. Cependant, pour être profitable, le secteur commercial a besoin de financements publics ou socialisés afin d'accroître l'échelle d'un marché au-delà d'une minorité de personnes aisées et solvables. L'idée même d'un système de santé totalement privatisé n'intéresse pas les acteurs commerciaux. **C'est grâce aux financements publics qu'ils peuvent envisager la création de profit.**

Le secteur commercial a en outre intérêt à s'engager dans une **stratégie de segmentation accrue** des systèmes de santé afin de séparer les pôles qui sont potentiellement rentables (et les privatiser) de ceux qui ne le sont pas et qui seront laissés au service public.

CONSÉQUENCES SUR LE TERRAIN

La multiplication d'opérateurs induite par la privatisation fragmente les systèmes de soins, rendant ainsi plus difficile une gestion et une planification cohérentes. De nouveaux coûts sont engendrés : frais

de fonctionnement, coûts de promotion et de publicité, profit à verser aux propriétaires.

La dynamique commerciale modifie l'allocation des ressources en faveur des besoins solvables au détriment des réels besoins sociaux en matière de santé. Cette dynamique favorise les déserts médicaux (fermetures de services, rationalisations territoriales) et impacte négativement la santé de certaines populations. C'est l'instauration d'une médecine à plusieurs vitesses selon la capacité contributive de l'usager⁴.

La marchandisation, et sa vision contractuelle du soin, met en tension les aspirations et les principes des personnels de santé pour qui soigner dignement un être humain est l'objectif premier. Une vision tayloriste du soin met à mal la capacité des personnels soignants à faire preuve d'intelligence, de solidarité et d'initiative face aux situations de soins. Enfin, la marchandisation fait évoluer la relation entre professionnel.le.s et usager/ère.s vers un rapport déshumanisé vide de sens, qui conduit au mal-être au travail pour les professionnel.le.s (dépression, suicides)

et aliène l'utilisateur de sa propre santé puisque celle-ci est désormais marchandise et enjeu de relations économiques. Dans l'entreprise de santé, les conditions de travail se détériorent ; dans sa chasse effrénée aux coûts « superflus », l'entreprise fait pression sur les salaires, les horaires, les avantages sociaux. Cette situation a un impact négatif sur la qualité des soins dispensés.

POUR UNE DÉMOCRATIE SANITAIRE, EXCLURE LES INTÉRÊTS COMMERCIAUX !

D'un point de vue démocratique, la gestion globale des systèmes de santé ne peut faire l'impasse sur la nécessité de définir collectivement et par la participation citoyenne les objectifs, priorités et besoins en santé : c'est la notion de démocratie sanitaire. L'analyse et l'expérience de terrain démontrent que les intérêts commerciaux entrent en contradiction avec les intérêts de santé publique. C'est vrai sur un plan pratique de gestion efficace d'un système de santé, par rapport à la juste allocation des ressources financières mais aussi sur le plan philosophique, culturel et politique tant l'approche marchande de la santé est déshumanisante. Pour ces raisons, il nous semble essentiel et urgent d'exclure les logiques marchandes et commerciales du domaine de la santé. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si de nombreuses luttes à travers le monde portent cette exigence.

Cet article est paru dans une version longue dans la brochure publiée par la Fondation Rosa Luxemburg « The struggle for health : an emancipatory approach in the era of neoliberal globalization » disponible sur <https://www.rosalux.eu/en/article/1228.the-struggle-for-health.html>

1. A. Sengupta, C. Bodini, S. Franco, « The struggle for health: an emancipatory approach in the era of neoliberal globalization », Rosa Luxemburg Stiftung, 2018, Brussels.
2. Le système sanitaire ne contribue qu'à hauteur d'un quart dans la santé des populations. Ce sont les aspects sociaux (revenu, éducation, alimentation, logement) et environnementaux qui déterminent les trois quarts restants.
3. Elias Kondilis, « Privatization of healthcare in Europe », 2016, Queen Mary, University of London; [https://healthcampaignstogether.com/pdf/Kondilis%20\(2016%20Brussels\)%20Healthcare%20privatization.pdf](https://healthcampaignstogether.com/pdf/Kondilis%20(2016%20Brussels)%20Healthcare%20privatization.pdf)
4. On dénote aujourd'hui, même dans les systèmes de santé les plus « avancés », de larges parts de la population qui reportent ou renoncent aux soins de santé. Au moins 400 millions de personnes à travers le Monde manquent d'accès à au moins un ou plusieurs services essentiels de santé. Chaque année, 100 millions de personnes sont poussées à la pauvreté et 150 millions de personnes souffrent d'une catastrophe financière à cause de leurs dépenses privées dans les services de santé.



LE FONCTIONNEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ FOCUS SUR BRUXELLES

Par Jean Hermesse,
Mutualités chrétiennes

18 MOIS APRÈS LES ÉLECTIONS LÉGISLATIVES DE JUIN 2010 EN DÉCEMBRE 2011, UN NOUVEAU GOUVERNEMENT EST ENFIN FORMÉ. SON PROGRAMME PRÉVOIT UNE SIXIÈME RÉFORME INSTITUTIONNELLE IMPLIQUANT CETTE FOIS LE TRANSFERT DE PLUSIEURS COMPÉTENCES RELEVANT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : SOINS DE SANTÉ, EMPLOI, ALLOCATIONS FAMILIALES.



