

NOUS, LE MOUVEMENT SOCIAL



*Thomas Englert
Secrétaire fédéral du MOC Bruxelles*

Il y a quelques semaines, Solidarité Mondiale a changé de nom et de logo : WSM devient « We, Social Movements ». Ce changement d'appellation répond à l'ambition de construire de meilleurs partenariats pour la protection sociale pour tou.te.s et de sortir définitivement de la vision du Nord qui aide le Sud. Une belle transformation! C'est aussi dans cet esprit qu'est pensé ce nouvel exemplaire du Chou de Bruxelles sur la Santé.

Les blouses blanches ont secoué nos hôpitaux, nos maisons de retraite et le monde politique récemment. Elles dénoncent la précarisation de leurs emplois, le manque de personnel et en bout de course la mise en place d'un système de soins qui ne garantit plus la même qualité à tou.te.s. De nombreuses mobilisations en Europe font écho à leurs mobilisations.

Ces préoccupations se retrouvent dans quasi tous les articles. Le désinvestissement public et les programmes d'austérité démantèlent les services de santé. De grands groupes financiers cherchent à privatiser les soins pour faire des profits, notamment en capturant les financements publics, comme ceux destinés au vieillissement de la population.

Du Bangladesh à la Lituanie en passant par l'Afrique du Sud, ce sont les femmes qui portent en majorité les conséquences de cette situation. Les travailleur.e.s essayent de combler les trous malgré des conditions de travail de plus en plus difficiles.

Certaines migrent pour échapper à la misère, à la violence ou pour garantir la subsistance des leurs. Ce processus contient de nombreuses violences difficiles à supporter. De la même façon que les grandes multinationales opèrent sur la scène internationale, nous voyons une interconnexion croissante de nos situations locales. La réflexion sur la chaîne internationale du care menée par les travailleuses domestiques sans papiers en Belgique illustre ce fait parfaitement.

Cette réalité nous appelle à repenser notre solidarité internationale. Nos combats quotidiens sont profondément liés à celui des travailleuses et des peuples partout dans le monde. Penser nos mobilisations et nos organisations locales comme des outils pour répondre aux enjeux de notre réalité quotidienne, tout en existant dans les enjeux plus larges, nationaux et internationaux est un enjeu majeur.

Un enjeu qu'a voulu relever la CSC avec la création de la fédération mouvement de la CSC de Bruxelles. Nous saluons, ici, un outil pour continuer à porter les réalités et les mobilisations bruxelloises au sein d'une CSC forte et internationale!



61 % DES MAISONS DE REPOS (MR) ET DE SOINS (MRS) BRUXELLOISES SONT GÉRÉES PAR DES SOCIÉTÉS COMMERCIALES... BUSINESS ET BIEN-ÊTRE DES RÉSIDENTS FONT-ILS BON MÉNAGE ?

Par Anne Jaumotte,
Chargée de projet à Énéo, mouvement social des aînés

Les impacts du vieillissement se ressentent dans tous les secteurs d'activités, nous touchant nous-mêmes dans le quotidien de notre famille, au travail, dans le secteur des soins de santé... L'économie¹ toute entière mesure les effets du boom démographique au travers de la Silver économie appelée aussi business du vieillissement.

Le secteur de l'hébergement pour personnes âgées s'est modifié ces quinze dernières années et n'a pas échappé à la convoitise de grands groupes financiers dont le chiffre d'affaires se mesure en dizaines de millions d'euros !

Secteur des maisons de repos à Bruxelles

182 structures offrent 18.053 places d'accueil réparties en 3 secteurs²

17 % des maisons sont gérées par le secteur **privé associatif** non commercial (asbl, Fondations, mutuelles, réseaux catholiques) ... pour 29,72% en Wallonie et 53% en Flandre (avec en Wallonie un plafond réglementaire fixé à 21% de l'offre totale des places)

22% des institutions sont gérées par le **secteur public** (CPAS, intercommunales, ...) pour 31,4% en Région Wallonne et 33% en Flandre (avec en Wallonie un plafond réglementaire fixé à 29% de l'offre totale)

61 % de l'offre bruxelloise est couverte par le **secteur privé commercial** (groupes financiers Orpéa, Armonea, Korian, Senior Assist, Senior Living Group...) pour 39,04 % en Wallonie et 14% en Flandre (avec en Wallonie un plafond réglementaire fixé à 50% de l'offre totale).

Les chiffres concernant les MR/MRS bruxelloises interpellent

Les plus de 65 ans sont 155.000 (10%) aujourd'hui et leur nombre passera à 220.000 en 2040.

Depuis 2005, le secteur des maisons de repos à Bruxelles s'est transformé par la présence croissante d'institutions gérées par le secteur privé commercial³. Comme vous avez pu le constater dans l'encadré, 61 % des maisons de repos et de soins bruxelloises sont gérées aujourd'hui par des sociétés commerciales et parmi elles, 70 % de ces sociétés sont de grands groupes financiers. Qu'est-ce qui explique leur présence importante à Bruxelles ?

La surreprésentation du secteur privé commercial peut être justifiée par les importants investissements qu'a nécessité la mise aux normes du bâti vétuste (voir encadré, ci-dessous). Les coûts des travaux de rénovation, de construction ou d'extension des maisons de repos se sont vite avérés impossibles à assumer pour les gestionnaires de structures de petite taille. Les groupes financiers possédant des liquidités suffisantes ont flairé la bonne affaire et ont alors profité des taux hypothécaires particulièrement bas pour racheter de petites structures, les démolir et les reconstruire ailleurs ou encore les rénover afin qu'elles répondent aux normes prescrites par ordonnances. La demande de logement dans le secteur était (et est toujours) élevée et prévisible, l'investissement à l'époque comportait donc peu de risques.

Par ailleurs, le manque d'investissements publics (toujours d'actualité) laisse encore aujourd'hui le champ libre aux investisseurs privés ouvrant toute grande la porte à la création de maisons de repos privées de plus grande taille, souvent plus chères et dans lesquelles la qualité des services rendus aux résidents entre en concurrence avec la rétribution annuelle des actionnaires⁴. Les résidents sont les clients à qui l'on vend des services qui peuvent se chiffrer à plus de 2500 € par mois, avec des sommets pouvant atteindre 7000 € ! Qui peut régler des notes de frais pareilles ? Pire, ces prix exorbitants ne riment pas nécessairement avec qualité des services. Et comme si cela ne suffisait pas, le contribuable soutient par le biais des interventions de l'INAMI, des structures (très) onéreuses en octroyant le personnel indispensable à leur fonctionnement. Un comble !



¹ https://www.eneo.be/images/analyses/2017/201713_Silver__economie_au_service_des_aines_ou_Eldorado_pour_le_marche.pdf

² Sources des statistiques bruxelloises : Infor-Homes Bruxelles, « Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maisons de Repos Bruxelloises » 2018, www.inforhomesasbl.be

³ <https://www.solidaire.org/articles/un-tiers-des-places-en-maisons-de-repos-sont-gerees-par-quatre-multinationales>

⁴ <http://inegalites.be/La-privatisation-des-maisons-de>

Sont observés également dans ces structures, un personnel calculé juste pour satisfaire aux normes (alors que dans d'autres secteurs, la norme est dépassée pour davantage de confort de travail pour le personnel, par exemple). Un système de compétition sera organisé entre les managers au travers d'enquêtes « qualité » afin non pas d'augmenter la qualité de la nourriture des résidents, par exemple, mais pour cibler qui dans le groupe de maisons détient l'hôtellerie la plus profitable et donner le signal d'un alignement sur les autres maisons. Il va sans dire que les managers dont les coûts sont les moins élevés sont récompensés par des primes intéressantes, les autres sont pénalisés par un système très hiérarchisé laissant peu de place aux initiatives locales. Tout semble également organisé pour éviter l'obligation de constituer une délégation syndicale (à partir de 50 travailleurs) afin de maintenir le rapport de force favorable au côté patronal. Cette marchandisation du secteur se situe bien loin des préoccupations du bien-être des résidents. Et c'est bien en cela que réside le problème à nos yeux. La polyvalence imposée à tous les métiers et une rotation du personnel d'une maison à l'autre au sein du groupe en sont un autre exemple, et une pratique qui convient fort peu aux résidents fragilisés pour qui des visages connus rassurent.

Mentionnons encore que le taux d'occupation moyen des maisons de repos bruxelloises est inférieur à 87 %. Les experts de tous poils expliquent le phénomène d'une part, par l'octroi massif d'agréments de structures ces dernières années par les ministres successifs, produisant un surplus de places MRS (pour personnes nécessitant des soins) par rapport au nombre réel de ces personnes. Une fois encore, le manque de vision claire, d'anticipation, des politiques couplées à la méconnaissance à la fois des enjeux du vieillissement et de la population vieillissante, sont des éléments qui expliquent cette situation actuelle problématique. Au vu des quelques situations que nous venons d'énoncer, nous nous demandons pourquoi les autorités compétentes n'ont pas encore pris la mesure de quotas comme en Wallonie ? Pourquoi ne pas avoir étudié de formules de partenariats financiers public-privé pour garder la main sur l'ouverture de structures accessibles financièrement au plus grand nombre d'une part, et d'autre part, pourquoi ne pas lier le subventionnement des structures à des critères objectifs à justifier et évaluer, comme le nouveau décret wallon le prévoit ?



