L'ART, LA VIE

Vincent Lindon, président du jury, ouvrait le Festival de Cannes avec ces mots : «La culture n'est pas une aimable excroissance ni un futile ornement de la société, elle n'est pas en marge. Elle en est le centre. Elle en sera le vestige». Sa sensibilité à la dimension politique de la culture est salutaire. Il ajoute : «Pouvons-nous faire autre chose qu'utiliser le cinéma, cette arme d'émotion massive pour réveiller les consciences et bousculer les indifférences?»

L'acteur a joué dans plusieurs films qui traitent des violences subies aujourd'hui dans le monde du travail, *En guerre* et *La loi du marché*. La thématique de la souffrance au travail structure le

programme des activités de l'éducation permanente de notre fédération cette année et certainement l'année prochaine encore. Dernièrement, un collectif de citoyennes et citoyens ayant traversé l'épreuve du burn-out s'est rapproché de notre mouvement avec une pièce de théâtre-action dénommée Brûlés de l'intérieur, c'est un franc succès. La création culturelle permet de tisser des liens qui font sens, permet de s'émanciper de certaines souffrances à travers l'expérience collective qu'elle stimule, permet de sensibiliser l'autre qui ne sait pas ce que c'est, mais qui vit

La création culturelle
permet de s'émanciper
de certaines
souffrances à travers
l'expérience collective
qu'elle stimule.

lui aussi dans cette société hyper productiviste et court-termiste où le manque de temps pour tout mène à l'épuisement.

Le rapport entre la culture, la santé et le social est au cœur du congrès que la Fédération organise en ce mois de juin, l'accessibilité et la solidarité en étant les fils conducteurs. Le dossier de ce numéro de *Santé conjuguée* y est pleinement consacré, réunissant les traces, le terreau et le prolongement des interventions des participants. Une belle œuvre collective riche de sa pluralité qui, nous l'espérons, participera à réveiller les consciences et bousculer les indifférences.

Fanny Dubois,

secrétaire générale de la Fédération des maisons médicales

CARINE THIBAUT:

«LES LUTTES NE S'ARRÊTENT JAMAIS, PARCE QU'ELLES SONT DANS LA CONTINUITÉ D'UN DÉBAT SUR L'INJUSTICE, SUR L'INÉGALITÉ »

Greenpeace défend activement l'environnement depuis un peu plus de cinquante ans, mais son champ d'action s'étend à de nombreux autres pans de notre société. La porte-parole de l'antenne belge de l'ONG en rappelle les valeurs.

Propos recueillis par Pascale Meunier, rédactrice de Santé conjuguée.

On connait les actions spectaculaires de Greenpeace pour sauver les baleines ou empêcher des essais nucléaires. Quel est son terrain d'action aujourd'hui?

C. T.: Le gros enjeu international d'aujourd'hui, c'est le climat : comment réduire de 50 % nos émissions de gaz à effet de serre d'ici à 2030 et les ramener à quasiment 0 % d'ici 2050? C'est un changement civilisationnel gigantesque qui demande évidemment de repenser l'être humain et ses liens avec les écosystèmes, la nature, et de concevoir un meilleur équilibre. Et puis la question sociale, aussi, qui est au cœur de ces enjeux, se matérialise par les débats sur la transi-

«Greenpeace est une faire pour accompaorganisation de justice environnementale, cela inclut la justice sociale et la transition juste»

tion juste : comment gner les travailleurs, les travailleuses, et les secteurs les plus polluants? Comment avoir des emplois verts de qualité décente et comment intégrer la question de l'inégalité hommes/

femmes, du racisme structurel, de l'impact des politiques climatiques sur les plus précarisés? Comment construire un mouvement d'alliance plus vaste? Greenpeace est une organisation de justice environnementale, cela inclut la justice sociale et la transition juste.

Quelles sont les campagnes en cours?

Nous en menons trois en ce moment en Belgique. L'une sur les énergies fossiles. Sortir des énergies fossiles, c'est la seule chose raisonnable à faire si l'on veut rester en deçà d'une hausse des températures de 1,5 degré. Nous travaillons sur l'interdiction de la publicité des entreprises d'énergies fossiles et de tous les produits les plus polluants, et sur l'interdiction de leur mécénat. Elles utilisent les mêmes stratégies que l'industrie du tabac à l'époque pour empêcher une régulation de leurs activités alors qu'elles sont au courant de leurs effets sur la santé. Elles ont une responsabilité puisqu'elles continuent à investir dans le fossile alors qu'au niveau mondial la pollution atmosphérique tue aujourd'hui plus que le tabac. La deuxième campagne vise une agriculture résiliente qui à la fois protège la nature, permet aux agriculteurs et agricultrices d'en vivre bien et offre une alimentation saine. La troisième campagne interroge les liens entre l'être humain et la nature. Nous voulons protéger les droits humains ainsi que la biodiversité, en sortant des systèmes d'oppression qui les menacent. Nous travaillons directement avec les actrices et acteurs de terrain qui s'opposent aux projets qui détruisent les écosystèmes. Cela va du soutien à « Stop Ali Baba » à Liège, à des actions en Flandre contre l'entreprise 3M qui est responsable d'un énorme scandale de pollution. Greenpeace est très active avec les habitants concernés pour porter plainte, bloquer de gros travaux... Les actions de désobéissance civile non violentes spectaculaires sont toujours dans notre ADN, mais nous recourrons aussi au lobbying, nous réalisons de plus en plus d'investigations et de rapports d'analyse. Nous menons un important travail de communication et un travail avec des groupes de volontaires et d'activistes, de soutien de mouvements citoyens pour construire des mobilisations de masse.

De belles victoires?

La première, c'est que la préoccupation climatique est particulièrement forte pour la plupart des Belges et des Européens. C'est un mouvement général auquel Youth for climate et Greta Thunberg ont largement participé. Plus concrètement, Greenpeace a fait condamner la Région flamande à revoir ses plans en matière de qualité de l'air. Près d'Anvers, nous avons réussi à bloquer à deux reprises des travaux sur un site pollué, évitant de la sorte d'augmenter la dissémination de la pollution. Greenpeace est depuis toujours très active sur la question du nucléaire, pour rappeler les risques liés à ce type d'énergie et les enjeux que cela pose pour des milliers d'années. Cinq réacteurs nucléaires vont bientôt être fermés - les deux qui resteront auraient dû l'être aussi, c'est une semi-victoire, mais on vient de très loin.

Cela signe la fin du nucléaire en Belgique?

C'est difficile de prédire la politique énergétique belge - qui est une catastrophe -, mais plusieurs éléments sont sûrs. Avec la guerre en Ukraine, la dépendance aux énergies fossiles n'a jamais été aussi claire et il y a dans ce débat-là deux tensions, d'un côté - c'est là que se situe Greenpeace - l'absolue nécessité de réduire notre consommation d'énergie. Cela passe par l'isolation des bâtiments, l'efficience énergétique et le tout au renouvelable. De l'autre, il y a ceux qui souhaitent le retour au charbon ou la diversification : aller chercher du gaz de schiste (qui est aussi désastreux au point de vue climatique) aux États-Unis ou au Qatar... En tout cas, un mouvement sociétal est enclenché, et à nous de le construire.

Comment réussir à intégrer les enjeux d'environnement, de santé, une

énergie renouvelable et le revenu de la population?

Un premier niveau est de soutenir les gens qui sont dans des situations terribles. Des situations qui préexistaient à la crise actuelle : une famille sur cinq en Belgique, une sur quatre à Bruxelles et en Wallonie, était déjà en précarité énergétique, avait du mal à payer ses factures et se retrouve maintenant obligée de réduire sa consommation. Des gens qui ne peuvent pas se chauffer le matin avant que les enfants aillent à l'école alors que les grandes entreprises d'énergie - depuis le début de la crise qui a commencé avant la guerre en Ukraine ont enregistré des profits historiques et continuent d'en faire puisque le marché de l'énergie est un marché libéralisé qui fonctionne en partie sur la spéculation. Greenpeace est en faveur de la taxation des surprofits de ces entreprises, une chose qui a déjà été faite après la Seconde Guerre mondiale par le gouvernement Van Acker. Il y a déjà eu des taxations bien plus importantes des entreprises qu'aujourd'hui. L'État doit aller chercher des fonds là où il y en a. Et il y en a clairement auprès de ces grandes entreprises d'énergie. Aussi, sur les factures du gaz, on paie une partie de taxes qui ne devraient pas s'y trouver : des taxes de contribution aux énergies renouvelables par exemple, qui devraient être renvoyées au système fiscal, qui est plus juste parce que basé sur les revenus de chacun. Ce sont des éléments pour lutter contre les inégalités sociales qui ont un impact sur le climat. Car nous savons que plus les sociétés sont inégalitaires, plus elles appauvrissent les ressources sur lesquelles elles vivent. Le modèle actuel tend vers une consommation luxueuse de plus en plus importante.

Comment construire des politiques publiques à la fois climatiques et sociales?

Il faut sortir d'une logique d'austérité. En Belgique, la question du climat demande *a minima* 2 % d'investissement du PIB. Donc il faut de l'investissement public, sinon on ne va jamais y arriver. Pour une transition juste, il faut analyser où des emplois vont se créer et revoir la formation professionnelle, la formation technique; il faut recréer des emplois locaux dans l'agriculture biologique, les circuits courts, l'isolation

des bâtiments. L'isolation des bâtiments est un bon exemple de politique win-win. Greenpeace demande un plan Marshall sur cette question.

On ne peut isoler une problématique environnementale, économique ou sociale sans traiter l'ensemble?

Le climat demande un changement systémique. Sur la question de la ruralité par exemple, nous sommes face à un double enjeu. En matière de mobilité, Greenpeace n'est pas en faveur du remplacement des voitures thermiques par des voitures électriques. Ce n'est pas cela le débat. L'enjeu, c'est de renforcer la mobilité active - évidemment en ville ce sera plus rapide -, de renforcer le transport public, de renforcer l'usage des voitures partagées et d'autres types de mobilité. Il faut aussi repenser l'aménagement du territoire, on l'a vu lors des inondations mortelles de l'été dernier. Le modèle de la maison quatre façades est arrivé en bout de course : on n'arrivera jamais à offrir tous les services publics à tout le monde dans ce système qui est basé sur la voiture. C'est un aménagement du territoire qui est problématique en termes de résilience face aux changements climatiques: nous allons vivre les changements climatiques, les canicules, les inondations. C'est une certitude.

Être militant climatique aujourd'hui, c'est un mode d'action efficace?

Greenpeace existe depuis un peu plus de cinquante ans. Ça veut dire que nous ne sommes ni dans un sprint ni dans un marathon, mais dans les deux à la fois. Nous devons aller très vite, en tout cas sur la question de l'urgence climatique : toute réduction de gaz à effet de serre et toute diminution d'un dixième de degré comptent pour limiter le nombre de victimes, de morts et les dégâts. Et en même temps, nous sommes sur une durée d'un siècle. C'est l'histoire des luttes, les luttes ne s'arrêtent jamais, parce qu'elles sont dans la continuité d'un débat sur l'injustice, sur l'inégalité. Pour Greenpeace, au moment de sa fondation, l'enjeu était de créer un mouvement environnemental à la hauteur de mouvements féministes et des mouvements de droits civiques des années 1970, de créer un mouvement environnemental de même niveau qui pose la question de la protection de la nature et du climat. Aujourd'hui, les questions se posent un peu différemment, mais ces luttes sont toujours d'actualité. Les jeunes générations sont sur les épaules des anciennes, comme le disait Angela Davis lors de son passage à Bruxelles en avril dernier. On ne peut tout de même pas dire que rien n'a changé... Rien qu'à l'Union européenne, la question du Green Deal, la loi climat... Même la N-VA, pour qui la rationalité économique prime, a été obligée d'avancer en sortant un plan climat à la COP 26, certes insuffisant et peu ambitieux, mais on sent une pression autour de cette question. Être militant aujourd'hui, c'est être capable d'être radical, convaincu et déterminé, et en même temps avoir conscience que c'est un combat de longue haleine.

Comment instiller les valeurs écologiques dans tous les partis?

Greenpeace n'a jamais d'ennemi ni d'ami permanent. Sur certains dossiers nous pouvons être en désaccord avec les partis écologistes et plus proches sur d'autres. Sur la taxation des multinationales d'énergie, par exemple, on est plus proche du PTB. Sur la crise climatique et vu les limites de la concertation entre les différentes entités, les libéraux flamands proposent dans la prochaine réforme de l'État d'instituer un arbitre qui pourrait faire avancer le dossier... Pour Greenpeace, la question du climat, de la protection de la biodiversité, d'allier environnement et social doit évidemment se trouver dans tous les partis. À ce niveau-là, il y a du travail d'interpellation directe, de lobbying... On sait qu'il se produit un phénomène de bascule quand 25 % de la population défend quelque chose. On a besoin de suffisamment de gens déterminés pour que le débat s'étende à tous les repas de famille. Et on voit que socialement ça bouge un peu partout. Il y a plusieurs limites à une économie fondée sur une croissance infinie. Les deux premières sont les ressources planétaires et le changement climatique. Mais pas seulement : nous entrons dans une ère d'épidémies si nous maintenons une destruction structurelle de la biodiversité et des écosystèmes. Et l'autre limite sur laquelle on tombe, c'est la question sociale. Nous avons besoin de construire un imaginaire qui allie le relèvement des planchers sociaux et le respect des limites planétaires. Non pas une croissance économique, mais une société du bien-être. ■

ASSUÉTUDES, SOINS DE SANTÉ **ET COVID-19**

Le coordinateur d'une structure santé-social bas seuil dresse un état des lieux des conditions de vie des usagers et usagères de drogues en pleine crise sociosanitaire. «Fin avril 2020, nous sommes au cœur du confinement, les usagers de drogues en situation de sans-abrisme sont terriblement fragilisés et violentés par la situation sanitaire. Les déplacements dans l'espace public sont interdits, plus de ressources issues de la mendicité ou du travail au noir, plus d'approvisionnement de drogues, plus d'accès aux toilettes publiques, aux services sociaux, aux centres de jour, aux bains publics, aux poubelles des restaurants, peu d'information sur la situation...»

Camille Fortunier, chercheuse au Group for research on Ethnic relations, Migrations and Equality (GERME) de l'Université Libre de Bruxelles (en collaboration avec Andrea Rea).

e récit constitue l'un des matériaux analysés en groupe dans le cadre de la recherche intitulée Les «invisibilisé.e.s» et le Covid-191 menée en 2021 par le GERME et financée par la Ville de Bruxelles et son CPAS. Cette enquête s'interroge sur les effets des conditions d'existence sur les risques sanitaires liés au Covid-19 ainsi que sur l'impact des mesures politiques de gestion de crise sur les conditions de vie. Elle se penche sur six groupes sociaux précarisés : personnes sans-abri, exilés et exilées et personnes sans statut de séjour, jeunes en situation de marginalisation, familles monoparentales, usagers et usagères de drogues, travailleurs et travailleuses du sexe. Le cœur de cette recherche qualitative se base sur la méthode de l'analyse en groupe².

Une syndémie

En Belgique, la première année de gestion politique de la crise sanitaire liée à la propagation du Covid-19 s'est basée sur des indicateurs épidémiologiques biomédicaux, des statistiques faites de vagues et de courbes comme outils de prédictions et de techniques de persuasion des « bonnes conduites » à adopter. Au nom de la santé publique, des mesures populationnelles ont été prises dans l'urgence en ciblant des « moyennes ». Ce faisant, la gestion politique de l'épidémie a fait l'impasse sur les différences de conditions de vie, sur les inégalités sociales de

santé, ainsi que sur les publics invisibilisés de la statistique publique. En partant d'un cadre analytique qui appréhende le Covid-19 comme une syndémie³ — au sens d'un entrelacement de ma-

ladies, de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux qui, par leur synergie, aggrave les conséquences de ces maladies sur une population donnée—, nous questionnons les conséquences sanitaires et sociales d'une (gestion de) crise sanitaire éminemment sociale. Plus précisément,

un focus sur les conditions d'existence des usagers et usagères de drogues nous rappelle à quel point cette période critique de rupture et d'urgence révèle des inégalités sociales de santé, en exacerbe voire en crée de nouvelles.

Entre illégalité et pathologie, stigmatisations et conditionnalités

En Belgique, la loi de 1975, venant modifier la loi « drogues » de 1921 (qui régit la détention et le trafic des substances illicites classées comme « stupéfiants »), fait de l'usager ou usagère de drogues une « figure » des politiques pénales 4. La politique belge en matière de drogues est traditionnellement sous-tendue par une double image de malade et délinquant ou délinquante,

La gestion politique de l'épidémie a fait l'impasse sur les différences de conditions de vie.

- 1. C. Fortunier, A. Rea, Les personnes précarisées et invisibilisées face au Covid-19 en Région bruxelloise, Rapport de recherche, GERME, ULB, 2022.
- 2. L. Van Campenhoudt et al. La Méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux, Dunod, 2005.
- 3. M. Singer et al.,
 "Syndemics and the
 biosocial conception of
 health", *Lancet*, 389, 2017.

qui renvoie aux dimensions de justice et de santé, si bien que l'usager ou l'usagère de drogues est puni par la loi et « sevré » dans des centres spécialisés ou psychiatriques. À partir des années 1980, le nouveau paradigme de réduction des risques (RdR) qui impose le terme d'« usager ou usagère de drogue » s'attache à prévenir les risques sanitaires liés aux usages de drogues et à le ou la concevoir comme un individu à accompagner, apte à « faire des choix rationnels face à certaines dimensions de son usage »⁵.

