



Santé !

La santé publique au cœur des luttes sociales, écologiques et féministes



*par Cindy Pahaut **

Le secteur des soins de santé fait face à de multiples défis : accroissement des besoins en termes de soins, augmentation des maladies chroniques, exacerbation des situations de précarité, pénurie de main-d'œuvre mais aussi manque de budget alloué à de nouveaux effectifs.

Dans ce contexte, nous présentons dans cette étude trois points de vue sur la santé et le soin en tant qu'enjeux sociaux contemporains majeurs et expliquons en quoi, notamment parce qu'ils critiquent la marchandisation du vivant, ils rejoignent les luttes pour plus de justice sociale et environnementale.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
1. LA SANTE EN LUTTE (LSL)	5
A. La crise sanitaire du Covid 19 a été révélatrice d'un état de délabrement de nos services de santé	5
B. Les politiques financières libérales ne sont pas favorables au maintien de soins accessibles à tous, ni au bien-être des travailleur·euses de la santé.....	6
C. Comment le délabrement des soins de santé décrié par LSL se manifeste-t-il ?	7
a. Privatisation, autrement dit marchandisation des soins de santé : la santé est-elle marchandisable ?.....	7
b. Le délabrement du système est nourri par une logique de privatisation des pans rentabilisables du secteur de la santé publique.....	8
c. La sécurité sociale a été fondée, au contraire d'une logique marchande, sur les principes de la redistribution et de la planification.....	9
D. Les revendications émanant du terrain : témoignage d'une professionnelle de la santé, militante LSL.....	9
a. L'impact du modèle managérial qui vise la rentabilité financière est nuisible pour le mental des soignant·es et pour l'humanité des soins.....	10
b. Les métiers de base dans le domaine de la santé sont majoritairement féminins et peu valorisés.....	11
c. Réforme attendue : du système de financement à l'acte vers un forfait par pathologie.....	11
d. Engager de nouveaux effectifs, à quelles conditions ?.....	12
2. VERS UN ÉTAT SOCIAL-ÉCOLOGIQUE	13
A. Un projet qui met en lumière le lien nécessaire entre santé des écosystèmes & santé humaine.....	13
a. Prospérité et sobriété : deux concepts revisités à l'aune de l'état social-écologique.....	13
b. Une économie au service de besoins sociaux fondamentaux.....	14
B. Un nouvel indicateur pour mesurer la prospérité : la pleine santé.....	15
C. Pour une transition juste.....	16
D. Renverser le paradigme économiciste en privilégiant notre rapport au monde vivant.....	16
3. POUR UNE POLITIQUE DU CARE	17
A. La réhabilitation du souci des autres comme valeur morale élevée.....	17
B. L'éthique du <i>care</i> , un enjeu de justice dans les politiques sociales.....	18
C. Les rapports de domination au sein des relations de soin et les enjeux de la définition collective des besoins.....	19
D. Pandémie et vulnérabilités.....	20
E. Revalorisation des métiers du <i>care</i>	21

4. LECTURE TRANSVERSALE DE CES TROIS PROJETS POLITIQUES :

leur portée féministe, leur vision d’une justice sociale et environnementale appliquée au domaine de la santé	23
A. Les affinités fortes avec les approches féministes.....	23
a. Critique du capitalisme et écoféminisme.....	23
b. Le féminisme de la reproduction sociale.....	24
B. Santé publique, justice sociale et justice environnementale.....	25
a. Critique des inégalités socio-économiques et de leur impact sur la santé humaine.....	25
b. Justice environnementale : les inégalités face aux pollutions et la non-participation aux politiques environnementales.....	27
c. Lutter contre les inégalités en santé passe par la lutte pour plus de justice sociale et environnementale.....	28
CONCLUSION	31
NOTES ET REFERENCES.....	33

INTRODUCTION

Les métiers de soins en général et de la santé en particulier¹ sont fondamentaux pour la société. Malgré cette évidence, les professionnel·les du terrain réclament depuis des années déjà, outre l'emploi de nouveaux effectifs, une revalorisation tant symbolique que salariale de leur secteur, beaucoup d'infirmier·es notamment déplorant que leurs compétences et les actes qu'ils posent ne soient pas reconnus à leur juste valeur. Malgré l'appréciation générale largement positive de notre système hospitalier par la population, l'opinion des acteur·ices du milieu de la santé est ainsi plus nuancée. La situation financière des hôpitaux se trouve en ligne de mire et canalise depuis la pandémie de covid-19 nombre d'inquiétudes.

Nous n'allons pas ici brosser l'historique des grèves et revendications qui entourèrent le système des soins de santé en Belgique², mais nous désirons explorer quelques militances et réflexions contemporaines qui tentent de prendre en compte les doléances des métiers du *care*³, et nous chercherons à savoir en quoi ces militances ont des affinités fortes avec les féminismes, et sans doute plus particulièrement les écoféminismes :

1. La militance la plus en vue dans les médias est sans doute **LA SANTÉ EN LUTTE** (LSL) née en juin 2019 (6 mois avant l'irruption de la pandémie de covid-19 qui exacerbera⁴ les problèmes du secteur). La santé en lutte revendique principalement le refinancement des soins de santé dans leur globalité et exige l'arrêt de leur marchandisation. Afin de mieux connaître ce mouvement à travers une voix singulière, nous avons rencontré Adèle, kinésithérapeute et militante.
2. Nous avons investigué en parallèle un paradigme économique – **L'ÉTAT SOCIAL ÉCOLOGIQUE** – qui pourrait, selon nous, sortir les soins de santé de l'impasse dans laquelle les plonge la logique de « croissance à tout prix », qui mène à privilégier la rentabilité sur la qualité des soins prodigués. Ici, il n'est pas question de régler un problème de « sous-financement », mais bien de passer « *d'une logique de dépense à une logique de sobriété.* »⁵ Sobriété qu'il s'agira de définir, puisqu'elle ne signifie en rien une économie de dépenses de la part des décideur·ses en matière de soins de santé.
3. Nous expliquerons comment la visée de l'état social écologique rejoint celle d'une **APPROCHE POLITIQUE DES THÉORIES DU CARE**, toutes deux portant notamment le focus sur les plus vulnérables et sur une politique d'accès aux soins davantage inclusive.
4. Nous nous demanderons enfin **en quoi ces trois militances convergent vers une même volonté de luttes plurielles**, parmi lesquelles le combat des écoféministes qui ont souligné l'articulation entre exploitation de la nature et exploitation des femmes

par les hommes. Nous aurons alors énuméré et expliqué ces luttes qui tissent une **alternative à la financiarisation de la santé** qu'engendre non sans ravages le système de pensée capitaliste dans ce secteur éminemment humain. Et montré comment elles désirent au contraire instaurer **plus de justice sociale et environnementale**.

1. LA SANTÉ EN LUTTE (LSL)

A. La crise sanitaire du Covid 19 a été révélatrice d'un état de délabrement de nos services de santé

En créant une urgence concrète, la crise sanitaire de covid-19 que nous avons traversée dès le début 2020 a accéléré la prise de conscience du caractère essentiel des métiers d'aide à la personne. Malgré l'évidence de leur importance, ils souffrent néanmoins toujours d'un sous-financement de la part des autorités budgétaires qui avantagent plus dans l'allocation des budgets de l'État les métiers de la production que ceux de la reproduction, et donc que les métiers du *care*. Cela s'est traduit - et cela se traduit hélas encore - par des salaires jugés trop bas⁶ par les professionnel·les des soins de santé et par la sourde oreille que leur tendent nos gouvernements successifs face à une demande de revalorisation salariale des métiers de la santé et d'accès pour tous·tes à ces mêmes soins. À ces demandes, nos représentant·es rétorquent qu'iels doivent s'en tenir à l'implacable « **austérité budgétaire** ». Depuis la pandémie, nos dirigeant·es et l'Europe justifient cette continuelle **rationalisation des dépenses publiques** par la nécessité d'endiguer les méfaits de la crise de covid-19 et ses répercussions socio-économiques.

Ce discours vertueux masque le fait que les **choix budgétaires de nos dirigeant·es sont plus favorables aux grandes entreprises**, trahissant par-là une **politique libérale peu prompte à protéger les travailleur·ses du secteur et leurs patient·es**. En effet, si le secteur entrepreneurial a souffert de la crise de covid-19, ce fut surtout dans les secteurs de l'HORECA, de la culture et des petits commerces⁷. Les grandes entreprises sont en Belgique plus favorisées notamment par le mécanisme de « l'évasion fiscale » sur laquelle nos dirigeant·es se disent impuissant·es à agir. « *Cette politique est menée en Belgique par les partis de droite qui ont eu la mainmise depuis plus de quinze ans sur le ministère des Finances, et qui ont développé de savantes stratégies d'évasion fiscale. Tout a été mis en œuvre pour que les très riches ne payent pas d'impôts et que les sociétés qui font les plus gros bénéfices soient taxées sur ces bénéfices à un taux proche de zéro.* »⁸

Parmi ces grandes entreprises se sont détachées dans le milieu de la santé les **entreprises pharmaceutiques et de chimie** dont l'optimisme ne semble pas avoir faibli, malgré l'impact de la crise sanitaire⁹, cet optimisme se traduisant par l'annonce des sempiternelles « *perspectives de croissance et de rentabilité* »¹⁰. Obnubilé·es par ce paradigme de la croissance, de l'accroissement du pouvoir économique, nos dirigeant·es ne semblent néanmoins pas considérer que le renforcement des services publics et la redistribution puissent constituer des objectifs prioritaires non plus de la « croissance économique » à tout prix, mais plutôt d'une certaine forme de prospérité pour tous·tes (qu'Éloi Laurent entend définir dans son projet d'un état social-écologique, ce qui sera expliqué plus loin).

B. Les politiques financières libérales ne sont pas favorables au maintien de soins accessibles à tous, ni au bien-être des travailleur·euses de la santé

Qu'ont privilégié nos ministères successifs dans leurs dépenses de santé ?

Pour plus de lisibilité, nous allons nous borner ici à présenter les **chiffres des dépenses en proportion du PIB**¹¹ (proposé dans une étude sur la réforme du paysage hospitalier belge). « *Les États européens font face depuis plusieurs années à des dépenses de santé croissantes.* »¹² Augmentation notamment attribuée aux avancées technologiques médicales et au vieillissement de la population (ce dernier facteur représente un des défis majeurs pour les systèmes de santé). « *Dans les années 1980, ces dépenses représentaient une moyenne de 7,1% du PIB des États contre 7,7% dans les années 1990 et 8,4% en 2000. La croissance des dépenses de santé a connu un coup d'arrêt pendant la crise économique de 2008. Depuis ces dernières années, la proportion moyenne est demeurée relativement stable avec une dépense représentant 8,8% du PIB en 2018 pour les pays de l'OCDE. La Belgique se situe au-dessus de ce chiffre, avec une dépense de santé représentant 10,4% de son PIB en 2018. Elle suit ainsi la tendance des autres pays de l'OCDE mais se situe au-dessus de la moyenne européenne de 9,8%.* »¹³

Le fait que la Belgique dépassait la moyenne européenne du nombre d'infirmier·es et de lits disponibles par rapport à sa population mena nos représentant·es de tendance libérale à un jugement catastrophiste sur la situation financière des hôpitaux belges¹⁴, au point qu'ils proclamèrent **nécessaire de refinancer et/ou de rationaliser ce qu'ils désignèrent comme des « dépenses inutiles »**. Ainsi, la ministre de la santé **Maggie De Block** (en place de 2014 à 2020), qui, face à ce bilan, avait programmé une réduction des services, notamment du nombre de lits et mis en branle un certain nombre de réformes qui se soldèrent, selon les militant·es de LSL, par un échec et un dur héritage pour les ministres successifs.¹⁵

Cette rationalisation des dépenses soi-disant « inutiles » a-t-elle été correctement menée ? Qui a-t-elle réellement favorisé selon La santé en lutte?

À l'opposé de cette posture libérale, ce que retient surtout La santé en lutte au sujet de cette réduction de services et de lits, c'est qu' « *En 2017, la ministre de la Santé publique Maggie de Block a signé une coupe budgétaire de plus de 900 millions d'euros*¹⁶ [et que] *l'état de délabrement actuel des soins de santé a été concrètement préparé.* »¹⁷

LSL est sur ce point de nouveau claire : « *la logique structurelle managériale néolibérale est la règle générale, avec des administrateurs qui n'ont jamais touché un patient de leur vie.* »¹⁸ D'où ce « **délabrement** » que dénoncent ses militant·es. Nous noterons par ailleurs qu'en 2017, de Block avait tenté de mettre à mal les Maisons Médicales en leur imposant

un « moratoire sur l'agrément de nouvelles maisons médicales au forfait, le temps d'un audit du secteur »¹⁹, audit mené par des lobbyistes de la privatisation des soins de santé^{20&21} (parmi lesquelles aucun·e mandataire des MM n'était représenté·e²² !) que de nombreux·ses spécialistes des soins de santé jugèrent inefficent²³. Elle avait aussi parallèlement gonflé ses **faveurs budgétaires auprès du secteur pharmaceutique** « de 600% pour certains médicaments à l'efficacité non éprouvée »²⁴.

C. Comment le délabrement des soins de santé décrié par LSL se manifeste-t-il ?

a. Privatisation, autrement dit marchandisation des soins de santé : la santé est-elle marchandisable ?

« La marchandisation est l'extension des activités marchandes privées d'offre de biens et services que l'on peut acheter sur un « marché » à un secteur non marchand ou à un secteur public. La marchandisation des services publics auxquels on souhaite appliquer les règles des marchés est sous-tendue par le postulat initial que les marchés sont plus efficaces que la planification. »²⁵ Ou, autrement dit, que les politiques publiques, que l'interventionnisme d'État.

Cette marchandisation a évidemment ses promoteurs : « Les grands groupes pharmaceutiques (près de 1000 milliards d'euros de chiffre d'affaires mondial), l'industrie des services de santé (hôpitaux, cliniques, maisons de repos et laboratoire privés), mais aussi les fonds d'investissement et les banques, qui par leur lobby, ont fait évoluer dans leur intérêt les législations nationales et internationales depuis plusieurs décennies.(...) Au niveau global, l'internationalisation des enjeux économiques et son cadre réglementaire ultra libéralisé (conventions, droit international, accords commerciaux) entraînent la santé dans un marchandage mondial dominé par des acteurs commerciaux puissants (entreprises transnationales, banques, fonds d'investissement) et leurs appuis politiques au plus haut niveau. »²⁶

Le drame avec ce **système fortement traversé d'intérêts commerciaux**, c'est :

- qu'il agit et s'accompagne d'un puissant discours selon lequel **l'hôpital public ne serait plus en mesure de couvrir les besoins en soins de santé de qualité pour toutes**.
- Que ce système libéral (et/ou marchand) **segmente de plus en plus le système hospitalier** en pôles potentiellement rentables (qu'il privatise comme le secteur des maisons de repos et de soins²⁷ ou celui des nouvelles technologies médicales²⁸) et ceux qui ne le sont pas (laissés aux budgets publics).
- Cette segmentation rend ainsi **très complexes la gestion et la planification du système de soins** entre services relevant de secteurs différents. Ce qui entraîne **l'accroissement de la bureaucratisation** et donc de **nouveaux coûts**²⁹.

- Que par ailleurs, la « **tarification à l'acte** » entraîne une modification des protocoles et des suivis **plus en faveur d'un gonflement de la tarification que de la qualité des soins donnés**. Ce gonflement représente des **dépenses superflues pour la sécurité sociale**. C'est pourquoi à ce type de tarification, LSL, notamment, préfère un « financement au forfait ». (Nous y reviendrons p.13...)
- Ce logiciel libéral place tout le système des soins de santé dans une « *dynamique commerciale [qui] modifie l'allocation des ressources en faveur d'une demande solvable et au détriment des réels besoins sociaux en matière de santé (l'exemple de l'incapacité de l'industrie pharmaceutique d'apporter des solutions au paludisme qui touche principalement des populations pauvres et non solvables). Cette dynamique favorise les déserts médicaux (fermetures de services, rationalisations territoriales).* »³⁰
- Enfin, et c'est bien là que le serpent se mord la queue, le risque est grand que les nouveaux effectifs de travail espérés par les professionnel·les se tournent plutôt vers le secteur privé, alors même que les hôpitaux publics sont en pénurie de personnel, et malgré le fait que le « *manque d'attractivité de l'hôpital public* »³¹ soit provoqué par ces mêmes « *méthodes en vigueur dans le privé (le « New Public Management »)* », qui créent « *le malaise du personnel soignant, (...) le poids des horaires atypiques et notamment l'absence de prévisibilité, accrue par la pénurie d'effectifs* ».

b. Le délabrement du système est nourri par une logique de privatisation des pans rentabilisables du secteur de la santé publique

Notons qu'il ne s'agit pas ici de se positionner sur les choix stratégiques des ministres de la santé, mais juste de mettre en lumière ce que les premier·es au front dans le secteur -à savoir les professionnel·les des métiers du soin- en ont pensé, et quels sont leurs propres besoins et revendications. De comprendre ainsi pourquoi une des militant·es de LSL parle par rapport à la gestion des hôpitaux lors de la pandémie d'une « **gestion de manquements** »³², manquements dont les prémices étaient donc bien antérieures à la crise sanitaire !

La tendance de nos gouvernements à favoriser financièrement le secteur privé et les grandes entreprises fut notamment dénoncée par La santé en lutte en décembre 2020, lorsque ses militant·es déroulèrent une banderole « Le capital tue la santé. Combattons l'austérité » sur le Palais de Justice. C'est **contre la marchandisation des soins de santé** que le mouvement s'est créé à Bruxelles en juin 2019 « *au départ d'un mouvement de grève débuté à l'hôpital Brugmann et qui s'est étendu dans le reste des hôpitaux publics de la ville* »³³, puis ceux des autres grandes villes wallonnes.³⁴

c. La sécurité sociale a été fondée, au contraire d'une logique marchande, sur les principes de la redistribution et de la planification

Le **modèle de gestion libérale** des soins de santé va évidemment à l'encontre de **L'ÉTHIQUE DE LA JUSTICE DISTRIBUTIVE OU SOCIALE**, selon laquelle les soins de santé sont un droit humain fondamental, et non un bien de consommation.

Car, lorsqu'on évoque la **santé publique en Belgique**, on ne peut faire l'impasse sur ce qui la lie à l'histoire de la **Sécurité Sociale** et du **système mutualiste** (qui gère notamment l'assurance maladie-invalidité). Cette grande architecture socio-économique³⁵ est un des édifices dont les partis ouvriers peuvent être les plus fiers, car il **a permis à l'ensemble des Belges d'avoir accès aux soins** dont ils avaient besoin. Cet **édifice garant de justice sociale** (ou distributive) est néanmoins **perpétuellement mis en danger par les options néolibérales** que prend notre société. Ainsi, pour LSL, il existe non seulement « *une destruction méthodique des soins de santé sur le plan économique et financier, mais il y en a une autre, concomitante et plus « subtile », qui s'attaque au droit d'accès aux soins.* »³⁶

Comment ? Pour alléger le coût du travail et rendre nos entreprises plus compétitives, les gouvernements d'obédience libérale ont accordé des **réductions sur les cotisations patronales, privant la sécurité sociale de ces ressources**. Ainsi, globalement, les prélèvements ONSS sur les salaires sont passés « *de 40 % dans les années 1970 à 25 % aujourd'hui. C'est toute la série de cadeaux de cotisations sociales octroyés au patronat, au prétexte de maintien de l'emploi — ce qui n'a d'ailleurs jamais fait l'objet de la moindre vérification.* »³⁷ Aux yeux de La santé en lutte, « *c'est une **attaque structurelle massive*** »³⁸ **de la sécurité sociale**, car la diminution des ressources de la sécurité sociale implique une réduction de ses dépenses. Or, selon les principes de justice sociale de LSL que nous partageons, **la Santé publique devrait être préservée de cette logique marchande et être accessible à tous-tes de manière intangible, sans bénéfices escomptés !**

D. Les revendications émanant du terrain : témoignage d'une professionnelle de la santé, militante LSL

Afin de mieux comprendre ces enjeux brûlants aux yeux de La santé en lutte à travers une voix singulière, nous avons rencontré Adèle³⁹, kiné et militante à LSL depuis septembre 2020.