Énéo, mouvement social des aînés prône une autre vision du secteur des aides et des services aux personnes âgées : plus humaine, plus ambitieuse, davantage attentive aux attentes et besoins des résidents et surtout digne d'une société respectueuse des aînés dans laquelle le service aux personnes, car c'est bien de cela dont nous parlons, ne se marchandise pas et ne se brade pas aux plus offrants.

Nous l'avons vu, la place prise par le secteur privé commercial à Bruxelles soulève beaucoup d'interpellations, de questionnements, de mises en garde. Le tout est à nuancer car ce secteur peut aussi parfois apporter des solutions à des problèmes structurels (rénovation du bâti, matériel de qualité, économies d'échelle, ...); certaines directions apportent également leur contribution à l'amélioration d'une qualité de vie en MR et MRS tant pour le personnel que les résidents. La réflexion se prolongera pour Énéo-Bruxelles dans une analyse qui se trouvera sur le site enéo.be et qui servira d'outil à un groupe de travail chargé de faire des propositions au monde politique bruxellois.

Les normes réglementaires visent la protection et la sécurité des résidents et recouvrent des législations spécifiques

Coûts à l'investissement

Normes protection incendie, normes architecturales (surface des chambres, wc privatif, coin toilette personnel... etc.)

Coûts de fonctionnement

Normes d'hygiène, normes de l'AFSCA, normes de personnel



QU'EST-CE QU'ÊTRE UNE FEMME EXILÉE AUJOURD'HUI ?

Par Pascale De Ridder et Cihan Gunes,
Psychologues cliniciennes au service santé mentale Ulysse.



De par le monde, ce sont près de soixante-dix millions de personnes qui se retrouvent contraintes d'abandonner leur foyer pour survivre. Quelques milliers d'entre elles arrivent en Belgique chaque année. Terre d'asile ou de transit. Ces dernières années, la politique migratoire européenne a subi des évolutions allant vers un rejet et une criminalisation toujours plus importants. Nombreuses sont alors celles qui, avec le temps, finissent invisibilisées, lorsque le sceau administratif de l'illégalité les frappe¹.

Depuis quelques temps, les femmes exilées — seules ou non, parfois avec enfants — semblent attirer une attention particulière. Ces femmes font face à des violences d'ordre multiple, variées et entrecroisées, et même lorsqu'elles fuient pour des raisons identiques à celles des hommes, la violence qui s'abat sur elles ne manque jamais de prendre des formes spécifiques. Dans une société patriarcale, vivre une guerre, un blocus économique, un pouvoir autoritaire, raciste ou rétrograde, l'on n'en fait pas tout à fait la même expérience que l'on soit homme ou femme.

Ces dernières sont aussi, souvent, contraintes à l'exil parce que femme, pour fuir une oppression et une violence physique et/ou psychologique, qui les vise tout particulièrement parce que femme. Mouvement pour échapper à la place à laquelle elles sont assignées et les dangers qui y sont liés, lorsqu'elles en trouvent les ressources (psychiques comme matérielles) nécessaires. La rupture avec un environnement, la coupure de liens, le sentiment de désaffiliation et de solitude radicale que ressentent la majorité des exilé.e.s, ont sans conteste une

coloration particulière lorsque le danger provient du monde de l'intime et du familial.

Que la violence fuie ravage des villes entières ou le silence d'un foyer, elle ne cesse de réapparaître sur la route, sur ce chemin qui apparaît sans fin, tant elles peinent à arriver quelque part. Dans ces « couloirs d'exils² », dont la violence n'épargne absolument personne, les violences sexuelles et les réseaux de traite et d'exploitation viseront, et frapperont, les femmes de manière spécifique. Les conséquences subies seront alors à rajouter à la triste et longue liste d'horreurs subies par tous les exilés. Être enceinte sur les routes de l'exil, d'une grossesse désirée ou suite à un viol. Être avec un enfant en bas-âge. Être femme seule, exposée. Mais l'oppression et la violence sexistes ne connaissent pas de frontière. Ici aussi, la violence sexuelle, l'exploitation, la précarité, la misère, toucheront de manière toute particulière les femmes : mille et un dangers qu'elles doivent éviter au quotidien, et qui ne manquent pas de les frapper. Leurs corps, leurs mots, ne cessent de le dire. La violence systémique sexiste se surajoute à la violence raciste et économique que leur condition de femme étrangère exilée ne cesse de révéler. A les écouter, dans nos lieux de consultations, très rares sont celles qui y auront réchappé.



¹ Près de la moitié des personnes arrivant sur le territoire belge se retrouvent privées d'un droit au séjour à l'issue de leur demande.

² Michel Agier, « Le couloir des exilés. Être étranger dans un monde commun »

M. Agier pointe dans ses travaux que les nouvelles routes migratoires ne sont pas le fruit du hasard mais le produit de décisions politiques.

Quel accompagnement proposer ?

Nous rencontrons des femmes désespérées, psychologiquement épuisées par les effets cumulés des violences vécues au pays, durant le trajet, en Europe. Parfois, elles sont traumatisées par le risque de mort physique ou psychique auquel elles ont été confrontées et les traitements inhumains et dégradants subis. Nous recevons des personnes qui peuvent avoir le sentiment de moins en moins appartenir à l'espèce humaine, dont le rapport au monde et aux autres a été profondément modifié par le rejet et la déshumanisation vécus à répétition.

Elles éprouvent une insécurité permanente et leur psychisme peut être pris dans un fonctionnement « en mode survie » avec une fixation sur le présent ; soit par nécessité matérielle (car devoir repenser chaque jour où trouver un abri, que manger, comment faire face à l'urgence vitale au jour le jour mobilise toutes les ressources psychiques), soit pour ne pas risquer un envahissement par l'effroi et l'horreur liés au retour d'un passé traumatique qui sidère et empêche d'avancer. Dans ces cas, lorsque l'épuisement (dont absolument toutes parlent) appelle un lieu de repos, vient aussi la peur de relâcher leur vigilance car les voix, les odeurs, les douleurs des événements traumatisants qui alors les envahissent sont insupportables : « J'entends les gens qui viennent me chercher ». Le passé est omniprésent, le présent une lutte pour survivre qui semble sans fin, et l'horizon apparaît barré, tant tous les messages qui leurs sont renvoyés ne cessent de remettre leur parole en doute et leur dire qu'il n'y a pas de place pour elles tant symboliquement que concrètement. En effet, l'« accueil » que notre pays réserve aux exilé.e.s ne leur permet pas de s'ancrer quelque part : l'errance géographique au risque de l'errance psychique. Notre service se propose alors comme un lieu qui fait repère et inscription tant physique que psychique.

Comment établir avec ces femmes exilées un lien de confiance, tout en respectant la distance qu'elles ménagent et les mécanismes de défense individuels et collectifs qu'elles élaborent ?

Nous tentons à Ulysse de construire un espace individuel et collectif où elles seront respectées, écoutées, accompagnées dans un monde nouveau pour exister quelque part et se reconstruire. Nous proposons des entretiens individuels avec interprète si nécessaire et l'accès à des activités communautaires pour briser la solitude, favoriser les liens et reprendre confiance dans les rapports humains. Il s'agit de l'offre d'une parole différente, une parole accueillie, entendue par des personnes disponibles à l'écoute d'une expérience et prêtes à répondre présentes. Une écoute respectueuse de la singularité, contre le poison de la suspicion et de la négation du vécu. C'est aussi reconnaître et défendre les droits de chacune, pour retrouver une légitimité et faire barrage au sentiment que la violence est sans limite.

Nous pensons que ce qui peut, avec effet immédiat, protéger les femmes exilées des violences spécifiques qu'elles subissent ici serait d'obtenir des moyens de subsistance pour des conditions de vie dignes. La misère économique et sociale frappe les exilé.e.s, les immigré.es, et a fortiori les « sans papiers » qui sont les plus exposé.e.s. Cette misère est aussi celle qui amène en premier lieu vers la violence sexuelle, à laquelle les femmes sont continuellement exposées. Sans revenus, sans possibilité de subvenir aux besoins fondamentaux (avoir un toit, pouvoir s'alimenter sainement, avoir accès aux soins de santé, au plus strict minimum), le cercle de la violence genrée ne saura se briser, et aucun dispositif psychologique, aussi optimal soit-il, ne saura suffire. Car afin qu'elles se sentent mieux, plus fortes, apaisées, il faut que les violences appartiennent au passé. Que ces revendications ne concernent pas uniquement les femmes exilées, qu'à cela ne tienne ! Il est là le second point fondamental : que ces femmes se sentent reconnues parmi d'autres, qu'elles se sentent incluses, appartenant à une communauté — de femmes, de mères, de travailleur.e.s, etc., de personnes ayant droit à une vie digne. Pour le reste, nous, psychologues, acteurs de soins, devons répondre présents pour accompagner toute personne en souffrance, en défendant en premier lieu un réel accès aux soins.