À l'heure actuelle, les usagers et usagères de drogues font l'objet d'une réprobation sociale appréhendable sous les notions de déviance⁶ et de stigmate⁷. Le coordinateur d'une structure d'hébergement : « On est dans un truc qui est illégal, donc beaucoup de gens se frottent les mains en disant : "ce n'est pas notre souci, on n'est pas apte à prendre ou à gérer ces problématiques-là". Mais c'est tous des gens qui se retrouvent de toute façon à la marge, c'est le bas de l'échelle, en fait. Je pense que santé mentale, précarité sociale plus toxicomanie, et bien on est dans le fond du panier. »

Ces exclus de la société, situés en bas de l'échelle sociale, font face à une panoplie de services sociosanitaires saturés, dont les seuils et les multiples conditions d'accès entrent en inadéquation avec leurs réalités de vie. Toxicomanie, irrégularité administrative, précarité sociale, tant de facteurs qui expliquent une difficile entrée en unité psychiatrique, en maison d'accueil ou encore en maison de repos pour les personnes plus âgées. Selon leur rapport à la consommation de drogues, mais aussi en fonction de leurs caractéristiques sociologiques, les usagers et usagères de drogues subissent diverses formes de stigmatisation et des discriminations qui complexifient leur accès aux soins de santé et aux aides sociales. Un coordinateur d'accueil sociosanitaire : « C'est que quand il y a une crise qu'on devrait utiliser l'hôpital. On devrait pouvoir avoir accès à des services de santé mentale, accès à des consultations psy en première ligne (...) sur du long terme, sur du chronique. (...) Les services de santé mentale, on ne collabore presque pas avec parce que le seuil d'accessibilité est très élevé, en termes de mise en ordre de mutuelle, de payer une consultation, de pouvoir élaborer sa pensée, de savoir exprimer une demande. » Une infirmière et travailleuse sociale : « Il y a des gens qui aimeraient avoir des soins psychiatriques en hospitalisation, mais qui ne sont pas

dans une démarche de sevrage, mais sauf que le sevrage est la condition sine qua non pour être hospitalisé. » La prise en charge sociosanitaire bas seuil tente de contrer le manque d'accès aux ressources et aux soins, et les lacunes de perspectives de vie qui leur sont liées.

Engrenage

Pour les usagers et usagères de drogues, la réorganisation de la vie induite par la crise du Covid-19 et les premières mesures de confinement se surajoutent à un ensemble de contraintes inhérentes aux situations de précarité quotidienne. Même si le marché des drogues a été globalement peu affecté en raison d'un ajustement rapide à la temporalité de crise, de nombreux usagers et usagères de drogues qui vivaient jusqu'alors dans des formes de « bricolages de vie » ont été amenés à développer de véritables stratégies de survie. Effectivement, la crise a provoqué plusieurs ruptures, précarisant toutes les dimensions de la vie : pertes de ressources financières (souvent non compensées par des mécanismes d'aide sociale), privation des besoins primaires de la vie (eau, nourriture, hygiène) en raison de la suspension d'accès aux ressources et infrastructures publiques (fontaines, sanitaires8, restaurants sociaux). Cette période critique a également produit de l'irrégularisme et du sansabrisme. La rupture de la continuité des services publics et leur dématérialisation, associées à la fracture numérique, à la fracture linguistique et à la suspension des accompagnements ont participé à augmenter la désaffiliation, les « pertes d'identité institutionnelle» et le non-recours aux droits. Par ailleurs, nombre de services d'ordinaire saturés se sont retrouvés dans des situations de sursaturation : des structures d'hébergement d'urgence (malgré l'augmentation du nombre de places) jusqu'aux services de santé mentale et unités psychiatriques en passant par les structures de première ligne sociosanitaires.

Paradoxes de la vie précaire

La précarisation des conditions sociales de vie a conséquemment impacté les conditions de santé des usagers et usagères de drogues. La période de crise sociosanitaire est synonyme de creusement des problématiques d'assuétudes. Les acteurs et actrices de terrain observent une modification dans le rapport à la consommation de

4. N. das Neves Ribeiro, « "Usager de drogues" : (dé)construction d'une figure de politiques pénales », Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 2, 2018. 5. M. Jauffret-Roustide, J. Granier, « Repenser la politique des drogues : Introduction », Esprit, 2017, p.47. 6. H. Becker, Outsiders: Études de sociologie de la déviance, Métailie, 1985. 7. E. Goffman, Stigmate. Les usages sociaux du handicap, Minuit, 1975. 8. X. May et al., « Formes, facteurs et importance de la vulnérabilité hydrique dans une métropole européenne »,

EchoGéo, 2021.

drogues : des « rechutes », des sevrages forcés, mais aussi des basculements vers des consommations plus cachées, moins accompagnées et vers des surconsommations, impliquant d'intenses phases de décompensation et d'importants risques sanitaires. Depuis le début de la crise, les travailleurs et travailleuses de terrain accusent une perte de contact avec les usagers et usagères de drogues qui, criminalisés en raison de leur présence ou de leur consommation d'alcool sur la voie publique, s'invisibilisent au maximum, au point que l'ambulatoire sociosanitaire perd leur trace dans l'espace public urbain. Un psychologue et coordinateur : «L'un des effets du Covid a été l'augmentation (...) des témoignages de violences policières. (...). Ils se retrouvent à devoir consommer dehors parce qu'ils ne peuvent consommer que là. Et vu qu'avec les heures de confinement, les gens ne peuvent pas rester dehors (...) on s'est retrouvé à perdre des bénéficiaires parce qu'ils n'étaient plus sur des bancs, dans les stations de métro. Ils avaient vraiment disparu de ces zones-là.» Les usagers et usagères de drogues marginalisés ont expérimenté les « paradoxes de la vie précaire ». D'un côté, ils sont constamment aux prises avec une hiérarchie de problèmes sociaux et sanitaires, si bien que les enjeux de contamination ou de soins au Covid-19 ne constituent pas des priorités. D'un autre côté, la politique de santé publique reste ambivalente pour les publics les plus précarisés : des dispositifs de prévention ont été mis en place de façon spécifique (exemple : vaccin unidose), mais tardive. La dématérialisation des services publics a exacerbé

Vers les publics et leurs besoins

de territorialité entre les différents CPAS.

La précarisation des conditions de (sur)vie des usagers et usagères de drogues a accru leur dépendance à l'offre d'urgence et de première ligne sociosanitaire. Les intermédiaires de terrain ont démontré leur capacité à transformer leurs pratiques de travail, à innover, à transgresser conditionnalités, normes légales et cloisonnement institutionnel. Au nom de la santé publique, des acteurs et actrices de terrain ont, de façon pratique, garanti le primat du besoin sur le statut, maintenant le lien social apparu

de nombreux enjeux d'accès administratif aux

soins de santé, comme les disparités de pratiques

et de couvertures de soins ainsi que les conflits

comme vital. Une travailleuse sociale en prévention urbaine : « Parfois il faut se détacher de ces procédures et faire du cas par cas. Parce que les situations l'exigent, parce que c'est là, c'est la vie de certaines personnes qui est en jeu, peu importe leur situation administrative, sociale, consommation ou pas consommation. »

Les services de la santé ambulatoire et du social ont accru leur considération à l'égard de la pluralité des besoins spécifiques de ces différents publics. Ils ont, par exemple, fait évoluer les logiques temporelles d'accueil et de consommation d'alcool internes aux lieux d'hébergement afin de garantir la continuité des mesures sanitaires de confinement et de quarantaine. Plusieurs lieux ont également ouvert à destination de publics spécifiques (hôtels, centres d'hébergement d'urgence dédiés aux femmes, par exemple). Plus encore, les acteurs et actrices de l'ambulatoire sociosanitaire ont développé de nombreuses pratiques d'outreaching (« aller vers », via des équipes mobiles multilingues et interdisciplinaires dédiées aux rues et squats) ainsi qu'une historique coopération intersecto-

rielle. Avant la crise, mais plus intensément depuis, ils sont confrontés à de nouvelles consommations (benzodiazépines) et à de nouveaux profils (mineurs en errance, en exil), qui mettent en tension les enjeux d'inconditionnalité à laquelle aspirent certaines structures de bas seuil. Ils

Les intermédiaires de terrain ont démontré leur capacité à transformer leurs pratiques de travail.

appellent à prendre en compte les dynamiques d'âge et de mobilité dans les profils des patients, des patientes et des bénéficiaires.

La réflexivité du secteur qui accompagne les usagers et usagères des substances licites et illicites, digne d'un savoir expert, local et actualisé nous pousse à considérer quatre nécessités clés, au nom de l'urgence, de la prévention et de la santé publique : aller vers inconditionnellement (besoins), localiser (territoire et présence), mutualiser (réseau intersectoriel), intermédier (savoirs de terrain). De nombreuses expériences et innovations produites au cours de la crise pourraient constituer les axes d'une politique préventive des futurs risques collectifs, qui inclurait d'emblée les groupes sociaux les plus précarisés.

L'IMMENSE COMBAT DU SYNDICAT DES IMMENSES

Le Syndicat des immenses en 12500 signes? C'est impossible, tant nos actions depuis trois ans ont été nombreuses, riches et variées! Mais l'on va docilement se plier à l'exercice, tout en invitant instamment les curieux et autres intéressées à visiter notre site www.syndicatdesimmenses.be.

Laurent d'Ursel, secrétaire du Syndicat des immenses.

n article proposé par la Fédération des maisons médicales, alors que les deux fédérations bruxelloises directement concernées par le mal-logement et le non-logement ne nous ont jamais rien demandé de semblable, qu'est-ce à dire? Que nul n'est prophète en son pays. Dans le « pays » du Syndicat des immenses, une personne en nonlogement est considérée avoir un problème de

«Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde» logement. Rien de tel en Région de Bruxelles-Capitale : Bruss'Help, l'agence bruxelloise en charge du sans-chezsoirisme¹, ne compte statutairement dans son organe d'administration aucun représentant de la secrétaire d'État en charge du Logement. Le

Syndicat des immenses a lancé le 1^{er} février 2022 une « manif au finish » tous les mardis à 11 h 30 devant le siège de Bruss'Help pour corriger cette aberration. On ne peut en effet accepter que le message adressé par la Région aux personnes en non-logement soit qu'elles ont un problème « social-santé » et non d'abord, voire uniquement, un problème de logement².

Alors, quand même un article pour la revue Santé conjuguée? À la réflexion, c'est le bon sens même : l'impact désastreux de l'absence d'un chez-soi sur la santé est établi de longue date, et notre message tient à cet égard en une seule ligne : si la santé des personnes en mallogement ou en non-logement était réellement un souci, leur faciliter l'accès à un chez-soi serait la priorité absolue. Pourquoi n'est-ce pas le cas? Parce que la société croit (ou préfère penser) que le sans-chez-soirisme est une fatalité. Or il n'en est rien : c'est un choix de société.

Et un choix onéreux en plus, sans compter des milliers de vies brisées. Mais nous brûlons les étapes : qu'est-ce que le Syndicat des immenses ? Fondé en mars 2019, le Syndicat des immenses s'est d'abord appelé Les précaires en colère, mais « précaire », comme « SDF », « sans-abri » ou « sans-papiers » est stigmatisant et réducteur. A surgi alors la dénomination valorisante « immense », acronyme d'Individu dans une Merde Matérielle Énorme mais Non Sans Exigences.

Dans le sillage d'Albert Camus (« Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde »), les immenses du Syndicat se sont donc attachés dès le départ à bien (re)nommer leur réalité. On en est à plus de quatre-vingts nouveaux mots aujourd'hui. Impossible de ne pas nommer ici au moins les deux autres segments de la population, en plus des immenses :

- les escapés (acronyme d'Enclos-e dans le Système, mais Capable Aisément et Périodiquement de s'en Échapper). C'est la dénomination des personnes non immenses, politiquement édifiante : les personnes communément estimées les plus « intégrées » ou « insérées » le sont en réalité le moins, parce qu'elles disposent d'un logement (c'est-à-dire d'un refuge) et d'autres moyens (financiers, culturels, psychologiques, matériels, intellectuels...) de s'échapper, se déconnecter, changer d'air, se distraire, souffler, décompresser.
- les immenscapés, à savoir les personnes immenses dans telles dimensions de leur existence et escapées dans telles autres.

Cette tripartition est infiniment plus adéquate et pertinente que les oppositions duales pauvres/ riches, prolétaires/bourgeois ou peuple/élite. Récapitulons. Le Syndicat des immenses est un

1. Le sans-chezsoirisme corrige le mot
sans-abrisme, qui ne
désigne pas uniquement
les gens qui dorment
dehors, mais aussi en
maison d'accueil, en
centre d'hébergement
d'urgence, chez des
proches, dans les
squats, etc.

squats, etc.

2. Et nous venons
d'apprendre qu'il en va
de même en Wallonie:
les autorités en charge
du logement ne sont pas
non plus statutairement
impliquées dans l'aide
aux personnes

sans chez-soi.

groupe de pression et d'action, non un groupe de parole. Comme il y a un syndicat des propriétaires et un syndicat des locataires, il y a désormais en Région de Bruxelles-Capitale un syndicat des aspirants locataires/propriétaires.

Le Syndicat des immenses est un lobby citoyen, une start-up sociétale post-charité, un corps intermédiaire, un interlocuteur soci[ét]al, un laboratoire psychosocial et philosophique de réflexions politiques, d'actions engagées et de propositions constructives en faveur des personnes en non-logement ou en mal-logement. Il porte des revendications (trente-huit à ce jour), défend les droits des immenses, intervient chaque mois dans l'espace public et participe à de nombreux événements. Trop rarement, faute de moyens humains conséquents, il apporte un soutien individualisé à l'un ou l'autre, mais jamais il ne se substitue au travail des assistants sociaux et autres professionnels de l'aide aux personnes. C'est dans le cadre d'un soutien individuel que le Syndicat des immenses est représenté dans le noyau dur du projet « L'immense ferme ».

Le Syndicat des immenses a un logo, une bannière, un site, un compte bancaire, un groupe et une page Facebook, une adresse mail, une chaîne YouTube, une affiche, un flyer, des slogans, un hymne, un t-shirt, un tote bag, des cartes de membre, des cartes de visite et, bientôt, des statuts. Comme tous les syndicats, le Syndicat des immenses est une association de fait. Comme tous les syndicats, le Syndicat des immenses ne compte pas en son sein uniquement des personnes directement concernées par son combat, en l'occurrence des immenses, mais aussi des escapés et des immenscapés.

Comme tous les syndicats, le Syndicat des immenses se pose la question de sa représentativité, essentielle pour la pertinence et donc l'efficacité de son combat. Une chose est sûre à cet égard : après trois ans de réunions hebdomadaires de trois heures (même les jours fériés), le nombre de personnes ayant contribué à l'identité du Syndicat dépasse largement cent. Certains ne sont venus que quelques fois, ou disparaissent et réapparaissent des mois plus tard, d'autres sont très réguliers et personne n'a participé à toutes les réunions. Avec ou sans explications, quelques-uns ont claqué la porte du Syndicat, laquelle leur reste ouverte comme à tout le monde, inconditionnellement.

Autre chose sûre : le Syndicat est connu dans le secteur bruxellois du sans-chez-soirisme, et même au-delà, grâce à la haute fréquence et la parfaite constance de ses diverses interventions depuis trois ans, couplées à une communication efficace, via son site, sa mailing list et sa page Facebook.

Dernière chose sûre : l'existence du Syndicat répond à une nécessité incontestable, mieux faire entendre la voix des personnes en non-logement ou en mal-logement, une voix structurellement peu audible parce que 1) les personnes concernées ont accès à très peu de canaux de communication et 2) ce qu'elles ont à dire, dénoncer

et exiger n'est pas toujours du goût politique des escapés, que ceux-ci soient *a* priori solidaires ou stigmatisants.

Se faire entendre est une chose, se faire comprendre une toute autre. D'où ledit thésaurus de l'immensité, fort, on l'a indiqué, de plus de quatre-vingts entrées et qui, c'est un sujet de fierté, constitue sans conteste et de l'avis de beaucoup le meilleur et un très aisé accès aux divers aspects constitutifs de

Le Syndicat des immenses est un lobby citoyen, une start-up sociétale post-charité, un corps intermédiaire, un interlocuteur soci[ét]al...

la survie des immenses. Impossible, à nouveau, ici, de ne pas nommer au moins trois autres exemples de notre très politique stratégie terminologique:

- ventriloquer (quelqu'un): v. Parler de la personne et détailler sa situation, ses besoins voire ses opinions, en sa présence et sans lui demander son avis. 1. Oups, désolé, j'allais te ventriloquer... Tu racontes ton aventure incroyable? Je ne dis plus rien, promis. On t'écoute. 2. Entre professionnels, j'avoue, on ventriloque très vite. Pour gagner du temps aussi. Et rares sont les bénéficiaires qui protestent.
- soupaper: v. Parvenir, avec les moyens du bord aussi limités soient-ils, à souffler, décompresser, se déconnecter, se ressourcer, se vider la tête, se distraire, se détendre, se relâcher. 1. Boire, c'est le plus sûr et le moins cher moyen de soupaper. Y a plein d'autres moyens, comme un week-end à la mer. Ou cla-

quer tout son revenu en cinq nuits d'hôtel. Si tu soupapes pas, tu crèves. 2. Par définition, les escapés, eux, ils ne soupapent pas. D'abord parce qu'ils ont un chez-soi, ensuite parce qu'ils ont des vacances, de vrais week-ends et des loisirs. Sans parler du shopping dit récréatif!