- **Adèle, kinésithérapeute dans une maison médicale à Liège et militante au sein de La santé en lutte (LSL)**

Depuis le début de sa carrière, Adèle a toujours désiré travailler exclusivement en maison médicale. Elle a rejoint La santé en lutte en septembre « avec la manif », autrement dit la manifestation à Bruxelles du 13 septembre 2020⁴⁰, qui rassembla plusieurs corps des métiers du soin, des patient-es, mais également des collectifs solidaires de la cause. Ainsi, à la différence des luttes plus corporatistes, Adèle pointe dans La santé en lutte la nécessité

de **lutter**, entre autres revendications, à la fois pour les **conditions de travail de tous les secteurs de la santé** ET pour **l'accès à la santé pour toutes**:

« *On avance ensemble sur ça et ce n'est pas porté que par des soignant-es. S'y retrouvent sages-femmes, brancardier-es, aides soignant-es, médecins, personnel d'entretien, mais également des patient-es et militant-es sensibles aux revendications du mouvement.* »

a. *L'impact du modèle managérial qui vise la rentabilité financière est nuisible pour le mental des soignant-es et pour l'humanité des soins*

La santé en lutte s'est beaucoup fait entendre au cœur de la crise de covid-19. Son slogan principal est « **Plus d'effectifs · Plus de salaire · Plus d'humanité** ». Ce que revendique avant tout Adèle avec cœur est « *de pouvoir **travailler avec plus d'humanité**. De juste pouvoir travailler correctement. Ce qui demande plus d'effectifs, plus de temps et d'argent - malheureusement. Ça, c'est vraiment résumer ce qui nous porte ! Donc, ça va être d'améliorer l'accès à la santé pour tout le monde. Améliorer les conditions de travail des gens qui travaillent dans les soins de santé. Et pour ça, il faut **sortir les soins du système capitaliste où à l'horizon, la visée principale va être l'argent**. Parce que tant qu'on restera dans cette logique du « combien ça va nous coûter », celle-ci restera toujours en balance avec le désir d'avoir de meilleurs soins. Et à la fin, ça deviendra inhumain de toujours juger sur ça ! C'est plus facile d'être derrière un bureau et se dire « oui, non, oui, non » que nous [infirmier-es et personnel soignant] qui ne sommes pas devant un ordinateur mais devant des patients (...) Du coup, nous aussi on est piégé-es par ces problèmes d'argent, et on sort du boulot en se disant « Est-ce que j'ai pu aider quelqu'un ? Est-ce que je peux faire plus vite, est-ce que je peux faire mieux ? », mais en fait, tu ne sais pas trouver de meilleurs mots plus vite ! »*

Ainsi, **la bureaucratisation et le sous-financement impactent-ils non seulement la qualité des soins mais également le mental du personnel soignant.**

Adèle pense que nos représentant-es ont bien entendu les revendications de La santé en lutte et que si iels ne font rien, « *c'est vraiment délibéré, et que les primes reçues⁴¹ ne vont rien changer, d'autant que certain-es n'en reçoivent même pas* ». Elle a parfois l'impression de perdre du temps à « *négoier pour si peu* », même si elle admet que certain-es sont soulagé-es de les percevoir.

Adèle nous explique qu'en tant que *street medic*⁴², elle fut un témoin de première ligne des **violences policières perpétrées sur les manifestant-es le 13 septembre 2020** à Bruxelles⁴³, lorsque ceux-ci portèrent leurs revendications avec d'autant plus de ferveur que nous étions en pleine pandémie depuis six mois. Ces violences mirent en lumière un brutal contraste avec les applaudissements aux balcons du premier confinement :

« *Le statut d'héroïnes est très traître, et je ne pense pas qu'à La santé en lutte on avait très envie d'être à cette place-là. Parce que, quand tu es considéré comme un héros, tu n'as pas le droit à l'échec, tu n'as pas le droit de faillir et tu ne peux rien demander ! (...) On savait déjà, rien qu'en voyant les gyrophares des policiers en dessous des hôpitaux, que si on sortait dans la rue et de notre rôle d'héroïnes qui ne demandent rien et qui se sacrifient, leur position changerait aussi.* »

b. Les métiers de base dans le domaine de la santé sont majoritairement féminins et peu valorisés

Aucun métier ne devrait se contenter d'applaudissements comme réconfort. Et face à un travail devenu en temps de pandémie encore plus éreintant, voire dangereux, le Gouvernement aurait dû répondre par un effort de **revalorisation salariale acceptable pour le secteur, une augmentation des effectifs, une réforme en profondeur du système de santé**. Il s'agit, pour reprendre les mots d'une sage-femme militant à La santé en lutte, de « *penser autrement, pas avec des enveloppes fermées mais avec un budget global plus équilibré et **en fonction des besoins** [c'est-à-dire de l'état de santé], pas en fonction des actes que nous posons.* »⁴⁴

Quittons un moment Adèle pour nous centrer sur les autres revendications globales de La santé en lutte...

D'un point de vue féministe (abordé par les militant-es de LSL lors de soirées thématiques), si les métiers du *care* ne sont pas assez valorisés financièrement, c'est parce que, comme nous l'avons dit plus haut, ce même modèle de médecine libéral les a trop longtemps associés à des « vocations naturelles pour les femmes » requérant des qualifications auxquelles peu de valeur a été attribuée. Ainsi ces métiers ont-ils été essentialisés, assimilés à des prédispositions, des qualités émotionnelles « supposées féminines » (le sacrifice, le dévouement gratuit ou désintéressé, la sollicitude...⁴⁵). Essentialisation⁴⁶ que n'ont cessé de critiquer les théoriciennes du *care* (à la suite de la psychologue et philosophe Carol Gilligan⁴⁷, dont nous reparlerons p.23).

En effet, les métiers du soin de première ligne, souvent ingrats et mal payés, sont toujours très majoritairement endossés par des femmes⁴⁸. Mais alors que la population reconnaissait cette soi-disant « vocation naturelle » comme de l'« héroïsme » et applaudissait le personnel soignant sur son balcon en début de crise, quel message le gouvernement bruxellois lui a-t-il tendu en faisant obstacle *manu militari* à toute manifestation de ces travailleuses et travailleurs du *care* lorsqu'ils osèrent enfin demander plus de moyens ?⁴⁹ Symboliquement, cette répression policière donne à penser qu'il est inutile de la part des travailleur-ses et de la société civile de lutter contre ce système de santé libéral (et contre le néolibéralisme en général), qu'il est indéboulonnable et que le gouvernement pourrait faire barrage, même par la force, à toute alternative. Ce qui est totalement anti-démocratique !

c. Réforme attendue : du système de financement à l'acte vers un forfait par pathologie

Depuis les années 90, le système de financement des hôpitaux -auparavant financé par lit et par jour- est **calculé « à l'acte »**, ce qui incite certains hôpitaux à en poser « plus que de besoin », avec **pour effets** une **surcharge des services d'hôpitaux** et des **consultations**

souvent inutiles. On peut soutenir que ce changement aura supprimé les effets négatifs du système de financement par lit (entraînant parfois des séjours inutilement longs), aidé aussi par l'amélioration des techniques médicales et des soins permettant de raccourcir ces séjours. Mais le système de financement à l'acte a aussi ses effets pervers : surconsommation d'actes médicaux et de médicaments. À ce sujet, Jean-Pascal Labille, secrétaire général de Solidaris, explique qu'on est entré à ce moment-là dans « *un système basé sur un modèle de médecine libérale, productiviste, financé à l'acte. Quand il n'y a plus d'acte, il n'y a plus de financement.* »⁵⁰ Ce que soutient son homologue des Mutualités Chrétiennes, Jean Hermesse, qui explique que le Budget des Moyens Financiers alloués au système hospitalier est « *fixé chaque année et il est ensuite réparti entre les hôpitaux en fonction de leurs activités. Plus l'établissement aura d'admissions, plus importants seront les moyens.* »⁵¹ Aussi, « *Ce système incite à la production et à la croissance (...), et cela pour éviter de recevoir une part moins importante du BMF. Vous avez donc un stress permanent dans nos hôpitaux qui, avec les indicateurs [nombre d'admissions en hausse ou en baisse] et les conseils d'administration qui les examinent tous les mois, entraîne une pression à la productivité.* »⁵² Nous ajoutons que ce système payé « à l'acte technique » crée de grandes **disparités entre les spécialités** (celles qui demandent du temps de parole mais peu d'actes techniques comme la psychiatrie ou la pédiatrie sont infériorisées par rapport à d'autres qui posent plus d'actes techniques en moins de temps, comme l'ophtalmologie...).

C'est pourquoi les milieux hospitaliers attendent une autre **réforme qui réinstaurerait un financement forfaitaire basé sur les pathologies prises en charge.**⁵³ Selon La santé en lutte, qui inscrit ce refinancement dans ses revendications, elle permettrait de « *sortir de la logique d'actes à la chaîne et [de] revenir à une prise en charge humaine des patient-es dans leur globalité.* »⁵⁴

d. Engager de nouveaux effectifs, à quelles conditions ?

Si l'objectif est d'engager plus de personnel, cela va évidemment de pair avec une revalorisation salariale et une certaine sécurité d'emploi, gages d'attractivité. Or, encore en 2021, les infirmier-es spécialisé-es partent en grève, inquièt-es « *du nouveau modèle salarial* »⁵⁵, et les « *jeunes médecins assistants, candidats spécialistes, [réclament] globalement une revalorisation de leurs prestations et une diminution de la pression sur leur travail.* »⁵⁶ À ces appels s'ajoutent l'épuisement professionnel (fatigue, stress, burn out⁵⁷) dû à des conditions de travail de plus en plus pénibles, l'allongement des études sans aucun relèvement salarial, l'exigence du métier, les cadences infernales, « l'hyperflexibilité » (ou « flow »⁵⁸) imposées par le management libéral...

Tout cela s'inscrivant dans un contexte où non seulement la pénibilité des métiers de soins est peu reconnue, mais les doléances et propositions d'« en bas » également peu entendues, puisque dans ce nouveau « management » des hôpitaux, ce sont des « *des chefs opérationnels peu acclimatés aux réalités de terrain et soumis aux exigences de leur direction [qui] élaborent des protocoles qui guident le travail des soignants* »⁵⁹, et que ces derniers « *ne sont pas associés à l'élaboration [des] protocoles, [mais] en revanche tenus de rendre compte de tout ce qui entrave leur réalisation.* »⁶⁰

Ainsi s’instaure de façon lente et pernicieuse une forme de découragement, de perte de sens et de solidarité entre les travailleur·ses qui peut profiter à des dirigeant·es toxiques. Telle que cette directrice d’une maison de repos de la Porte de Hal, qui fut bien heureusement mise hors d’état de nuire grâce à la pugnacité des travailleur·ses soutenu·es par les militant·es de La santé en lutte⁶¹.

2. VERS UN ÉTAT SOCIAL-ÉCOLOGIQUE

A. Un projet qui met en lumière le lien nécessaire entre santé des écosystèmes & santé humaine

Nous allons maintenant explorer un projet de société qui va à contrecourant de la dérive capitaliste de la gestion gouvernementale des soins de santé : l’état social-écologique.

a. *Prospérité et sobriété : deux concepts revisités à l’aune de l’état social-écologique*

Deux termes – « prospérité » et « sobriété »- voient leur définition commune revisitée pour s’adapter à un changement de paradigme dans la vision de l’état social-écologique.

- *Être prospère, c’est être en bonne santé dans une biosphère préservée*

Des théoricien·nes, parmi lesquel·les l’économiste français Éloi Laurent, esquissent le projet d’avancer vers une **société qui lierait la prospérité⁶² non seulement à la santé, mais également à des environnements sains**, soulignant par-là qu’« *être prospère aujourd’hui, c’est se donner les moyens de garantir la poursuite de l’aventure humaine dans vingt ou trente ans. Être prospère, c’est donc d’abord être en bonne santé.* »⁶³ Ainsi, les véritables défis sociaux et écologiques contemporains seraient d’enfin réformer notre système de soins de santé, aujourd’hui hélas beaucoup trop acculé à des contraintes économiques austères, pour avancer vers **un état social-écologique** « *dont le but n’est pas (...) la croissance du PIB⁶⁴, mais la préservation du bien-être humain, qui dépend fondamentalement de la protection de la biosphère.* »⁶⁵

Comme nous le citons largement dans cette étude, présentons **Éloi Laurent**. Ce jeune économiste français fut attaché parlementaire en France et passa deux années au cabinet du Premier ministre Lionel Jospin, avant d’enseigner à l’IEP-Sciences Po de Paris. Il intègre ensuite l’OFCE⁶⁶ comme chercheur et enseigne à l’université de Stanford. Spécialisé en macroéconomie européenne et en développement soutenable, il se définit comme un « économiste critique et radical »⁶⁷. Il s’étiquette lui-même « critique », car il réfute

notamment que l'économie soit une science; et « radical », parce qu'il s'intéresse surtout « aux racines de », à « ce que devrait viser » selon lui l'économie : à savoir le **bien-être**, une certaine forme de **prospérité, l'harmonie entre la réalité sociale et la biosphère** et non la croissance auxquels se vouent les apôtres de l'économie dominante.

- *La sobriété : des ressources limitées, des besoins raisonnés*

Pour Éloi Laurent, « l'idée que la croissance est nécessaire pour « financer » les politiques sociales est une manière archaïque de concevoir ces politiques au siècle des défis environnementaux : il importe aujourd'hui, en matière sociale comme en matière énergétique, de **passer d'une logique de dépense à une logique de sobriété.** »⁶⁸

Cette **notion de SOBRIÉTÉ** est primordiale en ces temps de crises climatique et énergétique. Laurent la situe dans un contexte socio-économique global où les **ressources sont limitées**, et doivent donc être selon lui mises au service de « **besoins raisonnés** » : « les limites sont franchies et maintenant on parle de point de bascule. C'est donc impératif de réduire la quantité énorme de ressources naturelles qu'on utilise. » Et d'évaluer leur usage selon « des besoins raisonnés par deux choses: le fait que ce sont des **besoins humains** - on ne peut pas avoir la croissance économique comme objectif essentiel pour satisfaire ces besoins humains, il faut partir des besoins eux-mêmes: **la santé, l'éducation, etc. Il faut redéfinir complètement l'objectif social!** Et [que ce sont par ailleurs des besoins] **raisonnés par la justice**: c'est-à-dire raisonnés par un débat rationnel, raisonnable pour définir des critères de justice pour allouer ces ressources. **C'est ça la sobriété: des ressources limitées, des besoins raisonnés.** »⁶⁹

b. Une économie au service de besoins sociaux fondamentaux

Laurent parle donc bien là d'un **bien-être essentiel**: « Est-ce qu'on peut satisfaire un niveau de vie décent au niveau universel en réduisant considérablement la consommation d'énergie? La réponse c'est oui, c'est possible en France, c'est possible dans le monde. (...) Pouvoir vivre sur une biosphère préservée, c'est le bien-être essentiel. En fait, la sobriété, c'est ça. »⁷⁰

Dans la mesure où cette économie ne serait plus au service d'une économie de marché mais bien de **besoins sociaux fondamentaux**⁷¹, on peut rapprocher la pensée de Laurent de celle de Karl Polanyi⁷², économiste marxiste. Celui-ci voyait l'économie de marché (et son *homo economicus*) comme « désencastrée » de toutes les lois sociales, morales, éthiques ou même juridiques des sociétés humaines traditionnelles, et donc contraire à « **l'économie substantielle** », c'est-à-dire celle à même d'assurer la subsistance humaine pour chacun·e d'entre nous.

La santé, qui fait bien entendu partie de cette économie substantielle, doit donc selon ces deux économistes **sortir des logiques de marché**, notamment de la course effrénée à la croissance. La sobriété n'implique nullement pour Laurent des restrictions budgétaires en

matière de santé, mais plutôt une nouvelle façon de penser le système des soins de santé : notamment en privilégiant des environnements sociaux et matériels plus sains, et une médecine préventive⁷³ !

B. Un nouvel indicateur pour mesurer la prospérité : la pleine santé

Laurent propose également un nouvel indicateur afin de **guider les politiques publiques** (et nos comportements) **vers une logique plus sensible aux causes sociales** que la croissance économique : **la PLEINE SANTÉ**.

S'inspirant du modèle de « plein emploi » de l'État-Providence (fondé sur « *la solidarité entre les différentes classes sociales et la recherche de la justice sociale* »⁷⁴ via « *un plein emploi*⁷⁵ *total et durable* »⁷⁶), Éloi Laurent parle de « **pleine santé** » qui doit s'entendre « *comme la santé d'une humanité pleinement consciente de l'importance vitale de son environnement* ». ⁷⁷ Laurent « encastre » (pour reprendre l'expression de Polanyi) ainsi les systèmes économiques régissant les soins de santé dans la biosphère dont ils font inextricablement partie, puisqu'ils disparaîtraient également si elle devait s'effondrer !

Son baromètre, l'ESPÉRANCE DE VIE, est plus sensible aux inégalités (éducation, revenus, genre, catégorie socio-professionnelle, territoire, etc.) et **pourrait mieux guider nos politiques publiques que le PIB**, lui qui ne prend aucunement en compte le travail dit « invisible » en termes de bien-être ou de progrès de la société, ni les externalités négatives⁷⁸, telles que la pollution des entreprises, les licenciements et désastres sociaux massifs dus aux délocalisations, et le travail souterrain (travail au noir, évasion fiscale, commerces mafieux...qui représentent en France et en Italie pas moins de 12% de leur PIB respectif⁷⁹). Par ailleurs, le PIB est totalement dépendant de la contingence des crises qui se sont succédées depuis la fin de 2019 (crise climatique, émergence de zoonoses associée aux changements environnementaux⁸⁰, pandémie de covid-19, guerre en Ukraine, crise énergétique...). Face à tout cela, pour construire des politiques cohérentes, nos gouvernant-es ont plus intérêt à se fier à des indicateurs « longs », c'est-à-dire plus stables tels que celui de **l'espérance de vie pour tous·tes !**

L'espérance de vie est en outre un indicateur politique et démocratique, « *qui joue un rôle capital dans l'équilibre et l'équité du système de protection sociale, notamment le système de retraite.* »⁸¹ Car on peut, certes, lier l'augmentation de l'espérance de vie à des innovations médicales et techniques, mais également y lire en filigrane « *la démocratisation de la qualité de vie, à travers l'expansion du droit du travail et des protections sociales, les progrès de l'enseignement public et de l'accès aux soins, l'accès du plus grand nombre à une meilleure hygiène et une meilleure alimentation* »⁸². Face aux inégalités économiques et sociales, il ne faut pas oublier que les conditions-mêmes de cette « pleine santé » constituent des **droits fondamentaux pour toutes et tous** : la garantie pour chacun·e de pouvoir faire face aux besoins de toutes sortes, « *le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne* » (article 3 de la *Déclaration des Droits de l'Homme*⁸³).