13 septembre 2020 manifestation Santé
crédit collectif Krasnyi

Afin de répondre à la volonté des partis flamands, il fallait transférer un montant significatif (« vette vis », poisson gras) dans le domaine des soins de santé. Pour y arriver, une série de compétences hétéroclites a été additionnée pour former un montant de 5 milliards €. Les compétences transférées sont le secteur des maisons de repos (3 milliards €), le financement des constructions hospitalières, les soins dans des centres de revalidation (autisme, toxicomanes, AVC...), l'Aide aux Personnes Âgées (APA), quelques services de santé mentale, les services de prévention (vaccinations, dépistages), l'organisation de la première ligne... Ces matières concernent peu de patients, principalement des personnes âgées dépendantes soignées en maisons de repos (près de 150000 personnes), les bénéficiaires de l'APA (près de 170000), des malades chroniques soigné.e.s en institution sur le long terme. Les vaccinations et les programmes de dépistage concernent eux plusieurs millions de personnes mais représentent des montants financiers nettement moindres.

Le financement de toutes ces compétences a été organisé par une loi spéciale de financement prévoyant des dotations fédérales sur base historique. Cette solidarité historique sera progressivement réduite dans le cadre d'un mécanisme de transition qui prend fin en 2034. Ces dotations fédérales ont été financées en les retirant du budget de la Sécurité sociale. **L'origine du financement de la Sécurité sociale, à savoir la solidarité basée sur des cotisations sociales proportionnelles aux salaires, n'est plus identifiable et donc la gestion paritaire par les partenaires sociaux, fondement de notre Sécurité sociale, ne s'impose plus** pour la gestion des matières sociales transférées aux Régions et Communautés. D'ailleurs, l'implication dans la gestion des protections sociales régionales est très différente entre les trois régions.

Un mécanisme de croissance des dotations fédérales est également prévu en fonction de l'inflation, de la croissance du PIB et de certains paramètres démographiques. Mais in fine, les taux de croissance des dotations ainsi calculés seront dans toutes les hypothèses largement

inférieurs que si ces compétences étaient restées au sein d'un budget global des soins de santé permettant d'accorder aux soins chroniques une plus grande marge. En fait, par ce mécanisme de financement, **l'État fédéral s'est déchargé d'un secteur de soins en croissance importante vu le vieillissement et l'évolution des besoins en soins chroniques.** Et comme les dotations fédérales sont largement insuffisantes vu l'évolution des besoins, cela risque de conduire de facto à une privatisation larvée aux personnes âgées.

Pour comprendre l'organisation et la gestion des soins de santé à Bruxelles, rappelons d'abord que la santé et l'aide aux personnes relèvent de ce qu'on appelle les matières « personnalisables », c'est-à-dire qui sont attachées aux citoyen.ne.s (et non à un territoire précis). C'est donc d'abord la Communauté flamande, la Communauté germanophone et la Fédération Wallonie-Bruxelles qui devaient hériter des matières transférées. Les francophones ont cependant décidé de séparer cette gestion entre la Wallonie et Bruxelles et c'est la Commission Communautaire Commune (COCOM), une entité bilingue, qui gère les compétences transférées sur le territoire de la Région bruxelloise. Pour la gestion des compétences, un modèle hybride a été retenu, fruit d'un compromis entre les partenaires de la majorité. D'un côté Iriscare, un OIP (Organisme d'Intérêt Public) créé pour la gestion d'une série de matières en santé, aide aux personnes et allocations familiales, organisé selon le modèle de la gestion paritaire (prestataires de soins, mutualités, syndicats et patrons). De l'autre côté, l'administration de la COCOM faisant partie des services du Collège

Réuni garde une série de compétences dites « régaliennes ». La gestion des matières santé et aide aux personnes est donc un exercice collectif. La gestion quotidienne des flux financiers et administratifs a été confiée aux mutualités qui assuraient ces missions avant le transfert des compétences. Pour ce faire, toutes les mutualités ont créé des Sociétés Mutualistes Régionales propres à chaque région. Pour assurer une certaine cohérence et la portabilité des droits entre les régions (pour permettre qu'un citoyen d'une région puisse faire valoir ses droits dans une autre région) trois accords de coopération ont été conclus. Enfin signalons encore la Conférence Inter-Ministérielle (CIM) réunissant régulièrement tou.te.s les ministres compétent.e.s pour régler les nombreuses zones d'ombre, interprétations, délimitations, coordonner les initiatives politiques et se concerter pour gérer la crise sanitaire...

Tout le monde s'accorde pour constater que la sixième réforme institutionnelle a encore complexifié la gestion et l'organisation des soins de santé en Belgique. Les personnes, « experts », encore intéressées par et capables de plus ou moins comprendre et expliquer cette lasagne institutionnelle sont rares. Cette complexité éloigne les citoyen.ne.s et les représentant.e.s politiques des questions sur l'organisation et la politique de la santé et concentrent l'attention sur la tuyauterie institutionnelle et des discussions sans fin sur le partage des compétences. Depuis 2011, soit depuis 10 ans, des milliers d'heures ont été consacrées pour créer de nouvelles institutions, de nombreux textes réglementaires, de nouvelles procédures administratives

pour juste assurer que cela marche comme « avant » puisque ça marchait bien « avant »...