Service de Santé Mentale Ulysse - accompagnement psychosocial et thérapeutique pour personnes exilées



TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ, UNISSEZ-VOUS !

*Pablo Sanchez
Responsable des campagnes de la
Fédération syndicale européenne des Services publics FSESP / EPSU*



Espagne



France

Ces dernières semaines, des dizaines de milliers de travailleurs de la santé et des soins de santé participent à des actions et à des grèves dans toute l'Europe.

On a vu depuis 2 mois des grèves et manifs dans la santé publique ou non marchande en Irlande du Nord (le 2 décembre), aux Pays-Bas (le 20 novembre), en Espagne (le 7 novembre et le 14 décembre), en Lettonie (le 7 novembre), en France (le 14 novembre, le 5 décembre dans le cadre des pensions, et les urgentistes sont en grève depuis des mois), en Allemagne (santé sans but lucratif est en grève dans plusieurs Ländern comme la Saxe le 1er Novembre), en Suisse (le 5 novembre et encore en décembre), en Bulgarie (le 7 octobre). On voit aussi des luttes en Norvège, au Portugal et en Italie à l'échelle régionale... et évidemment aussi en Belgique !

Et les demandes, malgré la diversité des pays, sont similaires. Un financement public plus important est nécessaire pour fournir des services de qualité, avec des travailleurs, et très souvent des travailleuses bien rémunérés. Des années d'austérité ont laissé les systèmes de santé publics en crise.

La mobilisation en France a forcé le président français Emmanuel Macron à reconnaître cela dans son offre de financement, notamment pour les salaires, à la suite des manifestations du 14 novembre dans les maisons de retraite. Après des mois de grèves à travers le pays, les affiliés français de la Fédération Syndicale Européenne des Services Publics, l'organisation européenne qui organise la plupart des travailleurs de la santé, ainsi que de

nombreuses autres organisations professionnelles et syndicats ont obtenu gain de cause. Maintenant, il faut attendre et voir ce que Macron offrira, mais de nouvelles mobilisations sont déjà annoncées pour décembre pour maintenir la pression.

Le gouvernement letton avait également pris des engagements en matière de financement des soins de santé après les mobilisations, mais les syndicats et autres organisations ont manifesté à Riga le 7 novembre, les promesses n'ayant pas été tenues. Des demandes similaires ont été exprimées par les travailleurs espagnols le même jour. Ils luttent contre le travail précaire dans le secteur des soins de santé, qui affecte les femmes de manière disproportionnée. Les employeurs maintiennent les salaires bas et exploitent la force de travail de la main-d'œuvre féminine. Des grèves et des actions continuent également dans le même secteur en Allemagne où le syndicat Ver.di demande plus de personnel et une meilleure rémunération. À la suite de grèves régionales, les employeurs concluent actuellement des accords comme celui du Bade-Wurtemberg, qui sera traité dans notre prochain bulletin sur les négociations collectives.

Les travailleurs ne protestent pas seulement contre le manque de financement, mais aussi contre l'idée selon laquelle notre santé est un bien marchand. Les gouvernements poussent pour plus de concurrence et de privatisation comme voie pour améliorer les services. La réalité est que la qualité du travail et la qualité des soins en pâtissent. Les syndicats (UNISON, UNITE et GMB) de trois hôpitaux de Berkshire (Royaume-Uni) et de Surrey, dans le sud-est de l'Angleterre, ont annoncé une action de grève



contre le projet de sous-traiter jusqu'à 1 000 employés du NHS, nettoyeurs, traiteurs, porteurs, agents de sécurité etc. Ils savent que le résultat serait des emplois plus précaires et des salaires plus bas. L'action de trois jours s'est terminée le 20 novembre, jour où les travailleurs hospitaliers néerlandais ont participé à leur toute première grève nationale, une mobilisation vraiment historique qui n'a eu aucun écho dans les médias belges, même pas en Flandre ! Leurs demandes font écho à celles de leurs collègues de toute l'Europe. Le travail qu'ils accomplissent mérite une bonne convention collective, des salaires décents et des mesures pour réduire la charge de travail et le stress, avec davantage de personnel et d'investissements dans les hôpitaux.

La Fédération Européenne des travailleurs de la santé (EPSU pour son nom en anglais) soutient tous ces travailleurs et leurs syndicats et essaye d'envoyer des délégués et des travailleurs pour expliquer que la cause est toujours la même : les effets des années d'austérité sont évidents, comme le reconnaît même le président Macron.

Les recherches montrent que les inégalités en matière de santé s'aggravent et que les travailleurs paient un lourd tribut. Une étude réalisée par Kommunal (syndicat suédois des ALR), a révélé que les travailleurs âgés dans le secteur des soins aux personnes âgées présentaient des taux de maladie plus élevés que dans les secteurs de la construction, par exemple.

En Europe les gens exigent des soins de qualité, mais ils savent que le personnel qui les fournit est sous-payé et surchargé de travail, alors que les services sont sous-financés. La nouvelle présidente de la Commission Européenne, Ursula Von der Leyen, souhaite présenter un plan d'action visant à mettre en œuvre le pilier européen des droits sociaux, mais pour que les citoyens puissent exercer leur droit fondamental aux soins, cela doit s'accompagner d'un financement accru des services publics. Et cela signifie que la Commission doit abandonner l'austérité et promouvoir des politiques économiques alternatives.

Les prochains mois seront décisifs pour voir si les « plans » de la Commission européenne sont un changement de direction ou simplement de la rhétorique politicienne ; en tout cas, les luttes dans la santé vont continuer et il faut impliquer l'ensemble du mouvement ouvrier, la campagne « santé en lutte » a fait le 25 octobre un événement avec des représentants français et italiens, c'est le bon chemin, notre santé est en danger.





BANGLADESH : DU DROIT À LA SANTÉ AU DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE INTÉGRAL

Jennifer Van Driessche,
We Social Movements (WSM)

La solidarité pour la santé dépasse les frontières ! We Social Movements (WSM), nouvelle appellation pour Solidarité Mondiale, l'ONG du Mouvement Ouvrier Chrétien, soutient dans le monde plusieurs organisations qui agissent sur le terrain pour l'accès de toutes et tous à la santé. À côté des mutuelles de santé, WSM soutient aussi l'approche de GK, au Bangladesh. L'amélioration des services de soins de santé pour la population rurale, en particulier les femmes et les enfants, est devenue le point de départ de ce qui est en réalité un vaste programme de développement communautaire.

GK a commencé comme un hôpital de campagne pendant la guerre d'indépendance en 1971. GK, qui signifie « Centre de santé populaire », s'est fixé comme objectif principal « les soins de santé pour tous ». En se concentrant sur les pauvres, GK a commencé par fournir des soins de santé préventifs et primaires dans les zones rurales environnantes où l'accès aux services de santé était presque inexistant. Au fil des ans, GK a développé toute une gamme de services de protection sociale, car une bonne santé ne dépend pas seulement de bons services de santé. GK gère aujourd'hui des programmes dans de nombreux domaines tels que l'éducation, la formation professionnelle, la nutrition, l'agriculture, les revenus, la recherche sur les vaccins et les médicaments. **La clé du succès de cette approche intégrée est l'autonomisation des pauvres, en particulier des femmes et des enfants.** L'organisation emploie actuellement plus de 5000 personnes.

Tout a commencé avec les soins de santé en porte à porte. Le personnel visite les gens chez eux et les soigne là-bas, pour s'assurer que les femmes et les enfants voient un infirmier-ère ou un-e médecin de temps à autre. Des services de santé secondaires et tertiaires sont également proposés par GK dans ses cliniques et ses hôpitaux. Au fil des années, GK a ensuite commencé à mettre au point différentes interventions dans des domaines tels que l'éducation, la formation professionnelle, la nutrition, l'agriculture, la génération de revenus et la recherche de vaccins et de médicaments, car **la santé ne consiste pas uniquement à prévenir ou à traiter les maladies. Les conditions dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ont une grande influence sur la santé des personnes. GK a commencé à agir très rapidement sur les déterminants sociaux de la santé.** Ce faisant, on pourrait dire que GK offre toute une gamme de services de protection sociale pour assurer non seulement la bonne santé des personnes, mais également leur bien-être général.

En conséquence, GK n'est pas seulement une ONG active dans le secteur de la santé, c'est une organisation de développement communautaire dotée d'une approche intégrée ou globale. Le développement de la communauté n'est pas un travail extérieur, **mais la volonté de changement doit venir de l'intérieur** : les membres de la communauté, en particulier les pauvres et



les femmes, les chefs de village, les imams et les prêtres, les représentants élus de leurs gouvernements locaux etc. GK les a regroupés au sein de « comités de développement villageois » et a limité son rôle à fournir une expertise technique et un soutien. **La communauté est l'agent, GK est l'animateur.**

Cette recette de développement communautaire fonctionne très bien. Il est appliqué depuis 40 ans maintenant et a donc fait ses preuves. Le travail de GK au niveau local a été la base d'une véritable transformation des communautés. Les gens ont changé d'attitude vis-à-vis de leurs soins de santé, de la scolarisation de leurs enfants, du statut des femmes dans leurs communautés. C'est aussi la meilleure garantie que les changements au niveau local – changements d'inclusion sociale, d'égalité, de résilience – soient durables.