éluctabilité: n.f. (du latin eluctabilis, « qu'on peut surmonter en luttant »). Ce qui n'est pas une fatalité est une éluctabilité. 1. Même si l'éluctabilité du sans-chez-soirisme n'était pas démontrée, la morale (ou la conscience politique) exige que l'on fasse comme si! 2. Inversons la charge de la preuve: aux fatalâches de démontrer que l'éluctabilité du sans-chez-soirisme est une utopie! Qu'ils mettent d'abord tout en place pour qu'il n'y ait plus de personnes sans chez-soi (y a du boulot!) et on verra bien après s'ils ont raison ou pas.

Aïe, oups, zut. L'exemple ci-dessus nous oblige à définir cet autre nouveau mot-là :

fatalâche: n. Désigne une personne qui préfère penser que le sans-chez-soirisme est une fatalité et/ou décide de ne pas remettre en question sa conviction. 1. Tant qu'il y aura des fatalâches, la société pourra se contenter d'éviter que les personnes sans chezsoi crèvent comme des chiens sur la voie publique! 2. Le sans-chez-soirisme a encore de beaux jours devant lui: 99 % de la population actuelle est fatalâche.

Mais nos motifs de fierté dépassent bien sûr la seule sphère des néologismes! Pour preuve, au moment où s'écrivent ces lignes, nous apprenons - jolie coïncidence - que la pétition que nous avons adressée au Parlement bruxellois (1 000 signatures nécessaires) vient d'être validée et qu'elle pourra donc être signée en ligne et non seulement sur papier. Cette pétition est une des quatre actions planifiées pour dénoncer l'insupportable « deux poids, deux mesures » dont sont victimes les immenses en Région de Bruxelles-Capitale comme ailleurs : si l'on se félicite bien sûr des nombreux et divers élans de solidarité en faveur des réfugiés ukrainiens, depuis les plus hautes sphères de l'État et jusqu'aux simples citoyens, en passant par les Régions, les CPAS, les communes et les associations de terrain, on ne peut tolérer que n'aient pas provoqué les mêmes élans de solidarité envers 1) les milliers de personnes dans une situation matérielle comparable de non-logement ou

de mal-logement et 2) les milliers de réfugiés d'autres guerres.

Nous pouvons également nous enorgueillir que se soit tenue le 22 octobre 2021 à la VUB la première « Université d'été des immenses », qui a fait se croiser, pour s'entrechoquer et/ou s'amplifier, les savoirs et expertises d'immenses, de travailleurs sociaux et d'universitaires autour de quatre thèmes³, une aventure de longue haleine – et « historique » pour d'aucuns – qui culminera par la sortie en octobre 2022 aux éditions Maelström de *Politique et immensité*, un livre collectif qui fera date, pour sûr.

Nous avons inauguré le Musée des logements sociaux à l'abandon depuis dix ans à Woluwe-Saint-Lambert, où nous avons éprouvé de près, un an durant, la gestion en très mauvais père de famille de logements pseudosociaux. Nous sommes allés jusqu'à la Cour européenne des droits de l'homme pour condamner (sans succès) la Belgique pour sa non-prise en considération des personnes sans chez-soi lors de l'imposition d'un couvre-feu pendant la crise sanitaire. Nous avons été l'une des seize organisations expertes choisies par le Parlement bruxellois pour prendre la parole le 24 juin 2021 au sein de la « Commission délibérative sur le [sans-chez-soirisme] ».

Encore juste la place pour un dernier motif de satisfaction. Dans notre terminologie interne, un « combat » est une action au long cours nécessitant la mobilisation d'autres organisations. Notre premier «combat» est la suppression du délétère « statut de cohabitant », qui pénalise beaucoup d'immenses, mais également des femmes, des personnes en situation de handicap, des retraités, des chômeurs, des étudiants et des artistes, catégories de la population qui ont déjà lutté, en vain, chacune de leur côté, mais qui n'ont jamais lutté ensemble. Les premiers contacts pris en un sens avec le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, Présence et Action culturelles, Rendre visible l'invisible, Droit à un toit/Recht op een dak ou encore le Gang des vieux en colère sont encourageants. Le Syndicat des immenses est représenté dans la section Action sociale du Conseil consultatif de la CO-COM et est membre de la Coalition européenne d'action pour le droit au logement et le droit à la ville (CEA). Il frappe vainement à la porte de l'Assemblée générale de Bruss'Help.

3. 1° Objectif « zéro déchet humain » (contre l'économie du gaspillage [humain]). 2° Pour dire l'immensité, des mots sont à inventer et certains sont à bannir (pour un thésaurus de l'immensité). 3° La vie rendue invivable (contre la nécropolitique à l'œuvre dans les politiques sociales). 4° Fêter la Saint-Covid le 13 mars? (le virus exacerbe les inégalités et sort des personnes de la rue). La deuxième Université d'été des immenses aura lieu fin mai 2023 à l'UCLouvain Saint-Louis - Bruxelles, autour de trois thèmes : 1° L'humanimalisme

est existentiel,

2° Respect et/ou dignité et/ou ça dépend? et

3° L'(a) normalité des

illégalités et autres mensonges de l'État.

MAISON MÉDICALE ET ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE

En 2015, les Nations unies ont voté les dix-sept Objectifs pour un développement durable, plus ambitieux que les Objectifs du millénaire pour le développement, votés en 2000. L'idée était d'aller vers un monde plus juste, meilleur à vivre pour la population et plus durable pour la planète. Tous ces objectifs peuvent être atteints s'il y a la volonté politique. La crise du Covid-19 a montré que les gouvernements pouvaient prendre des mesures fortes quand ils le voulaient.

André Crismer, médecin généraliste à la maison médicale Bautista van Schowen, à Seraing.

eux grands dangers menacent la santé des populations présentes et futures : les inégalités croissantes et le réchauffement climatique. Chacun pourrait avoir des conséquences bien plus dramatiques sur la population mondiale que la pandémie de Covid-19. Les politiques néolibérales voulues par quelques-uns et qui se sont imposées dans le monde ont une très lourde responsabilité sur le développement de ces deux dangers.

Les inégalités ne cessent de croitre depuis les années 1970. Il y a de plus en plus de richesse dans le monde, mais il y a de plus en plus de pauvres. On a bien montré qu'il y avait un lien entre ces inégalités et le mal-être, la perte de cohésion sociale, la mauvaise santé, la violence, la prostitution... En 2020, on a vu la plus forte augmentation annuelle de milliardaires dans le monde. Les dix plus riches ont vu leur richesse doubler pendant la pandémie alors que la majorité de la population s'appauvrissait! Cinquante pour cent de la population de la planète possède 2 % des richesses et 1 % en possède la moitié¹! La baisse des revenus des plus pauvres est responsable de 21 000 décès chaque jour²! L'espérance de vie ne cesse de se creuser entre les quartiers riches et les quartiers pauvres. Quand on prend le métro à Londres en direction de l'Est, l'espérance de vie diminue d'un an à chaque station³. En juillet 2020, le rapporteur des Nations unies sur la pauvreté et les droits de l'homme affirmait que la pauvreté était un choix politique. La pauvreté n'est pas due au manque de ressources, mais à sa distribution inégale⁴. La pollution menace notre planète, la plus belle connue à ce jour dans l'univers, et selon l'Organisation mondiale de la santé, le réchauffement climatique est la plus grande menace pour la santé à laquelle l'humanité est confrontée⁵. On estime qu'actuellement, la pollution de l'air est responsable de sept millions de morts chaque année dans le monde. Soixante pour cent des animaux vertébrés sauvages ont dispa-

ru depuis 1970 selon le World Wildlife Fund (WWF). Un million d'espèces sur les huit millions existantes sont menacées de disparaître dans les prochaines décennies...

Depuis le début de l'année, notre équipe réfléchit au rôle de la maison médicale par rapport à ces deux enjeux mondiaux. L'équipe, à l'initiative de notre comité du plan global a dressé l'inventaire de ce que nous avions déjà fait (beaucoup plus contre les inégalités que contre le réchauffement climatique) et exploré les pistes nouvelles de ce que nous pourrions mettre en place en équipe, avec les patients et avec d'autres associations partenaires.

Des soins égaux pour toutes et tous

La lutte contre les inégalités sociales se joue tant au niveau collectif qu'au niveau individuel, au sein de la maison médiale et en lien avec des partenaires locaux, de quartier, de secteurs. L'installation de la maison médicale dans une

En juillet 2020, le rapporteur des Nations unies sur la pauvreté et les droits de l'homme affirmait que la pauvreté était un choix politique.

1. L. Chancel, T. Piketty, E. Saez, G. Zucman, World equality report 2022, World Inequality Lab, 2021. 2. "Wealth of world's 10 richest men doubled in pandemic, Oxfam says", BBC, 17 janvier 2022. 3. N. Hawkes, "Solving the mystery of health inequality", BMJ 2015; 350. 4. P. Alston, The parlous state of poverty eradication: Report of the special rapporteur on extreme poverty and human right, Human Rights Council, 2020. 5. OMS, Changement climatique et santé, www.who.int.

zone défavorisée donne évidemment un premier signal, tout comme la mise en place, très précoce à Bautista van Schowen, du mode de financement au forfait.

L'équipe s'est élargie à d'autres métiers que les soins médicaux proprement dits : médiateur en santé, assistante sociale, psychologue, diététicienne, esthéticienne sociale, kinésithérapeute pratiquant l'ostéopathie, dentistes pratiquant le tiers payant, avec accès souvent favorisé à ces services. Et avec un système de remboursement privilégié pour les coopérateurs.

Tout en maintenant notre volonté de garder une mixité sociale parmi nos patients, nous veillons à rester accessibles aux plus défavorisés, particulièrement aux consommateurs d'héroïne, aux sans-papiers, sans mutuelle ou dépendant de Fedasil... Pour certains de nos patients déstructurés, nous avons abandonné le système de rendez-vous. Une part importante de nos réunions

En tant que maison médicale, nous devons aussi contribuer à la lutte contre le réchauffement climatique, même si nous disposons de peu de leviers.

d'équipe est consacrée à ces publics spécifiques. Nous essayons de traduire cette forme d'accueil inconditionnel dans nos murs par l'architecture de nos locaux, l'offre de café dans la salle d'attente. Par une qualité professionnelle de l'accueil également : chaleur humaine, écoute active, humour aussi, soutien à l'autonomisation des patients et renvoi d'une

image positive d'eux-mêmes, encouragement au regard critique sur la technologie médicale, attention particulière à leurs droits... Tout en assurant des visites à domicile. Une coopérative de patients a été mise sur pied ainsi qu'une banque de médicaments et une collecte de médicaments génériques auprès des délégués. Une collecte de vêtements également.

Plus occasionnellement, la maison médicale participe à des campagnes de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé dans le but de toucher le public le plus large possible. Nous sensibilisons les patients aux avantages du statut BIM. Un groupe de patients diabétiques centré sur les plus défavorisés s'est créé. Sans parler des collaborations avec les CPAS ou

d'autres institutions ni de l'interpellation régulière des politiques locaux.

Les attentions portées au public en difficulté sont nombreuses et individualisées : démarche proactive avec certains patients qui viennent trop rarement; suivi de chaque diabétique; prise de rendez-vous en deuxième ligne avec des spécialistes compétents et démocratiques; accompagnement dans des démarches juridiques, comme l'aide à la jeunesse, la justice de paix... D'un point de vue économique, nous soutenons la prescription de médicaments génériques, prêtons du matériel médical, nous finançons certains traitements couteux. Nous aidons les patients dans leurs démarches administratives et la remise en ordre de leur statut.

Nous avons tracé d'autres pistes que nous voudrions promouvoir : développer une démarche de recueil de dysfonctionnements de notre société par rapport aux publics fragiles pour les garder en mémoire et mener des actions d'interpellation ou de témoignage, lutter contre la fracture numérique, renforcer les actions qui génèrent du lien, actualiser nos revendications par rapport aux politiques.

Des changements inévitables

En tant que maison médicale, nous devons aussi contribuer à la lutte contre le réchauffement climatique, même si nous disposons de peu de leviers. À l'échelle de notre centre, nous avons déjà marqué quelques étapes : installation de panneaux solaires et de vannes thermostatiques programmées, aménagement d'un garage pour les vélos, tri de nos déchets. Ici aussi il reste énormément à faire! Les pistes sont nombreuses : réduction générale de l'empreinte écologique de la maison médicale (eau, gaz, électricité, photocopies, déplacements en voiture), prescription attentive à la dimension écologique et limitation du matériel jetable, information de nos patients sur ces thématiques alliant santé et climat; soutien d'associations engagées... Outre les consultations, les canaux de communication sont nombreux : une rubrique dans le journal de la maison médicale, son site internet, un téléviseur dans la salle d'attente, des soirées-débats... Mais surtout il nous semble que nous devons plus nous former pour mener des actions dans ce champ important : là aussi nous avons quelques pistes.

RÉFUGIÉ OU MIGRANT?

Ukraine, Méditerranée, Afghanistan, Syrie, Manche... Ces endroits ne sont pas célèbres pour leurs paysages uniques, mais parce qu'ils font régulièrement la une des journaux. Ce sont des zones de départ, des zones de passage, et surtout des zones où des humains risquent leur vie.

Enrico Balducci, chargé de projets en promotion de la santé à la Fédération des maisons médicales.

uelle différence entre migrant et réfugié? D'après l'Organisation internationale des migrations1, le terme générique « migrant » désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour se déplacer temporairement ou de façon permanente. Cette relocalisation peut avoir lieu, pour différentes raisons, dans une nouvelle région du même pays, soit dans un autre, franchissant ainsi une frontière internationale. Le terme migrant englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées : les travailleurs migrants, par exemple, les personnes dont les types de déplacements particuliers sont juridiquement définis, les migrants objets d'un trafic illicite ainsi que les personnes dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux. Les Nations unies estiment à 281 millions le nombre de migrants dans le monde en 2020, ce qui ne représente que 3,6 % de la population 2 . La même année en Belgique, d'après StatBel³, ce nombre s'élève à un peu plus de 144 000 personnes, soit 1,25 % de la population.

Un « réfugié » est défini dans le droit international et en particulier par les Nations unies⁴ comme une personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou (du fait de cette crainte) ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou (en raison de ladite crainte) ne veut y retourner.

Le Haut-Commissariat pour les réfugiés des

Nations unies estime à 82,4 millions le nombre de réfugiés actuels dans le monde. Autrement dit : une personne sur 95 dans le monde a été forcée de fuir sa maison⁵. En Belgique, le Commissariat général aux

nationale en 20216.

réfugiés et aux apatrides (CGRA) a reçu un peu moins de 26 000 demandes de protection inter-

Les administrations belges concernées

Le CGRA est une administration fédérale indépendante qui a pour mission d'offrir une protection aux personnes qui courent un risque de persécution ou d'atteintes graves en cas de retour dans leur pays. Il examine d'abord si le demandeur d'asile peut être reconnu comme réfugié. Si ce n'est pas le cas, il examine si ce demandeur peut recevoir le statut de protection subsidiaire. Le CGRA étudie chaque demande de protection internationale de manière individuelle, objective et impartiale (c'est-à-dire sans se faire influencer par d'autres entités, comme le gouvernement ou les partis à l'opposition ni par des facteurs extérieurs comme une augmentation du nombre de demandes d'asile), selon les règles internationales, européennes et belges.

L'Office des étrangers dépend du service public fédéral Intérieur. Il applique la politique relative aux étrangers en Belgique. Il enregistre les demandes d'asile, détermine quel État est responsable de leur traitement (Règlement Dublin-III) et délivre les permis de séjour.

Différence très importante entre ces deux administrations : l'organe qui décerne le statut de réfugié est indépendant, du moins en théorie, et va donc utiliser les mêmes critères au fil du temps.

Le nombre de migrants dans le monde en 2020 ne représente que 3,6 % de la population.

> M. Emmanuel (eds.), "Glossary on Migration", International Migration Law, n° 34, International Organization for Migration (IOM), Genève, 2019. 2. M. McAuliffe, A. Triandafyllidou (EDS.), World Migration Report 2022, IOM, Genève. 3. https://statbel.fgov.be. 4. Convention relative au statut des réfugiés (adoptée le 28 juillet 1951 et entrée en vigueur le 22 avril 1954), Recueil de Traités des Nations unies, vol. 189, art. 1§2. 5. Global Trends, forced displacement, United Nations High

Commissioner for Refugees,

aperçu 2021, www.cgra.be.

Copenhagen, 2021.

6. Statistiques d'asile :

1. A. Sironi, C. Bauloz,

L'Office des étrangers dépend quant à lui directement d'un ministère et donc d'un ministre et donc d'un parti politique. Autrement dit, d'un gouvernement à l'autre, non seulement les critères, mais aussi leur application peuvent changer parfois très radicalement.