C. Pour une transition juste

Si on se réfère à l'indicateur « Espérance de vie en bonne santé », l'avantage des femmes - qui ont une espérance de vie plus longue - sur les hommes redescend rapidement les échelons.⁸⁴ Lutter contre cette inégalité (et il y en a évidemment bien d'autres, liées à l'âge, la sexualité, la race⁸⁵ ou la classe sociale...) est une des grandes visées de la pleine santé. À l'aube de la COP26 de 2021, Laurent affirmait d'ailleurs que les deux sujets majeurs à mettre au cœur du dialogue mondial pour sauver notre climat étaient (et sont toujours puisque vient de s'ouvrir la COP27⁸⁶) « **la justice et le bien-être, et plus précisément la santé.** »^{87&88}

Miser concrètement sur ce nouveau modèle d'un état social écologique requiert de **prendre la crise environnementale à bras le corps**, de **transformer les remèdes** à cette crise en « **facteurs d'attractivité** » grâce à des incitants financiers, et ce afin de contribuer « *au développement d'industries et de techniques de moins en moins polluantes : logements zéro carbone, matériaux et nanomatériaux à très faible empreinte carbone, électrolyse industrielle, etc.* »⁸⁹. Tout cela supposant évidemment un durcissement des normes⁹⁰ pour l'industrie^{91&92} ... et du courage politique de la part de nos gouvernements !

Cela inclut, sans s'y limiter, l'exigence d'environnements agréables et écologiquement sains pour tout le monde. Et donc un grand changement structurel et collectif de nos sociétés, éloigné de notre posture moralisatrice actuelle, où chacun·e est censé·e être responsable de sa propre santé et proscrire ses propres comportements « à risque » (tabagisme, alcoolisme, addictions, malbouffe, etc.). C'est une **approche holistique** -ou globale- qui envisage l'individu comme un tout relié non seulement aux autres humain·es, mais aussi à ses espaces et modes de vie, dans son corps et son mental. Où « *les environnements naturels [sont] exempts de certains facteurs de stress pour les humains, tels que la pollution atmosphérique ou sonore, qui sont associés à des maladies respiratoires et cardiovasculaires.* »⁹³ Et également une réflexion « *sur l'importance de développer la **médecine préventive** (par rapport à la médecine curative) et sur le nécessaire passage d'un système de soin fondé sur l'acte (...) à un **système centré sur l'état de santé.*** »⁹⁴ (revendication également portée par La santé en lutte, mais nous y reviendrons dans les « Enjeux transversaux », pp.29-40)

D. Renverser le paradigme économiciste en privilégiant notre rapport au monde vivant

Dans l'approche de Laurent, nous voyons donc une mise en lumière des **interdépendances entre humain·es et biosphère**, déjà soulignées par les **écoféminismes et l'écologie sociale**⁹⁵. Connexions que nous percevons également dans La santé en lutte, lorsque le mouvement décide d'adhérer au texte fondateur de *Faire Front*⁹⁶, regroupement de collectifs et de citoyen·nes désireux·ses de lutter notamment contre « *l'agriculture intensive et la destruction des milieux de vie (par la déforestation, entre autres) [qui] produisent de plus en plus d'épidémies. La (sur)production basée sur les flux tendus et le grand déménagement du*

monde [étant] un système d’approvisionnement destructeur de la vie, très fragile et intenable au niveau planétaire. »⁹⁷ Ce passage du Manifeste de *Faire front* vise des **êtres (humains ou non) vulnérables** encore plus négligés dans le système capitaliste qui s’appuie sur les inégalités entre les individus et dans lequel les richesses de nos écosystèmes sont beaucoup trop considérées comme des ressources inépuisables. Or, nous savons qu’il n’en est rien !

3. POUR UNE POLITIQUE DU CARE

A. La réhabilitation du souci des autres comme valeur morale élevée

Nous vivons dans une société fortement hiérarchisée, ordonnée autour de critères identitaires tels que la « classe », le « genre » et même encore la « race » sur lesquels sont basés des jugements de valeur (êtres inférieurs, nuisibles, inutiles...). Ces jugements de valeur, loin d’être anodins, mènent hélas, du plus discret (on parle alors de sexisme, de racisme « ordinaire » ...) au plus criminel (harcèlement moral, stigmatisation, assassinats, torture ...), à des discriminations qui vulnérabilisent et portent préjudices aux personnes visées. Ces discriminations sont accentuées par le climat concurrentiel, la précarité et l’individualisme qu’engendre notre société néolibérale. À ces phénomènes de discriminations et d’exclusion, les féministes, entre autres, opposent les **liens d’interdépendances entre les individus mais également avec leurs environnements**. Ces liens, parfois d’entraide, de soins, de sollicitude ont largement été pensés par les féministes sous le terme générique du *care*, qui renvoie à une attitude ordinaire de « souci des autres », de « prendre soin », d’attention corporelle aux autres, qu’on a attribuée très largement aux femmes, comme nous l’avons déjà vu.

La philosophe et psychologue **Carol Gilligan**, dans *Une Voix Différente*⁹⁸, répond à une théorie psychologisante du développement moral qui place au plus haut degré « *des principes de justice abstraits et impartiaux* »⁹⁹ originellement attribués aux hommes dans le système patriarcal. Gilligan réfute dès lors cette théorie, parce qu’elle implique que les filles -à qui on attribue plus volontiers des attitudes de soin et de sollicitude envers les autres (que Gilligan désigne sous le terme d’« éthique du *care* »)- atteindraient un développement moral moindre que celui des garçons. Elle propose un changement de vision par « *la réhabilitation de la sollicitude, du souci des autres et de l’attention au sein de la réflexion morale* »¹⁰⁰. Il n’est plus dès lors question de hiérarchiser ces visions éthiques, mais plutôt de les mettre sur un pied d’égalité.

De façon générale, notons que **le *care* peut être considéré sous l’angle** du travail (par exemple, dans la réflexion sur les liens entre travail rémunéré et travail gratuit), de l’action publique (par exemple, pour dénoncer le désinvestissement de l’état et la marchandisation des soins de santé) mais aussi **de l’éthique et du politique**¹⁰¹. C’est ce dernier volet auquel on va s’intéresser en particulier ici, tout d’abord via la philosophe **Joan Tronto**¹⁰².

B. L'éthique du *care*, un enjeu de justice dans les politiques sociales

Dans la lignée d'autres penseuses principalement anglo-saxonnes, dont notamment Gilligan qui leur a ouvert la voie, Tronto a cherché à politiser la question du *care*, en la détachant des attitudes supposées « féminines » mises en lumière par Gilligan (ce en quoi, parmi d'autres points, elle se détache d'elle). Elle affirme en effet qu'associer le *care* à des instincts ou à une culture ancestrale liés à une supposée féminité équivaut à se couper de la possibilité de faire du *care* un choix moral et un enjeu politique. Ainsi, pour Joan Tronto il faut cesser d'associer le *care* à la « moralité des femmes » et plutôt présenter une **DÉFENSE POLITIQUE DE L'ÉTHIQUE DU CARE**.

En deux temps, attachons-nous à comprendre ce que signifie cette dernière expression

Pour Tronto, **cette éthique du *care* et les valeurs de solidarité et de sollicitude qui y sont associées doivent être** sorties de la marginalité à laquelle elles ont trop longtemps été cantonnées, et placées au contraire **au cœur de notre projet de société**. Elle rappelle en effet comment les activités liées au soin mais aussi celles qui sont associées plus largement à la vie quotidienne d'une société humaine (telle que par exemple la gestion des déchets), bien qu'objectivement indispensables à la vie-même, ont été dévalorisées de différentes manières au long de l'histoire : que ce soit en tant que disposition (propension à prendre soin qui relèverait de l'émotion et du féminin, donc aussi du privé), que besoin (qui souligne une vulnérabilité, elle aussi dévalorisée en contexte capitaliste néolibéral) ou que travail (la prise en charge concrète des besoins de soin étant considérée comme « sale » et basique et les personnes qui effectuent ce travail étant largement issues des minorités les plus discriminées du point de vue du genre, de la race et de la classe sociale).

A contrario, **considérer le souci des autres et la reconnaissance de l'interdépendance humaine comme centrales et prioritaires relève d'un choix politique**. Un choix qui pourrait participer, nous dit Tronto, à une redéfinition des « frontières morales », autrement dit de ce qui est juste ou pas : une société (ou une personne) étant alors considérée comme moralement bonne si elle offre, notamment, de la sollicitude à ses membres et à son territoire.¹⁰³

L'enjeu est politique à différents égards mais notamment parce qu'il s'agit, d'une part, de **se demander collectivement** et de façon très générale « **quels sont les besoins** humains et non-humains auxquels il faut répondre ? », mais aussi, d'autre part, de poser les questions concrètes du « **comment et par qui** ces besoins sont-ils satisfaits... et comment et par qui devraient-ils l'être **dans un monde plus juste ?** ». Pour reprendre les mots de Joan Tronto, le « *care nous imposant de réfléchir concrètement aux besoins réels des personnes et d'évaluer de quelle façon y répondre, il introduit un certain nombre de questions sur ce que nous valorisons dans la vie quotidienne. La société devrait-elle être organisée d'une manière qui contribue à maintenir certaines formes de privilèges, avant que les besoins les plus élémentaires des autres soient satisfaits ?* »¹⁰⁴ Ce que montre par-là la philosophe c'est que lorsque le *care*, donc aussi la santé, deviennent centraux pour une société, la question de **la JUSTICE SOCIALE s'y impose comme un enjeu politique prioritaire**.

Si la centralité du *care* est un enjeu politique essentiel pour une société démocratique, c'est donc parce qu'elle pose des questions morales fondamentales qui n'ont de sens que si elles débouchent sur des réponses pragmatiques. C'est en ce sens que Tronto parle d'éthique du *care* : c'est de la morale qui n'est pas hors-sol, c'est de la morale confrontée à ce qu'il y a de plus prosaïque dans nos existences. Et une éthique du *care*, selon Tronto, n'est pas quelque chose qui se transmet par le récit, encore moins par les gènes (féminins), c'est quelque chose qui avant tout se pratique. « *Elle implique tout à la fois des actes circonstanciés de soin et une « tournure générale d'esprit » portant à la sollicitude.* »¹⁰⁵

Dans cette **mise en pratique du *care***, Tronto a repéré **4 étapes, auxquelles correspondent 4 éléments moraux distincts** : le souci des besoins d'autrui (qui dépend de l'attention aux autres), la prise en charge des besoins (qui demande d'assumer la responsabilité de l'organisation du soin), le fait de prendre soin (qui passe par des compétences diverses) et le fait de recevoir le soin (qui implique de la part de qui reçoit le soin la capacité de réponse à celui-ci, et de la part de qui prodigue le soin une véritable écoute de cette réponse). Pour qu'une société soit en mesure d'accorder la sollicitude nécessaire à ses membres, **ces 4 étapes et ces 4 éléments moraux doivent être étroitement intégrés**¹⁰⁶.

Par exemple, une société fondée sur le *care* devrait **prêter attention aux conséquences du capitalisme sur les humains** et le vivant en général ; devrait faire le **lien entre les inégalités qu'il entretient et les migrations contemporaines** ; et devrait se donner les moyens (que ce soit à un niveau logistique et sur le plan des compétences humaines) de prendre en compte les besoins de celles et ceux qui migrent vers l'Europe au péril de leur vie et, d'autre part, de prendre au sérieux leur « **capacité de réponse** », leurs feedbacks concernant l'aide qui leur serait apportée. Tout autre scénario relevant d'un manquement moral pur et simple.

Et ce qui est essentiel encore une fois, c'est que « *comme pratique, le care exige bien davantage que de bonnes intentions* »¹⁰⁷ : cette **obligation morale à la sollicitude** contraint en effet à se poser sans cesse des questions très concrètes sur les manières de s'y prendre pour s'acquitter de ses (nos) responsabilités de soin, en fonction de la place qui est la sienne (ou la nôtre en tant que pays ou que groupe social) dans le monde¹⁰⁸. Ce qui exige une connaissance approfondie et réfléchie de la situation, de celles de tous-tes les acteur-ices, comme de leurs besoins et de leurs compétences. C'est pourquoi, l'éthique du *care* implique notamment de **regarder en face les enjeux de domination** au sein des relations de soin, mais aussi l'importante **question de la définition des besoins**.

C. Les rapports de domination au sein des relations de soin et les enjeux de la définition collective des besoins

En matière de domination à l'échelle de la relation de soin, il s'agit de garder une conscience aigüe de l'asymétrie de la relation d'aide/de soin. Les sujets humains à qui des soins sont prodigués sont le plus souvent en situation de vulnérabilité et par conséquent le rapport de domination se présente comme un risque potentiel. Il est par exemple tentant de décider des besoins qui sont les leurs à la place des personnes concernées, y compris avec de bonnes intentions. Ce qui permet d'échapper à ce risque et cette tentation, c'est

la foi dans la capacité de réponse, donc dans la **compétence des soigné·es à exprimer des besoins clairs et spécifiques aux soignant·es**.

Comme évoqué précédemment, **la définition des besoins, sur un plan sociétal** et non individuel cette fois, est justement un autre enjeu fondamental d'une pratique du *care* aboutie. Car penser les liens d'interdépendance entre les humains, « *c'est voir ceux-ci non seulement comme des sujets égaux en droits mais comme des êtres inégaux en termes de besoins* »¹⁰⁹, puisque ceux-ci dépendent notamment de leur genre, de leur santé, de leur âge ou, bien entendu, de leur situation socioéconomique. Définir collectivement et démocratiquement des priorités, donc une hiérarchie, entre les besoins ne peut se faire sans conflits -en particulier entre les besoins des plus modestes et ceux des plus privilégié·es. Et arbitrer ces conflits nécessite de s'appuyer sur une solide théorie de la justice. Dès 1993, Tronto suggérait à ce propos que **l'approche par les capacités** proposée par Martha Nussbaum¹¹⁰ pourrait jouer un rôle important dans une théorie de la justice qui permette de penser les besoins *à la fois* en tenant compte des inégalités existantes entre les humains *et* avec la volonté de les combattre. 30 ans plus tard, cette piste fructueuse continue de tenir la route.

En résumé, **défendre politiquement une éthique du *care*** :

c'est placer **le soin et les enjeux moraux** qui y sont attachés (attention, responsabilité,...) **au cœur de la vie démocratique,**

c'est **se confronter collectivement et individuellement aux rapports de force** qui traversent la société, que ce soit sur le plan des interactions entre donneuse et receveur du soin ou dans le partage et la rémunération injustes des tâches de *care* à l'échelle du monde¹¹¹,

c'est **questionner la légitimité des besoins des plus riches et refuser l'indignité des vies les plus précaires,**

et, au final, c'est veiller à **maintenir les conditions de possibilité d'une mise en pratique exigeante et collectivement réfléchie des valeurs morales liées au *care*...**ce qui constitue une révolution en soi.

D. Pandémie et vulnérabilités

Dans la « biodiversité humaine »¹¹², nous aimerions donc ici faire un **focus sur les plus vulnérables**, c'est-à-dire « *celles et ceux qui, pour différentes raisons, ont peu ou n'ont pas de moyens de faire valoir leurs droits ou d'accéder au discours pour défendre un point de vue, exprimer un désir, des valeurs, faire appel à des principes moraux, etc.* »¹¹³

Cette vulnérabilité a changé de face avec la pandémie de covid-19, la vie de certain·es humain·es, et avec elle le travail des soignant·es, s'étant encore plus fragilisée. C'est une crise globale, sanitaire, mais également économique et politique (au vu des nombreuses manifestations remettant en cause les mesures prises par nos gouvernements¹¹⁴). Dans ce contexte, les hôpitaux se voient très rapidement débordés, leurs personnels contraints de réagir vite et sans moyens humains et financiers suffisants, nos gouvernements ayant, selon certain·es expert·es¹¹⁵, peu pris au sérieux le risque d'un cataclysme sanitaire...

« D'un coup, (...) Voilà que chacun-e est ramené-e à sa propre **vulnérabilité**, à sa mort potentielle et à celle de son entourage. Voilà que nos interdépendances et **nos besoins primaires s'affichent au grand jour** : de la déforestation aux maladies animales (responsables de l'émergence du virus), des animaux que nous sommes à notre mortalité oubliée, de notre évidente mortalité au besoin d'être ensemble, (...) »¹¹⁶ Admettre que nous sommes vulnérables, et donc interdépendant-es dans le soin des un-es aux autres, n'est pas une faiblesse. Au contraire, cette condition met en lumière **la nécessité pour toustes, hommes et femmes, industriel·les et travailleur·ses de prendre soin de soi, des autres et de nos environnements proches et lointains**. Cette nécessité pourrait par ailleurs être davantage à l'agenda de nos ministères de la santé.¹¹⁷

Nous parlons ici aussi du « lointain », car la crise de covid-19 nous a prouvé que nous ne pouvons plus fermer les yeux sur ce qu'il se passe à l'autre bout du monde, désormais que nous sommes plus que jamais interconnecté-es du fait des globalisations industrielle et commerciale et de la vitesse croissante des flux d'informations. Aussi, une « *société équilibrée* » ne signifie pas dépourvue de singularités, uniforme¹¹⁸; elle ne nous oblige pas non plus à ne fonctionner que sous le mode hiérarchique, synonyme de dominations, mais implique de réfléchir à un « **mutualisme symbiotique** », défini en écologie sociale comme une « **entraide volontaire profitable à chacun-e** ». ^{119&120} Cette solidarité doit s'internationaliser, et pas seulement au travers des réunions entre grandes puissances, mais également en écoutant les voix des « pays du Sud » (et même de ceux dont on critique parfois l' « *idéologie extrémiste indigéniste et racaliste* »¹²¹, voire qu'on traite directement de « terroristes »¹²²). Cette entraide volontaire renvoie par ailleurs au remplacement progressif de nos régimes représentatifs par la **démocratie directe**, qui donnerait « *à la volonté humaine et au choix individuel la possibilité d'influencer le cours des événements sociaux.* »¹²³

Dans le contexte particulier d'un secteur des soins de santé particulièrement touché par les vagues successives de rigueur budgétaire des dernières décennies, qui le privent toujours plus de latitude d'action, cette idée d'« **AUTOGOVERNANCE** » prend tout son sens. Celui d'un système qui serait réinventé par les acteur·ices qui le font réellement tourner, travailleur·ses du *care* à tous les échelons, et qui décideraient ensemble, avec le soutien de la population, comment gérer l'économie et l'organisation-mêmes du système, **à l'instar des Maisons Médicales**.¹²⁴

E. Revalorisation des métiers du *care*

Fabienne Brugère et les théoriciennes défendant l'éthique du *care* préconisent que la revalorisation des métiers du *care* soit favorisée par nos propres systèmes de gouvernance. Ce qui serait gage d'une **démocratie sensible et de justice sociale**, c'est-à-dire notamment de plus d'égalité entre les travailleur·ses.