Malgré tous ces résultats remarquables, il ne faut pas oublier que le développement de GK n'a pas toujours été facile. Plusieurs infirmières ont subi des attaques lorsqu'elles sont entrées dans les villages à vélo et sans burka. Les propriétés de GK ont également fait l'objet d'attaques.

GK peut être considéré comme une organisation sociale dynamique, continuellement en réponse à de nouveaux défis, explorant toujours de nouvelles opportunités, mais sans perdre de vue sa vision, ses objectifs et ses stratégies, qui constituent les lignes directrices principales de toutes ses activités.

Le modèle proposé par GK est centré sur les personnes et a fait ses preuves. En outre, il est abordable compte tenu du fait que ses coûts de prestation de soins de santé, par exemple, sont quatre fois moins élevés que dans le secteur de la santé publique. **Il est efficace car il implique la communauté et les pouvoirs publics à tous les niveaux.** Toutes ces considérations suggèrent que le gouvernement du Bangladesh pourrait reproduire le modèle au niveau national. Si le gouvernement décide de le faire, GK est certainement prêt à jouer son rôle. Dr Kadir, directeur de GK, l'affirme : « Il faut beaucoup plus de services de santé. Les services gouvernementaux

sont insuffisants et fonctionnent souvent mal. Ils ne répondent aux besoins que de 30 % de la population totale. En outre, il y a un manque de personnel, de médicaments et de lits d'hôpitaux. Un autre problème important au Bangladesh est la façon dont les gens sont informés sur les maladies et les soins de santé en général. Par exemple, dans certains villages, on dit aux gens qu'ils ne devraient

pas donner de l'eau à leur enfant s'il souffre de diarrhée, mais ne pas donner d'eau est très dangereux ! La privatisation du secteur est un autre gros problème. Pour de nombreuses entreprises, il est facile d'utiliser le manque de services de santé pour établir des hôpitaux et des institutions privés, auxquels seuls les riches ont accès. »

Un projet pilote d'assurance maladie pour les travailleurs du textile

Au Bangladesh, près de 4 millions de petites mains cousent nos vêtements, à des salaires très bas et dans des conditions de travail souvent dangereuses. La production de vêtements est l'industrie exportatrice qui rapporte le plus à l'économie du pays. Elle a donc eu un impact significatif sur l'économie urbaine du pays, les revenus d'exportation, et a transformé la vie de beaucoup de femmes de foyers pauvres. En effet, les femmes représentent 80 à 85% du total des 4 millions d'employés du secteur.

Il y a un peu plus de 6 ans, le bâtiment Rana Plaza s'effondrait à Dhaka, au Bangladesh. Une catastrophe en vies humaines, mais une catastrophe aggravée par l'absence totale de protection sociale... Ce n'est que grâce à la pression internationale qu'un fonds d'indemnisation a finalement pu être mis sur pied, deux ans seulement après la catastrophe !

Depuis, les partenaires de Solidarité Mondiale veulent aller plus loin. GK, comme organisation spécialisée dans la santé communautaire, qui s'engage pour l'émancipation des femmes et des plus pauvres du pays, et le syndicat NGWF qui, lui, organise près de 45.000 travailleurs du secteur textile. Ensemble, ils s'organisent sur place pour la création d'une assurance maladie qui couvrirait les frais médicaux des travailleurs.

Car sur place, la vie s'organise sans protection sociale. En cas de maladie ou d'accident, le travailleur est forcé de s'arrêter, mais sans aucun revenu de remplacement, et en prenant en charge seul l'ensemble des coûts des soins médicaux (très

chers !). Les entreprises contournent les maigres obligations légales qu'elles ont de fournir des services minimum de soins de santé. Les longues heures de travail conjuguées à de longues heures d'attente dans les hôpitaux publics rendent les soins souvent inaccessibles pour la majorité des travailleuses. Une situation inacceptable !

GK a dès lors réfléchi avec le syndicat NGWF à un projet d'assurance maladie pour ces travailleurs qui permettraient d'éviter ces effets délétères pour leur santé. L'objectif principal du projet, construit sur 4 ans afin d'en mesurer l'impact, est de donner accès aux travailleurs aux services de santé primaire et secondaire à des coûts avantageux, ceci afin d'améliorer leur état de santé, et par ricochet, leur productivité au travail. Après 4 ans, GK espère toucher 26.000 travailleurs dans cette phase pilote, dans cinq à huit usines.

WSM souligne le rôle des marques pour soutenir ces systèmes durables. Le coût de ces systèmes n'est rien à côté des bénéfices énormes qui sont retirés de l'industrie textile. Les marques ont la responsabilité de payer des prix suffisants par pièce produite pour permettre aux employeurs locaux de payer des salaires vitaux aux travailleurs. Une condition sine qua non pour qu'ils puissent se permettre de payer la part personnelle de l'assurance maladie.

Ce n'est finalement qu'une question de volonté politique... Mais pour ceux qui fabriquent nos vêtements, c'est une question vitale !





PHILIPPINES : LUTTE ACHARNÉE POUR DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ

Par Jeroen Roskams,
Asia Program Officer, We Social Movements

L'accès à des soins de santé abordables et de qualité n'est pas une évidence à travers le monde. Aux Philippines, l'Alliance of Health Workers (AHW), organisation partenaire de WSM, mène au quotidien une lutte acharnée contre la menace de privatisation des soins de santé, de même que contre la poursuite du démantèlement des conditions (déjà peu glorieuses) en matière de travail et de salaires du personnel employé dans les hôpitaux. Leurs expériences nous enseignent que de bons soins de santé vont de pair avec de bonnes conditions de travail pour le personnel de santé.



L'AHW est une alliance de syndicats actifs dans le secteur de la santé publique qui représente quelques 27.000 membres sur l'ensemble de l'archipel philippin : docteurs, personnel soignant ainsi que personnel administratif et technique des hôpitaux publics.

En 2018, la situation politique aux Philippines s'est détériorée. Le gouvernement philippin, sous le prétexte d'une guerre sans merci contre les trafiquants de drogue et les terroristes, a poursuivi sa répression contre les organisations de la société civile, les militants des droits humains et du travail et les peuples autochtones. La loi martiale a été imposée à l'ensemble de la région des Visayas et à Bicol, ce qui laisse craindre qu'elle ne couvre bientôt tout le territoire philippin. Les opérations militaires lourdes se sont également multipliées.

L'activisme social, la mobilisation et l'organisation des travailleurs deviennent de plus en plus difficiles et dangereux en raison d'un climat de violence aveugle et de meurtres extrajudiciaires. La réforme fiscale et la forte hausse du prix des produits de base qui en ont résulté ont touché principalement les travailleurs pauvres.

La mauvaise gestion impacte les patients démunis

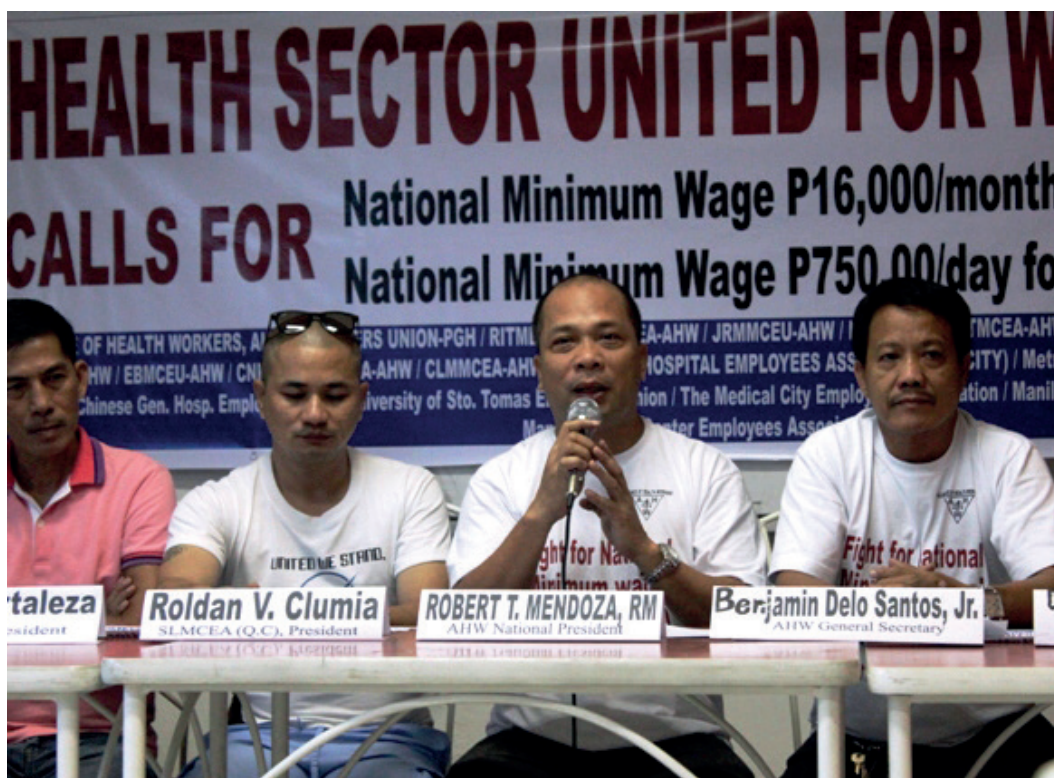
Cela fait des années déjà que les soins de santé dans le secteur public aux Philippines souffrent d'un manque criant d'investissements, parce que le ministère de la Santé refuse de prévoir un budget suffisant pour les appareillages et infrastructures médicales. Qui plus est, les différents gouvernements successifs se sont efforcés, sous le dénominateur de « modernisation de l'infrastructure », de confier la gestion des hôpitaux publics à des sociétés privées. Et il s'agit bien souvent de grands conglomérats qui ne pensent qu'à faire des profits sur le dos des patients.