Dublin-III

Le règlement de Dublin-III (datant de 2013 pour sa troisième version) s'applique à tous les États européens. Il a pour but de déterminer le seul État européen responsable d'exami-

Si l'on se penche sur l'histoire de nos ancêtres, très peu d'entre eux n'ont jamais bougé.

ner la demande d'asile d'une personne exilée et arrivée sur le sol européen. Des critères sont établis (ainsi que leur ordre hiérarchique d'application), dont le plus appliqué et aussi celui qui fait le plus débat : le

pays d'entrée dans l'espace Schengen. Ce mécanisme a deux types d'ambitions : protéger les pays et protéger les primo-arrivants. Les premières sont plus restrictives, elles ont pour but de contrôler et limiter les déplacements à l'intérieur de l'Union européenne (UE), mais surtout de lutter contre le « shopping de l'asile ». C'est-à-dire d'empêcher les demandeurs d'introduire des requêtes dans plusieurs pays avec l'espoir d'augmenter leurs chances en cas de refus. Les deuxièmes permettent un meilleur suivi des demandes, elles évitent que les demandeurs soient renvoyés d'un État à l'autre sans être pris en charge et s'assurent que l'État désigné traite le dossier et délivre une réponse dans des délais considérés raisonnables (dans les faits entre douze et dix-huit mois⁸).

Le texte a un objectif louable : éviter les demandes d'asile multiples, permettre l'accès rapide aux procédures d'asile et déterminer un État en charge de chaque procédure. Il ne tient pas compte cependant du parcours ou des intentions du demandeur d'asile. Il ne tient pas compte non plus des disparités existantes entre les différents systèmes d'asile nationaux, au risque d'atteindre aux droits fondamentaux du demandeur d'asile. D'autre part, il fait peser une charge plus importante sur les pays à la périphérie de l'Europe, déjà en charge du contrôle des frontières extérieures.

Les statuts spécifiques assimilés aux personnes réfugiées La protection internationale. Le statut de re

La protection internationale. Le statut de réfugié est accordé à une personne qui entre dans les critères de la Convention de Genève (qui craint d'être persécutée en raison de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou ses opinions politiques). Le réfugié bénéficie d'un droit de séjour illimité en Belgique et n'a pas besoin de permis de travail. La protection subsidiaire est accordée à la personne qui ne peut être reconnue réfugiée, mais qui encourt des atteintes graves en cas de retour, notamment en raison d'une violence aveugle liée à un conflit armé. Elle garantit un permis de séjour provisoire de un an, renouvelable, qui ne devient définitif qu'au bout de cinq ans. L'accès au marché du travail est conditionné à un permis de travail ou à une carte d'indépendant. Depuis peu, les droits en matière de regroupement familial ont été harmonisés entre ces deux statuts de protection. Loin d'être exhaustives, ces définitions devraient néanmoins permettre une terminologie commune pour aborder le sujet.

L'importance des mots

Toute personne qui change de région est donc un migrant. On s'éloigne ainsi de l'imaginaire collectif10 de personnes très différentes de nos cultures, aux statuts socioéconomiques précaires et, en général, porteuses de connotations négatives. Si l'on se penche sur l'histoire de nos ancêtres, très peu d'entre eux n'ont jamais bougé. Plus la zone d'influence de l'Europe s'est étendue, plus les personnes nées dans notre région du globe ont eu de facilités et d'opportunités de se relocaliser sans grands soucis. Chaque Belge qui s'est installé dans une autre ville pour ses études, qui a changé de province pour son travail ou qui a passé la frontière linguistique pour rejoindre sa famille est ou a été, techniquement, un migrant.

Dans les faits, les réfugiés sont une sous-catégorie de migrants. Ce qui les différentie des autres catégories de migrants est surtout les causes de départ. Alors que l'on peut débattre de l'obligation de partir pour un migrant économique, il n'y a plus de doutes quand il s'agit de réfugiés. Il ne s'agit plus de partir pour améliorer sa qualité de vie, mais de s'enfuir pour survivre.

7. Règlement (UE)
n° 604/2013 du Parlement
européen et du Conseil du
26 juin 2013 établissant
les critères et mécanismes
de détermination de l'État
membre responsable de
l'examen d'une demande de
protection internationale
introduite dans l'un des
États membres par un
ressortissant de pays tiers
ou un apatride.

États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride. 8. GISTI, L'accompagnement des demandeurs et demandeuses d'asile en procédure « Dublin », 2^e éd., juillet 2019. 9. Note d'information du Parlement européen, Évaluation de la mise en œuvre du « Règlement (UE) n° 604/2013 (règlement de Dublin) et procédures d'asile en Europe », avril 2016. 10. S. Zappi, « Le "migrant",

nouveau visage de

l'imaginaire français », *Le Monde*, 26 août 2015.

Des récupérations politiques

Le sujet des migrations peut être utilisé politiquement. Que ce soit lors de négociations entre partis en Belgique (en 2018 le gouvernement Michel II est tombé¹¹ suite à l'adoption du Pacte des migrations, à Marrakech¹², et au désaccord dans la majorité qui s'en est suivi) ou lors de négociations internationales, lors des répartitions d'accueil des personnes traversant la Méditerranée ou sur le fonctionnement de l'Union européenne (une partie des négociations du Brexit a porté sur les frontières). Ces quelques exemples démontrent comment un statut qui n'est pas figé, comme celui de migrant, peut être remis en question et utilisé de part et d'autre de l'échiquier politique.

Il est plus difficile en revanche de politiser le statut de réfugié. La Belgique a ratifié les traités internationaux définissant les droits des réfugiés, ce qui lui laisse une marge de manœuvre beaucoup plus exiguë. C'est l'une des (nombreuses) raisons qui justifient une prise en charge rapide et sans hésitation des Ukrainiens aujourd'hui. Oui, ils sont d'une culture et d'une apparence plus proches de la nôtre que des Afghans ou des Érythréens, mais, surtout, la guerre qui touche leur pays a un impact médiatique sans égal en Europe. Il est plus difficile de jouer sur les mots et les statuts quand les médias retransmettent quotidiennement les horreurs de cette guerre, alors que le nombre d'articles sur celle qui ravage le Yémen est infime...

Des chiffres alarmants?

Le nombre de migrants et de réfugiés est-il si conséquent? Pour s'en donner une idée plus précise, les tribunes du stade roi Baudouin réunissent plus de spectateurs que l'on ne compte de migrants arrivant en Belgique durant une année. Et il faudrait rassembler deux années de candidats demandeurs de protection internationale pour ne le remplir qu'une fois... Pourtant chaque accueil semble difficile. Ou plutôt semblait. Depuis le début de la guerre, 5 millions13 d'Ukrainiens ont fui leur pays et peuvent être considérés comme des réfugiés. Plus de 200 000 se sont dirigés vers la Belgique. Une Belgique qui a mis tout en œuvre pour les accueillir au mieux en trouvant des fonds, des lieux, des personnes et surtout l'envie de répondre qualitativement à ces nouveaux besoins. Nous avons donc les moyens et les compétences pour accueillir de grandes vagues de migrations; c'est notre volonté qui varie. Pourquoi? Parce que les causes qui poussent les gens à migrer et notre lien avec eux varient aussi. Parce qu'ils nous touchent de façons différentes et qui nous semblent plus ou moins légitimes.

Partir à la recherche de meilleures opportunités, d'une plus grande accessibilité à l'éducation, d'un meilleur emploi, diminuer la distance qui nous sépare des nôtres... ces raisons nous paraissent légitimes quand elles justifient le départ de l'un de nos proches alors qu'elles sont souvent remises en question quand

Nous avons les moyens
et les compétences
pour accueillir de
grandes vagues de
migrations; c'est notre
volonté qui varie...

elles concernent une personne hors Europe. Il s'agit pourtant de besoins partagés, communs, des points qui nous rassemblent et non qui nous différencient.

Menace vs opportunité

Les discours actuels sur les migrations sont dépourvus de nuance et de mise en contexte, avec pour effet une polarisation des avis. La migration est vue soit négativement, perçue comme une menace. Une menace pour nos cultures, pour nos emplois, pour notre sécurité physique et sociale, lorsqu'on imagine toutes ces personnes qui n'ont pas cotisé et qui sont du jour au lendemain à charge de notre système de Sécurité sociale. Soit elle est vue positivement, perçue comme une opportunité. Une opportunité pour assurer les emplois plus durs, pour payer les retraites d'une société vieillissante, comme le souligne entre autres l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)15,16. Bien qu'il soit impossible de prédire l'impact de l'immigration sur notre société, soyons attentifs à ne pas alimenter une prophétie autoréalisatrice17, ce mécanisme bien connu en sciences sociales qui induit une modification des comportements de sorte qu'ils fassent advenir ce que l'on avait prévu. Et s'il nous arrive un jour d'émigrer, espérons que nous serons vus plutôt comme une opportunité que comme une menace.

11. B. Demonty, « Comment le gouvernement Michel II est tombé », Le Soir, 19 décembre 2018. 12. « Réforme de l'asile dans l'UE », www. consilium.europa.eu 13. www.unhcr.org. 14. https://statbel.fgov.be. 15. Ibidem. 16. OCDE, Perspectives des migrations internationales 2012, chapitre II « Le rôle de la migration dans le renouvellement des compétences des populations actives vieillissantes », 2012. 17. R. Merton, "The Self-Fulfilling Prophecy", The Antioch Review, 1948.

LA CULTURE,C'EST BON POUR LA SANTÉ!

a culture embrasse plusieurs définitions : celles de civilisations, d'idéologies, de connaissances, de comportements, de caractéristiques. On parle aussi volontiers de culture ouvrière, de culture d'entreprise, de culture de masse, de culture populaire, de culture générale, de culture médicale, de l'art de soigner. On emploie également le mot culture dans les domaines artistiques. La culture qui réunit, qui rassemble, qui divertit. Mais la culture ne se limite pas à cela. C'est ce à quoi ce dossier va s'intéresser. La culture qui analyse notre société, qui dénonce ses manquements, qui revendique l'égalité et qui soutient des idées et des valeurs.

L'art, la vie

Les actions des maisons médicales rassemblent les mêmes composantes. Nous soignons celles et ceux qui ont besoin de soins, nous prenons une place dans le système de santé, dans la société que nous entendons analyser, soutenir, critiquer, améliorer ou transformer. Ce sur quoi le secteur culturel et le secteur des soins se rejoignent, c'est dans leurs dimensions sociale et politique. D'où nous sommes, dans le secteur du soin, il est utile de considérer la culture comme un levier d'ouverture à la réflexion et à l'analyse des enjeux actuels de la société. Un outil d'analyse et de support à l'émancipation.

Dès le début de la crise sanitaire, au printemps 2020, les actrices et les acteurs de la culture ont tenu un discours éminemment politique en faveur d'une humanisation des soins de santé. Ce secteur était qualifié de non essentiel. Les militantes et les militants de Still Standing For Culture ont saisi l'opportunité pour affirmer dans l'espace public et les médias la dimension sociale de la culture. Un pied de nez aux politiques. Une réponse. Une clarification. Plus intéressant encore : pour parler d'eux, ils ont parlé de nous. Il ne s'agissait pas de mettre en avant un manque à gagner pour un secteur en difficulté, comme tant d'autres, mais bien du rôle politique de la culture dans le secteur des soins. C'était élégant. Plein de finesse. Un des rares secteurs à faire ce lien. En promotion de la santé, on parle des « déterminants non médicaux » de la santé. C'est-à-dire tous les éléments qui déterminent la santé autrement que par l'absence de maladie : le travail, le logement, l'environnement, les revenus, etc. Et... la culture ! C'est de ça que le mouvement Still Standing For Culture a parlé pendant la crise sanitaire : de la santé et du rôle du secteur – essentiel – de la culture.

Pourtant, à la vérité, il n'y a rien d'inédit. Depuis toujours, sous diverses formes, les actrices et les acteurs de la culture traduisent le réel. Les formes évoquées

sont celles des arts. La musique, le théâtre, la peinture, la sculpture, le dessin, le cinéma, la littérature, etc. Tout autant que les formes de la forme. La dénonciation, le plaidoyer, le rire, la gravité, la provocation, la féérie, la poésie et bien d'autres encore. Alors, naturellement, les actrices et les acteurs des soins ont utilisé ces formes dans leur travail de soignant. Depuis toujours, mais pas tout le temps, évidemment. Et pas tout le monde non plus.

Les analyses que nous proposons aujourd'hui dans ce dossier ont pour ambition



de mettre des mots sur ce que d'aucuns réalisent parfois sans complètement en mesurer la portée. Et pour ambition – nous l'espérons en tout cas! – d'organiser, d'intégrer la dimension culturelle dans le travail des soignantes et des soignants.

#jesuisunartiste

L'art est tellement diversifié qu'il n'est pas réservé qu'aux élites. Pas besoin qu'un peintre soit mort depuis deux cents ans pour apprécier la qualité de ses toiles. Travailler l'expression de nos patientes et de nos patients avec la peinture et organiser une exposition est à la fois réalisable et très intéressant, autant pour eux dans l'exercice que pour la population du quartier dans ce qu'ils ont permis d'exprimer grâce à leurs réalisations. Nous vivons toutes et tous entourés de gens avec des qualités artistiques. C'est cela que nous encourageons à mobiliser dans notre travail de proximité avec nos patientes et nos patients. Et puis, bien entendu, il s'agit de collaborer avec les centres culturels. Ce sont des organisations très proches de nos missions de soignants. Qui comme nous s'inscrivent dans des territoires de quartier. Nous poursuivons les mêmes visées d'intégration.

Poussons la porte ensemble. Il y a de la lumière et de la musique de l'autre côté. Tu les entends chanter? C'est l'histoire de cette dame, tout à l'heure. Tu sais, celle qui est venue avec ses deux enfants. Elle disait qu'elle n'avait plus de maison. Peut-être qu'on va pouvoir l'aider, en fait. Allez, viens...

Frédéric Palermini, coordinateur de l'intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL)



La solidarité et l'accessibilité au système de santé à travers la culture

Bien du chemin a été parcouru depuis 1981, l'année de création de la Fédération des maisons médicales. Avec toujours une préoccupation centrale : défendre un modèle de santé basé sur les besoins primaires et la première ligne de soins, en prenant en charge des patients de façon continue, intégrée, globale, accessible et solidaire. Une mission encore plus essentielle avec la pandémie de Covid-19.

À l'occasion de ses 40 ans, un ouvrage historique, des podcasts et des animations locales illustrent le récit de ce modèle unique dans le paysage de la santé belge et qui fait écho dans le monde entier. Point d'orgue les 10 et 11 juin 2022 à Bruxelles : ce congrès, un moment pour nous réinventer, un temps d'arrêt et de réflexion face aux enjeux sociaux et sanitaires que nous traversons.

Rejoignez-nous pour continuer cette histoire, penser et organiser la santé de demain, une santé que nous voulons accessible et solidaire, toujours !

INFOS: www.40ans-fmm.be



Vendredi 10 juin

9h00 Accueil

9h30 Introduction

10h00 Le procès de la sécurité sociale, un tribunal populaire pour parler du renforcement des inégalités sociales de santé et de la sécurité sociale comme gage de leur réduction

12h20 **Porteurs de paroles** et **Ligne du temps**, animations et repas

13h30 Dialogue avec les savoirs nocturnes des soignantes et soignants

14h50 Pause

15h10 La culture et la santé, table ronde précédée d'un concert de l'artiste Saule

16h40 Clôture du premier jour du congrès

17h20 Apéritif

18h30 Dîner et soirée festive

Samedi 11 juin

9h00 Accueil

9h30 **Pueblo**, spectacle de David Murgia

11h00 Pause

11h20 Seuls contre tous ou tous pour tous ? Les invisibles dans la société, table ronde pour passer de l'isolement à la solidarité

12h45 Repas

13h45 **Rage dedans**, spectacle de Jean-Luc Piraux, pour illustrer comment le secteur du soin peut utiliser celui de la culture, puis échanges avec le comédien

15h15 Conclusions du congrès

16h00 Clôture

IntervenantesIntervenants

Alexandre Dewez (comédien) Alexis Deswaef (avocat)

Anne Perraut-Soliveres (infirmière de nuit, chercheuse en sciences de l'éducation, revue *Pratiques*) Ariane Estenne (présidente du MOC) Brieuc Wathelet (Solidaris) Catherine Haxhe (journaliste) Christine Mahy (RWLP) Compagnie Adoc David Murgia (comédien) Jean-Luc Belche (médecin généraliste à la maison médicale Saint-Léonard) Jean-Luc Piraux (comédien) Manon Legrand (Agence Alter) Nadia Cornejo (CNCD) Sabine Lapôtre (centre culturel de Walcourt) Saki Kogure (RTA) Saule (musicien) et beaucoup d'autres encore...



SANTÉ ET DROITS CULTURELS

Si l'on compare la Déclaration d'Alma-Ata, la Charte d'Ottawa ou la Déclaration de Jakarta avec les référentiels des droits culturels tels que la Déclaration de Fribourg ou le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, on constate à quel point ces textes construisent un sens commun.