Plus navrant encore, ce transfert de compétences a entraîné un recul de la couverture pour les malades chroniques, des politiques différenciées en matière de prévention, d'organisation de la vaccination et des dépistages et donc forcément plus de complexité et de lourdeur organisationnelles. C'est un handicap lorsque

face à une pandémie, la rapidité d'action est essentielle. Le rôle des interlocuteurs sociaux dans le cadre de la gestion paritaire s'est affaibli. Face aux défis du vieillissement, de la croissance des maladies chroniques, des inégalités par rapport à la santé, des problèmes d'accès aux soins, des évolutions technologiques et de la marchandisation de la santé : quelle réforme nous assurera plus d'efficacité et de perspectives aux citoyen.ne.s et aux patient.e.s ?



« LA SANTÉ MENTALE, C'EST AUSSI MAINTENIR LA DIMENSION COLLECTIVE DE LA SOCIÉTÉ »

PROPOS RECUEILLIS PAR
MAGALI VERDIER
CIEP-MOC BRUXELLES

LA CRISE SANITAIRE A RÉVÉLÉ L'IMPORTANCE DE LA SANTÉ MENTALE. QUELS ONT ÉTÉ LES IMPACTS SUR LES PERSONNES? QUELS ENJEUX CELA RÉVÈLE-T-IL? EN QUOI CETTE QUESTION FAIT-ELLE ÉCHO AU TRAVAIL EN ÉDUCATION PERMANENTE PORTÉ PAR NOS ORGANISATIONS? FRÉDÉRIQUE VAN LEUVEN, PSYCHIATRE À L'ÉQUIPE MOBILE DE CRISE DANS LA RÉGION DU CENTRE ET AU CENTRE PSYCHIATRIQUE SAINT-BERNARD MANAGE NOUS FAIT PARTIE DE SES RÉFLEXIONS SUR BASE DE SON EXPÉRIENCE DE TERRAIN.

Mouvements : pourriez-vous nous décrire quels sont les enjeux de la santé mentale et comment ils se sont révélés pendant la crise sanitaire ?



Frédérique Van Leuven : La santé mentale est une notion qu'il faut aborder avec précaution. D'abord, on ne peut la dissocier de la santé sociale ni de la santé physique. On sait bien que les problèmes sociaux sont les plus gros pourvoyeurs de problèmes de santé mentale, et c'est bien le risque

principal de cette crise, c'est qu'elle a déjà fait basculer nombre de personnes dans la précarité et que cela risque de durer. Les problèmes de santé physique altèrent aussi notre mental et les maladies de longue durée affectent aussi l'entourage. Ici on a vu apparaître des situations de crise quand des soins essentiels (chirurgie d'un cancer par exemple) ont été reportés, et aussi dans la difficulté à organiser des cérémonies de deuil si importantes.

Au début de la pandémie, on a très peu parlé de la santé mentale. J'ai vu soudain ce mot dans la bouche d'un ministre, Pierre-Yves Jeholet, lorsqu'il a dit qu'il fallait ouvrir les commerces pour la santé mentale des gens et qu'il voulait éviter des suicides. Propos que j'ai retrouvés par la suite chez d'autres politiques. Cette instrumentalisation politique de la santé mentale me semble extrêmement dangereuse. C'est un problème d'une complexité énorme, on ne peut pas le réduire à une simple équation « santé mentale = déconfinement », ou « aller chez le coiffeur c'est de la santé mentale ». Mais les professionnel.le.s de la santé mentale ne demandent pas le déconfinement ! **Les gens ne vont pas mieux quand il y a des pics**

de décès, qu'on retarde ses soins et qu'on vit des situations humainement terribles ! La question ne doit pas se réfléchir en termes dichotomiques, « rester ouvert ou fermé », ou « travailler en présentiel ou en distanciel ». Il faut pouvoir combiner, s'organiser, inventer pour maintenir des services essentiels tout en prenant les précautions nécessaires, il faut pour cela prendre en compte beaucoup de facteurs.

La définition officielle de la Santé Mentale par l'Organisation Mondiale de la Santé pose elle-même le problème que nous rencontrons : « C'est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et d'une manière productive et d'être en mesure d'apporter à la Communauté. » C'est une définition qui pose trois problèmes au moins.

D'abord, vous voyez à quel point ces définitions comportent des mots comme « Chacun », c'est le problème de l'individualisation de la santé, « ma santé mentale, ma responsabilité » ou « faire face aux difficultés normales de la vie », il y est question de la résilience, c'est bien d'avoir du ressort mais ça ne prend pas en compte les conditions de vie des personnes. Il y a aussi « travailler avec succès, de manière productive », qui fait appel à la notion de travail rémunéré, alors que vous voyez la place que prennent les aidant.e.s proches pendant cette pandémie, c'est énorme à quel point souvent des femmes ont dû pallier au manque de personnel. **La définition OMS de la santé mentale est bien dans une logique capitaliste, à chacun.e de créer son bonheur.** La réalité est toute autre... Une étude de l'université de Gand souligne que 27% de personnes sont insatisfaites et malheureuses au travail, c'est plus d'une personne

sur quatre. L'INAMI a constaté que 20% de la population active est en maladie et ne peut plus travailler, cela pose un tel problème de contrôles qu'en décembre 2020, il y a eu une décision du Conseil médical de l'invalidité (qui comprend des médecins de l'INAMI et des Mutuelles), ils ont décidé de laisser tomber les contrôles pour 20 000 personnes, notamment celles qui sont en invalidité depuis plus de 10 ans. La notion de collectif comme pilier de la santé mentale est donc « oubliée » dans cette définition.