Or, nous ne sommes pas encore dans cette société idéale, mais bien dans une société où nombre de travailleur·ses doivent toujours militer pour un salaire juste, c'est-à-dire considérant à la fois le caractère « essentiel » et la « pénibilité » de leur travail. Dès lors, il

nous apparaît comme primordial de **rediriger ces politiques publiques des soins de santé vers une plus grande valorisation (notamment financière) des métiers qu’elles semblent méconnaître, ou pire, mésestimer.**

Le soin (au ménage, aux enfants, à nos aïeul-es, etc.) fut très longtemps pensé comme relevant de la sphère domestique, et donc de l’intime, du privé. De plus en plus dans nos sociétés libérales, il n’est « *plus question d’une frontière tranchée (et à déconstruire) entre public et privé mais d’un double processus de publicisation et de privatisation du soin. Publicisation au sens où celui-ci s’extrait du seul domaine intime et domestique pour entrer dans l’espace public et faire l’objet notamment de politiques publiques, mais privatisation également au sens où il devient le support d’une monétarisation et d’une marchandisation, où le soin devient un bien qui s’achète et qui s’échange. De son côté, l’opposition travail gratuit/salariat, appréhendée du point de vue du « care giver », cède la place à une gamme plus ou moins continue de rémunération : du bénévole défrayé au professionnel peu rémunéré en passant par le travail au noir et les contrats aidés.* »¹²⁵

C’est ainsi que, parce que ces métiers du soin sont perçus comme s’inscrivant dans la continuité du rôle et des valeurs associées aux femmes dans la sphère domestique, « *leur qualification est peu reconnue et leur professionnalisation limitée* »¹²⁶ (voire, dans le cas de certaines travailleuses immigrées, est fortement « *dévalorisé* »¹²⁷, c’est-à-dire ni gratuit, ni véritablement salarié).

Aussi la revalorisation des métiers du soin passerait avant tout, non par des applaudissements aux balcons, mais par la **remise en question de ces bas salaires** et par la continuation de la **lutte contre la privatisation du secteur des soins de santé**. Elle demanderait également de renforcer le pouvoir des **métiers « invisibles »**¹²⁸ **des soins de santé** via une plus grande prise en compte des paroles des travailleurs-euses, des concertations, mais aussi une meilleure représentation dans les médias¹²⁹. On pense ici au personnel d’entretien, aux cuisinièr-es, aux secrétaires, aux gardien-nes d’enfants, aux brancardier-es, aux pompièr-es bénévoles... car « *si le système de santé fonctionne, c’est aussi grâce à plusieurs autres métiers jugés secondaires ou auxiliaires. Mais on ne se soucie guère des enjeux qui touchent les personnes qui les exercent. Elles accomplissent pourtant un travail indispensable à la prestation des soins et au bon fonctionnement de tout le secteur. ... et ce sont surtout des femmes qui en assurent la prestation. (...) Souvent, ce sont des tâches sous-estimées qui n’exigent, croit-on, aucune compétence particulière. Comme les questions liées au diagnostic et au traitement constituent le principal souci des décisionnaires, les autres fonctions sont considérées comme une quantité négligeable et ne recueillent pas l’attention qu’elles méritent.* »¹³⁰ Or, si ce travail dit « *auxiliaire* » n’était pas accompli, pensons au nettoyage ou au fait de transporter des malades d’un service à l’autre, tout le système en pâtirait !

Éloi Laurent ne dit pas autre chose, lorsqu’il écrit que « reconnaître que nous ne pouvons pas nous passer en temps de crise de celles et ceux qui assurent les soins, garantissent l’approvisionnement alimentaire, maintiennent l’État de droit et les services publics et font fonctionner les infrastructures (eau, électricité, réseaux numériques). (...) implique qu’en temps normal toutes ces professions soient valorisées à la hauteur de leur

importance vitale. »¹³¹

4. LECTURE TRANSVERSALE DE CES TROIS PROJETS POLITIQUES : LEUR PORTÉE FÉMINISTE, LEUR VISION D'UNE JUSTICE SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE APPLIQUÉE AU DOMAINE DE LA SANTÉ

A. Les affinités fortes avec les approches féministes

a. Critique du capitalisme et écoféminisme

Les critiques politiques formulées à travers ces trois projets alternatifs de société, que sont les revendications de La santé en lutte, l'éthique du care et l'état social-écologique, font écho à celles des **penseuses et militantes écoféministes** qui ont plus particulièrement souligné depuis les années 1970 l'articulation entre exploitation de la nature et exploitation des femmes par les hommes.¹³²

La critique féministe des liens entre capitalisme, dégradation de l'environnement et violences faites aux femmes a été nourrie par de nombreuses recherches, en particulier celle de la philosophe **Silvia Federici**. Dans *Caliban et la sorcière*, elle avance que c'est la transition socio-économique progressive de l'économie de subsistance des sociétés rurales vers le capitalisme qui fut aussi à l'origine de l'exploitation systématique des femmes par l'État et les hommes. Et que, dans le même temps, le cartésianisme se chargea de nous faire considérer le corps et la matière comme parfaitement séparés de l'esprit, et donc les espèces naturelles comme des matières inertes, sans âme, et par conséquent exploitables sans scrupule.¹³³

À l'opposé de ce détachement opéré par le tournant capitaliste, l'approche proposée par l'écoféminisme est « *centrée sur l'être humain et la réappropriation de sa relation à la nature et à son environnement, [et place] le care au centre du système* ». ¹³⁴ **Les écoféministes** apportent une contribution passionnante aux luttes actuelles pour une **société qui serait sensible aux interdépendances**, lucide et ferme face aux différents types d'exploitation et porteuse d'une remise en question radicale de nos modes de vie.

Contre les catastrophes auxquelles contribue la société néolibérale (les crises bancaires des 15 dernières années ; la crise sanitaire de covid-19 ; les conséquences du réchauffement climatique, inondations et incendies entre autres), l'état social-écologique, les théories du care et le manifeste de Faire Front auquel adhère La santé en lutte nous rappellent en outre l'urgence de **braquer le phare sur nos interdépendances avec la biodiversité. Les femmes peuvent également avoir un grand rôle dans cette lutte vitale pour la préservation de la biodiversité** (qui nous intègre par ses écosystèmes¹³⁵), dans **notre aspiration à briser les hiérarchies**, sources de dominations et de souffrances. Cette lutte n'est pas une chimère

puisqu'elle est déjà en marche, comme en témoignent notamment les expériences révolutionnaires des femmes du Chiapas zapatiste et du Rojava¹³⁶ !

b. Le féminisme de la reproduction sociale

Dans la même lignée de pensée, d'autres théoriciennes, telle la sociologue **Aurore Koechlin** ou les féministes de la reproduction sociale, nous rappellent que **la crise engendrée par la covid-19 fut (et est encore) une crise de notre société productiviste qui fait trop primer la production sur la reproduction.**

A propos des théories féministes de la reproduction sociale¹³⁷

Ce courant féministe marxiste éclaire le fait que **la disponibilité de la force de travail, qu'elle soit celle des employé·es ou celle des ouvrière·es, dépend de l'organisation familiale** : ce ne sont pas deux mondes parallèles mais bien deux espaces étroitement interdépendants. L'exploitation des salarié·es s'appuie sur l'oppression des femmes au sein du foyer puisque c'est sur elles que reposent essentiellement les tâches ménagères. Cette responsabilité et cette division sexuelle du travail reproductif sont plus ou moins tacites ou officiellement encouragées par l'État.

« Allant à l'encontre de cette [assignation sexuée des rôles], les **théoriciennes de la reproduction sociale perçoivent la relation entre le travail réalisé afin de produire des marchandises et le travail réalisé afin de produire des individus comme une partie de la totalité systémique du capitalisme.** »¹³⁸ Elles cherchent ainsi « à **rendre visible le travail qui est analytiquement caché par les économistes classiques** [l'organisation de la reproduction de la vie au quotidien et à travers les générations] **et politiquement nié par les décideurs politiques.** »¹³⁹ et donc à dénoncer les inégalités de genre.

On compte parmi ces théoriciennes les auteures du *Féminisme pour les 99%*, Cinzia Arruzza, Tithi Bhattacharya & Nancy Fraser, qui font par ailleurs partie des organisatrices de la Grève féministe du 8 mars¹⁴⁰.

Koechlin, dès les prémices de la pandémie, soulignait l'incompétence du gouvernement français (mais les autres ont-ils fait mieux ?) qui fut incapable d'anticiper la crise de covid-19. Selon elle, cette crise a remis en lumière une tension fondamentale, et inhérente au capitalisme, entre d'un côté l'attention aux conditions de la reproduction (vue ici comme la santé des travailleur·ses, car les états ont manqué durant cette crise du matériel médical de survie le plus élémentaire) et de l'autre le maintien « quoi qu'il en coûte » de la production.¹⁴¹

Comme Koechlin et les théoriciennes de la reproduction sociale, nous pensons que c'est à ces travailleur·ses de défendre amplement leurs conditions avec une écoute et un soutien plus solides de la population, afin qu'ils fassent entendre à nos représentant·es que la **priorité** doit être impérativement donnée à la **reproduction sur la production** via un investissement plus massif des **budgets des états dans les SECTEURS ESSENTIELS (car vitaux pour les individus et la démocratie) de la santé, de l'alimentation, de l'éducation et de la culture ...**

B. Santé publique, justice sociale et justice environnementale

a. Critique des inégalités socio-économiques et de leur impact sur la santé humaine

Ce qui revient dans les trois projets politiques étudiés, c'est la notion de justice sociale (et donc d'inégalités socio-économiques).

En ce qui concerne la **justice sociale**, les opinions divergent sur ce qu'elle implique en matière de **distribution des soins de santé**, selon qu'on se positionne sur une option libérale ou interventionniste.

Le philosophe Daniel Weinstock¹⁴² affirme que « depuis que l'on observe la santé sous l'angle de ses **déterminants sociaux**, la définition de ce qu'est « une société socialement juste » s'est vue modifiée. »¹⁴³ Il explique qu'à longterm a été privilégiée une conception « traditionnelle » de la **justice distributive**, que peut être associée à un **modèle libéral de justice**. Celui-ci enjoint aux gouvernements d'allouer à chaque citoyen·ne les ressources pour vivre une vie décente : dans le domaine de la santé, cela correspond à assurer à tous·tes un **égal accès aux soins de santé**. Weinstock, dressant une analogie avec une course, dit qu'à l'arrivée, des inégalités seront forcément constatées, mais que ça ne remettra aucunement en question la justice qui se doit juste de fournir un **point de départ égal** : « Au-delà de ce seuil minimal requis, des différences sont acceptables, qui peuvent d'ailleurs avoir un effet bénéfique sur la motivation et la productivité des individus. (...) Dans un tel modèle social, les gens sont considérés comme libres et responsables de leurs choix. **Une société juste n'a pas à immuniser les gens contre l'impact de leurs choix, lesquels entraînent inévitablement certaines inégalités.** »¹⁴⁴ Ce modèle de justice écarte donc tout interventionnisme d'État¹⁴⁵ que ses tenants jugent trop « intrusif », « paternaliste ». (Par exemple, les politicien·nes de tendance libérale favorisent souvent ceux qui ne désirent pas être taxé·es sur leur consommation d'alcool, de tabac¹⁴⁶ et/ou de diesel, voire sur leur grande fortune, jugeant que c'est une ingérence de l'État que d'imposer accises et impôts...)

À ce modèle libéral, Weinstock en confronte un autre se basant sur les **déterminants sociaux**, et montre comment ceux-ci conditionnent autrement la question de l'**ÉQUITÉ EN SANTÉ**. Dans cette **vision plus « interventionniste »**, la **santé devient désormais une fin en soi** (tout comme la « pleine santé » d'Éloi Laurent) et non plus un moyen (une ressource également distribuée à chaque individu), et **toute inégalité doit être considérée comme**

résultant d'une injustice de départ. Selon l'OMS, l'équité est « *l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques.* »¹⁴⁷ L'OMS note à ce propos que **ces injustices coïncident avec « l'absence de pouvoir politique, social ou économique (...), caractéristique commune à tous les groupes confrontés à des inégalités en matière de santé (les pauvres, les laissés-pour-compte, les minorités raciales et ethniques et les femmes, par exemple).** »¹⁴⁸ Dans cette conception de la santé publique, les interventions de l'Etat doivent **corriger ces inégalités et,** « *pour être efficaces et durables, (...) ne doivent donc pas seulement s'attaquer à une inégalité sanitaire en particulier mais donner au groupe concerné les moyens d'agir, [ce qui n'est possible qu']en procédant à des changements systémiques, tels qu'une réforme de la loi ou une modification des relations économiques ou sociales.* »¹⁴⁹

Ces différences mettent donc en balance deux projets de société et de politiques publiques de santé différents et nous interrogent sur ce que nous désirons :

« *Voulons-nous d'une société qui assure le minimum vital et laisse ses membres vivre selon leurs choix, ou préférons-nous un monde avec moins d'inégalités sociales de santé, mais dont l'État serait nécessairement un peu plus « intrusif » ?* »¹⁵⁰

En tant que travailleur·ses d'un collectif désireux de porter un regard critique sur les inégalités et les processus de domination liés plus spécifiquement au genre, nous misons sur ce deuxième projet, qui a énormément de point commun avec celui d'un état social-écologique visant la pleine santé pour tous·tes.

Parmi les déterminants de la santé figurent notamment les **différences de revenus** dont l'impact a été étudié par deux épidémiologistes britanniques, Kate Pickett et Richard Wilkinson, tous·tes deux fondateur·ices de l'*Equality Trust*¹⁵¹. Wilkinson démontre dans *L'égalité c'est la santé*¹⁵² que les sociétés où sévissent le néolibéralisme et sa logique productiviste prônent des attitudes de compétitivité et de virilité agressives, de prédation, où **les femmes et les plus précaires sont perdant·es.**^{153&154} Selon lui, ce qui détermine la santé d'une société tient donc moins à son PIB qu'à la **répartition égalitaire des revenus**, comme le dit le titre de son livre !

Nous avons déjà vu que le PIB n'était pas le baromètre adéquat pour juger de ces inégalités, puisqu'il les masque dans son calcul (mesurant « *la valeur de tous les biens et services produits dans un pays sur une année par des agents économiques résidant dans un pays, calculée selon le prix du marché (...)* »¹⁵⁵ et ce, quel que soit l'écart entre les salaires les mieux rémunérés et ceux plus précaires ou quels que soient leur impact sur le bien-être commun...). Nous savons également qu'il vaudrait mieux se fier, notamment selon Éloi Laurent, à l'indicateur de **l'espérance de vie en bonne santé**¹⁵⁶. Baromètre qui prend plus en compte une « **qualité** » de vie dépendante entre autres de la **qualité des liens humains** que nous pouvons (ou pas) y créer. Des liens « humains », sensibles, bienfaisants qui requièrent du temps, là où le capitalisme nous enjoint à l'individualisme, nous presse à travailler toujours plus vite.

b. Justice environnementale : les inégalités face aux pollutions et la non-participation aux politiques environnementales

Chacun des trois projets politiques décrits au fil de cette étude dénonce à sa manière les **inégalités environnementales**¹⁵⁷, réclamant une plus grande préservation des environnements, et particulièrement des milieux de vie des plus vulnérables. Ces inégalités sont influencées par la question sociale, car nous ne sommes pas tous-tes égaux-gales face aux dégradations de l'environnement provoquées par l'action humaine.

Les **inégalités environnementales** « sont l'expression d'une charge environnementale qui serait supportée en premier lieu par des populations défavorisées et/ou minoritaires ou par des territoires souffrant d'une certaine pauvreté et exclusion de ces habitants. »¹⁵⁸

Les populations les plus défavorisées sont plus exposées aux conséquences négatives (pollution atmosphérique¹⁵⁹ urbaine, montée des eaux, proximité des centrales nucléaires, etc.) et éprouvent plus de **difficultés financières pour faire face aux défis environnementaux** (taxes carbone, accès plus difficile à une alimentation et des environnements sains, à une mobilité plus écologique, choix d'habitation, mauvaises informations, etc.). Pensons aux « ménages les moins aisés [qui] vivent souvent dans les logements les moins efficaces qui nécessitent plus d'énergie pour être chauffés, et [qui] ont moins la capacité à investir pour les rénover, par manque de ressources financières. »¹⁶⁰ Autre exemple, si les effets d'une pollution (par exemple, un épisode trop long de pollution atmosphérique ou la pollution de l'eau) par un acteur (une usine) ne sont pas pris en charge par celui-ci, le coût social est reporté sur les individus les plus vulnérables qui en subissent les **conséquences sur leur santé** (augmentation des crises d'asthme chez les enfants et les personnes âgées), sur la valeur des biens dont ils peuvent être propriétaires, sur la représentation négative et délétère de leur lieu de vie.¹⁶¹

Ici, l'« environnement » est ainsi compris sous deux acceptations différentes : celle de la « protection de la nature et de la défense contre la pollution et les nuisances »¹⁶², mais aussi celle du « contexte », du « cadre », de « l'ensemble des conditions naturelles (...) et culturelles (...) dans lesquelles les organismes vivants se développent »¹⁶³ ... et interagissent !

À cela s'ajoute **l'inégalité dans la participation aux politiques publiques environnementales**, qui se révèle dans l'absence de consultation des populations locales dans le choix, par exemple, des sites sur lesquels seront installés des équipements toxiques (tels que des incinérateurs). Des facteurs socio-économiques jouent ici de nouveau en défaveur des populations les plus précaires (niveau d'instruction, barrière de la langue, manque de confiance en soi, etc.).

Les notions de justice sociale et de justice environnementale sont donc imbriquées et interdépendantes. Aussi la justice environnementale ne peut se construire en-dehors de la justice économique et sociale. Puisque la santé est étroitement associée aux déterminants socio-économiques ET à l'environnement (dans le double sens d'environnement écologique et culturel), des inégalités en santé découlent des inégalités sociales et environnementales.

c. *Lutter contre les inégalités en santé passe par la lutte pour plus de justice sociale et environnementale*

Pour lutter contre ces inégalités, le projet de l'état social-écologique nous enjoint de **faire converger concrètement justice environnementale et justice sociale**. À réclamer que les politiques publiques contre le réchauffement climatique n'engendrent plus d'inégalités sociales, mais également une **fiscalité plus juste** et la **prise en charge par nos états des « problèmes environnementaux**, [en considérant] *la relation réciproque qui lie question sociale et enjeux écologiques, en démontrant comment les logiques sociales déterminent les dégradations et les crises environnementales et en explorant en retour les conséquences sociales de ces atteintes à l'environnement humain.* »¹⁶⁴

- *Pour une prise en charge globale des patients les plus vulnérables*

La lutte contre les inégalités sociales de santé est contenue dans cette revendication de La santé en lutte qui exige *« une prise en charge humaine des patient-es dans leur globalité. »*¹⁶⁵ Un médecin généraliste d'une maison médicale sérésienne déclare sur cet aspect : *« (...) les gens viennent avec des soucis médicaux, bien sûr, mais les problèmes psychosociaux sont de plus en plus présents en consultations parce que les patients ne savent plus où les déposer. (...) Par exemple, vous avez un souci de santé + un problème de logement + un isolement social + un problème de santé mentale et bien, actuellement, personne ne fait la synthèse de tout ça et n'y répond de manière globale. »*¹⁶⁶

Les inégalités sociales de santé peuvent être combattues en investissant plus massivement dans une **médecine préventive**, notamment via des mesures qui favorisent les interactions sociales (comme la pratique de l'exercice physique, des sorties culturelles pour toutes), et en ayant une attitude de vigilance envers tous les préjugés qui mènent aux **discriminations de soins**.¹⁶⁷ Il est donc nécessaire de tendre vers une **politique d'accès aux soins davantage inclusive** en prêtant une **attention particulière aux plus vulnérables**.¹⁶⁸

- *Veiller à la participation des publics vulnérables dans la prise en charge de leur santé*

Pour influencer les politiques publiques, les pratiques institutionnelles, les actions associatives **en matière de soins de santé**, il est évidemment nécessaire de constituer un « Nous » puissant et de **favoriser une participation démocratique**, non seulement **des travailleur-ses, mais aussi des patient-es**, par la création de réels espaces de dialogues et de conversations collectives où le débat est possible, la construction de pratiques de soin pensées collectivement.