Les conséquences de ces décennies de mauvaise gestion se font ressentir, principalement au sein de la population la plus démunie dans les bidonvilles de Manille et d'autres grandes villes. Elle n'a pas accès aux hôpitaux publics, alors même qu'en vertu de la Constitution, ceux-ci sont censés garantir le droit de base aux soins de santé. Pour les plus démunis, il existe certes une sorte d'assurance maladie, baptisée « Philhealth », mais celle-ci est extrêmement onéreuse et elle ne couvre pas toutes les affections. En résumé, le patient ne bénéficie que d'un faible, voire aucun, remboursement de ses frais.

L'AHW s'oppose aux restrictions budgétaires imposées aux soins de santé dans le secteur public et à la privatisation des hôpitaux. Elle est ainsi parvenue à bloquer la privatisation du Philippine Orthopedic Center, le principal hôpital pour le traitement des troubles musculo-squelettiques. Au terme d'actions et d'une mobilisation forte des militants, les négociations entre l'État et l'acteur privé qui entendait exploiter l'hôpital ont été interrompues. Si cette collaboration public-privé avait abouti, elle se serait assurément soldée par des hausses de prix pour les patients.

Mais cela ne reste pas au niveau de manifestations et d'actions dans la rue : l'AHW a porté plainte devant la Cour Suprême dans l'optique de contrer la privatisation de 72 hôpitaux publics nationaux. Elle a par ailleurs déposé une proposition de loi au Parlement visant à interdire la privatisation des centres de santé publique. En 2018, les travailleurs de la santé et leurs organisations, parmi lesquels l'Alliance des travailleurs de la santé, ont obtenu un succès à la Chambre des représentants avec l'adoption de cette « loi interdisant la privatisation et la transformation en société des hôpitaux publics, des établissements de santé publique et des services de santé publique », qui affirme que « l'État doit assurer la protection et la promotion du droit à la santé de la population et mettre les biens, services de santé et autres services essentiels à la portée de tous à un coût abordable ». Aucun hôpital public, établissement de santé ou service de santé ne doit être privatisé et 90% de la capacité totale en lits des hôpitaux publics doivent être alloués à des patients indigents / pauvres. Cependant, la loi ne peut être promulguée que lorsqu'un projet de loi similaire sera présenté et adopté au Sénat. Il y a encore du travail à mener !





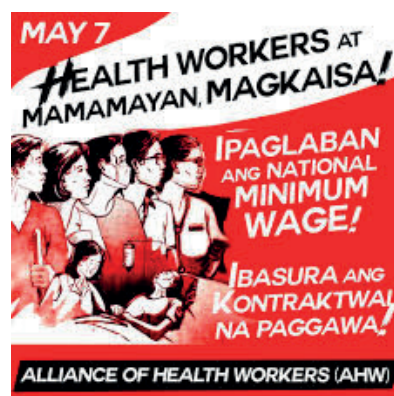
Contre la « contractualisation »

En tant que syndicat, l'Alliance of Health Workers (AHW) s'investit en premier lieu aussi en faveur du personnel de santé. Des formations informent les membres des syndicats sur la législation du travail et les avantages auxquels peuvent prétendre les agents de santé. Les membres les plus engagés deviennent des militants et ils apprennent comment négocier avec le management de l'hôpital des conventions collectives de travail offrant de meilleures conditions et des salaires plus élevés. Sous la pression de l'AHW, le salaire moyen d'un-e infirmier-e débutant-e a été augmenté d'un tiers en 2016 pour atteindre 26.192 pesos, soit 460 euros par mois. Et pourtant, le salaire minimum pour pouvoir vivre à Manille et y entretenir une famille s'élève à 32.000 pesos (572 euros). Raison pour laquelle l'AHW continue de mener campagne pour que les salaires minimums soient revalorisés.

Un autre fléau : l'usage fort répandu de contrats à court terme pour le personnel soignant. Non seulement il mine la sécurité d'emploi, car le personnel contractuel peut plus facilement être mis à la porte, mais il porte aussi atteinte aux conditions de travail et salariales. En effet, toute personne sous ce type de contrat de travail bénéficie d'un salaire moins élevé et de moins d'avantages, comme la sécurité sociale, que le personnel nommé. C'est pourquoi l'AHW négocie afin de conférer au personnel contractuel les mêmes droits que les travailleurs fixes et qu'elle collabore avec KMU, un autre partenaire syndical de WSM, en vue de mettre un terme à la loi permettant la « contractualisation ».

En 2018, l'AHW a touché quelque 110 920 agents de santé et patients philippins (dont 54% de femmes et 51% de jeunes). À travers les médias sociaux et le matériel de campagne, environ 100 000 agents de santé ont été informés des problèmes des agents de santé du secteur public, tels que la contractualisation et la privatisation des hôpitaux. Dans quatre hôpitaux, un nouvel accord de négociation collective a été ratifié avec un autre hôpital et des négociations sont en cours, créant potentiellement de meilleurs droits syndicaux pour 5127 agents de santé.

Pour l'AHW, la lutte en faveur de meilleurs droits pour les travailleurs et celle pour des soins de santé accessibles et de qualité sont un seul et même combat. Si le personnel de santé aux Philippines bénéficie d'un meilleur traitement, cela induit automatiquement une amélioration de la qualité des soins pour le philippin lambda.





AFRIQUE CENTRALE

QUAND LES MUTUELLES DE SANTÉ SAUVENT DES VIES !

Par Antoinette MAIA
We Social Movements Belgique'

En République démocratique du Congo, tout comme dans les pays voisins — le Rwanda et le Burundi, seul un faible pourcentage de la population (de 5 à 10% maximum) bénéficie d'une couverture santé. C'est à ce grand défi que s'attellent au quotidien les partenaires mutuellistes en Afrique centrale.

Promouvoir et développer une couverture santé universelle

Cette stratégie s'inscrit dans l'optique générale de compléter les interventions étatiques dans les domaines de la Couverture santé universelle (CSU). Celle-ci suppose que chaque individu devrait être en mesure d'avoir accès à des soins dont il a besoin (promotion, soins préventifs, curatifs, rééducatifs et palliatifs), d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans subir de difficultés financières. Cela implique l'équité dans l'utilisation des services, la qualité et la protection financière.

D'ici 2021, les partenaires de WSM en RD Congo — comme au Burundi — comptent réduire les barrières à l'utilisation effective des services et influencer sur l'amélioration de leur qualité. Les trois approches présentées ci-dessous indiquent les défis majeurs des mutuelles et les stratégies mises en place pour les surmonter.

Synergie et travail en réseau

Une collaboration est mise en place entre les organisations syndicales, les plateformes d'appui aux mutuelles de santé et les coopératives agro-pastorales, d'une part pour les actions de plaidoyer politique et d'autre part pour faciliter la structuration des organisations paysannes et le renforcement de leurs capacités dans les domaines de l'agriculture, de l'élevage et des mutuelles de santé.

Par exemple, en RD Congo, un réseau national multi-acteur s'est mis en place² : parmi ses préoccupations majeures, il y a l'appui à la mise en place des mutuelles corporatives (agriculteurs et éleveurs, médecins, ...), et le plaidoyer politique pour le subventionnement des mutuelles de santé par l'Etat.

Le médecin conseil pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services

La sous-utilisation des médicaments génériques, l'utilisation inappropriée des médicaments et le non-respect des normes par les prestataires, constituent de sérieux handicaps dans la réalisation de la couverture universelle en soins de santé. Pour en réduire les effets négatifs, les mutuelles de santé accompagnées par les partenaires de WSM, l'ANMC et la CSC ont intégré le métier de « médecin conseil » pour améliorer l'efficience

des ressources. Il s'agit là d'un dispositif crucial, qui permet de contrôler les risques financiers, d'empêcher au maximum les abus en termes de sur-prescription, de surfacturation et de surconsommation, mais aussi de veiller à la qualité de l'offre.