Le deuxième problème de cette définition, c'est qu'elle est une notion qui se réduit aux apparences. Je me souviens d'une patiente qui travaillait 18 heures/jour et était très reconnue par ses clients, elle présentait pourtant un délire paranoïaque, elle souffrait clairement d'une maladie mentale mais correspondait

exactement à une personne en bonne santé mentale ! Au cours de cette crise, je constate souvent que les personnes les plus complotistes se portent le mieux... face à un danger complexe et imprévisible, elles ont l'explication, l'ennemi et la solution ! Mais on voit aux USA ce que provoquent sur le plan

collectif les théories du complot... Pour en revenir à la maladie mentale, il faut donc comprendre qu'à nouveau c'est le collectif qui peut y remettre un peu de santé... Dans l'hôpital de jour où je travaille, j'ai des patient.e.s qui ont des pathologies lourdes et qui sont venu.e.s depuis le début de l'épidémie, nous avons toujours accueilli entre 8 et 18 patient.e.s en fonction de la taille des locaux et de la gravité de l'épidémie. Dès le début de la première vague, on a fait des ateliers de masques, il faut se rappeler qu'à la 1ère vague on n'avait pas de masques,

LA DÉFINITION OMS DE LA SANTÉ MENTALE EST BIEN DANS UNE LOGIQUE CAPITALISTE, À CHACUN.E DE CRÉER SON BONHEUR

Santé mentale - rassemblement étudiant à ULB 22 février 2021
crédit Fanny Paquet



les hôpitaux psychiatriques ont été les grands oubliés de la crise sanitaire. Les patient.e.s se sont mis.es à faire des centaines de masques pour les familles, les professionnel.le.s. On était ensemble, on a partagé énormément de choses, on a partagé des émotions. On a tous eu le sentiment d'être actif.ve.s dans un moment terrible. On a participé à contribuer à la communauté. Et donc, tout ça c'est de la santé mentale.

Enfin, c'est un peu subversif, mais dans mon boulot, je m'inquiète bien plus pour les personnes qui respectent les consignes à la lettre, ce sont parfois ces personnes qui vont le plus mal. Un collègue m'a parlé d'un couple de personnes âgées qui sont restées au lit pendant 3 mois, ils avaient compris que le confinement c'était rester au lit. Il y a des gens qui sont restés enfermés, qui n'osaient plus du tout sortir de chez eux... Savoir adapter les règles à ses possibilités et à ses responsabilités, cela fait partie pour moi de la santé mentale. On sait bien que les règles ne peuvent s'appliquer de la même façon en banlieue aisée ou dans des maisons sans jardin où on vit à huit avec une salle de bains... Il faut parfois choisir la désobéissance quand on est face à des dilemmes éthiques, je pense à la non-assistance en personne en danger pour certain.e.s jeunes par exemple, en complet décrochage...

Quelles conséquences avez-vous pu observer dans votre pratique ?

FVL : Le plus frappant dans notre hôpital, ça a été l'augmentation des mises en observation. C'est une hospitalisation sous contrainte du Procureur ou du Juge de Paix. Pour cela, il faut avoir une maladie mentale, il faut être

dangereux pour soi-même ou pour les autres, il faut refuser les soins et ne pas avoir d'autre alternative. Dans ce cas, c'est la police qui vient chercher le/la patient.e, qui l'accompagne jusqu'à l'hôpital. C'est très violent même si c'est parfois nécessaire. Bien souvent les patient.e.s ne se souviennent même pas de l'enchaînement des choses tellement c'est traumatisant. Et bien, dans notre service à Manage, on a eu au mois d'avril et de mai 2020 une augmentation de 50% de mises en observation. C'est énorme. Et on vient d'avoir les chiffres pour l'année c'est 41% pour toute l'année. Ce qui s'est passé c'est que tous les services de première ligne ont fermé, je les étends au services de proximité en général. Les médecins n'allaient plus à domicile rendre visite aux patients. Les consultations psychiatriques et psychologiques étaient interrompues. Il y a des patient.e.s qui ont besoin d'une injection chaque mois et qui avaient besoin de l'aide des CPAS qui n'étaient plus accessibles en présentiel. Il faut bien se débrouiller sur Internet pour accéder à cette aide. Or dans notre région, il y a pas mal de gens qui n'y ont pas accès, même financièrement, les points Wi-Fi avaient fermé. Je peux vous donner un exemple, il s'agit d'une dame âgée de 86 ans qui a été mise en observation et qui n'avait rien à y faire... Son infirmière avait changé, elle refusait de prendre ses médicaments pour son asthme et elle a commencé à délirer, la Vierge lui donnait la solution au Covid... Ce qui a fait basculer cette dame âgée qui vivait seule et passait son temps devant la télé (rappelez-vous les infos particulièrement anxieuses), c'était l'arrêt des visites de sa famille, des aide-ménagères et de son médecin. Je ne mets pas en cause les aides ménagères bien sûr, mais je pense que leur travail est parfois

« de première nécessité » et qu'avec un bon encadrement, une bonne gestion préventive par les services responsables et un équipement correct, il aurait été possible qu'elles poursuivent leur travail dans certaines situations de ce genre.