Quels sont les facteurs qui entravent cette participation ?

Selon l'OMS, **la pauvreté** est un facteur clé pour expliquer les niveaux de santé plus faibles entre les pays les plus et les moins aisés et les groupes de population au sein d'un même pays : « *Pourtant, les différences de santé suivent également un fort gradient social. Cela reflète la position d'un individu ou d'un groupe de population dans la société, qui se traduit par un accès différentiel et une sécurité des ressources, telles que l'éducation, l'emploi, le logement, ainsi que des niveaux différentiels de participation à la société civile et de contrôle sur la vie.* »¹⁶⁹

Le modèle des **Maisons médicales** est un bel **exemple d'organisation participative**, où le **patient** est encouragé à devenir **acteur de sa santé**. Notre témoin Adèle, qui travaille dans une maison médicale, dit qu'une des forces de ce type de structure est sa **dimension politique jusque dans ses pratiques et ses questionnements**. Sur son lieu de travail par exemple, l'équipe avait décidé de faire de la publicité autour du 17 mai, Journée mondiale contre l'homophobie et la transphobie : « *On s'était dit qu'il serait bien de se remettre à jour [à ce sujet] au sein de la Maison médicale, afin de comprendre mieux et d'améliorer nos soins vis-à-vis des personnes concernées.* »

Adèle dit néanmoins qu'« *il y a plein de travail à faire, que c'est absolument imparfait, qu'il existe comme partout des **discriminations de soins** dans les maisons médicales, mais il y a plus de volonté malgré tout!* ».

Pour déboulonner la figure du médecin-expert, il faut une « volonté », ou du moins de la vigilance, de **l'ouverture d'esprit**, un **point de vue intersectionnel** sur les multiples injustices que peuvent subir les patient·es dans les établissements de soins, mais également sur leurs besoins spécifiques.

Miser sur une médecine préventive et la participation des patient·es sont évidemment des options de politique sanitaire, des **dispositifs de soin qui réclament à nouveau... du temps**. Ces dispositifs répondent par ailleurs à la quatrième étape pointée par Tronto (pour se remémorer les étapes, lire p.24) qui implique « de la part de qui reçoit le soin la **capacité de réponse** » afin d'empêcher tout rapport de domination du soignant sur le soigné.

- *La démocratie en pratique : l'exemple de la littératie en santé*

Adèle insiste également sur l'importance de la **littératie en santé**. Il s'agit d'un concept intéressant -par ailleurs considéré comme un des déterminants sociaux de la santé¹⁷⁰, puisqu'il prend en compte ces enjeux d'égalité de l'accès aux soins, de participation et d'autonomie.

Le travail de littératie est une démarche qui consiste qui consiste pour des **professionnel·les-relais** à travailler avec les patients et les personnes précaires « *la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie.* »¹⁷¹

Si divers obstacles peuvent freiner une implication plus grande des patient·es/citoyen·nes dans leur santé, Adèle insiste sur l'importance de cesser de les infantiliser¹⁷². Ce qui nécessiterait, selon elle « *des années de déconstruction pour laisser tomber cette attitude* », ces préjugés ou ces modèles d'apprentissage qu'on inculque aux jeunes futur·es soignant·es via leurs stages.

Mettre en place des **relations plus égalitaires entre soignant·es et soigné·es** est, selon elle, une forme d'« **engagement** » des un·es vis-à-vis des autres qui est important dans sa spécialité, la kinésithérapie : « *car les patient·es doivent être convaincu·es que ce que je leur prescris est le bon traitement (...) Et puis souvent, je leur demande de refaire des choses à la maison, parce que les 20 minutes de consultation ne peuvent pas suffire...* ». Tout cela, dit-elle « *est un équilibre entre mon expertise, genre « que dit la science, les médicaments, etc. », et le fait de donner l'information adaptée pour que la personne puisse réellement comprendre ce [qu'elle] pense du problème. Ce qui demande une bonne communication. Que, si on ne parle pas la même langue, il y ait des interprètes payé·es, que les interprètes comprennent de quoi on parle, et qu'on puisse adapter tout cela en fonction de la littératie des différentes personnes* ».

Cette démarche peut grandement autonomiser les patient·es. Mais il n'est nullement pris en compte dans les heures de travail, ni dans les salaires... Adèle ne trouve pourtant pas normal qu'elle en vienne à devoir « *réexpliquer phrase par phrase ce qu'a écrit un spécialiste à une personne qui vous dit "j'ai rien compris, il m'a donné la prescription et du coup je suis là, et je ne sais pas ce que je fais là... "* ».

Et en même temps, elle explique que les spécialistes en question n'ont elleux pas beaucoup plus de temps pour faire mieux, car iels se retrouvent aussi dans un système de cadence infernale, où iels enchaînent blocs opératoires et consultations, selon un planning de la direction sans cesse guidé par la rentabilité.

« *Si plus d'asbl pouvaient être engagées pour ça [ce travail de littératie en santé], pour faire de l'éducation à la Santé, les personnes pourraient enfin prendre leur santé en main, faire de l'auto-santé, s'engager plus dans des activités physiques, s'occuper mieux de leur corps dans leur milieu de travail, etc. Mais ce n'est pas le cas, et du coup, on doit faire tout ce boulot, et par gain de temps bien souvent, on finit par prendre des décisions à la place des gens !* »

Le travail de littératie et le processus de participation qu'Adèle évoque permettraient que les patients aient une meilleure compréhension de ce qu'iels traversent, et puissent engager un meilleur dialogue au cours de leurs traitements. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins de santé, particulièrement pour les personnes les plus précaires. Cela répond à une revendication de La santé en lutte qui réclame « **Un accès à des soins de santé dignes et humains pour toutes et tous, indépendamment de nos origines sociales et/ou culturelles.** ».¹⁷³

Ce dialogue ouvert nous apparaît comme un processus à proprement parler démocratique, permettant également aux professionnel·les de soins de santé de sortir de leurs possibles entre-soi, non seulement par souci d'équité, mais aussi parce que ce dialogue est susceptible de les enrichir humainement. Car ce dialogue est aussi démocratique dans le

sens où il constitue un espace d'échange égalitaire (ou tendant vers l'égalitaire) entre des individus aux parcours, aux connaissances et aux positions sociales souvent très différentes. Un espace d'échange qui peut nourrir, notamment chez des personnes socialement minorisées et dominées, la confiance dans la valeur et la pertinence de leur propre parole, de leur propre voix. Une voix qui a alors plus de chance de s'exprimer et de s'assumer dans d'autres contextes, où se jouent d'autres enjeux de pouvoir (sur un lieu de travail, dans la famille, dans le comité de quartier, etc.)

CONCLUSION

« Tant que vous nommerez "croissance" le fait de raser un espace gorgé de vie pour le remplacer par un espace commercial, nous n'aurons pas commencé à réfléchir sérieusement » (Aurélien Barrau¹⁷⁴)

Le but de cette étude était de souligner les **lignes convergentes** de trois projets politiques alternatifs favorables à une politique de santé publique basée sur d'autres paradigmes que ceux imprégnant nos sociétés capitalistes. Les valeurs mises en avant dans ces trois projets nous semblaient proches de celles de notre collectif et du féminisme auquel nous adhérons, puisqu'elles rejoignent notre souci de lutter contre les inégalités entre les hommes et les femmes, et de dénoncer également les rapports de domination économique. Les métiers du *care* sont un terrain exemplaire des inégalités de traitement salarial entre les hommes et les femmes, et particulièrement les femmes précaires et/ou racisées.

Dans ces lignes convergentes rayonne clairement **l'arrêt de la marchandisation des soins de santé et de la course à la sacrosainte « croissance »** qui ne profitent ni à l'humanité ni à la biosphère. Le manque de moyens accordés au secteur de la santé est lié à une **vision productiviste dominante, la même qui néglige nos écosystèmes** (que nous avons désignés ici comme « le vivant »).

Afin de préserver ces derniers et de tendre vers une société de pleine santé, plus de moyens pourraient notamment être alloués au renforcement des métiers du soin. Toutes ces visées -la préservation de l'environnement et des ressources limitées de la biosphère, l'objectif d'une vie en bonne santé pour toutes, la lutte contre les inégalités sociales et environnementales- constituent des changements de cap au niveau politique. Motiver ces transformations sociétales par plus de **bien-être individuel ET collectif** nous paraît infiniment désirable !

Il s'agit dès lors de mettre en avant d'autres **visions de la démocratie** : en témoigne le **fonctionnement horizontal** de La santé en lutte et son désir d'**autonomiser plus les patient-es vis-à-vis de « l'expertise »** des médecins. Ou encore l'état social-écologique qui ambitionne de faire converger deux agendas de réflexion : « *Le premier [visant] à **articuler la question sociale au défi environnemental**. Le second (...) à dépasser la croissance économique comme horizon collectif* » et à « **inventer des institutions** susceptibles de les faire aboutir »¹⁷⁵. Et les théoriciennes du *care* qui prônent une **démocratie sensible aux vulnérabilités ainsi qu'aux liens** évidents ou plus subtils **d'interdépendance entre les humains et plus largement entre les vivants**, autrement dit **une démocratie** qui serait **garante de la justice sociale et, notamment, de plus d'égalité entre les travailleur-ses** grâce à la prise en compte des métiers dits « invisibles ».¹⁷⁶

Nous avons également souligné brièvement l'implication des femmes des pays « du Sud » dans la lutte contre le réchauffement climatique. Ces femmes qui protègent la santé de leur communauté¹⁷⁷, parfois au péril de leur corps¹⁷⁸, et tissent les liens entre justice climatique et justice de genre.

Pour conclure, nous jugeons que ces **trois projets politiques** que portent La santé en lutte, l'ambition d'un état social-écologique et la défense d'une politique de l'éthique du *care*- se répondent en échos pour proposer **une alternative à la « marchandisation du vivant »** et s'inscrivent pleinement dans la lignée de la penseuse et militante **Starhawk** lorsque celle-ci dénonce le paradigme libéral et techniciste dans lequel nous baignons, en le décrivant comme une « *mise à distance* » à l'égard de nous-mêmes, des autres et du monde qui nous mène à un « *monde comme constitué de parties divisées, isolées, sans vie, qui n'ont pas de valeur par elles-mêmes. (...) [Où] les seules relations de pouvoir possibles sont celles de la manipulation et de la domination. (...) [Où] la souffrance de tous ceux d'entre nous qui sont jugés autres -les pauvres et les classes ouvrières, les lesbiennes et les homosexuels, les handicapés, ceux qui ont été étiquetés malades mentaux, l'arc-en-ciel des différentes races, religions et héritages ethniques, toutes les femmes, mais surtout celles qui ne rentrent pas dans les rôles culturellement définis- n'est pas la souffrance d'une simple discrimination, mais celle d'une négation répétée sans cesse.* »¹⁷⁹

En mettant à terre le libéral-productivisme, ennemi commun du vivant, toutes ces luttes dessinent en creux une société basée sur des conceptions exigeantes de l'égalité et de la santé. Une société où chacun·e remettrait en question les dominations des un·es sur les autres, protégerait les êtres vivants, humain·es et non humain·es, **pour plus de justice sociale et environnementale**. Les projets politiques décrits dans ces lignes sont là pour nous rappeler que pour assurer la santé de notre monde, ce n'est ni le temps de céder à la panique, ni au déni.



NOTES ET RÉFÉRENCES

¹ « Par “soins de santé”, par “système de santé”, par “la santé”, nous entendons tous les acteurs et actrices de la santé : maison de repos, maison médicale, centre PMS, hôpitaux, cpas, soins à domicile, ... », in l’onglet « nos revendications » de [La santé en lutte – De zorg in actie](https://lasanteenlutte.org/nos-revendications/), suite à l’Assemblée générale du 13 septembre 2019. Disponible sur <https://lasanteenlutte.org/nos-revendications/> (consulté le 03/11/2021).

² Système complexe qui imbrique à la fois le système plus large de la Sécurité sociale, les différentes politiques hospitalières et/ou de soins de santé et le budget de l’État. Pour plus de documentations sur ces sujets, cfr le site du CRISP, aux rubriques « soins de santé et mutualités ». Disponible sur : <https://www.crisp.be/librairie/105-soins-de-sante-et-mutualites> (consulté le 21/02/2022). C’est sur cette toile de fond que se sont succédé-es avec des succès relativement mitigés Maggie De Block et Frank Vandenbroucke. Mais les options politiques de ces dernier-es ne sont pas l’objet de cette étude.

³ Nous nous concentrerons ici sur les métiers des soins de santé spécifiquement, bien que le *care* englobe bien d’autres domaines : celui de la petite enfance, auxiliaires de vie, aides à domicile, mais également celui du personnel d’entretien, dont nous avons dépeint les difficultés dans une précédente étude : C. PAHAUT, *Au Bonheur des Dames ? Derrière le point d’interrogation*, Publications du CVFE, décembre 2018. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/images/blog/analyses-etudes/2018/EP-2018-11-Au-Bonheur-des-Dames.-Derrre-le-point-CP.pdf> (consulté le 6/12/2021).

⁴ L’économiste Frédéric Bizard, spécialisé en santé, nuance ce propos en disant que « "le déclin de notre système de santé n’est pas lié au COVID (...) Le COVID n’est qu’un révélateur et j’espère un accélérateur de son changement », in « Frédéric Bizard : "Nous avons trouvé la seule réforme de santé possible" », sur le site de *Sud Radio*, 3 novembre 2021. Disponible sur : <https://www.sudradio.fr/economie/frederic-bizard-nous-avons-trouve-la-seule-reforme-de-sante-possible> (consulté le 10/12/2021).

⁵ É. LAURENT, « Vers la Pleine santé par l’Etat social-écologique », in *Germinal*, 26 octobre 2020. Disponible sur : <https://revuegerminal.fr/2020/10/26/vers-la-pleine-sante-par-letat-social-ecologique/> (consulté le 01/09/2021).

⁶ Sans surprise, les infirmier.e.s sont moins bien payé.e.s que les médecins. Pour le salaire des infirmier.e.s, cf. « Quel est le salaire d’un infirmier en Belgique ? in *guidesocial.be*, 23 mars 2022. Disponible sur : <https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/article/quel-est-le-salaire-d-un-infirmier-en-belgique> (consulté le 31/05/2022). Pour le salaire moyen des médecins : S. ZIZIC, « Quels sont les salaires des médecins en Belgique ? », in *Optimal*, 23 novembre 2019. Disponible sur : <https://group-optimal.com/salaires-des-medecins-en-belgique-2019/> (consulté le 31/05/2022). À titre de comparaison, « en moyenne, le salaire moyen en Belgique est de 2308.78 €. Cette donnée est issue de la moyenne des salaires moyens renseignés par les internautes habitant dans le pays. », in « Salaire moyen en Belgique en 2022 », in *Combien ça coûte ?* Dernière mise à jour le 21 mai 2022. Disponible sur : <https://www.combien-coute.net/salaire-moyen/belgique/> (consulté le 31/05/2022).

⁷ « Les entreprises belges estiment que la crise du coronavirus comprime leur chiffre d’affaires d’un tiers », site de la BNB, 3 avril 2020. Disponible sur : <https://www.nbb.be/fr/articles/les-entreprises-belges-estiment-que-la-crise-du-coronavirus-comprime-leur-chiffre-daffaires> (consulté le 31/05/2022).

⁸ M. GEVERS, « La pauvreté n’est pas une fatalité », Carte blanche du Pr Gevers (UCL) dans *le Soir* en ligne, 18 octobre 2019. Disponible sur : <https://www.lesoir.be/254677/article/2019-10-18/la-pauvrete-nest-pas-une-fatalite> (consulté le 01/06/2022).

⁹ R. BÉGUÉ, « Le secteur pharmaceutique prend sa revanche », site *Bourse24.be*, 22 avril 2022. Disponible sur : https://www.bourse24.be/economic_news/761767-le-secteur-pharmaceutique-prend-sa-revanche (consulté le 31/05/2022).

¹⁰ Idem.

¹¹ Qui représente l’étalon dans une économie « classique ». Nous verrons plus tard dans l’étude que ce PIB n’est ni le meilleur, ni l’unique baromètre de « bien-être d’une nation ».

¹² L. FONTAINE, *L’organisation des hôpitaux en Belgique suite à la réforme du paysage hospitalier : un pas de plus vers une réforme du financement des hôpitaux*, Travail de fin d’études, Master en droit à finalité spécialisée en droit public et administrative, Année académique 2019-2020, p.11. Disponible sur : <https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/9245/5/TFE%20-%20Lucas%20Fontaine.pdf> (consulté le 01/06/2022).

¹³ Ibidem, p.11-12.

¹⁴ « *La traditionnelle étude Maha de Belfius, qui s'intéresse à la santé économique de nos établissements de soins, a analysé cette année l'impact de la pandémie sur les finances des hôpitaux. Car ce n'est pas seulement le personnel hospitalier qui est mis à rude épreuve. La situation financière des hôpitaux est également mise à mal par la pandémie. Les précédentes analyses Maha avaient d'ailleurs déjà montré que, sur le plan financier, les hôpitaux n'étaient pas en mesure d'absorber un tel choc.* » in « Stress-test pour le secteur hospitalier en Belgique. Chiffres de 2020 et premier aperçu pour 2021 », étude MAHA de Belfius, 9 décembre 2021. Disponible sur : https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2021/Communiqu%C3%A9%20analyse%20Maha%202021_09%2012%202021.pdf (consulté le 02/06/2022).

¹⁵ Pour plus de détails, lire K. HAESE, « Les réformes santé de Maggie De Block, un héritage sous bénéfice d'inventaire », *Le Journal du Médecin*, 18 mars 2019. Disponible sur : <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/les-reformes-sante-de-maggie-de-block-un-heritage-sous-benefice-d-inventaire/article-opinion-38367.html> (consulté le 01/06/2022).

¹⁶ Pour certains, réduire l'héritage de de Block à cette seule « coupe budgétaire » paraît « injuste ». Ainsi cette médecin, Karolien Haese, par ailleurs Présidente en 2019 du BHCT (association fondée par des médecins et des experts financiers et juridiques), qui, dans un langage fortement teinté de logique commerciale, admet les erreurs de de Block, tout en les justifiant, et conclut que chacun-e doit faire des « efforts » sans néanmoins évoquer un quelconque souci d'équité... Dans le même article : K. HAESE, « Les réformes santé de Maggie De Block, un héritage sous bénéfice d'inventaire », idem.