La mise en place de dispositifs de concertation entre prestataires, bénéficiaires et régulateur

La réalisation de la CSU requiert impérativement la mobilisation d'acteurs aux rôles distincts, mais complémentaires. Si la mobilisation de la population et la voix qu'elle se donne à travers les mutuelles de santé est cruciale, il n'est pas possible de réussir sans qu'une offre de qualité soit proposée à la population. Les prestataires doivent devenir avant tout des partenaires privilégiés dans le combat pour la CSU. De la même manière, si on veut réussir à généraliser le droit à des soins de qualité, l'Etat doit jouer son rôle normatif et régulateur, et disposer de moyens pour le faire. En proposant de mettre en place des dispositifs d'échanges et de concertation entre les trois parties, tant à l'échelle nationale que dans les provinces, c'est déjà un embryon de système de concertation qui voit le jour.

Des mutuelles dynamiques

En RDC, beaucoup d'initiatives locales de création de mutuelles de santé ont été lancées en matière de protection sociale en vue de répondre au troisième pilier national de développement durable et à l'accès aux soins de santé des populations à revenus faibles. C'est dans ce cadre que WSM et ses partenaires se sont centrés sur la promotion des mutuelles de santé en RDC, consolidant des programmes initiés en la matière depuis de longues années pour certains d'entre eux, comme, par exemple, au sein de la MUSOSA (Mutuelle de Solidarité pour la Santé) basée à Butembo dans le Nord Kivu, en partenariat avec la MC Saint-Michel. La MC a en effet choisi de soutenir l'émergence d'initiatives mutualistes, mais aussi de s'en inspirer, dans une double démarche d'ouverture et d'échanges.

Grâce à la formation, à l'accompagnement, au développement d'initiatives d'économie sociale, des centaines de milliers de personnes sont prises en charge et peuvent être sauvées, comme en témoigne cette maman : « Mon fils, Fufu Mafu, âgé à l'époque de deux ans, souffrait de paludisme. Le fait d'être affiliée à une mutuelle lui a sauvé la vie. J'ai reçu une facture, mais je n'ai payé que la moitié ; l'autre moitié a été prise en charge par la mutuelle. »

¹ Sources : A partir de différents articles rédigés par des collaborateurs de WSM en RD Congo.

² Le réseau multi-acteurs en RDC réunit deux organisations syndicales (CSC et SYNAMED), la plateforme des organisations d'appui aux mutuelles de santé, la Chaire de la Dynamique Sociale (CDS), la Confédération Nationale des Producteurs agricoles et éleveurs du Congo (CONAPAC) et le Centre de Production de Semences (CEPROSEM).

Plate-forme de Lomé : un grand tournant !

Début d'année 2019, WSM et la Mutualité chrétienne avec les organisations partenaires africaines étaient présents à la Conférence de l'AIM (Association internationale de la Mutualité) qui se tenait au Togo.

« Aller chez le médecin quand c'est nécessaire, sans avoir de problèmes financiers ... ne voulons-nous pas tous cela ? ». C'est également l'un des Objectifs de développement durable. Dans ce contexte, les États africains travaillent à un rythme effréné à l'introduction de la Couverture maladie universelle - en abrégé CMU - qui vise une couverture sanitaire universelle. «Ce n'est que grâce à des mutualités solides que le plan aboutira», a déclaré la deuxième Conférence internationale de l'AIM. Une Conférence qui a réuni plus de 200 dirigeants de fonds d'assurance maladie de 30 pays d'Afrique et d'Europe. Ils représentent environ 240 millions de personnes. Sur le thème « Défis pour la mutualité au 21^e siècle », la Conférence a attiré l'attention sur le rôle des mutualités dans la réalisation de la CMU et, plus largement, dans la mise en place d'un socle de protection sociale. Parce que « pas de justice sociale sans protection sociale » !

Pour chaque personne

L'entrée dans la CMU est le premier objectif. Les pays africains ont conclu des accords à ce sujet. Mais comment, en tant que gouvernement, donner la garantie que celle-ci puisse atteindre l'ensemble de la population du pays, si tous les habitants de ce pays ne s'enregistrent pas, sans parler du fait d'avoir un emploi formel qui leur donne accès à la sécurité sociale ?

« C'est pourquoi nous avons besoin de systèmes accessibles à tous, même pour le fermier de son village éloigné ou la vendeuse de poisson fumé sur le marché » déclarait Jean Hermesse, Secrétaire général de la Mutualité chrétienne, lors de cette conférence. « Ces personnes font partie de l'énorme secteur informel, qui regroupe plus des trois quarts de la population africaine. Si ce groupe tombe du bateau, il est difficile pour vous de parler d'un système universel. »

Engagement collectif

Un système universel ne peut naître que d'un engagement collectif des gouvernements et de la société civile dans lequel un cadre juridique reconnaît le rôle fondamental des mutualités. Ces dernières permettent de construire une société solidaire par le bas à travers leur réseau dense de villages et de communautés. Elles ne sont peut-être pas rentables, mais elles font beaucoup plus que rendre les soins de santé abordables. En discutant avec les gouvernements et les prestataires de soins de santé, elles fournissent également une meilleure gamme de soins.

La deuxième Conférence internationale de l'AIM s'est terminée par l'approbation générale de la Plateforme de Lomé, une déclaration collective et adressée aux gouvernements et aux organismes internationaux concernés. Document en ligne : <https://www.aim-mutual.org/mediaroom/les-documents-de-la-conference-de-lome-sont-en-ligne/?lang=fr>





LES TRAVAILLEUSES COMMUNAUTAIRES DE LA SANTÉ (CHW)¹ S'ORGANISENT EN AFRIQUE DU SUD.

Siyabonga Mviko
Khanya college Johannesburg, SA



Dans la province de Gauteng (autour de Johannesburg) en Afrique du sud, des auxiliaires de santé, responsables de la jonction entre le système de santé et les communautés s'organisent pour faire reconnaître leur statut de travailleuses et mettre fin à leur exploitation.

En 1994, dans un effort pour combattre l'épidémie de SIDA/VIH, le nouveau gouvernement d'Afrique du Sud installa un régime de Travailleuses Communautaires de la Santé (CHW). C'étaient des personnes — en général sans formation — qui étaient placées dans des ONG et formées. Elles faisaient de l'information et de la prévention, fournissaient des soins à domicile tout en faisant la promotion pour le dépistage volontaire du VIH et le traitement de la tuberculose. En 2004, le nombre de CHW avait atteint 40 000.

Au début des années 2000, l'Afrique du Sud accélère son virage néolibéral. Alors que le système de santé et les conditions de vie et de travail se détériorent rapidement, les dizaines de milliers de travailleuses du soin n'ont ni statut légal, ni reconnaissance du ministère de la santé. Elles recevaient un dédommagement très faible de R1000 (70€) par mois. Comme ces montants étaient d'abord versés aux ONG, parfois elles ne recevaient même pas ce maigre montant.

Face à la détérioration croissante de leurs conditions de travail, les CHW se sont organisées. Leurs tentatives d'affiliation

aux syndicats ont souvent été un échec. En effet, les grands syndicats ne les reconnaissaient généralement pas comme des travailleuses. Comme pour l'Etat, les syndicats les considéraient comme des bénévoles, malgré leurs contrats avec le département de la santé (par l'intermédiaire des ONG) jusqu'en 2013. Seuls deux syndicats du secteur public de la santé (National Union of Public Service & Allied Workers (NUPSAW) et National Union of Care Workers of South South Africa (NUCWOSA)) acceptaient de les affilier.

Après plusieurs années, certaines CHW n'étaient pas satisfaites des progrès de leurs revendications. A partir de 2010, certaines ont donc commencé à s'organiser en forums pour pouvoir mieux lutter contre leur exploitation, améliorer leurs conditions de travail, être reconnues par le gouvernement et obtenir un contrat à durée indéterminée. Depuis lors, le forum de la province du Gauteng, le Gauteng Community Health Workers Forum (le Forum) a obtenu une série de victoires.

Le Forum s'est formé en 2014 avec l'aide du Khanya College². En réalité, l'aventure a commencé à partir de 2010, les CHW se réunissaient autour de formations dans les domaines politique, légal et médiatique. Cela leur donna les outils nécessaires pour lancer leur action. Une première mobilisation en 2012 dura 7 mois. Les CHW refusèrent de travailler plus de 3 jours par semaine, se mettant en grève les autres jours. Elles revendiquaient une augmentation de salaire, des meilleures conditions de travail,

¹ Community Health Workers

² Une ONG centrée sur les droits des travailleurs : <http://khanyacollege.org.za/>



la reconnaissance de leur formation par un certificat et leur absorption directement dans le service public de santé. En mai, une marche de 700 CHW fut interceptée par la police et fut menacée d'arrestations parce qu'elles n'avaient pas reçu la confirmation du ministère de la santé qu'elles pourraient être reçues. En septembre 2012, un accord mit fin à la grève. Le ministère augmenta les indemnités des CHW à R2263 (130€).

Suite à cette première victoire, les CHW centrèrent leur action sur la sécurité d'emploi. En effet, le ministère de la santé annonça début 2013 qu'il supprimait certaines ONG comme intermédiaires. Les ONG tentèrent de s'organiser mais les CHW refusèrent de les soutenir. Le ministère de la Santé provincial commença donc à transférer les CHW pour être employées directement. Cependant, les CHW ne furent pas payées pendant trois mois.