Au vu de tout cela, quels liens voyez-vous avec le travail d'éducation permanente ?

FVL : Pour moi, l'éducation permanente est un secteur essentiel en temps de crise sanitaire. Il y a un travail majeur d'accompagnement auprès des publics vulnérables qui était nécessaire... Discuter de l'application des règles sanitaires, de leurs impasses, déconstruire les théories complotistes, aller contre les « fake news ». Il y a une toute une population qu'il faut écouter, sensibiliser, auprès de laquelle il faudra rester présente, pensez aussi aux maisons de jeunes. Et voilà que l'éducation permanente se ferme au présentiel, donc à une partie de son public... Il y a une petite structure d'EP à la Louvière, près de chez nous. Lorsqu'il y a eu le déconfinement, les personnes venaient pour avoir un petit coup de main pour l'Internet, un recommandé, partager les petites choses essentielles, les sandwiches étaient bienvenus pour certains... Il y avait beaucoup de détresse et un réel soutien de première ligne. Et puis ils ont dû refermer... La situation est bien sûr complexe, une responsable me disait « Comment veux-tu que j'envoie des travailleuses sur le terrain lorsqu'elles sont mères seules et doivent garder leurs enfants car les écoles sont fermées ? ». Mais j'entendais la détresse de certaines travailleuses de terrain qui ne supportaient pas de laisser les gens à l'abandon.

Par ailleurs, l'éducation permanente, c'est ce qui permet de porter la parole des gens dans les lieux de pouvoir, comme celles des patient.e.s en contact avec les Mutuelles, les jeunes, les syndicalistes... Et c'est ce qui manque cruellement dans **la gestion politique de cette pandémie qui s'effectue de manière autoritaire, sans nuances**, sans s'adapter à la situation des gens... Là où ils se sont trouvés complètement isolés, l'éducation permanente aurait pu organiser, structurer et faire remonter leur parole. Le travail de groupe en présentiel est tout à fait possible, pourvu que l'on dispose de locaux suffisants, que l'on soit bien informé.e et qu'on dispose du matériel nécessaire. On peut tenir compte des situations individuelles des travailleur.se.s, de leur situation de santé et familiale, de leurs désirs aussi.

Je me suis demandé s'il n'y avait pas une certaine ambivalence dans ce secteur... Voulait-il être reconnu comme essentiel ou non ? L'argument avancé était la protection du personnel, c'est évidemment un pré-requis indispensable, mais pour moi, la santé mentale en temps de crise, c'est justement de pouvoir trouver des solutions dans la complexité, d'être créatifs, de rester sur le terrain, de sentir que son travail a du sens, de maintenir la dimension collective dans une société. Tout comme la culture, priver une société de cela, c'est une régression majeure.

CRÉER DU LIEN ET DE LA SOLIDARITÉ ENTRE PATIENT.E.S

Propos recueillis par Thomas Englert
CIEP-MOC Bruxelles

LORS DE LA JOURNÉE INTER-MOUVEMENTS 2021 DU MOC BRUXELLES, NOUS AVONS ÉGALEMENT PU RENCONTRER LUCIO SCANU, DÉFENSEUR DES DROITS DES PATIENT.E.S ET FONDATEUR DU RÉSEAU SOCIAL STENT.CARE.



Lucio Scanu

Mouvements : peux-tu nous dire en quelques mots ce qu'est Stent.care et pourquoi avoir choisi ce nom ?

Lucio Scanu : Stent.care c'est un réseau social numérique destiné aux malades chroniques et aux personnes en situation de handicap, à leurs familles et aux associations de patient.e.s et de parents. Un réseau dans lequel, gratuitement, les membres peuvent échanger et entrer en contact les uns avec les autres. Nos membres circulent dans le réseau avec un pseudonyme pour les protéger, pour leur permettre de garder l'anonymat. Aussi, on ne demande pas à nos membres d'importer leurs ami.e.s dans le réseau pour qu'ils aient des contacts. Lorsqu'ils et elles arrivent, iels remplissent un petit questionnaire dans lequel on leur demande les maladies ou les situations de handicap qu'ils rencontrent. L'intelligence artificielle les « matche » avec des gens qui ont la ou les mêmes pathologie(s) dans un même environnement géographique. Parce que se faire soigner pour une même pathologie en France, en Belgique, ce n'est pas la même chose. Voilà globalement ce que nous faisons.

On a un système d'aide 24 heures sur 24 qui permet à une personne, même seule, de venir poser une question. En fonction du sujet, les

membres concerné.e.s vont recevoir une alerte et être informé.e.s. Donc la personne ne se retrouve jamais seule. L'idée c'est de permettre aux malades et aux personnes en situation de handicap de sortir de l'isolement que génère l'arrivée d'une pathologie ou d'un handicap.