Thibault Galland, coordinateur de la Plateforme d'observation des droits culturels.

es pratiques de soin s'établissent et varient selon l'ordre social, politique et culturel, les acteurs et actrices de terrain et les institutions de la santé appartenant à des luttes politiques et sociales autant qu'ils s'inscrivent dans un milieu culturel selon leurs représentations. Pensons aux multiples conceptions de la maladie, de la souffrance et de la santé, pensons aux divers modèles, structures et cadres sociaux qui permettent ou empêchent l'accessibilité aux pratiques de soin, pensons à la circulation de l'information, à l'éducation et la transmission de recherches et de connaissances médicales, qu'elles soient conventionnelles ou alternatives. Et tout ceci en abordant à peine les enjeux propres au dialogue interculturel au sein des relations entre patients et soignants, que ces enjeux soient liés aux incompréhensions et barrières des langues, aux rencontres et conflits de valeurs, aux différences de dispositions corporelles ou de traditions spirituelles1. La liste de tous les facteurs culturels à prendre en compte reste encore à définir si tant est qu'un jour elle puisse être exhaustive! C'est là un point à souligner : en situant les réseaux d'acteurs et d'actrices, institutions et pratiques de soin au sein de milieux culturels, nous n'en donnons qu'une photographie cadrée sur une partie du paysage et à une période donnée. Il s'agit d'assumer le caractère situé de ce dont nous cherchons à rendre compte, tant au niveau de l'objet que des méthodes déployées. Ce faisant, la démarche doit appeler à l'échange, au décentrement, à l'exercice critique et à la coopération. Ces représentations ou formes culturelles peuvent toujours évoluer; les réseaux, milieux et circonstances peuvent toujours s'étoffer; et donc

les pratiques de soin, les acteurs et actrices et institutions de la santé peuvent toujours s'améliorer et progresser vers un projet commun².

Une invitation à collaborer

Mais en ayant ramassé tout cela, nous n'avons fait qu'enfoncer des portes ouvertes tant sont de plus en plus considérées les dimensions cultu-

relles du soin et de la santé. Depuis 1997, la Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la santé au XXI^e siècle notamment appelle à collaborer de façon multisectorielle autour de la santé, en connectant les politiques de santé avec l'ensemble des autres politiques publiques³. À cet égard, le domaine du droit condense l'ensemble de toutes ces circonstances, tantôt sous

forme de leviers, tantôt sous forme de limites à l'action. Ceci, tout en gardant au moins le mérite d'ouvrir la possibilité d'agir, d'avoir des effets sur l'ordre social, politique et culturel. En témoignent, localement en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, les décrets qui fixent les missions et les conditions d'agrément des associations de santé intégrée tout en leur garantissant des moyens financiers pour réaliser leurs missions.

Plus globalement, nous posons l'hypothèse que les droits culturels offrent une perspective innovante parmi d'autres instruments internationaux. Même s'ils n'ont pas directement force de

On voit combien
tous ces paramètres
constitutifs des droits
culturels peuvent être
pertinents pour l'action
publique en matière de
santé et de soin.

1. T. Nathan, Nous ne sommes pas seuls au monde,
Le Seuil, 2001.
2. I. Stengers Réactiver le sens commun: Lecture de Whitehead en temps de débâcle, La
Découverte, 2020.
3. M. Vanderveken,
B. De Reymaker, « La dimension culturelle de la santé », Le Journal de Culture & Démocratie n° 36, novembre 2014.

4. F. Nietzsche, La généalogie de la morale, Gallimard, 1985. M. Foucault, L'archéologie du savoir, Gallimard, 1969. 5. C. Romainville, Pour comprendre les « droits culturels » et le droit de participer à la vie culturelle, Culture et Démocratie, 2013. 6. www.un.org 7. La Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles viendra en 1982 préciser ce que l'on peut comprendre par « vie culturelle en la détaillant en termes de patrimoine culturel, de création artistique et intellectuelle et d'éducation artistique, etc. », https://unesdoc.unesco.org. 8. www.ohchr.org. On pourrait également citer le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, également adopté en 1966 par l'ONU, qui précise d'importantes composantes du droit de participer à la vie culturelle. loi, ils constituent des ressources pour analyser les actions menées dans un milieu, pour évaluer les politiques publiques dans un contexte, et ce, dans une perspective culturelle suffisamment large pour inclure les réseaux de pratiques de soin, d'acteurs et actrices et d'institutions de la santé. Qu'il s'agisse de l'identité, de la diversité, du patrimoine, de la communauté, de la participation, de l'éducation, de la formation, de l'information et de la coopération, on voit déjà combien tous ces paramètres constitutifs des droits culturels peuvent être pertinents pour l'action publique en matière de santé et de soin. Sur cette base, esquissons une généalogie des droits culturels, ce qui nous permettra ensuite d'ouvrir des pistes de réflexion et donner matière à problématiser les actions du secteur des maisons médicales. Généalogie⁴, car les droits culturels ne sont pas issus d'une origine unique, ils sont plutôt « éclatés et fragmentés entre plusieurs sources en droit international des droits de l'homme, entre instruments de protection de certaines catégories de personnes et instruments universels » (Céline Romainville parle de « nébuleuse de droits fondamentaux » et en appelle à une clarification)5. Il s'agit ici de retracer les trajectoires conceptuelles des droits culturels pour en clarifier les tenants et aboutissants, pour en dégager des points de débats entre les différentes filiations. Comme sources de référence, on peut citer :

- La Déclaration universelle des Droits de l'Homme (DUDH) de 19486, notamment l'article 22, qui évoque, dans le cadre de la sécurité sociale, « la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à la dignité et au libre développement de [la personnalité de toute personne, en tant que membre de la société] », ainsi que l'article 27 qui, en insistant sur le droit de participer à la vie culturelle⁷, mais en étant dépourvu de force obligatoire, va fonder toute une trajectoire des droits culturels basée sur l'accès et la participation à la culture.
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁸, texte quant à lui juridiquement contraignant émis par l'Organisation des Nations unies (ONU) en 1966, va prolonger ces droits économiques, sociaux et culturels qu'on appelle aussi la deuxième génération des droits fondamentaux, en reprenant à son

- article 15 au rang des droits culturels : le droit de participer à la vie culturelle, le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications, le droit de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique et la liberté scientifique et culturelle.
- En Belgique, c'est en 1993 soit quarante-cinq ans après leur formulation dans la DUDH que les droits culturels sont intégrés dans la Constitution belge à son article 23, en tant que droit à l'épanouissement culturel et social.
- Des instruments universels et régionaux font encore mention plus ou moins explicite des droits culturels. Pensons à la Déclaration universelle de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) sur la diversité culturelle de 2001 qui, si elle élargit la notion de culture à « l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social et qu'elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeur, les traditions et les croyances », rapproche les droits culturels des enjeux propres à la diversité, aux débats sur l'identité et le pluralisme.
- D'autres sources appellent à une extension du qualificatif « droits culturels » à d'autres droits tels que le droit à l'éducation, les droits linguistiques ou la liberté de culte, voire l'ajout de nouveaux droits à cette catégorie de « droits culturels » tel que le droit à l'identité culturelle.

Des sources multiples

Elles contribuent à la nébuleuse conceptuelle. Toutefois, l'on pourrait schématiser deux trajectoires conceptuelles majeures des droits culturels pouvant être mises en débat entre elles : celle de l'accès et la participation à la culture, et celle de l'identité et de la diversité. L'une défendue par Céline Romainville et l'autre par le Groupe de Fribourg en la personne de Patrice Meyer-Bisch ne sont certainement pas contradictoires. Disons que leur méthode de recherche et leur effectivité sont différentes, la première est plutôt juridique avec une analyse fine des textes de loi qui

cherche à avoir des effets légaux et politiques, le deuxième reste ancré dans le droit, mais davantage pour le problématiser philosophiquement et avoir des effets sur les représentations. Des points de débats concernent entre autres :

- La définition que l'une et l'autre trajectoire donnent de la culture avec, pour Romain-ville, une lecture plus restrictive centrée sur les beaux-arts et le patrimoine, et pour Meyer-Bisch, une lecture plus englobante du phénomène culturel qui est inspirée de l'anthropologie.
- Le questionnement de la centralité des enjeux liés à l'identité culturelle et aux modes de vie dans les droits culturels étant donné que ceux-ci sont déjà protégés par le principe de non-discrimination dans la DUDH.
- La réelle effectivité des droits culturels étant donné leur caractère général et abstrait, ainsi que la difficulté à traduire ceux-ci en politiques culturelles et dans les pratiques.

De ces débats, on peut retirer des raisons et des moyens pour stimuler l'intervention sociale et l'innovation en matière de politiques publiques. Ainsi, le décret du 21 novembre 2013 relatif aux centres culturels9 est un résultat visible et incarné dans le droit communautaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Si le texte reste complexe dans son appropriation10, en pratique il permet que se développent un surcroît de sens et de créativité des actions à travers l'observation et des outils d'évaluation au regard des droits culturels de même qu'un partage plus organique et ancré des territoires d'action à travers des logiques de coopération entre partenaires socioculturels. Dans ce secteur, les droits culturels se font levier du pouvoir d'agir des acteurs et actrices de terrain et des populations à la mesure que ces droits sont intégrés dans les pratiques. De manière transversale, ils permettent de mettre en lumière la question des langages dans les pratiques, la nécessité et l'effort de traduction entre les codes formels et informels, théoriques et pratiques, institutionnels et de terrain; les questions du temps et du plaisir à prendre dans les actions menées pour favoriser un épanouissement des participants et des acteurs; enfin, la question de leur responsabilité autant celle des élues et élus et des institutions. Certes, les secteurs des centres culturels et des maisons médicales divergent dans leur visée et leur action, néanmoins, et on le retrouve dans ces aspects transversaux, ils convergent vers le projet social, politique et culturel commun d'une société plus accessible, participative et engagée sur des valeurs, des libertés et des devoirs. De là, à se servir des droits culturels comme support d'analyse et de réflexion de l'action des maisons médicales, il n'y a qu'un pas...

Une responsabilité partagée

À dire vrai, ce pas est à prolonger plus qu'à impulser. Cela suppose une participation inter-

sectorielle de nombreux acteurs et actrices socioéconomiques et politiques au-delà de la santé et de la culture.

Les gouvernements ont des obligations envers les titulaires de droit, mais aussi envers les institutions qu'ils doivent soutenir afin d'œuvrer équitablement à la protection sanitaire et au patrimoine culturel. De façon complémentaire, les acteurs et actrices et les titulaires ont aussi une respon-

sabilité envers leurs institutions de santé et de culture. Tant pour la culture que pour la santé, il est nécessaire d'avoir des visions à court, moyen et long terme quand on observe la diffusion des premiers textes au sortir de la Deuxième Guerre mondiale et leur rayonnement actuel qui est encore à amplifier dans la perspective d'un développement durable. Pour ce faire, il faut considérer les enjeux identitaires et communautaires en termes de santé et de culture. Il faut favoriser l'information, l'éducation, l'autonomie, la participation et la coopération des acteurs et actrices et des expertises. Tout ceci pour tâcher de faire commun à travers les pratiques, pour développer ensemble des institutions ouvertes à la diversité. Un point de travail en ce sens serait le développement de « compétences transculturelles cliniques »11, ce que peut soutenir l'anthropologie médicale à travers une problématisation de la culture ainsi que les droits culturels en tant que supports d'analyse et d'évaluation de l'effectivité des actions menées.

Les centres culturels et les maisons médicales convergent vers le projet social, politique et culturel commun d'une société plus accessible, participative et engagée sur des valeurs.

9. Moniteur belge, 29 janvier 2014. 10. Une recherche participative que je coordonne accompagne les centres culturels en vue d'intégrer les référentiels des droits culturels au sein des actions culturelles et de développer l'effectivité de ces droits dans les pratiques: https:// plateformedroitsculturels. home.blog/. 11. P. Hudelson « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la

médecine? », Santé conjuguée

n° 48, octobre 2008.

UN CENTRE CULTUREL SANS LIEU

Comment un petit centre culturel peut-il contribuer à permettre l'exercice des droits culturels à une population alors qu'il ne dispose pas d'infrastructure, pas de salle de diffusion, pas de programmation?

Sabine Lapôtre, directrice du centre culturel de Walcourt.

alcourt est une commune rurale caractérisée par un patrimoine exceptionnel, naturel, bâti et immatériel. Des paysages vallonnés, boisés et des plaines, des villages typiques, une cité médiévale avec ses ruelles étroites, ses remparts, ses tours et jardins en terrasse, un grand nombre de jolies églises, chapelles, potales, fermes-châteaux, lavoirs, fontaines.... et les célèbres marches de l'Entre-Sambre-et-Meuse. Walcourt connait un essor démographique important qui a débuté dans les années 1970 et qui continue d'accroître régulièrement la population. On compte au-

Nous avons pris l'habitude de travailler hors les murs, dans les écoles, dans la rue... jourd'hui un peu plus de 18 000 habitants pour cette commune composée de seize villages et deux hameaux. On y dénombre pas mal d'associations de fait, de comités villageois, de fanfares et de

troupes de théâtre amateur... mais aucune autre institution de la Fédération Wallonie-Bruxelles que le centre culturel.

Sous l'impulsion de la Province de Namur, la ville initie en 1993 le processus de création de son centre culturel en réunissant les associations locales autour d'un projet commun. La volonté de départ est bien de créer un réseau entre les associations et de soutenir le développement de projets culturels au sein de la commune.

Dès sa reconnaissance par la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2000, le centre culturel va se développer rapidement grâce aux collaborations avec ceux des entités voisines, avec les différents services de la commune (office du tourisme, plan de cohésion sociale, agence de développement local, service environnement...), les écoles et les associations du territoire. Des commissions thématiques sont rapidement mises en place et permettent aux citoyens de participer au choix et à la mise en place des activités. À cette époque, l'équipe est toute petite (j'y travaillerai seule durant trois ans, puis nous serons deux les cinq années suivantes). Le centre dispose uniquement de bureaux et... en 2002, d'une salle d'exposition. Nous avons pris l'habitude de travailler hors les murs, dans les écoles, dans les églises, dans la rue ou sur une place de village. Nous avons développé des réseaux de partenaires, outillé l'associatif local, apporté soutien, expertise et moyens au service des dynamiques locales et des projets imaginés et construits avec des citoyens.

Un acteur de la participation citoyenne

Le 21 novembre 2013, le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles signait le nouveau décret des centres culturels. Voici ce que l'on peut lire dans Qu'est-ce qu'un centre culturel? Mode d'emploi des centres culturels de la Fédération Wallonie-Bruxelles¹: « Un centre culturel au sens du décret de 2013 n'est pas une salle de spectacle ou un bâtiment. C'est une organisation qui travaille avec et pour les citoyens, pour garantir l'exercice des droits culturels par tous, individuellement et collectivement ». On trouve aussi : « Au sens du présent décret, on entend par éducation permanente, la démarche visant l'analyse critique de la société, la stimulation d'initiatives démocratiques et collectives, le développement de la citoyenneté active et l'exercice des droits sociaux, culturels, environnementaux et économiques, dans une perspective d'émancipation individuelle et collective des publics, en privilégiant la participation active des publics visés et l'expression culturelle. » Il est important d'avoir en tête qu'un centre culturel n'a pas pour principale

Brochure éditée par le
Service général de l'action
territoriale de la Fédération
Wallonie-Bruxelles,
2018 (2° éd.),
www.centres-culturels.be.

mission la diffusion. Idée reçue pourtant très répandue. Le centre culturel de Walcourt n'a d'ailleurs jamais disposé de salle de diffusion à proprement parler. Depuis le début, il a, par la force des choses et aussi par conviction, été amené à travailler pour et avec les citoyens dans une série de projets et ce dans un esprit de « faire ensemble ». Il était donc prêt à rencontrer les attentes du nouveau décret; son contrat-programme 2019-2023 (rentré en juin 2017) faisant déjà état d'expériences concluantes et d'une expertise certaine dans la participation.

Le projet PIC

Le projet PIC - Petites initiatives citoyennes mis en œuvre par le centre culturel de Walcourt est né de la collaboration du groupe d'action local de l'Entre-Sambre-et-Meuse (GAL ESEM) et des différents centres culturels présents dans les quatre communes que constitue ce territoire. Un GAL est un ensemble d'acteurs publics et privés représentatifs d'un territoire qui définissent un plan de développement stratégique (PDS) multisectoriel et intégré pour son territoire qui s'inscrit dans le cadre de l'initiative européenne LEADER². Les actions du GAL sont portées par des chargés de mission qui développent des thématiques relatives aux enjeux-phares du territoire. Notre GAL concentre ses champs d'action sur l'alimentation durable, le tourisme, l'insertion sociale, la mobilité, la biodiversité, l'agriculture, les rivières et la citoyenneté active, dans laquelle s'inscrit le dispositif PIC. Depuis 2003, le centre culturel coopère avec le GAL ESEM afin de mener des projets culturels permettant l'implication des habitants sur des enjeux locaux.

Le PIC est géré par une animatrice du centre culturel de Walcourt. C'est d'abord un appel à projets qui favorisent l'émergence d'idées et de projets citoyens visant à permettre des changements locaux durables. Un jury détermine les projets retenus et un accompagnement est offert aux lauréats durant une période de deux ans. Au cœur de ce projet s'exercent la démocratie culturelle et la participation citoyenne. Il s'agit de trouver comment mettre les capacités de chacune et de chacun en action et les décupler avec et par le groupe afin de faire évoluer une situation insatisfaisante vers des solutions adaptées. C'est sortir du fatalisme d'une situa-

tion qui semble bloquée pour trouver des leviers d'actions afin de réaliser une transformation.