Le ministère de la santé de la province expliqua ce retard en disant qu'il devait vérifier le statut de chaque CHW. Au même moment, le Forum se rendit compte que le ministère avait placé une annonce dans un journal local pour des postes de CHW. Il se mobilisa donc pour éviter le licenciement des CHW et lança une pétition. Et elles lancèrent donc une procédure devant la justice du travail pour obliger le département de la santé à les reconnaître comme employées.

En parallèle, les CHW lancèrent une campagne contre SmartPurse, une firme sous contrat pour le paiement des CHW. En effet, SmartPurse refusait de faire signer des contrats et en réalité, faisait travailler les CHW pour des sous-traitants alors qu'on leur avait promis de travailler directement pour le ministère. Plusieurs agences locales de SmartPurse furent occupées.

Fin 2016, alors que la procédure judiciaire pataugeait, le Forum organisa des manifestations pour aller présenter un mémorandum de revendications au département provincial de la santé. Le mois suivant le Forum perturba la cérémonie pour la journée mondiale de lutte contre le SIDA/VIH. Les travailleuses considéraient que le département de la santé utilisait la fête pour se mettre en avant alors qu'il maltraitait une composante essentielle de la lutte contre la maladie. À la fin de 2016, le Forum des CHW était représenté dans 80 hôpitaux.

Les CHW ont gagné leurs batailles juridiques contre le ministère de la santé. La justice les a reconnues comme des employées du ministère de la santé. Cependant faire appliquer ce droit et lutter contre l'exploitation reste un défi permanent. Le forum continue d'organiser des formations juridiques, organisationnelles et politiques pour permettre au CHW de faire respecter leurs droits et de lutter contre l'exploitation. Elles ont aussi lancé un département média pour relayer les mobilisations et les nouvelles du secteur de la santé.

En plus de leur lutte contre l'exploitation, le CHW ont aussi dû livrer une lutte contre le patriarcat. D'après le camarade Mondli Hlatshwayo du Khanya college : « Sous le néolibéralisme, le travail de santé communautaire déplace la charge des soins de l'Etat vers les femmes qui sont déjà soumises au patriarcat. Ce faisant il confine les femmes dans un rôle de pourvoyeuses de soins au service des enfants et des familles ».





LA CHAÎNE INTERNATIONALE DU CARE : LE GRAND MARCHÉ DU SOIN D'AUTRUI

Deux membres de la Ligue des travailleuses domestiques de la CSC Bruxelles témoignent leur parcours : « *Je viens de Colombie, j'ai quitté mon pays à cause de la crise économique et la situation d'insécurité pour moi et mes enfants* » témoigne Ruby. Christine raconte : « *Je viens de la campagne aux Philippines et j'ai quitté mon pays à cause de la crise politique et économique, je suis venue ici pour donner un meilleur avenir à mes enfants* ».

Ces témoignages s'inscrivent dans un système économique plus large résumé par Caroline Ibos : « Des femmes du Sud migrent dans les métropoles du Nord pour y effectuer des activités traditionnellement considérées comme féminines (ménage, soin d'autrui, éducation des jeunes enfants) la plupart du temps au domicile de leurs employeurs. Elles sont dans des situations économiques d'autant plus précaires qu'elles envoient une part importante de leur salaire à leurs familles. On a pu ainsi parler de l'émergence d'un « *grand marché du soin d'autrui* » et d'un retour de la domesticité dans les sociétés du Nord, qui permet de réinscrire ces activités féminisées dans des rapports de domination ainsi que de les replacer dans une hiérarchie des priorités démocratiques »¹.

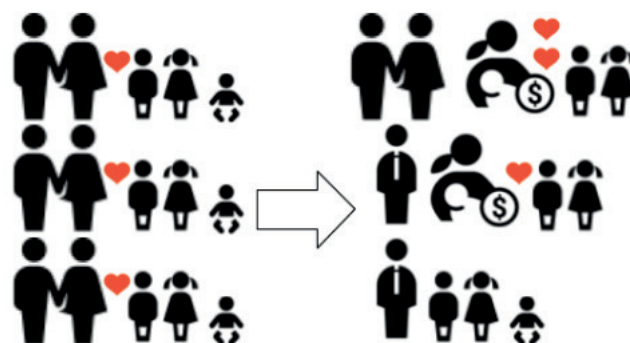
Cette migration constitue une chaîne de production de soins aux autres. Comme pour le textile ou l'automobile, elle rassemble différents maillons qui produisent des soins, du care. C'est ce qu'on appelle la chaîne internationale du care.

Le premier maillon

Betty, membre de la Ligue raconte : « *Au pays, j'ai laissé mon fils, c'est ma mère qui s'en occupe* ». Marianne, elle, a laissé ses deux filles à sa grand-mère parce que sa mère travaille sur le marché. Les Ligueuses continuent de décrire leurs parcours : « *Au Brésil, j'étais institutrice* » ; « *Moi aux Philippines, j'étais infirmière* » ; « *En Afrique, j'ai travaillé au Ministère* », « *En Colombie, je travaillais comme secrétaire à la municipalité* » ... ».

Au pays, comme elles en témoignent, la plupart des femmes qui migrent vers le Nord exerçaient un travail tout autre que celui qui les attend dans les villes du Nord, le travail domestique. Ces femmes ont dû quitter leur emploi pour des raisons économiques, de guerre, des violences de genre (mariages forcés ou stigmatisation de la société envers des femmes seules avec enfants, par exemple).

Tel est le premier maillon de la chaîne globale du soin : les femmes en charge du soin de leurs enfants et de leurs parents âgés, émigrent vers le Nord (ou les centres économiques de leurs régions) pour des raisons économiques en confiant leurs proches le plus souvent à d'autres femmes.



Le second maillon

Beaucoup de femmes ont des diplômes qui ne seront pas reconnus au Nord. Elles ne font pas exception parmi toutes les femmes migrantes arrivées en Belgique. Une fois arrivées en Belgique, continuent-elles de raconter, elles travaillent comme travailleuses domestiques chez des particuliers. Elles prennent soin d'autres personnes, c'est le deuxième maillon de la chaîne. Elles nettoient les maisons, cuisinent, s'occupent des enfants et des personnes âgées et handicapées et promènent les chiens. Certaines travaillent à temps partiel ou à temps plein ou sur une base horaire ; certaines habitent au domicile de l'employeur.

Actuellement, les femmes représentent la moitié des travailleur.e.s migrant.e.s qui envoient des fonds dans leurs pays d'origine, 100 millions au total. Si les femmes envoient à peu près le même montant que les hommes, elles ont tendance à envoyer de façon régulière une plus grande part de leurs revenus (39% versus 17% en ce qui concerne les hommes), malgré le fait que leur salaire soit généralement inférieur à celui des hommes². L'argent qu'elles renvoient sert à subvenir aux besoins de ceux qu'elles ont dû laissé derrière elles.

¹ IBOS Caroline, « Quand la garde d'enfants se mondialise », dans Plein droit, n° 96, 2013/1, p. 7-10.

² Fonds international de développement agricole (FIDA), Travailleurs migrants et envois de fonds : vers la réalisation des objectifs de développement durable, une famille à la fois, 2017.

Le troisième maillon

Ces femmes travaillant dans l'ombre exercent une fonction importante : sans elles les femmes qui les engagent ne pourraient pas avoir un travail salarié. Elles répondent à des besoins grandissants des personnes du Nord dans les villes globales en termes de soins.

Cette demande provient essentiellement de 4 raisons : la première est le vieillissement de la population dans le Nord ; la deuxième est le fait qu'il y a de plus en plus de femmes sur le marché de travail hyper-productiviste avec des horaires allongés. La troisième raison est le faible partage des tâches domestiques entre les hommes et les femmes, ce qui renforce le besoin d'une personne pour s'occuper de la maison et de leurs proches... La quatrième raison est l'affaiblissement et la pénurie de services publics aux personnes dépendantes (crèches, maison de repos, centre d'accueil pour personnes handicapées), accentuée avec les politiques d'austérité ce qui rend les activités de soin plus compliquées pour toutes.

Le troisième maillon de la chaîne est donc la participation des femmes occidentales au marché du travail. On peut noter que cette participation se fait largement dans des secteurs de service et souvent de soins aux autres.

Conclusion

Le MOC et la CSC Bruxelles organisent La ligue des travailleuses domestiques sans papiers. A l'occasion d'un week-end de réflexion, elles se sont penchées sur l'analyse de leurs trajectoires depuis leur pays d'origine jusqu'ici à Bruxelles : pour quelles raisons sont-elles parties ? Quels emplois et diplômes avaient-elles là-bas ? Parties seules, elles ont souvent laissé leurs enfants ou parents au pays, à qui les ont-ils confiés ? Arrivées à Bruxelles, quel est le travail qu'on leur propose ? Dans quelles conditions l'exercent-elles ? A quel besoin social répondent-elles en faisant du travail domestique et que recouvre exactement ce travail ? En répondant à ces questions, à partir des vécus individuels et au-delà de leur spécificité, les femmes ont saisi que leur parcours faisait partie intégrante d'un système socio-économique international, « la chaîne internationale du soin » basé sur la division du travail selon le sexe. Elles ont brillamment exposé ce phénomène lors de la projection du film qu'elles ont réalisé « Vos toilettes propres, nos propres papiers » qui témoigne de manière très poignante de leurs parcours de migration.