Un stent c'est un petit tube, un petit ressort, dont l'intérieur est vide, qu'on utilise en chirurgie dans de multiples zones du corps, que ce soit en neurologie et en ophtalmo, en ORL, pneumo, en cardio, qu'on implante dans le corps pour faire circuler un fluide partout où le fluide peut circuler. Et bien nous, Stent.care **on veut être ce stent qui va fluidifier les contacts entre les personnes qui ont besoin de rencontrer d'autres qui vivent les mêmes situations.** Et le .care vient de l'anglais « to care », prendre soin. Donc on veut être cette petite gaine, ce petit tube qui aide à prendre soin, tout simplement.

Beaucoup d'associations et d'organisations interviennent dans ce domaine. D'où est venue l'idée de faire un réseau social?

LS : Je me suis aperçu que dans mes fédérations – j'en ai fondé trois - de patients, lorsque les patients venaient avec la pathologie que traitait l'association, il n'y avait aucun problème en termes d'information. Mais dès qu'on avait un.e membre qui avait autre chose en plus, on se retrouvait un peu nus sur une île déserte, sans savoir quoi dire. Parce que nous n'avions pas l'expertise de l'addition de la pathologie et l'arrivée, comme c'est souvent le cas dans la vie des malades chroniques et des personnes en situation de handicap, de nouvelles pathologies. Donc je me suis dit « créons un réseau gratuit, qui va permettre

aux gens qui ont une, deux, trois, quatre ou cinq pathologies de rencontrer des gens qui vivent les mêmes pathologies ».

Les associations aujourd'hui sont concentrées sur une seule thématique, elles ont une grosse difficulté à relayer l'information quand la situation des personnes, avec le temps, s'aggrave.

Or, on sait qu'en Belgique, sur les 29,5% de la population qui vit la maladie chronique, selon les chiffres de l'INAMI, 15% d'entre eux vivent au moins deux maladies chroniques. Une association ne peut pas tout savoir. Il faudrait donc un.e responsable pour chacune des pathologies, ce n'est pas possible. Notre souci, c'est vraiment de mettre en avant les associations, parce que c'est fondamental. Nous pensons que les associations, ce sont les acteurs numéro un, en termes de contacts avec les patient.e.s. D'abord ce sont elles qui détiennent une grande grande partie de l'information sur la pathologie qu'elles traitent, ensuite elles sont de vrais relais auprès des autorités politiques de ce que vivent les patient.e.s à domicile. On veut permettre aux associations d'être chez nous et permettre aux patient.e.s, indépendamment de ça, de pouvoir avoir des contacts avec des personnes qui vivent les mêmes situations. Nous ne sommes donc pas un concurrent des associations mais plutôt un outil de promotion des associations. On fait en sorte que les associations se croisent dans le réseau et puissent, à un moment donné, collaborer entre elles, ce qui est essentiel. Le premier rempart à tous les excès pour les patient.e.s, ce sont les associations de patient.e.s ou de parents.

ON A BESOIN QUE LES GENS DISENT LEUR VÉCU

On a donc plein d'associations membres de Stent.care, qui ont créé leur page d'association, mais aussi des fédérations, des fondations. Elles y ont des contacts avec des gens qu'elles ne pouvaient pas contacter ailleurs et dont certains adhèrent à leur association ensuite. On a voulu s'extraire de cette dynamique

hyper commerciale qu'est Facebook, parce qu'énormément de gens vivent la

maladie ou le handicap ont par défaut, parce qu'ils recherchaient des contacts, utilisé ces réseaux. Nous voulons un espace qui protège les données des utilisateurs. Nous sommes une bulle fermée sur Internet. On ne peut pas créer un compte avec Google ni avec Facebook. C'est vraiment anonyme, où les gens peuvent venir.

Chez Stent.care, toute l'équipe est composée de malades et personnes en situation de handicap. Nous sommes allé.e.s chercher le savoir dans les écoles polytechniques, en ayant un cahier des charges très clair. On a d'abord pensé à la sécurité de l'outil, à la cryptologie.

On a besoin que les gens disent leur vécu. Le système propose une série d'utilisatrices déjà présent.e.s dans le réseau, qui ont ces pathologies. Il y a des milliers de groupes qui ont été créés sur diverses thématiques, liées à la santé, au social, à l'affectif... Nous voulions un outil qui puisse travailler à 360 degrés, parce que être en situation de maladie ou handicap, ce n'est pas que du soin. C'est aussi des difficultés sociales, familiales, professionnelles, d'accessibilité, etc. Les membres mettent les sujets de discussion en ligne.

Et puis débattent entre eux et notre équipe, le community manager gère tout ça pour vérifier qu'il n'y a pas d'âneries publiés, surtout en matière de santé. Autre avantage : on a pas mal de médecins inscrit.e.s de façon anonyme, qui viennent sur la plate-forme et jouent les community managers sur les informations de santé. La plateforme permet de demander des trucs et astuces aux gens en fonction des sujets. On aborde énormément des thèmes ayant trait à l'affectif, aux relations, etc. Les patient.e.s le font spontanément parce que c'est anonyme, c'est donc plus facile de dire ce qu'on vit.