L'objectif que poursuivent nos actions est de renforcer la capacité d'actions citoyennes sur le territoire. En d'autres termes, il s'agit de stimuler et d'accompagner la mise en place de projets collectifs portés par des citoyens volontaires qui ont à cœur de s'impliquer dans un processus participatif afin d'améliorer le cadre de vie,

de favoriser la rencontre entre habitants, de lutter contre l'isolement, de conserver et protéger le patrimoine actuel – voire de développer de nouvelles formes de patrimoine – et d'œuvrer à la transition écologique et sociale. Autant de thématiques, de « prétextes » au développement de

Sortir du fatalisme d'une situation qui semble bloquée pour trouver des leviers d'actions afin de réaliser une transformation.

l'action démocratique. Le PIC se doit de rendre visibles les énergies locales, de les valoriser et de les mettre en lien avec d'autres initiatives d'ici ou d'ailleurs.

Cela déplace le curseur de la participation d'une attitude attentiste, consommatrice, à une attitude actrice et volontariste. Ce faisant, en accompagnant les projets des citoyens, nous pouvons à nouveau enrichir les participants par la rencontre d'autres initiatives, la rencontre de personnes-ressources, d'artistes, de chercheurs... Le fonctionnement est cyclique.

Les lieux d'intervention, les groupes et publics « acteurs », les thématiques sont déterminés sur base des vécus du territoire, y compris les questions qui dérangent, en mettant les populations en mouvement autour de projets partagés.

Le dispositif PIC est à la fois vitrine et ressource pour la mise en œuvre des actions citoyennes. Le centre culturel jouit d'expertises et de ressources particulièrement utiles qu'il propose au tissu associatif local et que le projet PIC met à disposition des lauréats. Le GAL dispose par ailleurs de différents chargés de mission pouvant apporter connaissances techniques et théoriques, réseaux et méthodologies pour répondre à des besoins spécifiques. Outre les ressources matérielles (prêt de matériel et équipements, prêt de locaux...) et financières (apport permet-

2. Liaison entre actions de développement de l'économie rurale (LEADER), est une approche de développement local utilisée depuis vingt ans pour associer les acteurs locaux à la conception et à la mise en œuvre de stratégies, à la prise de décision et à l'affectation de ressources pour le développement de leurs zones rurales, https://enrd.ec.europa.eu.

tant des achats ou des prestations pour la mise en œuvre du projet), l'accompagnement « humain » proposé peut prendre plusieurs formes : animation de réunions, création d'outils de communication, recherche d'offres de prix ou recherche d'experts pour trouver des sources de financements supplémentaires, mise en lien avec d'autres initiatives sur le territoire ou en dehors, organisation d'événements fédérateurs... Le soutien offert par le dispositif est extrêmement varié et souple en fonction de l'orientation de chaque projet.

Quelques exemples de projets réalisés par des citoyens : acquisition d'un terrain et reconstruction, pierre par pierre, de la chapelle d'Oret ; enquête, étude et imagination d'un nouvel aménagement pour la place du village de Gourdinne ; récupération d'un essart communal et plantation d'une forêt nourricière à Mettet ; installation d'équipements à destination des enfants et des citoyens sur la place de Saint-Aubin.

Rétablir la confiance entre citoyens et instances

Dans le processus de l'amélioration de notre cadre de vie, il y a de la mobilisation, de la militance. Un centre culturel peut dès lors être soumis à des tensions entre les citoyens et les mandataires politiques. La participation citoyenne peut effrayer le politique. Une gestion plus horizontale dans laquelle chacune et chacun peut avoir droit à la parole n'est pas encore entrée dans les mœurs : « La participation citoyenne qui n'est pourtant pas dans l'ADN de nos démocraties représentatives ne tend pas vers le remplacement de celles-ci, mais au contraire à leur renforcement »³. Inclure les citoyens dans les réflexions politiques par des dispositifs participatifs permet d'enrichir démocratiquement les débats. Il n'y a pas de concurrence entre les représentants et les citoyens, mais plutôt une complémentarité qui permet une variété de points de vue, une vision plus large de la réalité de terrain. Impliquer les habitants dans des processus participatifs, c'est ouvrir la vision de son territoire et en élargir la carte, c'est s'autoriser à envisager le regard des citoyens comme une boussole qui permet d'accompagner les projets politiques au plus près des besoins d'un territoire et de ses habitants. Se posent aussi des questions de légitimité : qui

êtes-vous pour...? Comment permettre à cha-

cun de s'investir à la hauteur de ses capacités, de sa disponibilité ?

Le risque de réunir des élus, des techniciens et des citoyens réside dans le fait que la parole des personnes reconnues comme « expertes » prédomine ou soit considérée comme ayant plus de valeur ou de légitimité. On retrouve alors la logique de la légitimité accordée sur base d'une compétence ou d'un diplôme. Cette tendance est d'autant plus marquée lorsque les espaces participatifs s'organisent autour de questions techniques, comme c'est le cas, par exemple, dans les projets de rénovation urbaine. Or, souvent, plusieurs niveaux de parole sont à prendre en compte. Si certains parlent plutôt à partir de ce qu'ils ont appris lors de leur formation, d'autres parlent à partir de leur vécu ou d'un usage quotidien qu'ils font des lieux ou autres. D'autres encore s'expriment à partir d'expériences qu'ils ont observées ou rencontrées ailleurs. Chacun possède des compétences et des savoirs multiples.

Elles sont nombreuses les expériences participatives qui démontrent la richesse et la pertinence des débats citoyens. Penser et agir entre experts en excluant les citoyens de la réflexion, c'est confisquer à la démocratie son essence même pour laisser la place à un système technocratique où seule la vision d'experts ferait foi et ferait loi.

Il y aurait les élus d'un côté et les citoyens de l'autre? C'est en tout cas le sentiment observé dans les différentes rencontres entre habitants. Cette dichotomie fait naitre la méfiance, le désintérêt voire la résignation des citoyens. Un sentiment d'impuissance sclérose les élans d'actions associatives ou individuelles, une impression d'oppression engendre du repli et enraye le déploiement de la démocratie participative. De nombreuses études, comme celles issues de l'enquête Baromètre social de Wallonie⁴ montrent à quel point les citoyens se sentent impuissants face aux grands enjeux de notre société.

Rétablir le sentiment de confiance par le dialogue, la mise en place de réelles concertations citoyennes permettrait de co-construire et de se projeter dans un avenir plus radieux. La démocratie participative demande une implication citoyenne et requiert la volonté politique de coconstruire. Des outils existent et le dispositif PIC en fait partie.

3. S. Brunet, « Pourquoi construire le(s) futur(s) avec les citoyens? » In C. Schoune (Ed.), D'un monde à l'autre, Couleur livres, 2017.

4. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique, Baromètre social de Wallonie, www.iweps.be.

LA DÉMOCRATIE CULTURELLE, UN DÉTERMINANT DE LA SANTÉ?

La démocratie culturelle comme horizon, mais aussi comme chemin pour fédérer les luttes, pour définir et conduire les conflits porteurs d'un déploiement des dimensions culturelles de l'ensemble des droits humains.

Ariane Estenne, présidente du Mouvement ouvrier chrétien (MOC) et Sarah de Liamchine, codirectrice de Présence et actions culturelles (PAC).

es crises ne se succèdent plus, elles s'enchevêtrent : crise de la démocratie, crise de la représentation, crise environnementale, crise de la migration, crise de l'information, crise idéologique, sans oublier l'omniprésente crise sanitaire et les guerres. Tout concourt à se demander si la crise ne serait pas devenue une nouvelle normalité. « Les crises ont cette singularité qu'elles se neutralisent ou s'invisibilisent mutuellement dans l'espace public. Celle qui l'occupe, l'occupe tout entier, concentrant sur elle toute l'économie de l'attention », analyse Didier Fassin, dans son dernier ouvrage qui questionne la nouvelle « normalité » de la crise1. Il souligne la singularité du moment présent et propose de le qualifier plutôt de « moment critique », notamment pour ce qui touche à la crise de la démocratie et à l'environnement. Voilà le diagnostic profond et durable : ce moment critique nécessite une « bifurcation de l'Histoire », pour reprendre les mots de Christian Maurel². Pour opérer cette bifurcation, il faut entre autres repenser notre système de sécurité sociale afin qu'il intègre les nouveaux enjeux liés aux changements climatiques. Pour mener ce grand tournant dans l'histoire, de nouveaux rapports de force doivent s'inventer. Aux rapports de force traditionnels, comme le rapport capital-travail par exemple, s'ajoutent les rapports de force environnementaux et notamment ceux qui tournent autour de l'empreinte écologique des entreprises et des individus. Des chercheurs ont montré que le taux de pollution est directement lié au niveau de revenu : les revenus les plus élevés ont un impact négatif plus important sur l'environnement. Dès lors, serait-il fou d'imaginer de faire évoluer notre système de sécurité sociale

afin qu'il intègre les risques environnementaux sur le même principe d'une contribution solidaire et progressive selon ses moyens? Rappelons que la sécurité sociale est née pour limiter

puis pour assurer collectivement les risques engendrés par l'industrialisation. Aujourd'hui, bien que les risques sociaux liés au travail et son industrialisation persistent, nous ne pouvons fermer les yeux face aux risques majeurs liés au dérèglement climatique, en Eu-

Depuis bientôt un demisiècle, le conflit central est devenu «culturel», au sens anthropologique de la notion de culture.

rope et ailleurs. La sécurité sociale nous a rappelé récemment son efficacité face à la crise du Covid-19, elle a permis d'amortir pour beaucoup (mais pas toutes et tous) les difficultés liées à la diminution de revenus.

Pas de projet de société sans collectif

Depuis bientôt un demi-siècle, le conflit central est devenu « culturel », au sens anthropologique de la notion de culture : le conflit porterait sur le sens (plus exactement le non-sens) d'une économie désencastrée des territoires humains, sur le sens (plus précisément le non-sens) d'une répartition aberrante des richesses, sur le non-sens de la définition même de la richesse, le non-sens d'un travail dévoyé en bullshit jobs, le non-sens d'un système productif menaçant les écosystèmes, le vivant, les équilibres climatiques, le non-sens de notre système de consommation. Questionner les enjeux à la racine, engager l'action collective dans un processus endurant, long, patient d'exploration et de recherche

1. D. Fassin (dir.), La société qui vient, Seuil, 2022.
2. Ch. Maurel, En quoi et comment l'éducation populaire peut-elle contribuer à l'urgente nécessité d'une bifurcation de l'Histoire?, www. theatrecroquemitaine.com.

culturelles pour permettre aux personnes et aux groupes de transformer leur expérience d'aliénation, d'oppression et d'exploitation en savoirs sociaux stratégiques. Cette dynamique longue, c'est le travail d'éducation populaire, permanente, que nous portons dans nos mouvements. Pour répondre aux enjeux climatiques, il ne suffira pas d'adopter individuellement de nouvelles pratiques de consommation, de déplacement et

Cette révolution sociale et écologique doit inévitablement être démocratique.

de mode de vie. La somme des actions individuelles peine à produire les effets d'une véritable action collective, particulièrement quand elle est soutenue par un État démocratique régulateur. Il convient certes d'amener les individus et les institutions à question-

ner le système, à changer leurs comportements et pratiques, mais ils doivent aussi et surtout construire ensemble un nouveau modèle social, démocratique et écologique qui réponde aux besoins de toutes et tous et particulièrement ceux et celles qui possèdent le moins de leviers pour y répondre individuellement.

Comme pour la sécurité sociale en 1945, cette révolution sociale et écologique doit inévitablement être démocratique. Si les contours de cette nouvelle solidarité ne sont pas construits par l'ensemble des citoyens et des citoyennes et particulièrement ceux et celles qui depuis (trop) longtemps ont peu (ou pas) voix au chapitre, le risque de reproduire in fine les inégalités est réel. Face au rejet croissant du système politique électoral de la part d'une partie importante de la population, il est plus que nécessaire de créer partout où on le peut des espaces d'expression, de débat et de revendication pour encourager la démocratie, l'expression du rapport de force, la déconstruction des rapports de domination. Penser la société et son organisation à partir d'un point de vue de dominant ou de dominante produit avant tout de la fracture sociale; la gestion de la crise du Covid par les autorités en est un exemple récent.

3. Décret fixant les conditions de reconnaissance et d'octroi de subventions aux organisations d'éducation permanente des adultes en général et aux organisations de promotion socioculturelle des travailleurs, Moniteur belge, 9 juillet 1976. 4. Décret du 17 juillet 2003 relatif au développement de l'action d'éducation permanente dans le champ de la vie associative. 5. Ses sept grands principes sont la liberté d'association, la liberté d'expression, la légalité, l'égalité de traitement et la non-discrimination, la complémentarité

entre l'action associative

l'évaluation et le contrôle

et l'action publique,

des missions d'intérêt

général subsidiées et l'évolution.

Un nouveau décret ancré dans l'action associative

Le décret de 1976 institutionnalisant l'éducation permanente³, œuvre conjointe des deux ailes du mouvement ouvrier représentées à

l'époque par Georges Liénard pour le MOC et Jean-Paul Barras pour l'aile socialiste, est une conquête majeure, à ne pas comprendre comme une simple reconnaissance et subvention d'État, mais bien comme un dispositif culturel de réflexion sur soi-même et sur ses propres pratiques, une grande conquête, durable et porteuse de sens pour l'ensemble du champ associatif. Comment faire évoluer et actualiser la politique d'éducation permanente et, au-delà, la politique culturelle comme politique transversale porteuse de démocratie approfondie dans l'ensemble des dimensions de la vie sociale et politique? Telle est la question qui a orienté en 2018-2019 la dernière réforme du décret relatif au développement de l'action d'éducation permanente dans le champ de la vie associative. Cette réforme ne s'inscrit donc nullement dans un esprit de rupture avec le décret du 17 juillet 20034. Au contraire, elle s'inspire de ses fondements et rend, sur certains aspects, sa traduction encore plus concrète. La réforme a été guidée par deux principes fondamentaux : le respect de la charte associative⁵ et la réaffirmation de la dimension centrale et instituante de l'article 1er du décret (voir l'encadré ci-contre). Elle se traduit par un recentrage du décret sur des dimensions qualitatives par le biais de nouvelles pratiques de mise en œuvre et de nouveaux modes de contrôle et d'évaluation. Elle contient également des mesures en faveur d'une plus grande transversalité entre les axes de reconnaissance, afin de laisser davantage de souplesse et de liberté dans les démarches d'éducation permanente et d'aboutir à une plus grande cohérence de l'action globale des associations. Enfin, la réforme facilite la coopération entre les associations. Grâce à ce recentrage sur la qualité, la réforme met également l'accent sur le sens et la valeur des actions d'éducation permanente ainsi que sur la nécessité d'une action associative porteuse des droits humains, émancipatrice et critique. Ce sera seulement en menant ce travail culturel et collectif d'interrogation, de déconstruction et de recons-

La démocratie culturelle au cœur des maisons médicales

construire de larges fronts de résistance.

Le modèle des maisons médicales est ancré dans le principe de la démocratie culturelle. Les pa-

truction du sens commun que nous pourrons

tientes et les patients sont acteurs et actrices de leur santé avec les soignants, les soignantes, et les intervenantes et intervenants sociaux, toutes et tous ont une place réelle et reconnue dans l'institution qui défend des valeurs fortes comme l'égalité, la solidarité et la démocratie.

La crise du Covid a mis en avant les conséquences négatives de notre modèle de soin de santé. Beaucoup de citoyens et de citoyennes, faute de moyens financiers ou de relais social et culturel, n'ont pas de médecin généraliste et ne s'inscrivent pas dans une médecine préventive et communautaire. Cet éloignement d'une partie de la population de la médecine de première ligne entraine diverses répercussions. Il est tout d'abord dommageable pour leur santé. Beaucoup de pathologies graves sont prises en charge quand elles sont trop avancées et mettent à mal la bonne santé des malades. Ensuite, un ancrage dans une médecine de première ligne a un impact positif sur les dépenses de sécurité sociale. Nous avons donc intérêt à améliorer drastiquement cet accès.

Mais, plus récemment, cet éloignement a dé-

montré ses risques démocratiques. En effet, le taux de vaccination et l'accès à l'information fiable sont en corrélation directe avec l'accès à une médecine de première ligne et l'ouverture d'un dossier médical global (DMG) chez un généraliste. L'importance d'un modèle de santé communautaire répond donc à des enjeux de santé évidemment, mais aussi à des enjeux économiques et démocratiques, particulièrement en période de crise.

Partant de ce constat et malheureusement assurés que les crises vont se succéder et s'accélérer dans les années à venir, il convient de valoriser le modèle déployé par les maisons médicales. Mais comme pour la sécurité sociale, il est peut-être nécessaire d'amener une transformation de ce modèle pour y intégrer, entre autres, les enjeux environnementaux qui constituent des déterminants de la santé particulièrement pour les individus précarisés. Enfin, comme lieu de rencontre et d'échanges la maison médicale est certainement un lieu privilégié pour imaginer des synergies entre les secteurs santé, sociaux et d'éducation permanente.

Les principes du décret « éducation permanente »

Article 1er. - § 1er. Le présent décret a pour objet le développement de l'action d'éducation permanente dans le champ de la vie associative visant l'analyse critique de la société, la stimulation d'initiatives démocratiques et collectives, le développement de la citoyenneté active et l'exercice des droits civils et politiques, sociaux, économiques, culturels et environnementaux dans une perspective d'émancipation individuelle et collective des publics en privilégiant la participation active des publics visés et l'expression culturelle.