¹⁷ Entretien « *La santé en lutte* : « Le délabrement des soins de santé a été préparé », site de BALLAST, 12 septembre 2020. Disponible sur : <https://www.revue-ballast.fr/la-sante-en-lutte-le-delabrement-des-soins-de-sante-a-ete-prepare/> (consulté le 16/11/2021).

¹⁸ Idem.

¹⁹ in J.M. & J.L., « Maggie De Block propose le « gel » des maisons médicales au forfait », in *MEDI-SPHERE*, 20 octobre 2016. Disponible sur : <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/maggie-de-block-propose-le-laquo-gel-raquo-des-maisons-medicales-au-forfait.html> (consulté le 18/08/2021).

²⁰ À savoir KPMG, un bureau d'audit commercial international. Cf. onglet « services publics » sur le site de KPMG. Disponible sur : <https://home.kpmg/be/en/home/industries/government-public-sector.html> (consulté le 31/10/2022).

²¹ Carte blanche de S. MERCKX et D. VAN DUPPEN, « La ministre De Block fait effectuer un audit sur les maisons médicales par des lobbyistes de la privatisation des soins de santé » in *Le Vif l'Express* [en ligne], 19 juillet 2017. <http://www.levif.be/actualite/belgique/la-ministre-de-block-fait-effectuer-un-audit-sur-lesmaisons-medicales-par-des-lobbyistes-de-la-privatisation-des-soins-de-sante/articleopinion-695193.html> (consulté le 31/10/2022).

²² Idem.

²³ J.M. & J.L., « Maggie De Block propose le « gel » des maisons médicales au forfait », ibidem.

²⁴ Sont ici mentionnés des médicaments dits « innovants » sous article 81, à l'efficacité non éprouvée : « *De 2015 à 2018, la Belgique dépenserait 2,1 milliards d'euros pour une septantaine de ces médicaments. Ni les mutualités ni les parlementaires ne peuvent contrôler ces dépenses. Bienvenue dans la pharma valley belge. Et attention aux gouffres.* », titrait Médor en septembre 2017. « *Le deal? Officiellement, l'État paie le prix plein d'un médicament innovant aux bénéfiques thérapeutiques ou impact budgétaire incertains, MAIS l'entreprise accorde à l'État des ristournes tenues secrètes.* » Bien entendu, les preuves de l'efficacité du système ont été mystérieusement éludées. « *L'article 81 était confidentiel ? En 2015, il est devenu ultra-top secret avec le pacte signé par Maggie De Block et le secteur pharma. Un dispositif légal a renforcé l'opacité du système. Et l'encre du pacte à peine sèche, Pharma.be envoyait un recommandé réclamant les destructions de données d'une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (le KCE). Objectif de ladite étude : évaluer l'efficacité du processus « article 81 ». Ou comment pulvériser un document d'intérêt public avec le soutien politique...* » In O. BAILLY, « Article 81 : 600 % d'augmentation pour les conventions secrètes de l'industrie pharma », in *Médor*, 14 septembre 2017. Pourquoi tenir secrètes ces conventions? Selon Médor, très certainement parce que les motifs de ces transactions confidentielles entre l'industrie pharmaceutique et le gouvernement belge sont loin de répondre à des visées humanistes, mais favorisent plutôt plus que de raison le portefeuille de ces industries

²⁵ Définition de la marchandisation par le dictionnaire en ligne *La toupie*. Disponible sur : <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Marchandisation.htm> (consulté le 01/06/2022).

- ²⁶ S. FRANCO, « Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé », *Altersummit*, mai 2018. Disponible sur : <http://www.altersummit.eu/analyse/article/les-systemes-sanitaires-face-a-la-marchandisation-de-la-sante> (consulté le 25/02/2022).
- ²⁷ Cf. Rapport du Réseau européen des observatoires des multinationales (ENCO), M. C. TRIONFETTI & N. HIRTZ « La privatisation du secteur des maisons de repos et de soins en Belgique », site MIRADOR du GRESEA, 20 décembre 2021. Disponible sur : <https://mirador-multinationales.be/> (consulté le 25/10/2022).
- ²⁸ Notamment commercialisées par beMedTech, « *la fédération belge de l'industrie des technologies médicales [qui] compte près de 200 firmes, soit 80% du marché concerné. Les membres sont des fabricants et/ou des distributeurs de dispositifs médicaux. Ensemble, ils apportent plus de 500 000 technologies médicales aux patients. Ils réalisent un chiffre d'affaires annuel de 2,4 milliards d'euros hors exportations, représentant environ 17.000 emplois en Belgique.* ». Site disponible sur : <https://www.bemedtech.be/fr/a-propos-de-bemedtech/qui-nous-sommes/la-federation> (consulté le 25/10/2022).
- ²⁹ Dans ce système devenu « commercial », « il peut être risqué de privatiser un hôpital généraliste tant la gestion de la complexité inhérente aux multiples actes médicaux, aux profils des patients, du personnel ou des coûts peut s'avérer imprévisible. Le secteur commercial a donc 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 (laissés aux budgets publics). (...) » Mais cette « multiplication d'opérateurs induite par la privatisation fragmente les systèmes de soins, rendant ainsi plus difficiles une gestion et une planification cohérentes et intégrées. De nouveaux coûts sont engendrés : frais de fonctionnement, coûts de promotion et de publicité, profit à verser aux propriétaires. », in S. FRANCO, « Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé », *ibidem*.
- ³⁰ *Idem*.
- ³¹ Chronique de D. MÉDA : « Il pourrait être nécessaire de recruter jusqu'à 100 000 infirmiers pour un montant de 5 milliards d'euros », in *Le Monde*, 19 novembre 2022. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/11/19/dominique-meda-il-pourrait-etre-necessaire-de-recruter-jusqu-a-100-000-infirmiers-pour-un-montant-de-5-milliards-d-euros_6150612_3232.html (consulté le 21/11/2022).
- ³² Entretien « *La santé en lutte* : « Le délabrement des soins de santé a été préparé », *ibidem*.
- ³³ *Idem*.
- ³⁴ Le mouvement existe également en Flandre sous l'appellation *de Zorg in Actie*. Disponible sur : <http://lasanteenlutte.org/nl/> (consulté le 20/04/2022).
- ³⁵ Le système de la sécurité sociale belge a été fondé en décembre 1944. La majeure partie de son financement émane de cotisations prélevées sur le coût du travail, auprès des employeurs et des travailleurs. Cf. Interview « Des cartes perforées à l'intelligence artificielle : 75 ans d'ONSS », site *75anssecuritesociale.be*. Disponible sur : <https://www.75anssecuritesociale.be/fr/interview.html> (consulté le 25/10/2022).
- ³⁶ Entretien « *La santé en lutte* : « Le délabrement des soins de santé a été préparé », *ibidem*.
- ³⁷ *Idem*.
- ³⁸ Entretien inédit « *La santé en lutte* : « Le délabrement des soins de santé a été préparé », *ibidem*.
- ³⁹ Lors d'une interview dans nos locaux en mai 2021.
- ⁴⁰ Manifestation organisée par La santé en lutte le 13 septembre 2020, pour revendiquer « *un refinancement en profondeur du secteur, la fin de la marchandisation des soins et l'amélioration des conditions de travail.* » et qui fut menacée d'interdiction par le bourgmestre de Bruxelles. Cf. lettre ouverte à Philippe Close rédigée par les organisateur-ices de la Manif soutenu-es par 620 signataires, « La manifestation des soignants le 13 septembre est une question de santé publique. Ne l'interdisez pas ! », *Le Soir en ligne*, 1 septembre 2020. Disponible en entier sur : <https://www.anti-k.org/2020/09/02/la-manifestation-des-soignants-le-13-septembre-est-une-question-de-sante-publique-ne-linterdisez-pas/?shared=email&msg=fail> (consulté le 1/12/2021). Elle eut bien lieu pour finir, mais néanmoins muselée par une violente répression policière : Agence BELGA, « Manifestations "La santé en lutte" : plainte pour coups, blessures et détentions arbitraires », in *RTBF Info*, 7 octobre 2020. Disponible sur : https://www.rtf.be/info/belgique/detail_manifestations-la-sante-en-lutte-plainte-pour-coups-blessures-et-detentions-arbitraires?id=10602542 (consulté le 1/12/2021).
- ⁴¹ Adèle évoque les primes reçues de la Région wallonne en 2020. Cfr « Une prime de 985€ brut pour le personnel du secteur socio-sanitaire », in *Leguidesocial*, 27 novembre 2020. Disponible sur : <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/une-prime-de-985eur-pour-le-personnel-du-secteur-socio-sanitaire> (consulté le 10/12/2021). Primes que ne reçurent par ailleurs pas l'ensemble du personnel

de santé, comme l'explique cet article : « Prime d'encouragement : les maisons médicales et le secteur du domicile discriminés », in *Leguidesocial*, 19 novembre 2020. Disponible sur : <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/prime-d-encouragement-les-maisons-medicales-et-le-secteur-du-domicile.html> (consulté le 10/12/2021).

⁴² Pratique politique née dans les années 60's, lors des manifs des Black Panthers notamment, considérée comme une forme d'« autodéfense ». « *Les street medics (en français « soigneur ou secouriste de rues ») sont des militants qui fournissent les premiers secours dans un contexte de lutte politique, dans les manifestations comme dans les squats. Contrairement aux ambulanciers ou aux ambulanciers paramédicaux, qui travaillent pour des institutions plus établies, les street medics opèrent de manière moins formelle et n'ont pas toujours bénéficié d'une formation médicale.* », définition de Wikipédia. Écouter aussi le Micro Ouvert de *Radio Panik* sur les « Street Médics. Mettre en commun les expériences, les conseils, le matériel et simplement s'organiser... », diffusé le 2 mars 2020. Disponible sur : <https://www.radiopanik.org/emissions/micro-ouvert/street-medics/> (consulté le 19/08/2021).

⁴³ BELGA, « Des violences policières en marge de la manifestation pour les soins de santé ? », in *RTBF Info*, 15 septembre 2020. Disponible sur : <https://www.rtbf.be/article/des-violences-policieres-en-marge-de-la-manifestation-pour-les-soins-de-sante-10585229?id=10585229> (consulté le 22/11/2022).

⁴⁴ P. TOUSSAINT, « Après les applaudissements, la lutte », *Révolution*, 23 septembre 2020. Disponible sur : <https://marxiste.be/index.php/belgique/866-apres-les-applaudissements-la-lutte> (consulté le 03/11/2021).

⁴⁵ Tout cela étant qualifié d'« éthique du care », sur laquelle nous reviendrons page 11...

⁴⁶ Pour mieux comprendre l'« essentialisation », écouter G. MOSNA-SAVOYE, « L'essentialisation » in *Le journal de la philo*, site de *France Culture*, 17 septembre 2019. Disponible sur <https://www.franceculture.fr/emissions/le-journal-de-la-philo/le-journal-de-la-philo-du-mardi-17-septembre-2019> (consulté le 22/02/2022). Ici, on comprendra cette « essentialisation » comme le fait de penser les femmes comme un groupe social partageant les mêmes attributs.

⁴⁷ C. GILLIGAN, *In a Different Voice. Psychological theory and women*, Harvard University Press, 1982. Traduit en Français sous C. GILLIGAN, *Une Voix Différente. La morale a-t-elle un sexe?*, Éditions Flammarion|Champs Essais, 2008.

⁴⁸ « *La majorité (78,6%) des personnes travaillant en tant que personnel des soins de santé sont des femmes. Cependant, parmi les médecins, on retrouve 51,65% d'hommes alors que chez les infirmiers et les aides-soignants, il y a respectivement 14,60% et 9,18% de prestataires masculins.* », chiffres récoltés sur le site de STATBEL, « Personnels des soins de santé », 23 juillet 2020. Disponible sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante> (consulté le 03/11/2021).

⁴⁹ A ce sujet, lire notamment « Héros pendant la crise COVID-19... Voyous quand on s'organise pour nos droits ? », site de *la santé en lutte – de zorg in actie*, 24 novembre 2021. Disponible sur : <https://lasanteenlutte.org/heros-pendant-la-crise-covid19-voyous-quand-on-sorganise-pour-nos-droits/> (consulté le 1/12/2021). La même situation avait eu lieu en France, une infirmière franco-algérienne s'étant fait violemment molester par un policier à Paris le 16 juin 2020 lors d'une manifestation de soignant-es. Cf. « Hôpital : les images d'une infirmière arrêtée lors d'une manifestation font polémique », *FranceInfoTV*, 17 juin 2020. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/hopital-les-images-dune-infirmiere-arretee-lors-d-une-manifestation-font-polemique_4011241.html (consulté le 21/11/2022).

⁵⁰ C. PINEUX, « Financement des hôpitaux. Une réforme qui se fait attendre », in *RTBF Info*, 17 juin 2021. Disponible sur https://www.rtbf.be/info/societe/detail_financement-des-hopitaux-pourquoi-le-modele-actuel-ne-fonctionne-t-il-pas?id=10783134 (consulté le 03/11/2021).

⁵¹ M. ALLO, « Financement des hôpitaux : pourquoi le modèle actuel ne fonctionne-t-il pas ? », in *RTBF Info*, 17 juin 2021. Disponible sur : <https://www.rtbf.be/article/financement-des-hopitaux-pourquoi-le-modele-actuel-ne-fonctionne-t-il-pas-10783134?id=10783134> (consulté le 05/12/2022).

⁵² Idem.

⁵³ À l'instar des maisons médicales, qui sont « financées au forfait par patient ». À charge pour elles de s'occuper de chaque patient-e en fonction de ses besoins, à la différence du cabinet médical libéral qui se finance grâce à chaque consultation réalisée.

⁵⁴ In l'onglet « nos revendications » de [La santé en lutte – De zorg in actie](#), ibidem.

⁵⁵ Nouveau modèle qui se réfère à la classification IFIC, qui ne récompense plus l'ancienneté et les compétences des travailleur-ses. Pour plus de renseignements, lire A. WAVREILLE & V. FIEVET, « Des infirmières spécialisées s'inquiètent du nouveau modèle salarial : "Et nos compétences ?" », in *RTBF Infos*, 7 juin 2021. Disponible sur : <https://www.rtbf.be/article/des-infirmieres-specialisees-s-inquietent-du-nouveau-modele-salarial-et-nos-competences-10777671?id=10777671> (consulté le 25/10/2022).

⁵⁶ Lire W. FAYOUMI, « Colère des médecins assistants : "On se lève avec l'angoisse de faire une bêtise" à cause de la surcharge de travail », in RTBF Infos, 19 mai 2021. Disponible sur <https://www.rtbf.be/article/colere-des-medecins-assistants-on-se-leve-avec-l-angoisse-de-faire-une-betise-a-cause-de-la-surcharge-de-travail-10765387?id=10765387> (consulté le 25/10/2022).

⁵⁷ Cette fatigue peut également s'expliquer par un climat de concurrence marqué par la peur de perdre son emploi, qui semble être devenu un outil managérial comme un autre pour tenir les travailleur·ses dans le rang, parfois même « sous le joug ». Ainsi, la compétitivité peut parfois se jouer entre services de soin, chacun se renvoyant la balle si une faute est relevée par la Direction. Ce climat de tension sous-tendait la gestion délétère de la maison de repos Porte de Hal à Bruxelles, qui fit grand bruit au sein des militant·es de Santé en lutte en octobre 2020. Cf. lire « Porte de Hal en lutte : une 1ère victoire et un soulagement. », in le site de *Santé en lutte – De Zorg in actie*, 5 juin 2021. Disponible sur : <https://lasanteenlutte.org/porte-de-hal-en-lutte-une-1ere-victoire-et-un-soulagement-temoignage/> (consulté le 12/11/2021).

⁵⁸ Cette hyperflexibilité est nommée « flow » par l'auteure Sandra Lucbert (qui l'emprunte à l'expression récurrente « Il faut libérer du cashflow ! » dans le milieu du capitalisme financiarisé, qui met en lumière la nécessité de la profitabilité des entreprises). C'est-à-dire « *typiquement la propriété actionnariale aujourd'hui (...)* dans laquelle on peut disposer d'une chose sans jamais y être lié, sans engagement (...) ». Dans son ouvrage, *Personne ne sort les fusils*, cette description du flow se répète jusqu'à évoquer un « *bouillon financier, (...) capable de transformer d'énormes quantités d'os et de viande de salarié. La recette est la suivante* : « Réchauffer l'eau jusqu'à ébullition, faire bouillir les affects de crainte, les blessures, les tourments jusqu'à faire décohérer les individus. Ils décohèrent en deux temps : d'abord les groupes, ensuite chacun. » » in S. LUCBERT, *Personne ne sort les fusils*, Paris, Éditions du Seuil, 2020, p. 94. Les autres citations proviennent de « Procès France Telecom : la machine infernale du néolibéralisme », *LeMediaTV*, septembre 2020. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=4QI8neQkbRI> (consulté le 11/07/2022).

⁵⁹ P. GILLARD, « La santé en lutte », analyse de la Fédération des Maisons Médicales, 1er avril 2020. Disponible sur : <https://www.maisonmedicale.org/La-sante-en-lutte.html> (consulté le 02/11/2022).

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Cf. lire « Porte de Hal en lutte : une 1ère victoire et un soulagement. », ibidem.

⁶² Qu'il entend comme la capacité des humain·es à pouvoir coopérer dans le sens d'une préservation, du respect « *des biens communs.* » Selon lui, « *Notre environnement en fait partie. L'obsession pour la croissance et l'omniprésence des écrans détournent notre regard de la dégradation de la biosphère.* » C'est pourquoi Laurent « *prône une décélération de la transition numérique au profit d'une accélération de la transition écologique.* » in présentation de l'ouvrage d'É. LAURENT, *L'impasse collaborative* (Lyon, Éd. Les Liens qui Libèrent, 2018) par M. SERRES, *L'impasse collaborative*, site de l'IPSE, 2 janvier 2019. Disponible sur : <http://www.euroipse.org/l'impasse-collaborative/> (consulté le 03/11/2022).

⁶³ É. LAURENT, *Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*, site des JNE-Asso (Journalistes-écrivains pour la Nature et l'Écologie), 12 décembre 2020. Disponible sur : <https://jne-asso.org/2020/12/12/et-si-la-sante-guidait-le-monde/> (consulté le 02/09/2021).

⁶⁴ L'idée de se référer à un indice alternatif au PIB n'est pas nouvelle. Déjà en 1972, le jeune roi du Bouthan suggérait de définir le bien-être de son pays par l'indicateur du « Bonheur National Brut » (BNB), qui serait soutenu par « quatre facteurs : le développement économique, la conservation de la culture, la préservation de l'environnement et la gouvernance responsable ». Cet indice fut finalement promulgué en 2008 au Bouthan. Source Wikipédia. Lire aussi H. PRESSON, « Le Bonheur national brut (BNB), c'est quoi en fait ? », in *Détours-Canal+*, 20 mars 2017. Disponible sur : <https://detours.canal.fr/bonheur-national-brut-bnb-cest-quoi/> (consulté le 03/09/2021).

⁶⁵ É. LAURENT, « Vers la Pleine santé par l'Etat social-écologique », ibidem.

⁶⁶ Observatoire Français des Conjonctures Économiques de la faculté de Science Po à Paris. Site disponible sur : <https://www.ofce.sciences-po.fr/> (consulté le 02/11/2022).