Est-ce imaginable d'adapter l'outil à d'autres thèmes ? Avec d'autres groupes sociaux isolés dans la société. Et puis on a de plus en plus de travailleur.se.s isolé.e.s dans des petites unités de travail, qui ne savent pas s'organiser collectivement, sans personne pour répondre à leurs questions. Ça pourrait inspirer le travail para-syndical ?

LS: Bien sûr. Dans divers thèmes que nous, militant.e.s de la cause du handicap, on aborde sur le côté. Je suis aussi engagé dans des thématiques liées aux migrant.e.s et réfugié.e.s. Lorsque nous étions en train de mûrir le projet, on a rencontré des représentant.e.s des travailleur.se.s UBER qui parlaient de leurs difficultés de se rencontrer et de trouver des endroits où iels peuvent parler ensemble sans se mettre en danger. C'est une question qui, aujourd'hui, est réelle. Je suis un grand militant de l'autogestion, je pense qu'il est grand temps que nous puissions nous affranchir de tous ces réseaux commerciaux qui ne nous donnent pas de garanties de protection. Notre vie privée n'a plus de protection.

Pour moi, dans l'action sociale et politique, il faut pouvoir préserver des individus parce que si on ne les préserve pas, on entre dans une psychose. Aujourd'hui, on est très nombreux sur Stent.care. On a beau venir de la petite ville de Mons et avoir initié le projet il y a à peu près un an, on est à plus de 22.000 utilisateur.trice.s, dont à peu près 35% viennent plusieurs fois par jour, papoter, expliquer au gens. Hier, une thématique a été lancée par un utilisateur : celle de la mise à la retraite de travailleur.se.s handicapé.e.s plus tôt que l'âge légal, avec les efforts nécessaires pour une personne handicapée pour les trajets, et face aux pressions managériales. En moins de 24 heures, on est à plus de 600 échanges, les gens donnent leur avis et disent leur vécu. C'est très important pour nous, parce que dans ces thématiques, lorsque les autorités politiques organisent des réunions de travail à l'INAMI ou de la ministre du Handicap ou des Affaires sociales, nous, le monde du handicap et de la maladie, on doit pouvoir écouter les vérités sur ces vécus. On peut le prouver parce qu'on a des données autres que les données institutionnelles. En santé, toutes les données récoltées sont des données hospitalières. Mais bon sang, nous, les malades, personne ne s'inquiète de savoir comment on vit à l'extérieur.

Est-ce que Stent.care mène une action politique à partir des données récoltées, et si oui, comment ?

LS: Pour l'instant, on ne le fait pas. Nous avons moins d'un an, il faut que la communauté grandisse. Mais nous avons des outils que nous sommes en train de développer, prochainement en ligne pour les associations elles-mêmes. On va leur donner le moyen d'obtenir

des informations et données gratuitement qui vont les aider dans leurs revendications, lorsqu'elles seront amenées à siéger dans des commissions santé, affaires sociales, au Conseil consultatif des personnes handicapées, etc. Quand j'ai fondé trois fédérations, je me suis rendu compte que notre difficulté, c'était d'avoir un regard large sur la situation des membres. Aujourd'hui, seules les grandes machines que sont les fondations ou la Ligue braille ont cette capacité-là parce que ce sont des vieilles institutions qui sont bien financées.

Et il y a ça et là

toute une flopée d'associations. Je pense à la l'ASBL Cancer 7000 ici à Mons, qui est une petite structure d'aide pour les malades. Elle a des difficultés à récolter l'info objective sur la situation des personnes concerné.e.s par leur pathologie pour pouvoir construire un discours plus cohérent et en phase avec la réalité des patient.e.s. Aujourd'hui, les associations, qu'il s'agisse de la maladie ou du handicap ou d'autres secteurs, sont déforcées parce qu'elles ont des difficultés à recueillir l'information et à l'analyser objectivement. Nous devons aider à ça. Il faut avoir une démarche scientifique et analytique basée sur de vraies données. Après, on construit les discours sur cette base.

Quels rapports entretenez-vous avec le mouvement ouvrier, en particulier les mutuelles?

LS: Concernant le mouvement ouvrier, les contacts sont très réguliers, nous avons un grand intérêt à rencontrer des militant.e.s. Pour nous, c'est super important. Maintenant, quand on parle des mutualités, on rentre dans une autre

sphère. Aujourd'hui, les mutualités organisent la solidarité entre les habitant.e.s de Belgique, dans le cadre de la prise en charge des frais santé. Dans le monde des patients, une mutuelle, c'est d'abord un médecin conseil. C'est dommage parce que la mutuelle, ce n'est pas que ça. Le médecin conseil, c'est une toute petite partie de la réalité, mais c'est celle qui impacte considérablement les gens qui sont concernés par la maladie ou le handicap. Nous avons peu de rapports avec les mutualités parce que les

NOUS NE SOMMES PAS DES DOSSIERS, NOUS NE SOMMES PAS DES NUMÉROS.