- § 2. Cet objet est assuré par le soutien aux associations qui ont pour objectif de favoriser et de développer, principalement chez les adultes : a) une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société; b) des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation; c) des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique.
- § 3. La démarche des associations visées par le présent décret s'inscrit dans une perspective d'égalité et de progrès social, en vue de construire une société plus juste, plus démocratique et plus solidaire qui favorise la rencontre entre les cultures par le développement d'une citoyenneté active et critique et de la démocratie culturelle

L'article 1^{er} du décret se présente comme une suite d'énoncés relativement généraux et abstraits, où se succèdent finalité et objectifs, valeurs et orientations de méthode, dont l'interprétation est très ouverte, et doit le rester. Pour faciliter l'usage effectif de cette référence essentielle pour l'évaluation de l'action de ces associations d'éducation permanente, il est proposé de structurer les enjeux de l'article 1^{er} autour des quatre questions⁶:

- 1. Quel est le rôle de l'association dans le développement de l'action associative?
- 2. En quelle manière l'association entend-elle défendre et promouvoir un ou plusieurs droits, parmi les droits fondamentaux (économiques, sociaux, culturels, environnementaux, civils et politiques)?
- 3. De quel point de vue critique l'association est-elle porteuse sur la société?
- 4. Quel est, quels sont les effets et impacts que l'association cherche éventuellement à produire et/ou à susciter à partir de ses actions et vers quels destinataires?

6. Circulaire ministérielle relative au décret du 17 juillet relatif au soutien de l'action associative dans le champ de l'éducation permanente.

L'ART DE SOIGNER

Passe-temps pour les uns, passion pour les autres, l'art et la culture font du bien à l'âme. Le monde de la santé – à commencer par la psychiatrie – a amorcé une reconnaissance des vertus de l'art sur la santé des patients. Plus largement, c'est la santé de tous les citoyens qui est favorisée par les pratiques culturelles et créatives.

Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter.

otre travail de citoyenneté assidue, notre travail politique est de faire savoir que l'art n'a pas de territoire interdit. L'art ne rend pas l'hôpital hospitalier, il y féconde trouble et vivance », déclarait le pédopsychiatre français Patrick Ben Soussan¹. L'art, quand il investit les milieux de soin, permet en effet « aux habitants provisoires de ces lieux "hospitaliers" » d'expérimenter « dans leur corps même le rapport entre leur vulnérabilité de personne physique unique au

Les artistes en milieu de soin ne sont pas des artistes «diffuseurs», mais plutôt des passeurs.

monde et leur besoin de rester citoyen, c'est-à-dire membre collectif de la cité », relevait pour sa part Paul Biot, membre du bureau de l'association Culture & Démocratie².

Par le biais de l'art-thérapie – démarche ayant un objectif thérapeutique affiché – ou de l'intervention artistique en milieu de soins – plutôt utilisée,

selon Florence Masson et Catherine Vanandruel, « comme un moyen d'entrer en communication avec la personne souffrante pour lui proposer un espace de liberté » 3—, la rencontre entre art et soin est aujourd'hui reconnue et a pris des formes variées. Ici la présence de clowns dans les hôpitaux pour enfants, là des ateliers de danse avec des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, ou encore la création en arts plastiques par des personnes psychotiques : les exemples sont légion.

théâtre La montagne magique, Bruxelles, mai 2012. 2. Édito, Culture et Démocratie n° 33, avril 2014.

1. Colloque « L'art et les

tout-petits à l'hôpital »,

C. Vanandruel, « La commission Art et Santé, un chemin parcouru »,

3. F. Masson,

Culture et Démocratie n° 33, avril 2014.

Se déconnecter du traumatique

À l'Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu, à Leuze-en-Hainaut, la culture a pris corps dans l'hôpital comme un organe à part entière. Laurent Bouchain, licencié en arts du spectacle et dont la démarche artistique n'a cessé de tourner autour du « théâtre politique », revient sur les prémisses de cet enchâssement de deux

champs a priori distincts. « Je travaillais dans un théâtre en tant que salarié responsable des ateliers. Un jour, une des participantes, psychologue, m'a dit "Ce serait intéressant de vous inviter à venir travailler à l'hôpital en dehors des heures de soin et de proposer un atelier théâtre". Cela a duré sept-huit ans. » Une pensée se construit dès lors pour déboucher sur la création d'un service de médiation culturelle au sein de l'hôpital. Aujourd'hui, les six artistes et l'animatrice qui composent ce service sont les salariés d'une équipe reconnue au même titre que les autres. Une presse, un four à céramique, un local pour chaque artiste : l'hôpital a également dégagé des moyens pour aménager des espaces permettant aux patients de se déconnecter du traumatique. « Le service culturel est une équipe de l'hôpital en tant que telle, au même titre que le service de soin, commente Laurent Bouchain. Cela a changé le regard de nos collègues soignants sur nos pratiques. Le fait qu'ils nous envoient des personnes hospitalisées pour faire des ateliers est devenu normal, naturel.»

La spécificité de l'intervention artistique en milieu hospitalier? « On a très vite eu l'impression que les personnes arrivant du milieu de soin à l'atelier théâtre se débarrassaient de leurs problèmes. Elles venaient pour être à nouveau présentes en tant que personnes, hors des raisons pour lesquelles elles avaient été hospitalisées », dit Laurent Bouchain. Les artistes en milieu de soin ne sont pas des artistes « diffuseurs », mais plutôt des passeurs, des animateurs. Ils ne sont pas non plus des thérapeutes, ce qui leur donne « une certaine neutralité et donc une plus grande latitude dans la manière de travailler : les personnes savent que ce qui est fait en atelier est "simplement" un travail artistique et qu'il n'y aura pas de décodage de ce qui est fait ».

Hors des murs de l'hôpital

Diffusion d'œuvres artistiques au sein de l'hôpital ou d'œuvres nées dans l'hôpital auprès

d'opérateurs culturels, création d'ateliers avec des publics mixtes, l'expérience permet aussi de faire sortir les patients et leur art à l'extérieur des murs. La démarche artistique a aussi intégré celle du projet Psy 107 et de ses équipes mobiles qui interviennent en milieu de vie. « Il n'est pas rare que j'accompagne ces équipes à domicile, poursuit Laurent Bouchain. Au moment de la crise, cela permet, tant au personnel soignant qu'aux personnes elles-mêmes d'explorer d'autres espaces qui permettent de se reconnecter à la création et d'amener un élan vers du possible, du positif, de la respiration. »

Le projet artistique et créatif suscite aussi une reprise citoyenne de la personne en souffrance qui y trouve une occasion de retrouver du pouvoir et de l'autonomie. Ces éléments sont au cœur de la démarche artistique de Bruno Hesbois, de la Compagnie Buissonnière, qui élabore des projets de création théâtrale avec des publics fragilisés. Le dernier en date? Une création collective menée selon la démarche du théâtre-action, en partenariat avec l'asbl Itineris (Dinant), avec des personnes souffrant d'un handicap mental ou physique, ainsi que des personnes cérébro-lésées (accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale...) et traumatisées crâniennes vivant à domicile. « Le projet a commencé avant le Covid, nous avons traversé deux années de tunnel, relate le comédien animateur de la Province de Namur. Mais chaque fois que les portes se rouvraient, ils étaient là. Certaines personnes étaient arrivées là un peu par hasard, puis elles se sont prises de passion. Elles ont trouvé un endroit où se raconter sans jugement, sans regard négatif. Ce projet est un condensé d'humanité assez extraordinaire.»

Au bout d'un processus de deux ans et demi, les participants ont pris distance avec leur histoire – avec ces moments où ils ont ressenti le mépris ou la condescendance, ces sentiments de colère, aussi – pour aboutir à un récit au sein duquel alternent émotions et légèreté. Au-delà du travail introspectif collectif, de la solidarité issue des rencontres, l'œuvre a aussi pour ambition de sensibiliser. « Si une personne dans la salle change son regard sur la maladie mentale ou le handicap, alors c'est que la représentation est réussie », se réjouit Bruno Hesbois. Et de conclure : « On joue dans des petites salles de quartiers, de villages, associatives. On va à la rencontre d'un public

qui ne va pas au théâtre. Cela donne vraiment l'impression de faire avancer dans le bon sens. »

De la culture à la cohésion sociale

La socialisation est l'un des bénéfices « secondaires » des pratiques artistiques et culturelles. Quand deux personnes font de la musique ensemble, quand un groupe assiste à un concert, des hormones se libèrent, des mécanismes cérébraux s'activent. L'ocytocine (hormone de l'attachement) et la dopamine (celle du plaisir) sont sécrétées, tandis que le cortisol (hormone du stress) diminue. La culture et l'art, en renforçant la cohésion sociale, le sentiment d'appartenance et de partage, favorisent aussi une meilleure prévention et la promotion de la santé.

C'est le postulat que défend bec et ongles Mélissa Généreux, médecin en santé publique au

Canada. Petit retour en arrière pour comprendre le cheminement de sa pensée. Mélissa Généreux a été engagée comme directrice en santé publique pour la région de l'Estrie (Québec) le 2 juillet 2013, quatre jours avant que se produise l'accident ferroviaire de Lac-Mégantic – le dé-

La socialisation est
l'un des bénéfices
«secondaires» des
pratiques artistiques
et culturelles.

raillement d'un convoi de septante-deux wagons-citernes contenant 7,7 millions de litres de pétrole brut léger, provoquant des explosions et un incendie qui ont détruit une quarantaine d'édifices du centre-ville et tué quarante-sept personnes. « Sur le coup, en bon médecin de santé publique, j'ai voulu penser aux problèmes chimiques, aux enjeux de santé physique, risques d'intoxication, de cancers au long terme... On était vraiment dans ce paradigme-là. » Mais au fil des mois, ce sont plutôt des problématiques de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression qui prédominent dans la communauté. « Cela touchait tellement de gens, on était un peu désemparé quant aux solutions à mettre en place. On ne pouvait pas mettre des antidépresseurs dans l'eau potable. Cela nous a obligés à enlever nos œillères et élargir nos horizons parce qu'il était impossible de traiter chaque personne et ce n'était peut-être pas souhaitable », se remémore-t-elle. L'intuition qui surgit alors, ce sont les stratégies artistiques et culturelles. Des concerts sont organisés - « parce

que ça fait du bien à l'âme » -, des ateliers de photographie et de son sont mis sur pied. « Il y a quelque chose de libératoire dans le fait de se connecter à ses sentiments sans penser qu'on allait le faire. On a rejoint de cette manière des gens qu'on n'aurait pas rejoints en thérapie classique », analyse aujourd'hui la spécialiste en santé publique⁴.

Une stratégie qui fonctionne dans de multiples contextes traumatiques. Elle cite pour exemple le travail du Théâtre des petites lanternes avec des femmes ayant subi des violences sexuelles en République démocratique du Congo ou en-

Car oui, l'art a bien le pouvoir de guérir ou de prévenir les maladies. C'est l'OMS qui le dit.

core après un tremblement de terre en Haïti qui, avec sa « grande cueillette des mots », collecte des pages entières de partages d'un vécu commun ensuite transformées en une œuvre théâtrale qui sera présentée à la population

locale puis à d'autres groupes en vue de les sensibiliser. « Le contexte de la pandémie est venu renforcer ce message-là. C'est un bouleversement traumatique avec beaucoup de pertes, beaucoup de stress, mais cette fois-ci, cela touche toute la population. On doit encore une fois prendre un peu de recul et se demander que faire pour aider toute cette population à remonter la pente. L'art et la culture sont des moteurs centraux pour atteindre cet objectif-là », conclut Mélissa Généreux.

en coll. avec l'équipe de proximité, Des initiatives prometteuses pour mobiliser la communauté locale en contexte de rétablissement, rapport de la direction de santé publique du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2021. 5. « Santé mentale : des

4. M. Généreux (dir.),

prescriptions "muséales" pour soigner les patients bruxellois », RTBF, 3 septembre 2021, www.rtbf.be.

6. D. Fancourt, S. Finn, What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?

A scoping review, WHO Regional Office for

Europe, 2019.

Les arts et la culture, bons pour la santé de tous

Au Québec, un comité Art et Santé, composé d'experts des milieux de la santé, de l'artthérapie, de la recherche et des arts promeut depuis cinq ans la recherche sur l'art et la santé. Il a notamment permis de mieux documenter les liens entre arts et santé et d'établir une cartographie des projets. Objectif? Que ces projets soient valorisés - y compris financièrement - et systématisés.

Qu'en est-il d'une reconnaissance de la santé par l'art en Belgique? «Il n'y a pas de ministère ou de comité spécifique, pas de conventions comme c'est le cas en France. Pour des missions ou des projets particuliers, on peut obtenir des aides de la Fédération Wallonie-Bruxelles, mais il n'y a pas de reconnaissance structurelle », répond Laurent Bouchain. Peu de reconnaissance donc, mais une petite goutte d'eau qui pourrait à terme faire des vagues : en septembre 2021 sont lancées les « prescriptions muséales » à l'initiative de la Ville de Bruxelles et du CHU Brugmann. Au même titre que l'on prescrit des médicaments ou des séances de sport, les médecins peuvent désormais prescrire une visite dans l'un des musées de la Ville. « Cela va permettre de sortir les patients des ruminations, des anxiétés, des prisons mentales dans lesquelles ils sont parfois enfermés, a déclaré Charles Kornreich, chef du service psychiatrie de l'hôpital, à la RTBF5. On va utiliser le média artistique qui va pouvoir lancer l'échange, recréer le lien social en évoquant par exemple la perception que l'on a eue des œuvres. Un deuxième élément, c'est ce qui concerne la stigmatisation, c'est-à-dire la manière dont les patients sont perçus ou se perçoivent eux-mêmes. En les faisant accéder à des musées, ils retrouvent une place de citoyen. Peu importe leur pathologie de départ, ce qui compte, c'est l'accès aux représentations artistiques qui sont perçues de manière différente pour chacun d'entre nous. »

Car oui, l'art a bien le pouvoir de guérir ou de prévenir les maladies. C'est l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui le dit. Dans son rapport What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?, sorti en 20196, elle a synthétisé des données issues de quelque 900 publications, relayant plus de 3 700 études réalisées dans le monde sur le rôle des arts dans l'amélioration de la santé et du bien-être. L'étude situe les arts de la scène, les arts visuels, la littérature, la culture et les arts en ligne comme outils de prévention de la mauvaise santé, de promotion de la santé et de gestion et traitement des maladies physiques ou mentales, aiguës ou chroniques. Ils peuvent aussi se révéler utiles dans le cadre des soins palliatifs. Le rapport de l'OMS observe aussi que certaines interventions artistiques ne produisent pas seulement des résultats satisfaisants, mais sont également plus rentables que des traitements biomédicaux plus standards. « Introduire l'art dans la vie des gens par des activités telles que la danse, le chant, la visite de musées et la participation à des concerts permet d'apporter une nouvelle dimension à la façon dont nous pouvons améliorer la santé physique et mentale », a souligné au moment de sa publication la D^{re} Piroska Östlin, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe par intérim.

HISTOIRE D'UN MOMENT CABOSSÉ

Mon spectacle devait sortir en février dans un théâtre que nous appellerons X. Or le directeur revient sur sa promesse verbale et annule quatre accueils de projets, dont le nôtre. Le théâtre Z alors me propose de venir chez lui, mais le spectacle devra sortir début décembre. Formidable, sauf que c'est deux mois plus tôt, et que le metteur en scène est peu libre et que le dramaturge a de sérieux problèmes de santé...

Jean-Luc Piraux, dramaturge et comédien, auteur de Rage dedans.

e projet, à mes yeux, prend l'eau de toute part. Je dis à mes yeux parce que le metteur en scène n'exprime aucun doute, mais je vois bien qu'il n'en mène pas large et ma femme qui s'occupe de la production pousse à ce que le spectacle sorte malgré tout en pensant sincèrement que la création se tient et a du contenu. Moi, par contre, je trouve que le spectacle ne s'ancre pas suffisamment profondément. J'estime que le sortir à ce stade manque de sens. Et le sens je le perds.

Cinq jours à tenir

S'ajoute à cela une crise de couple, une fatigue, la pression... Et surprise : mon corps, ou plutôt mon corps et ma tête me jouent des tours : des pensées suicidaires s'invitent. Au début, de temps en temps. Par exemple l'envie fugace de donner un coup de volant vers le tronc d'un arbre, vers un fleuve... Heureusement très vite je peux réprimer cette zine. Puis ces pensées s'imposent chaque jour. Et j'ai beau me raisonner en me disant que j'aime la vie, ces pensées se multiplient, deviennent légion. Autre exemple : je fais un filage et pendant que je joue, je me demande ce qui se passerait si je me laissais tomber tête première dans la fosse d'orchestre. Ou quel air j'aurais si je fonçais tête première à toute enjambée contre le mur? À la fin du filage on me dit que je n'étais pas là. C'est le moins qu'on puisse dire. Mais je mords sur ma chique et ne dis rien.

Je garde tout pour moi et me motive en me disant qu'il n'y a plus que cinq jours à tenir avant la première. Mais sur le chemin du retour surgissent les pensées de me jeter sous les roues d'une voiture puis d'un tram, passer sous une tondeuse, retirer la sécurité autour de la lame du mixe-soupe pour m'écerveler... Dans l'appartement, au quatrième étage, la fenêtre ouverte sur le vide m'appelle...