⁶⁷ Dans l'interview filmée avec J. FAUCHER, « Éloi Laurent - *L'impasse collaborative : pour une véritable économie de la coopération* », diffusée par la Librairie Mollat (Bordeaux, 2018). Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=RrPFmO2LSr4> (consulté le 02/11/2022).

⁶⁸ É. LAURENT, « Vers la Pleine santé par l'Etat social-écologique », ibidem. Il traite également de la croissance in É. LAURENT, *Sortir de la croissance. Mode d'emploi*, Paris, Éditions Les liens qui libèrent, 2021.

⁶⁹ N. DEMORAND & L. SALAMÉ, *L'Invité de 8h20* du 21 septembre 2022 sur France Inter, qui recevaient Éloi Laurent et Camille Étienne dans le cadre de la Journée spéciale « Vous avez dit sobriété ? » sur France Inter. Podcast disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/l-invite-de-8h20-le-grand->

[entretien/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien-du-mercredi-21-septembre-2022-8919565](#) (consulté le 04/11/2022).

⁷⁰ Idem.

⁷¹ Parmi lesquels la santé, l'alimentation, le logement, l'éducation et la culture!

⁷² Lire article de P. GILORMINI, « Karl Polanyi. Du désencastrement de l'économie au totalitarisme. », sur le Blog de Patrick Gilormini, 7 novembre 2018. Disponible sur : <http://patrick-gilormini.over-blog.com/2018/11/karl-polanyi-du-desencastrement-de-l-economie-au-totalitarisme.html> (consulté le 03/06/2022). « *Son livre majeur, La Grande Transformation, souligne l'absence de naturalité et d'universalité de concepts comme l'« Homo œconomicus », « le marché » et la « compétition », souvent présentés comme évidents ou ayant une valeur et une signification uniques ou intemporelles. Vision erronée et utopique qui résulte selon lui du « désencastrement » de l'économie (opéré et réussi par le libéralisme), terme signifiant son autonomisation vis-à-vis de toutes les lois sociales, morales, éthiques ou même juridiques des sociétés humaines traditionnelles. Polanyi défend au contraire une vision de l'économie construite sur les solidarités assumées entre les hommes.* », in Wikipédia.

⁷³ « *La notion de prévention en médecine est ancienne (...) Classiquement la prévention est répartie en trois grands domaines : primaire, secondaire et tertiaire. En 1948, l'OMS détermine que « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle définit 3 types de prévention allant des mesures à mettre en œuvre pour éviter la maladie, la soigner et réinsérer le patient dans la société.* », in F. CHAPELLE, « Préventions », chapitre 29 de *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail. en 36 notions*, Paris, Éditions Dunod | Aide-Mémoire, 2018, p.223-231. Disponible sur : <https://www.cairn.info/--9782100781447-page-223.htm> (consulté le 14/07/2022).

⁷⁴ Définition de l'« État-Providence », fournie par le Toupictionnaire du site *La Toupie*. Disponible sur : <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Etat-providence.htm> (consulté le 22/11/2022).

⁷⁵ « *soit à un taux inférieur à 5 % au sens de l'OIT [l'Organisation Internationale du Travail]* », in Wikipédia. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Plein_emploi (consulté le 22/11/2022).

⁷⁶ Définition du « plein emploi », fournie par le Toupictionnaire du site *La Toupie*. Disponible sur : https://www.toupie.org/Divers/recherche_resultat.php?mot=plein%20emploi (consulté le 22/11/2022).

⁷⁷ É. LAURENT, « Vers la Pleine santé par l'Etat social-écologique », in *Germinal*, ibidem.

⁷⁸ « *Situation dans laquelle un agent économique provoque par son activité des effets négatifs sur la société.* ». Définition de *Pour l'Éco*, 4 juillet 2019. Disponible sur : <https://www.pourleco.com/le-dico-de-l-eco/externalite-negative> (consulté le 18/11/2022).

⁷⁹ Cf. G. NORMAND, « L'économie souterraine représente 12% du PIB français », *La Tribune*, 27 février 2019. Disponible sur : <https://www.latribune.fr/economie/france/l-economie-souterraine-represente-12-du-pib-francais-808842.html> (consulté le 18/11/2022) & LE PETITJOURNAL MILAN, « En Italie, l'économie souterraine vaut 11,3% du PIB », *Lepetitjournal.com*, 19 octobre 2021. Disponible sur : <https://lepetitjournal.com/milan/italie-economie-souterraine-pib-322967> (consulté le 18/11/2022)

⁸⁰ « *« L'émergence de maladies zoonotiques est souvent associée aux changements environnementaux » qui sont « habituellement le résultat d'activités humaines, de la modification de l'usage des sols au changement climatique », notait le PNUÉ dans un rapport de 2016.* », in Rédaction du *Métro*, « Pandémie : l'interférence de l'Homme sur la biodiversité en cause », *Métro*, 11 avril 2020. Disponible sur : <https://journalmetro.com/monde/2437553/zoonoses/> (consulté le 08/12/2022).

⁸¹ É. LAURENT, *Et si la santé guidait le monde? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*, Éditions Les Liens qui Libèrent, 2020, p.21.

⁸² Idem.

⁸³ Auquel on peut ajouter l'article 25 : « *1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. 2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.* » Disponible sur : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html> (consulté le 7/09/2021).

⁸⁴ Comme en Belgique, où « *il existe également d'importantes inégalités socio-économiques dans l'espérance de vie en bonne santé, à tout âge* », mais qui sont « *plus prononcées chez les femmes* ». Cfr « *Espérance de vie en bonne santé* », in le site *Vers une Belgique en bonne santé*, mis à jour le 7 février

2022. Disponible sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante> (consulté le 03/05/2022).

⁸⁵ « Si, bien évidemment, la « race » n'existe pas, des groupes et des individus font l'objet d'une « racisation », c'est-à-dire d'une construction sociale discriminante, marquée du négatif, à travers l'histoire. », in F. VERGÈS, *Le ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*, Paris, Albin Michel, 2017, p.16.

⁸⁶ « COP » ("conférence des parties (COP)") est un « terme générique qui désigne l'organe de décision de certaines conventions internationales. (...) Dans le langage courant, la COP est souvent associée à la COP climat. (...) La convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques (CCNUCC) a été signée en 1992 et elle est entrée en vigueur en 1994. Depuis 1995, les États signataires se réunissent annuellement. » Ces COP sont « le lieu de négociations politiques mais également d'événements parallèles, de colloques ou d'expositions, destinés à sensibiliser le public. Outre les 197 parties ayant ratifié la convention (196 États et l'Union européenne), participent des représentants de collectivités territoriales, ainsi que des acteurs non étatiques issus de la société civile ou de la communauté scientifique. », in Fiche technique « Qu'est-ce qu'une COP ? », sur le site *Viepublique.fr*. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/274834-quest-ce-quune-cop> (consulté le 18/11/2022). Celle de cet automne 2022 se déroule à Sharm El-Sheikh, en Égypte.

⁸⁷ C. ANDRÉ, « Éloi Laurent : "On peut sortir du chaos climatique par la justice sociale et la santé" », in *VOXEUROP-France*, 4 novembre 2021. Disponible sur : <https://voxeurop.eu/fr/cop26-eloi-laurent-on-peut-sortir-du-chaos-climatique-par-la-justice-sociale-et-la-sante/> (consulté le 07/11/2022).

⁸⁸ Notons que cette approche de l'économie a des familiarités avec celle des capacités décrite par la philosophe Martha Nussbaum qui tente de définir de quoi serait faite une société suffisamment juste, tout en faisant la critique claire du « culte du PIB, [qui est l'] élément de mesure de la richesse des pays qui focalise les attentions, est l'opérateur de toutes les comparaisons et est trop souvent considéré comme un juste reflet de la qualité de vie d'un pays. », citation de D. VIALAN, « Martha Nussbaum, *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, 22 octobre 2012. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/lectures/9575> (consulté le 08/06/2022). Lire aussi M. C. NUSSBAUM, *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Paris, Flammarion, collection « Climats », 2012. Cf. R. BEGON, « Employabilités et capacités : renforcer la liberté de choix des travailleuses précarisées », Publications de l'asbl CVFE, septembre 2018. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/publications/analyses/114-employabilite-et-capabilites-renforcer-la-liberte-de-choix-des-travailleuses-precarisees> (consulté le 07/11/2022).

⁸⁹ SNCB Réseau, « Transition environnementale 2030 : le scénario « État social-écologique » », in *Usbek&Rika*, 30 septembre 2020. Disponible sur : <https://usbeketrica.com/fr/article/la-transition-environnementale-en-2030-scenario-2-l-etat-social-ecologique> (consulté le 03/09/2021).

⁹⁰ Et ces lois existent et sont contraignantes, « définies par des institutions comme l'Institut Belge de Normalisation (IBN), les règlements édictés par la Commission européenne ou l'Agence internationale ISO (International Standardisation Organisation). Ces instances émettent et améliorent régulièrement les normes. », sur le site des Cahiers du Développement Durable. Disponible sur : <http://les.cahiers-developpement-durable.be/entreprendre/2-1-respecter-la-legislation/> (consulté le 11/02/2022).

⁹¹ Certains climatosceptiques et autres populistes n'ont pas manqué du coup de lier ces objectifs « de performances écologiques » à une « dictature verte ». Le 27 juin 2019, *Valeurs actuelles*, n°4309, « magazine de la droite qui s'assume », titrait en couverture sous une photo de Greta Thunberg, « Les charlatans de l'écologie ». « C'est que les climatosceptiques, les populistes et les anti-écologues ont réussi ce tour de force de faire passer l'écologie pour la pensée dominante, alors même que la destruction écologique n'a jamais été aussi élevée. Cette grande coalition libéral-populiste, culturellement hégémonique, parvient pourtant à faire passer la volonté de respecter les recommandations du GIEC pour un projet totalitaire menaçant. Il n'y a qu'à voir la dernière couverture de *Valeurs actuelles* du 27 juin 2019 pour comprendre cette posture. », rétorquèrent G. LOHEST & M. PELLETIER, in « La « dictature verte », cette fausse menace agitée par infantilisme individualiste », in *Usbek&Rika*, 3 juillet 2019. Disponible sur : <https://usbeketrica.com/fr/article/dictature-verte-fausse-menace-infantilisme-individualiste> (consulté le 01/09/21).

⁹² Or, « La distinction entre démocratie et dictature tient à la place accordée aux droits humains et aux libertés fondamentales, et non dans la vague impression que trop de choses risquent d'être interdites. » G. LOHEST & M. PELLETIER, in « La « dictature verte », cette fausse menace agitée par infantilisme individualiste », *ibidem*.

- ⁹³ E. LAURENT, « Vers la Pleine santé par l'Etat social-écologique », *Revue Germinal*, 26 octobre 2020. Disponible sur : <https://revuegerminal.fr/2020/10/26/vers-la-pleine-sante-par-letat-social-ecologique/> (consulté le 12/02/2022).
- ⁹⁴ Idem.
- ⁹⁵ Pour approfondir le sujet, M. BOOKCHIN, *Qu'est-ce que l'écologie sociale ?*, Lyon, Atelier de Création Libertaire, 2012. & notre étude C. PAHAUT, « Écologie sociale. De la protection de la nature à l'émancipation sociale, la place qu'elle réserve aux luttes féministes », Publications du CVFE, décembre 2020. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/publications/etudes/338-ecologie-sociale-de-la-protection-de-la-nature-a-l-emancipation-sociale-la-place-qu-elle-reserve-aux-luttes-feministes> (consulté le 20/12/2021).
- ⁹⁶ Le « Texte fondateur » de *Faire Front*, regroupement d'associations, collectifs et citoyen.ne.s désireux.ses de « faire front pour un avenir social et écologique », est disponible sur <http://www.fairefront.be/texte-fondateur/> (consulté le 16/11/2021).
- ⁹⁷ « Texte fondateur de Faire Front », disponible sur : <http://www.fairefront.be/texte-fondateur/> (consulté le 03/09/2021).
- ⁹⁸ C. GILLIGAN, *In a Different Voice. Psychological theory and women*, ibidem.
- ⁹⁹ P. PAPERMAN & S. LAUGIER, « L'éthique de la sollicitude », *Sciences Humaines*, décembre 2006, N°177, p.6. Disponible sur : <http://www.observation.info/wp-content/uploads/2015/03/L%C3%A9thique-de-la-sollicitude.pdf> (consulté le 08/11/2022).
- ¹⁰⁰ Idem.
- ¹⁰¹ Francesca Scrinzi, *Care*, « Encyclopédie critique du genre », dir. Juliette Rennes, 2016, La Découverte, pp.106-115.
- ¹⁰² Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte, 2009 (1993).
- ¹⁰³ Ibid., p.172.
- ¹⁰⁴ Ibid., p.170.
- ¹⁰⁵ Ibid., p.173.
- ¹⁰⁶ Ibid., p.183.
- ¹⁰⁷ Idem.
- ¹⁰⁸ Ibid., p.184.
- ¹⁰⁹ R. HERLA, *Éthique féministe, vulnérabilité et sollicitude*, Publications du CVFE, décembre 2011, p.4.
- ¹¹⁰ Martha Nussbaum, *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*, Flammarion, série « Climats », 2012. Lire aussi à ce sujet *Qu'est-ce qu'une vie digne ?*, étude de Roger Herla pour le CVFE (2017), et en particulier les pages 13 à 22 : <https://www.cvfe.be/publications/etudes/162-qu-est-ce-qu-une-vie-digne-entre-savoirs-savants-et-experiences-entre-recherche-et-passage-a-l-action>
- ¹¹¹ Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, ibidem, p.220.
- ¹¹² Terme que nous empruntons à Murray Bookchin qui le développe in M. BOOKCHIN, *Qu'est-ce que l'écologie sociale ?*, Lyon, Atelier de Création Libertaire, 2012.
- ¹¹³ R. HERLA, *Éthique féministe, vulnérabilité et sollicitude*, ibidem, p.5.
- ¹¹⁴ Manifestations contre le covid Safe Ticket, Convoi de la Liberté (dont la « hausse du coût de l'énergie et du pouvoir d'achat font également parti des réclamations », in A. THIÉBAUX, « Convoi de la liberté : c'est quoi, Paris, Canada, où sont-ils ? », *Le Journal des Femmes-Santé*, 16 février 2022. Disponible sur : <https://sante.journaldesfemmes.fr/maladies/2782637-convoi-de-la-liberte-2022-france-paris-bruxelles-canada-c-est-quoi-pass-vaccinal-carte-facebook/> (consulté le 21/02/2022).
- ¹¹⁵ Un groupe d'experts indépendants a ainsi été constitué pour évaluer « la préparation et la riposte à la pandémie ». Leur rapport déplore le manque de réactivité de nos autorités : « On aurait pu intervenir plus rapidement pour appliquer les stratégies d'endiguement les plus efficaces partout où apparaissaient des cas », insiste le groupe d'experts. *Selon les experts indépendants, les risques existentiels déjà connus posés par la menace pandémique n'ont pas été pris au sérieux. Ils estiment qu'un nouveau cadre international est nécessaire.* ». In « Covid-19 : un groupe d'experts indépendant fustige un système d'alerte inadapté et des hésitations », sur le site d'ONU Info, 19 janvier 2021. Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2021/01/1087112> (consulté le 12/11/2021).
- ¹¹⁶ Extrait de H. HUSQUINET, *COVID-19 : une crise du soin ? Vers une autre conception de la vulnérabilité*, Collectif contre les violences familiales et l'exclusion (CVFE asbl), novembre 2020. Disponible sur <https://www.cvfe.be/publications/analyses/335-covid-19-une-crise-du-soin-vers-une-autre-perception-de-la-vulnerabilite> (consulté le 03/09/2021).

¹¹⁷ À l’instar du « Health equity task force » (ou Groupe de Travail sur l’Équité en Santé) créé lors de la présidence Biden-Harris aux États-Unis « afin que les critères de vulnérabilité (pauvreté, origine, sexe, handicap, territoire de vie, etc.), qui s’entremêlent, soient particulièrement pris en compte dans la réponse à la covid, et de manière routinière une fois la pandémie écartée. » Cf. tribune de M.-C. NAVES, « Le féminisme, pilier d’une démocratie durable », *Iris*, 20 avril 2021. Disponible sur : <https://www.iris-france.org/156563-le-feminisme-pilier-dune-democratie-durable/> (consulté le 10/11/2022).

¹¹⁸ On reconnaît là le principe d’unité dans la diversité, cher à nouveau à l’écologie sociale, selon lequel « la capacité d’un écosystème à maintenir son équilibre ne dépend pas de l’uniformité du milieu, mais bien de sa diversité. » in M. BOOKCHIN, *Qu’est-ce que l’écologie sociale ?*, ibidem, p.26. En témoignent de façon exemplaire les désastres engendrés par les monocultures en matière de santé et de biodiversité, menaçant la vie humaine elle-même. En rapportant cette biodiversité aux sociétés (humaines), Bookchin affirme par ailleurs son rejet de la standardisation et des totalitarismes.

¹¹⁹ Le « mutualisme » renvoie à la notion d’« entraide » développée par Kropotkine, théoricien russe du communisme libertaire. L’entraide est un système économique très important dans la théorie anarchiste qui critique les théories du darwinisme social qui, lui, « retient principalement le critère de « la sélection naturelle par le plus fort » ». L’entraide, au contraire, désigne « le concept économique de l’échange réciproque et volontaire de ressources et de services au profit de tous. C’est un facteur dans l’évolution de l’espèce humaine. », in Wikipédia, au terme « entraide » d’économie politique. Disponible sur [https://fr.wikipedia.org/wiki/Entraide_\(%C3%A9conomie_politique\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Entraide_(%C3%A9conomie_politique)) (consulté le 15/11/2021). Le terme « symbiotique » renvoie quant à lui au caractère de la « symbiose », c’est-à-dire à l’« association durable entre deux ou plusieurs organismes et profitable à chacun d’eux. ». In *Le nouveau Petit Robert*, mise à jour de mars 1995.

¹²⁰ Sur l’entraide, nous pourrions également citer G. CHAPPELLE & P. SERVIGNE, *L’entraide. L’autre loi de la jungle*, Éditions Les Liens qui Libèrent, 2017.

¹²¹ Nous étudions cette opposition des féministes « universalistes » envers les luttes décoloniales et indigénistes, en nous référant largement à des auteures telles que Françoise Vergès, in C. PAHAUT, « Décoloniser les corps et les territoires Vers une révolution féministe », Publications de l’asbl CVFE, juin 2022. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/publications/analyses/419-decoloniser-les-corps-et-les-territoires-vers-une-revolution-feministe> (consulté le 06/12/2022).