ités parce que les mutualités sont aussi des acteurs économiques :

aujourd'hui, que ce soit les Mutualités chrétiennes ou Solidaris (socialiste), qu'elles soient francophones ou flamandes, elles ont aussi des coopératives pharmaceutiques, des bandagisteries,... donc des acteurs commerciaux, qui vendent des produits. On est donc toujours très attentif aux modalités d'échanges que nous avons avec les mutuelles. Parce que le temps où les patient.e.s étaient des gens naïf.ve.s est passé. Aujourd'hui, nous avons une grille d'analyse complète de l'espace santé dans le pays. Qui est qui ? Qui fait quoi ? Quel est leur rôle ? Quels sont les objectifs ? Et pour les mutuelles : comprendre toutes les institutions dans lesquelles elles siègent, qui siège, etc. Ce sont devenus de vrais outils d'influence économique, politique et sociale. C'est un héritage de la conception des premières coopératives belges. Mais l'esprit qu'il y avait tout au début, aujourd'hui, chez certain.e.s - et pas tous, heureusement - acteurs mutualistes, on a un peu de mal à le retrouver. On retrouve un esprit de management pur et dur. **Nous ne sommes pas des dossiers, nous ne sommes pas des numéros.** Nous vivons



crédit collectif Krasnyi

dans le monde réel, de grandes difficultés. Le monde économique et social est un monde qui est géré beaucoup par des gens qui sont valides, qui ne connaissent pas la maladie et dont on a parfois le sentiment de ne pas être entendus dans ce qu'on vit. Et donc, on fait gaffe. J'ai un profond respect pour les mutualités, mais là où nous ne parvenons plus à collaborer, c'est lorsqu'elles deviennent des acteurs économiques. Et là, j'ai du mal à voir la différence entre une bandagisterie et une pharmacie mutualiste et un acteur privé puisque de toute façon, tous fonctionnent sous le même cadre légal fixé par l'INAMI. Et donc, il n'y a pas de grande différence. Mais pourtant, je pense que les mutualités, ce sont des acteurs historiques importants dans ce que l'on fait. Ça, j'en suis intimement convaincu. Il faut juste trouver des partenaires qui sont en capacité d'entendre ce qu'on dit et comment on le

dit. Je pense que, à terme, on sera amené.e.s à collaborer avec les mutualités. Mais il faut nous laisser le temps de grandir parce que la taille en Belgique dans ce type de question est importante.

Le MOC Bruxelles mène une campagne sur la précarité pour toucher un certain nombre de publics qui devraient être au centre de notre action et qui n'y sont pas toujours. Que ce soit les travailleur.se.s précaires, les livreurs ubérisés, mais aussi les intérimaires, les sans papiers et les gens dans les logements précaires, etc. Est-ce que tu as un message pour nous, du point de vue de Stent.care ?

LS: La communauté des malades et des personnes en situation de handicap aujourd'hui, c'est une communauté qui est en grande souffrance sociale. Vraiment. La COVID a mis

en exergue des difficultés que nous avons déjà auparavant, mais qui aujourd'hui, sont devenues plus dures encore. Nous n'avons cessé de rencontrer des personnes qui vivaient tout à fait normalement, à 80% les personnes malades ou handicapées aujourd'hui le deviennent à l'âge adulte. Les 20% restants vivent cette situation depuis qu'ils et elles sont né.e.s. Mais ces 80%, ils passent d'un monde à l'autre du jour au lendemain et il y a une paupérisation de la communauté qui s'accélère à une vitesse folle. Simplement parce que aujourd'hui, on pratique un peu partout la politique de l'entonnoir : on dit aux gens « venez voir ce à quoi vous avez droit ». Et puis, on met tellement de critères que très peu de gens finissent par être reconnus dans leur situation. Et ça donne pour résultat qu'une partie de la communauté elle vit le handicap mais n'est pas reconnue, donc elle est amenée à devoir prendre en charge les frais supplémentaires parfois fort importants. Qu'elle ne parvient pas à assumer. Et cette précarité, on la voit s'accroître depuis depuis bien 7-8

ans. Aujourd'hui on rencontre des situations humainement inacceptable. Et c'est pas pour dire que nos situations sont plus graves que celles des migrant.e.s, que celles des travailleurs UBER ou des jeunes sans emploi. Je pense que nous sommes nous tou.te.s dans une situation où nous avons besoin de collaborer les un.e.s les autres pour un moment donné ensemble - et arrêter d'y aller de façon isolée - mais ensemble aller réclamer une vraie politique sociale et une vraie politique de santé. Je terminerai par ceci: ça fait 25 ans que je hurle à qui veut bien l'entendre que la politique de santé est essentielle et la COVID m'a donné raison. On a désinvesti, comme on a désinvesti dans les services publics et dans les services d'aide et les résultats sont là. C'est la catastrophe. On a peur de voir arriver les gens aux urgences des centres hospitaliers, parce qu'on a diminué les lits, parce qu'on a diminué les moyens des hôpitaux. Nous tou.te.s, qui sommes concerné.e.s par la paupérisation et la précarité, nous devons nous unir parce qu'il y a urgence.



ABONNEMENT

Éditeur responsable Thomas Englert
rue Pléтинckx, 19 - 1000 Bruxelles
info@mocbxl.be

Mouvements

10 € / an sur le compte BE74 7995 5015 5407
mention «abonnement mouvements»

Impression et mise en page CF2m ASBL
avenue du Parc, 87-89
1060 Bruxelles

Maquette Nuit Noire Production



Avec le soutien de la fédération Wallonie-Bruxelles et de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale

culture.be



À nous Bruxelles !

MOC

BRUXELLES