Elles ont décidé d'imbriquer leur action dans le plan d'action du comité des travailleurs et travailleuses migrantes de la CSC de Bruxelles. Elles demandent leur régularisation, la reconnaissance de leur métier comme une fonction en pénurie et la possibilité de porter plainte contre les employeurs abusifs. Elles basent notamment leur argumentaire sur la convention C189 de l'OIT. Cette convention ratifiée par la Belgique en 2015, reconnaît le rôle socio-économique et l'utilité du travail domestique. Elle édicte une série de recommandations visant à offrir de bonnes conditions de travail : horaires stables, paiement d'heures supplémentaires et congés payés, accès à la sécurité sociale.

Des 67 millions de travailleurs domestiques dans le monde, 80 % sont des femmes et elles contribuent à la reproduction sociale à travers la chaîne internationale du care, mais elles ne sont pas reconnues à leur juste valeur, elles sans qui le monde s'écroulerait.





SOLIDARITÉ MONDIALE FÊTE SES 45 ANS ET DEVIENT WSM - WE SOCIAL MOVEMENTS !

Le 16 octobre dernier, Solidarité Mondiale a célébré son 45e anniversaire! Plus de 150 personnes provenant des organisations partenaires de WSM en Belgique, en Europe et de par le monde ont participé à la fête. La réception a aussi été l'occasion de présenter la nouvelle identité et le nouveau nom de WSM.

WSM a voulu renforcer sa stratégie de communication. WSM veut se repositionner comme une organisation active autour du droit au travail décent et à la protection sociale. Elle connecte des partenaires au sein d'un réseau, au sein des pays mêmes, au niveau continental et au niveau international. WSM se voit comme un acteur et un facilitateur d'un réseau thématique sur le droit à la protection sociale.

Cette construction d'une nouvelle identité est aussi basé sur un changement de paradigme. En effet, WSM est passé de la coopération au développement à l'internationalisation. Au sein des réseaux de mouvements sociaux qu'elle facilite, WSM veut être « une voix forte, nous en tant que société civile, vis-à-vis du gouvernement et des acteurs économiques: non seulement en actes, mais aussi en paroles ».

Pour son secrétaire général : « [...]Le modèle de coopération, qui est né des mouvements de solidarité de l'époque postcoloniale

était celui de « l'aide au développement ». Les ONG avaient pour mission d'« aider » les pays du Sud afin de combler le fossé existant avec les pays du Nord [...], dans une vision d'assistance plus que d'émancipation. [...] ». WSM veut donc rompre avec cette vision.

Pour WSM, la pauvreté et l'exclusion sociales ne peuvent plus être vues uniquement selon la ligne « Nord-Sud ». Il y a de la pauvreté chez nous, et d'incroyables richesses dans le sud. Le problème c'est surtout des inégalités qui résultent de rapports de forces inégaux. Et donc il faut une meilleure répartition des richesses plutôt que "juste" de l'aide.

WSM se repositionne donc comme un acteur pour regrouper autour d'un projet commun. Ce projet s'articule autour de du droit à la protection sociale et au travail décent dont 80% de la population mondiale sont exclus. En se reconcentrant sur des enjeux de sécurité sociale ainsi que les droits sociaux et



économiques, WSM veut permettre à tous de participer pleinement à la société.

Le choix de l'anglais pour le nom réponds à l'ambition de répondre à des défis importants qui ont tous une dimension internationale, telle que la crise financière, la crise migratoire, la crise écologique, les conflits sociaux, les inégalités croissantes, la violence, ... L'ONG veut donc se déployer selon une approche multi-acteurs qui réunit les mouvements représentatifs de la société civile : mouvements de femmes, d'aînés, de jeunes, etc. Plutôt que de faire des partenariats entre WSM et des organisations locales, il s'agit de connecter les acteurs locaux entre eux localement et régionalement (voir article sur le Congo et l'Afrique Centrale) autour de la thématique de la protection sociale et du travail décent.

De cette façon les acteurs sociaux peuvent gagner en poids et en influence pour initier ou accompagner des réformes dans leurs pays. Pour WSM c'est en construisant un contrepouvoir fort avec des mouvements sociaux organisés que l'on peut œuvrer pour une société durable et inclusive. WSM plaide pour une vision tripartite entre Etat, entreprises et mouvements sociaux.

Via la force des mouvements sociaux, WSM impulse le changement en choisissant de combattre les causes de la pauvreté et de l'exclusion : « À une époque où la politique modifie de plus en plus les rapports de force aux niveaux supranationaux, où le monde des affaires s'internationalise pour maximiser ses profits, les forces de solidarité des citoyens par-delà les frontières deviendraient-elles superflues ? Tout cela ressemble fort à une stratégie délibérée pour affaiblir le contre-pouvoir de la société civile organisée. Le monde de demain n'est écrit nulle part. Osons rêver et croire à nouveau en un monde solidaire et juste, au-delà du monopole d'un modèle de croissance dépassé. »



Désormais, Wereldsolidariteit - Solidarité Mondiale devient **WSM** !

'W' pour 'We' (=Nous), 'S' pour 'Social' et 'M' pour 'Movements'.

Parce que **nous sommes des mouvements sociaux** :
organisations de femmes, syndicats, organisations de jeunes, mutuelles de santé, ...

Et que **c'est ensemble que nous faisons la différence.**
Nous, les mouvements sociaux...changeons la donne !

Forts et unis, nous, mouvements sociaux, revendiquons la place qui nous revient dans la construction du monde de demain. Ensemble, nous façonnons ce nécessaire changement. C'est le message que nous voulons transmettre à travers notre nouvelle identité visuelle :

« WSM, We Social Movements. Changeons la donne. » !

www.wsm.be



AGENDA

Mercredi 22 janvier à 18h

Vœux du MOC - SAVE THE DATE !

Judi 23 janvier à 10h

Séance d'info pour l'atelier de réflexion « Femmes de 55 ans et plus, Actrices de leur sécurité »

Organisateur : Énéo, Mouvement social des aînés et Garance asbl

Lieu : Boulevard Anspach, 111 à 1000 Bruxelles

info et inscription : 02 501 58 13 (entre 9h et 12h30) — bruxelles@eneo.be

Judi 30 et vendredi 31 janvier 2020 à 13h15

« **Tables d'autres** » : Récupérer les invendus du marché le jeudi et préparer la table d'autres le vendredi

Organisateurs : Équipes Populaires de Bruxelles en collaboration avec DouchesFLUX

Lieu : Jeudi : Marché de Molenbeek Place communale 1080 Bruxelles

Vendredi : DoucheFLUX — Rue des Vétérinaires 84 1070 Bruxelles

Info : charlotte Renouprez : Renouprez@equipespopulaires.be

Judi 06 février et jeudi 20 février, chaque fois à 18h

Séance d'info sur le cycle de préparation à la retraite

Organisateur : Mouvement social des aînés

Lieu : Boulevard Anspach, 111 à 1000 Bruxelles

Info et inscription : 02 501 58 13 (entre 9h et 12h30)

Judi 27 et vendredi 28 février 2020 à 13h15

« **Tables d'autres** » : Récupérer les invendus du marché le jeudi et préparer la table d'autres le vendredi

Organisateurs : Équipes Populaires de Bruxelles en collaboration avec DouchesFLUX

Lieu : Jeudi : Marché de Molenbeek Place communale 1080 Bruxelles

Vendredi : DoucheFLUX — Rue des Vétérinaires 84 1070 Bruxelles

Info : charlotte Renouprez : Renouprez@equipespopulaires.be

Dimanche 08 mars 2020

Journée internationale de la Lutte pour les Droits des Femmes

Des actions auront lieu toute la journée.

Suivez nos pages et celles de nos organisations pour plus d'informations

Formation organisée par le COFTeN en I.T. Maintenance & Support

Séance d'infos + Tests d'entrée (en logique, français, informatique, néerlandais) : les 6 et 13 janvier et le 3 février 2020

Durée de la formation : du 14 février 2020 au 26 mai 2021 (15 mois — 7 semaines de stage inclus)

Lieu : Rue de l'Abondance 40 à 1210 Saint-Josse-ten-Noode.

Info : www.cofTEN.be ou 02/219 91 12

Pour s'abonner
au Chou de Bruxelles,
versez
10 euros sur le compte
BE74 7995 5015 5407
avec la mention
« abonnement au Chou ».

Éditeur responsable :
Thomas Englert
rue Pléinckx, 19 - 1000 Bruxelles
Impression : CF2m ASBL
avenue du Parc, 87-89
1060 Bruxelles
tél : 02/538 01 92
fax : 02/534 38 89
Design : Pixel & CO



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

culture.be