¹²² Lire notamment l’interview d’Ercan Aygoba par A. KUSSY et A. KLEFF, « Invasion du Rojava: l’Europe laisse faire par peur d’une révolution démocratique », in *Médiapart*, 26 novembre 2019. Disponible sur : <https://blogs.mediapart.fr/fauchoux-laurent/blog/261119/invasion-du-rojava-l-europe-laisse-faire-par-peur-d-une-revolution-democratique> (consulté le 06/12/2022). Néanmoins, dans notre Capitale peuvent heureusement s’organiser des débats ouverts et pacifistes sur la question palestinienne, sur les dynamiques décoloniales et révolutionnaires (EZLN, Solidarités au Rojava, etc.), tels que le Bandung du Nord, en référence à la Conférence du Bandung de 1955. Sur cette conférence, cf. l’éclairage d’E. VANTHUYNE, « Conférence de Bandung », site de l’INA. Disponible sur : <https://fresques.ina.fr/independances/fiche-media/Indepe00240/conference-de-bandung.html> (consulté le 06/12/2022). Et sur le Bandung du Nord 2022, cf. annonce de l’événement sur le site de *Bruxelles Panthères*, collectif « anti-impérialiste ». Disponible sur : <http://www.bruxelles-pantheres.be/?fbclid=IwAR2Ewym4hTvQjSHaL-zOxXOIvdrcYnYBwLq2kB219mcM96QbNTPCJeefJA> (consulté le 06/12/2022).

¹²³ E. LONDON, « Qu’est-ce que l’écologie sociale, de Murray Bookchin », in *Blog Bibliothèque Fahrenheit 451*. Disponible sur <https://bibliothequefahrenheit.blogspot.com/2017/03/> (consulté le 15/11/2021).

¹²⁴ Pour plus de connaissances sur l’autogestion en milieu de santé, lire Collectif, « L’autogestion à contre-courant ? - Petit cadavre exquis sur des pratiques plurielles », *Santé conjuguee* | n°63, janvier 2013. Disponible sur : <https://www.maisonmedicale.org/-L-autogestion-a-contre-courant-.html> (consulté le 28/02/2022).

¹²⁵ J. KRINSKY, M. SIMONET, « Déni de travail: l’invisibilisation du travail aujourd’hui. Introduction. », *Sociétés contemporaines*, 2012/3 (n° 87), p. 9. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2012-3-page-5.htm> (consulté le 06/09/2021).

¹²⁶ L. BERENI, S. CHAUVIN, A. JAUNAIT & A. REVILLARD, Introduction aux Gender Studies, Paris, Éd. De Boeck, 2008, p.131.

¹²⁷ « En effet, toute la question est de savoir comment sont co-construites l’extraction de travail moyennant salaire, l’extraction de travail gratuit et surtout, tout ce qui se trouve entre ces deux « extrêmes » et que nous appellerons ici « travail dévalorisé ». Nous faisons l’hypothèse que la mondialisation néolibérale pousse aujourd’hui la plupart de la main-d’œuvre « au centre », vers un travail qui n’est plus tout à fait gratuit, mais

qui n'est certes pas « correctement » rémunéré ni pleinement « salarié » et « prolétaire » et qui ne le deviendra jamais. », citation de Jules Falquet dans son article « La règle du jeu. Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de « race » dans la mondialisation néolibérale », in E. DORLIN (dir.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, PUF, Coll. Actuel Marx-Confrontation, pp. 71-90. Article disponible sur :

https://www.researchgate.net/publication/285636111_La_regle_du_jeu_Repenser_la_co-formation_des_rapports_sociaux_desexe_de_classe_et_de_race_dans_la_mondialisation_neoliberalere (consulté le 18/11/2022).

¹²⁸ Cette problématique des métiers dits “invisibles” est au cœur de C. ARRUZZA, T. BHATTACHARYA & N. FRASER, *Féminisme pour les 99 %*. Un Manifeste, publié en français aux éditions La Découverte, 2019.

¹²⁹ Le documentaire de G. Hardy et A. Lejeune, *Au Bonheur des dames* (Belgique, 2017), qui traite du milieu des titres services en est un parfait exemple.

¹³⁰ Collectif, *Le Travail Invisible dans le domaine de la santé et les Femmes*, Éditions University of Toronto Press, 2008. Disponible sur : <https://trpocb.typepad.com/files/travailauxiliaire.pdf> (consulté le 11/02/2022).

¹³¹ É. LAURENT, « L'essentiel, l'inutile et le nuisible », Blog de l'OFCE, 3 avril 2020. Disponible sur : <https://www.ofce.sciences-po.fr/blog/lessentiel-linutile-et-le-nuisible/> (consulté le 10/11/2022).

¹³² Lire par exemple Émilie Hache interviewée par Isabelle Cambourakis pour la revue en ligne *Contretemps* : <https://www.contretemps.eu/redecouvrir-ecofeminisme/>

¹³³ S. FEDERICI, *Caliban et la sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive*, Paris, Éditions Entremonde (pour la traduction française), 2014.

¹³⁴ J. BERGÉ, « L'écoféminisme et la revalorisation du care pour changer le monde », *RTBF Info*, 15 juin 2020. Disponible sur : https://www.rtbf.be/info/dossier/les-grenades/detail_l-ecofeminisme-et-la-revalorisation-du-care-pour-changer-le-monde?id=10522279 (consulté le 17/12/2021).

¹³⁵ Selon l'anthropologue Béatrice Galinon-Méléneq, l'espèce humaine fait partie intégrante des écosystèmes dans lesquels elle évolue. Cette conception repose sur « le paradigme de « L'Homme-trace » selon lequel les « conséquences-traces » des interactions multi-échelles humain-milieu provoquent une évolution de l'un comme de l'autre. » ; in article « écosystème » de l'Encyclopédie WikiMonde. Disponible sur : <https://wikimonde.com/article/%C3%89cosyst%C3%A8me> (consulté le 08/11/2022).

¹³⁶ Cf. C. PAHAUT, *Écologie sociale. De la protection de la nature à l'émancipation sociale, la place qu'elle réserve aux luttes féministes*, Publications du CVFE, décembre 2020. Disponible sur : https://www.cvfe.be/images/blog/analyses-etudes/Etudes/EP-2020-X-Ecologie_Sociale_et_luttes_fministes-CP-30nov.pdf (consulté le 14/02/2022).

¹³⁷ Cf. M. MERTEUIL, « Guide de lecture : Féminisme et théorie de la reproduction sociale, site de Médiapart, 6 août 2017. Disponible sur : <https://blogs.mediapart.fr/jean-marc-b/blog/050817/guide-de-lecture-feminisme-et-theorie-de-la-reproduction-sociale> (consulté le 22/11/2022).

¹³⁸ T. BHATTACHARYA, « Qu'est-ce que la théorie de la reproduction sociale ? », Site du CADTM, 13 mai 2019. Disponible sur : <https://www.cadtm.org/Qu-est-ce-que-la-theorie-de-la-reproduction-sociale> (consulté le 21/11/2022).

¹³⁹ Idem.

¹⁴⁰ Pour la Belgique, cfr le site du Collectif.e.f 8 maars, disponible sur : <https://8maars.be/8m/> (consulté le 21/11/2022).

¹⁴¹ A. KOECHLIN, « Crise du Covid-19 : donner la priorité à la reproduction sur la production », revue *Contretemps*, 18 mars 2020. Disponible sur : <https://www.contretemps.eu/coronavirus-capitalisme-reproduction/> (consulté le 14/02/2022).

¹⁴² Cf. Conférence de Daniel Weinstock durant la 25^{ème} session des Journées annuelles de santé publique (JASP) à Montréal. Disponible sur : <https://youtu.be/QpVMJXmCeE> (consulté le 25/11/2022). Résumé disponible également in P. DUPUIS, « Santé et justice sociale : qu'est-ce qui a changé ? », in revue en ligne *Éducation Santé*, octobre 2011. Disponible sur : <https://educationsante.be/sante-et-justice-sociale-quest-ce-qui-a-change/> (consulté le 25/11/2022).

¹⁴³ P. DUPUIS, « Santé et justice sociale : qu'est-ce qui a changé ? », idem.

¹⁴⁴ Idem.

¹⁴⁵ En Belgique, notre système public de couverture sociale prémunit chaque citoyen-ne contre les aléas financiers de la vie. Que ce soit les travailleur·ses avec l'ONSS, les patient·es et malades avec le système mutualiste, ou les CPAS. Cette protection sociale est conditionnée, mais elle a le mérite d'être bien ancrée dans nos politiques publiques depuis 75ans déjà, au contraire d'un pays comme les États-Unis où l'Obamacare (qui ne fut abrogé qu'en 2010) est soumis perpétuellement à débats par ses opposants,

notamment à la suite de la gouvernance de Donald Trump: cf. AP, AFP et Reuters, « La Cour suprême des États-Unis refuse à nouveau d'invalider l'Obamacare », in *Le Monde* [en ligne], 17 juin 2021. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/06/17/la-cour-supreme-des-etats-unis-refuse-a-nouveau-d-invalider-l-obamacare_6084567_3210.html (consulté le 15/12/2022).

¹⁴⁶ BELGA, « E-CIGARETTE: LE MR N'EST PAS FAVORABLE À DES ACCISES », MAGAZINE EN LIGNE 7SUR7, 19 JANVIER 2016. DISPONIBLE SUR : <HTTPS://WWW.7SUR7.BE/BELGIQUE/E-CIGARETTE-LE-MR-N-EST-PAS-FAVORABLE-A-DES-ACCISES~A246F886/?REFERRER=HTTPS%3A%2F%2FWWWW.ECOSIA.ORG%2F> (CONSULTÉ LE 16/12/2022).

¹⁴⁷ Campagne de la Journée mondiale de la Santé 2014, autour des maladies à transmission vectorielle. Définition fournie par l'OMS, via le site de Wikiwix-archives. Disponible sur: <https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhealthsystems%2Ftopics%2Fequity%2FFR%2F#federation=archive.wikiwix.com&tab=url> (consulté le 25/11/2022).

¹⁴⁸ Idem.

¹⁴⁹ Idem.

¹⁵⁰ P. DUPUIS, « Santé et justice sociale : qu'est-ce qui a changé ? », idem.

¹⁵¹ Organisme britannique de lutte contre les inégalités salariales. « *L'Equality Trust a été lancé en 2009 par Bill Kerry, Richard Wilkinson et Kate Pickett. L'idée du Trust a été développée à partir de 2007, après que Kate et Richard ont obtenu un contrat d'édition pour The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better, et Bill a reconnu le potentiel d'une campagne basée sur leurs preuves.* » sur le site de l'Equality Trust. Disponible sur : <https://equalitytrust.org.uk/history-0> (consulté le 28/11/2022). L'ouvrage a été traduit en français sous la référence K. PICKETT & R. WILKINSON, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Paris, Éditions Les Petits matins, 2013.

¹⁵² Idem.

¹⁵³ Richard WILKINSON, *L'égalité c'est la santé*, Éditions Demopolis, Paris, 2010.

¹⁵⁴ Nous avons déjà étudié l'impact sur la santé des femmes de ces différences de revenus dans l'étude C. PAHAUT, « Travailler dans la précarité : quel impact sur la santé des femmes ? », Publications de l'asbl CVFE, décembre 2018. Disponible sur : https://www.cvfe.be/images/blog/analyses-etudes/Etudes/EP-2018-Etude-Travailler_dans_la_prcarit-CP_corrdoc.pdf (consulté le 28/11/2022).

¹⁵⁵ Pour une définition plus précise, cf. « PIB : définition simple du produit intérieur brut, calcul et traduction », *Journal du Net*, 25 janvier 2019. Disponible sur : <https://www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier/1199005-pib-produit-interieur-brut-definition-calcul-traduction/> (consulté le 29/11/2022).

¹⁵⁶ Il en existe d'autres pour évaluer les inégalités au sein d'un pays, parmi lesquels le coefficient de Gini, l'indice de Développement humain (IDH) forgé par Amartya Sen outre le Bonheur national brut appliqué et inventé au Bouthan que nous avons déjà évoqué. In B. ROMAN-AMAT, « Le PIB est-il un bon indicateur de la richesse d'un pays ? », *Ça m'intéresse*, 7 décembre 2011. Disponible sur : <https://www.caminteresse.fr/societe/le-pib-est-il-un-bon-indicateur-de-la-richeesse-dun-pays-1110028/> (consulté le 18/11/2022).

¹⁵⁷ J. GOBERT, « Inégalités environnementales », site de l'*Encyclopédie de l'environnement*, 23 mars 2018. Disponible sur : <https://www.encyclopedie-environnement.org/societe/inegalites-environnementales/> (consulté le 03/09/2021).

¹⁵⁸ J. GOBERT, *ibidem*.

¹⁵⁹ « La pollution atmosphérique est le plus grand risque que [les Européens] encourent en matière de santé environnementale », in É. LAURENT, « Les inégalités environnementales en Europe », in site du SES-ENS de Lyon, 16 avril 2021. Disponible sur : <https://ses.ens-lyon.fr/articles/les-inegalites-environnementales-en-europe> (consulté le 12/07/2022).

¹⁶⁰ É. LAURENT, « VI. Les inégalités environnementales en Europe », *ibidem*, p.76.

¹⁶¹ À plus grande échelle dans notre actualité, pensons à Gaston Browne, Premier ministre de l'archipel de Antigua-e-Barbuda, qui à la tribune de la COP27 a demandé « *au nom des petits Etats insulaires, une taxe mondiale sur les bénéfices des entreprises pétrolières et gazières pour financer le dédommagement des pays du Sud frappés par les catastrophes climatiques.* » Au premier semestre de cette année, six entreprises des énergies fossiles ont gagné plus d'argent que nécessaire pour couvrir les coûts des dégâts climatiques majeurs dans les pays en développement, avec près de 70 milliards de dollars de bénéfices », in LIBÉRATION & AFP, « COP 27: les petits Etats insulaires veulent taxer les multinationales fossiles »,

Libération, 7 novembre 2022. Disponible sur : https://www.liberation.fr/environnement/cop-27-les-petits-etats-insulaires-veulent-taxer-les-multinationales-fossiles-20221108_AVBBODPXZBHBNOZ5PJS7L3CVAE/ (consulté le 21/11/2022).

¹⁶² À l'article « environnement » de *Le Nouveau Petit Robert*, Édition de 1993.

¹⁶³ Idem.

¹⁶⁴ É. LAURENT, « VI. Les inégalités environnementales en Europe », ibidem, p.70.

¹⁶⁵ In l'onglet « nos revendications » de *La santé en lutte – De zorg in actie*, ibidem.

¹⁶⁶ « A votre bonne santé ? », article du dossier *Quand les inégalités rendent malade...*, Magazine *SOLIDARIS* 3 | 2018, 3 juin 2018, p.17. Disponible sur : <https://solidaris-liege.be/servlet/Repository/solidaris-juin.pdf?ID=54701&saveFile=true> (consulté le 03/11/2021).

¹⁶⁷ Les discriminations de soins sont définies comme « des traitements différentiels (intentionnels ou non), illégitimes et produisant un résultat défavorable sur l'accès aux droits fondamentaux d'un individu ou d'un groupe d'individus. Directes, ou indirectes lorsqu'elles sont produites par les règles d'un système, elles sont génératrices d'inégalités. Or, l'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux pour lesquels un principe d'égalité est préconstitué. », in M. CORNU PAUCHET, « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité », *Regards*, 2018/1 (N° 53), pp. 43-56. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-43.htm> (consulté le 18/08/2021).

¹⁶⁸ Nous renvoyons aussi de nouveau vers l'exemple du « Health equity task force » (ou Groupe de Travail sur l'Équité en Santé), établi sous la présidence Biden-Harris pour pallier les inégalités de soins lors de la pandémie de covid-19. Cf. « Health Equity Task Force », sur le site de l'OMH (Office of Minority Health), janvier 2021. Disponible sur : <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=2&lvlid=100> (consulté le 06/12/2022).

¹⁶⁹ Sur le site de l'OMS. Disponible sur : https://www.who.int/europe/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (consulté le 12/07/2022).

¹⁷⁰ « *La littératie en santé est un déterminant de santé étroitement lié à d'autres déterminants (tels que l'alphabétisation, le niveau de revenus, la scolarité)* », in Dossier thématique « Littératie en santé », asbl Cultures&Santé, 2016, p.3. Disponible sur : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/60-litteratie-en-sante-n-8.html> (consulté le 17/11/2022).

¹⁷¹ Guide d'animation *La littératie en Santé. D'un concept à la pratique*, ibidem, p.8.

¹⁷² Pensons notamment aux attitudes parfois infantilisantes de certain-es infirmier-es envers les personnes âgées. Ce dont nous traitons in C. PAHAUT, « Lier vieillissement et féminisme dans les coursives animées des habitats coopératifs », octobre 2022. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/publications/analyses/439-lier-vieillissement-et-feminisme-dans-les-coursives-animees-des-habitats-cooperatifs> (consulté le 17/11/2022).

¹⁷³ 15ème revendication votée par l'Assemblée générale du 13 septembre 2019. Disponible sur : <https://lasanteenlutte.org/nos-revendications/> (consulté le 8/09/2021).

¹⁷⁴ Propos de l'astrophysicien et militant écologiste Aurélien Barrau interpellant les grands patrons à l'université d'été du Medef, le 30 août 2022. Disponible sur : <https://www.facebook.com/watch/?v=2268771456625400> (consulté le 22/11/2022).

¹⁷⁵ É. LAURENT, « Vers la Pleine santé par l'Etat social-écologique », ibidem.

¹⁷⁶ cfr page 13 de cette même étude.

¹⁷⁷ Le webinaire organisé par ARGO-CCGD (Conseil Consultatif Genre et Développement) « Climat et violences sexistes et sexuelles - pourquoi et comment les lier dans les politiques ? » le 30 mai 2022 insistait énormément sur les liens entre Justice climatique et Justice de genre. « *Le genre doit être pris en compte dans la lutte pour plus de justice climatique* », a notamment dit Tara Daniel de WEDO; cfr <https://wedo.org/> (consulté le 13/07/2022). En ce sens, l'implémentation nationale de la dimension du genre (tel que le *gendermainstreaming* en Belgique) est importante.

¹⁷⁸ Ainsi certaines femmes indigènes au Mexique, en Bolivie et en Argentine¹²⁸, qui se disent proches de leur « Ñuke Mapu » (« Terre-Mère »), militent au risque de leur vie, entre femmes essentiellement, celles-ci étant plus habituées au soin de leur communauté (et les hommes étant selon leurs dires¹²⁹ souvent abrutis par l'alcoolisme). Dans les favelas, les périphéries urbaines, les campagnes, elles s'organisent avec dignité contre notre monde extractiviste et contre les violences faites aux femmes. Contre l'appropriation de leurs territoires et de leurs corps. Nous nous référons aux propos de ces femmes dans le documentaire *Ni les Femmes ni la Terre !* de M. ALLARD, L. ASSEMAT & C. DHAUSSY (France, 2018). Cf. leur page FB : <https://www.facebook.com/nilesfemmesnilaterre> (consulté le 06/04/2022). Et à l'ouvrage de G. ROVIRA, *Femmes de Maïs*, Lyon, Éditions *Rue des Cascades/Livre de la Jungle*, 2014.

¹⁷⁹ STARHAWK, *Rêver l'obscur. Femmes, magie et politique*, Paris, Éditions Cambourakis (pour la traduction française), 2015, pp.40-42.

Santé ! La santé publique au cœur des luttes sociales, écologiques et féministes

[Crédit image : photo issue du site de La santé en lutte]

Collectif contre les Violences Familiales et l'Exclusion (CVFE asbl) : rue Maghin, 11 à 4000 Liège.

Publications (analyses et études) : www.cvfe.be

Contact : Roger Herla – rogerherla@cvfe.be – 0471 60 29 70

Autrice : Cindy Pahaut – cindypahaut@cvfe.be – 0478 45 37 13

Avec le soutien du Service de l'Éducation permanente de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Wallonie