Là je me dis que ça va trop loin. Surtout qu'il y a peu un copain et moi, on s'était confié nos angoisses et entretemps, lui était passé à l'acte. Il s'était suicidé. Du coup j'en parle à ma femme. Effondré je téléphone à ma psychologue qui diagnostique : « décompensation avec pensées suici-

daires compulsives dans un état d'épuisement professionnel ».

À ma demande de me mettre à l'abri de moimême. Elle me demande ce qui me rassurerait en hôpital. Deux choses. La première : ne pas prendre de médicament. Elle Mon corps, ou plutôt mon corps et ma tête me jouent des tours : des pensées suicidaires s'invitent.

me rassure que comme c'est moi qui suis demandeur, c'est à moi de choisir si je veux ou non être médicamenté. La deuxième chose qui me rassurerait : être près d'un arbre.

Une tragi-comédie

Ma psy et mon médecin de famille, à eux deux, arrivent à me dégotter une place dans un hôpital psychiatrique entouré d'arbres. Mais il n'y a de la place que pour le lendemain. Or je ne veux pas être livré seul à la saga de mes pensées suicidaires et surtout je refuse que ma femme

se sente responsable de quoi que ce soit « si jamais »... À ma demande finalement ma psy et mon médecin obtiennent que le CHU de Namur m'accueille cette première nuit dans un lit aux urgences. La seule chambre libre est un cachot pour les prisonniers avec un hublot dans la porte pare-balle. Porte qu'il est impossible d'ouvrir de l'intérieur. Je le sais car une infirmière l'avait refermée par inadvertance. J'ai frappé à la porte épaisse et au bout d'un temps elle a fini par m'entendre et l'a calée pour qu'elle reste ouverte. Autant vous dire que le ballet incessant d'allées et venues des ambulances et des brancardiers m'a empêché de dormir. Je profite de cette nuit blanche pour réfléchir. Mes remords d'arrêter me quittent et je finis par ne plus regretter mon choix : faire un pas de côté. Sans doute à temps...

«II»

Le lendemain j'entre dans une institution de soins spécialisés en santé mentale. Ma femme et moi sommes accueillis par la psychiatre avec qui je vais travailler. C'est la première fois de ma vie que ma femme parle de moi en disant « il » et sans me regarder alors que je suis présent... C'est un choc. Je le dis et ce n'est pas compris. C'est comme si ma parole n'a plus le même poids. Aujourd'hui encore, avec ma femme et

J'apprends à mettre
les balises pour que
pareille situation
n'arrive plus. À l'avenir
je devrai veiller à
toujours garder le sens
de ce que je fais.

mes enfants, mon avis a perdu de sa valeur. Il n'a toujours pas la même étoffe que le leur. Heureusement ce n'est pas le cas avec les amis ni les collègues. Mais revenons à l'hôpital où je décide de travailler tous les jours avec ma psychiatre. Déjà le jour même, le fait de ne plus lutter contre les pensées suicidaires, elles ne m'as-

saillent plus. Je peux en avoir du recul. En sourire même. J'apprends à mettre les balises pour que pareille situation n'arrive plus. À l'avenir je devrai veiller à toujours garder le sens de ce que je fais. Ce travail je le poursuivrai avec ma psy en dehors de l'hôpital pendant plus de deux ans. Dans le couloir de l'hôpital, une pensionnaire de

moins de dix-huit ans (la plupart sont jeunes) me reconnaît. Elle m'a vu jouer une pièce de théâtre tragi-comique avec l'école et elle avait adoré. On parle peu, mais bien. Elle me dit pourquoi elle est ici. Elle ne s'entend pas avec ses parents qui veulent qu'elle les écoute. « Et eux, pourquoi ne m'écoutent-ils pas ? Mes parents veulent m'armer pour la vie, mais moi j'ai pas envie de faire la guerre! »

Pour beaucoup j'ai l'âge d'être le grand-père. La plupart me demandent très vite et plus d'une fois pendant la journée de les prendre « à bras » (dans les bras). Ils sont touchants, je suis touché. Ce qui me frappe, c'est qu'il n'y a jamais un mot de trop ni un mot de trop peu. Contrairement à nous dans la vie « normale » où l'on a tendance à trop peu dire ou trop en dire. L'une me dit qu'elle rêve d'un grand amour, qu'elle sait bien, qu'elle est un peu fleur bleue, qu'elle est une romantique, mais elle trouve qu'il n'y a pas assez d'amour dans le monde. Un autre : « Moi je veux pas d'enfant. Tu as vu comment ils prennent soin de la planète, ils la défrichent, la volent, la violent. Les oiseaux disparaissent mille fois plus vite que nature, qu'est-ce qu'on fera quand il n'y aura plus de chant d'oiseau? » Une plus âgée : « Moi je suis ici parce que je peux pas vivre sans amour. Mon homme m'a larguée, il dit que laide comme je suis, je ne retrouverai jamais personne »... Or elle est loin d'être un laideron, que du contraire. Puis qu'est-ce qu'un laideron? Qu'est-ce qu'une beauté? Une autre me demande comment dire à un jeune patient qu'elle l'aime, mais qui n'arrête pas de parler aux autres femmes via Facebook. Je lui suggère de lui parler en direct... Elle me saute dans les bras et va tenter de surmonter sa timidité pour le faire. Un(e) autre me dit que ça se voit que je ne sais pas si elle est une femme ou s'il est un homme. «À la maison dans ma chambre j'ai déjà mon cercueil, mon épitaphe aussi : La vie une bonne chose de faite!» On parle à cœur ouvert... de notre cœur. La seule chose qui nous importe ici, c'est l'amour, l'amitié, ceux qui habitent notre cœur, bref, l'Amour. Le reste... On apprend que dans la section fermée juste en face de la nôtre vient d'arriver une femme qui a tué son mari de quatorze coups de couteau de cuisine. Elle avait peur de ne pas l'aimer assez, peur de ne pas l'aimer jusqu'au bout... Ça nous fait vachement réfléchir. En silence.

Pourquoi?

Le lendemain, à trois, on décide d'aller à la piscine en ville. On s'est motivé les uns les autres pour dépasser notre mauvaise petite voix : celle qui censure. L'une se trouve trop blanche, l'autre trop grosse et moi trop poilu. On décide plutôt d'écouter notre envie. Quand on descend muni de notre maillot, on nous dit que l'activité piscine est annulée. Je demande pourquoi nous n'avons pas été mis au courant plus tôt. Se rendent-ils compte de l'impact de ce non-respect? Je constate aussi que seuls celles et ceux qui demandent de travailler avec un psy obtiennent un rendez-vous. « Ça doit venir d'eux »... Aussi j'invite mes « amis de maisonnée» à se prendre en main. Je suis aussi choqué qu'au repas les soignants mangent entre eux et ne se mélangent pas à nous. Les blouses blanches ensemble? Je m'interroge sur le fait que ce n'est pas un grand chef coq qui fait la cuisine pour redonner le goût de manger et de vivre à tous ceux qui, par leur présence dans cette maison, témoignent que le monde ne tourne pas si rond qu'il le dit. Que du contraire. Et pourquoi ne pas participer à la vaisselle? Pourquoi quand le lave-vaisselle est en panne, on nous donne des assiettes en plastique qu'on jette après, alors que cela révolte les jeunes qui ne croient plus en ce monde qui ne respecte pas « la terre notre mère »?

Fermé en dehors des heures

Ce qui me frappe dès le début, c'est le cliquetis des clés. La douche est fermée à clé en dehors des heures. Qu'est-ce que ça veut dire « en dehors des heures »? Les cabinets des médecins, des psys sont fermés à clé, la cantine et la cuisine sont fermées en dehors des heures, le petit salon fermé à clé, la salle de bricolage fermée à clé en dehors des heures d'activités. La salle des soignants est aussi fermée à clé, là où il faut frapper, attendre pour demander si on peut aller se promener, là où ils parlent entre blouses blanches. Pourquoi pas aussi avec nous?

Je me souviens un jour que je me servais un verre d'eau à la cantine où on me dit qu'il est trop tard. Je regarde l'heure. 18 h 47. Or, l'horaire du souper est limité entre dix-huit heures et dix-neuf heures. On me rétorque que la fin du service est annoncée à 18 h 45. Je réponds que ça ne vient pas à deux minutes et qu'on

peut rester à la salle à manger jusqu'à dix-neuf heures. Mais non, l'intransigeance est la mesure. Un soir, l'infirmière à qui je demande de prendre ma tension comme me l'avait suggéré le médecin au matin refuse de la prendre... Comme elle n'avait rien reçu comme consigne de celui-ci, elle ne me croyait pas. Je lui ai dit qu'elle pouvait vérifier le lendemain, non, sans consigne c'est non. « Qu'est-ce que ça vous coûte de le faire », lui ai-je demandé. Elle m'a rétorqué : si tout le monde me le demande je ne m'en sortirai pas. Alors que personne d'autre que moi le lui demandait...

La quille!

Je suis le seul à me promener dans le bois et chaque fois que j'en reviens on me demande si j'ai encore vu le chevreuil, le pic-vert... Une jeune femme vient me trouver en courant, elle vient d'obtenir un travail de factrice. Elle va pouvoir sortir. « La quille! Et toi? » Moi je sortirai très vite parce que, me dit-on, je m'y suis pris à temps. Souvent, me disent les soignants, les patients ont attendu trop longtemps, viennent quand c'est trop tard. Pourquoi? À

cause du regard des autres? Il est vrai que moi j'avais peur de ne plus jamais être repris. Dans aucun théâtre. Et bien non, j'ai déjà joué près d'une centaine de fois *Rage dedans* qui est cette histoire. Je voulais témoigner de toutes les beau-

Ça ne vient pas à deux minutes. Mais non, l'intransigeance est la mesure.

tés que j'y ai vues. Des cœurs des femmes et des hommes que j'y ai rencontrés et qui devraient éclairer la marche de notre monde.

Ça vous semblera peut-être curieux, mais j'affirme que je suis heureux d'avoir vécu cette aventure, heureux d'en être sorti et surtout pas à n'importe quel prix. Car je suis retourné dire bonjour à mes « camarades » de maisonnée. J'y ai revu la rebelle qui ne voulait pas faire la guerre quand ses parents ne songeaient qu'à l'armer pour la vie. Elle sortait le lendemain, mais elle avait perdu la pétillance dans ses yeux, la vivacité de ses pensées simples, justes. Elle était cassée. Comment peut-on médicamenter sans respecter la personne? Certains soignants me diront que je, nous les avons fait réfléchir. Je les crois. Mais est-ce que cela suffit?

DAVID MURGIA:

«UN ARTISTE, UN AUTEUR RACONTE BIEN PLUS DE CHOSES SUR L'HUMANITÉ QUAND IL CHOISIT DES PERSONNAGES EN SITUATION EXTRÊME DE FRAGILITÉ»

Le comédien joue *Pueblo*, un texte d'Ascanio Celestini qui met en scène une galerie d'invisibles, de personnages, de gens que nous croisons tous tous les jours dans la vraie vie, sans les voir. Une clocharde qui ne fait pas la manche sur le parking d'un supermarché, un manutentionnaire africain sans papiers, une caissière, un gitan, une tenancière de bar...

Propos recueillis par Pascale Meunier, rédactrice de Santé conjuguée.

Comment un tel récit vivant se construit-il?

D. M.: C'est un mélange de rencontres et de poétisation, de romance, pour essayer de donner une vie complexe et quotidienne à des personnages que l'on ne voit même pas, des invisibles que l'on ne croise que dans des chroniques, aux informations, quand il s'est passé quelque chose de scandaleux. Ce sont aussi des interviews sociologiques, anthropologiques sur des manutentionnaires africains sans papiers

Ces personnages
deviennent vite des
gens que l'on peut
croiser ici, au coin de
la rue. C'est comme si
dire était écrire.

en grève par exemple. Tout un travail sur la précarisation des métiers depuis les années 2000, les call centers, un mouvement du monde du travail qui ne va pas en se structurant. Les interviews ramassent de la matière concrète, l'idée de l'auteur étant de

rendre une culture et une vie, quelque chose d'ordinaire, de proche, à des gens dont on a l'impression, quand ils apparaissent dans les journaux, qu'elle n'est qu'exceptionnelle.

C'est une écriture très orale, elle contribue à la proximité souhaitée?

Le stylo et le papier viennent vraiment très tard, voire jamais, comme dans la tradition et le théâtre de narration qui est assez répandu en Italie, ou comme les contes en francophonie. C'est du théâtre-récit. La volonté est de garder une langue vivante; elle fonctionne avec ce que le narrateur voit, avec ce qu'il sait, avec ce qu'il perçoit et donc les mots se choisissent un peu différemment chaque jour. Cette écriture permet aussi d'identifier des personnes plus proches du narrateur que des personnages imprimés. Ces personnages deviennent vite des gens que l'on peut croiser ici, au coin de la rue. C'est comme si dire était écrire. Les mots se réimprovisent, et les rapports de force dans l'histoire sont toujours les mêmes.

Ce qui se passe dans *Pueblo*, c'est ce qui se passe ici et maintenant ?

On se situe dans une périphérie urbaine et humaine à travers laquelle passent des personnages, où se déplient des trajectoires de personnes qui sont en marge, qui sont – que ce soit pour la santé, pour la culture, pour l'accès aux services publics – éloignées des centres d'intérêt du capitalisme : des travailleurs sans papiers, des travailleurs qui gagnent un salaire de merde pour un travail de merde, qui vivent dans l'indignité, mais qui sont constamment menacés de perdre le peu qu'ils ont, de perdre les droits qu'ils n'ont pas.

La visée politique et sociale du texte est manifeste. C'est l'objectif?

L'enjeu du théâtre n'est peut-être pas de dénoncer, en tout cas pas premièrement d'avoir cet objectif politique. Ces populations, l'auteur dit qu'il les met dans ces histoires parce qu'elles sont plus fragiles. Un artiste, un auteur, dans la littérature ou au théâtre, raconte bien plus de choses sur l'humanité quand il choisit des personnes en situation extrême de fragilité, bien plus qu'avec un président de conseil d'administration en costume-cravate par exemple, qui peut, lui, cacher certains aspects de sa vie. La clocharde sur le parking du supermarché n'a pas de masque à sa disposition et donc elle en raconte plus sur notre humanité.

Montrer cette réalité est essentiel?

L'enjeu est moins de dire au public quelque chose qu'il ne sait pas ou de changer sa façon de penser que de faire un portrait qui va l'interpeller. C'est l'espoir de créer du doute – comme devant une peinture –, de créer de l'imaginaire devant une situation sociale, d'avoir un regard neuf, rafraîchi.

Comment sensibiliser des gens qui ne fréquentent pas les théâtres?

C'est la question que l'on pose souvent! « Tout le monde ne va pas au théâtre », « Tu joues devant un public acquis. » D'abord je ne joue pas du tout devant un public acquis, je ne joue pas du tout devant un public qui remet en cause le capitalisme, pas du tout. Quand je joue à Paris au Théâtre du Rond-Point sur les Champs-Élysées, par exemple, je joue devant un public qui se dit ou qui se croit acquis, mais qui ignore sa violence, qui la cache, qui la nie. C'est très intéressant de jouer devant la bourgeoisie, c'est très intéressant aussi de jouer pour des gens qui sont habitués au théâtre, d'amener ces histoires-là dans ces endroits-là. Ce sont des spectacles qui parlent de notre violence à nous, Blancs, classe dominante, la violence que, nous, nous produisons et que souvent nous, qui sommes de gauche, tolérons et à laquelle nous participons. C'est parfois très bien de jouer devant les violents plutôt que devant les violentés! Et ce qui est intéressant aussi c'est de mélanger les deux, d'aller aussi au piquet de grève ou dans un squat ou dans un bar. Ce sont des spectacles dont la forme et la technique sont très légères. Deux projecteurs, un accordéon, cela peut se jouer un peu partout... Et c'est ce que l'on fait avec la compagnie, on essaie de sortir des théâtres.

Le public vous adresse des commentaires?

Ce qui ressort souvent des échanges avec la salle après la représentation, c'est la manière dont le public voit – j'en suis assez content, car c'est un des objectifs que je me donne avec ce spectacle. La qualité des mots dits crée des images. La particularité du théâtre permet que chacun voie sa propre histoire, son propre personnage, sa propre clocharde, sa propre cabane sur le parking du supermarché. Voir les choses met le spectateur dans une dynamique d'action.

La clocharde « ne fait pas la manche » : le préciser, c'est une question de dignité du personnage ?

Cela permet de jouer avec d'autres perceptions. On se demande pourquoi elle ne fait pas la manche, certaines pensent qu'elle est riche, qu'elle a de l'argent de côté... Que s'imagine le spectateur à propos des personnages? On entre ensuite dans le détail de leur vie, de leur passé. La clocharde qui ne fait pas la manche, son ac-

tivité principale, on ne la voit pas : la nuit, elle récolte des déchets dans les containers et les donne à un gitan contre quelques pièces de monnaie. Elle range les caddies et le magasin lui donne en échange des produits périmés... La vérité, on la découvre dans le spectacle, mais sans savoir si c'est vraiment vrai, car c'est le narrateur, le personnage qui raconte qui se met lui-même à imaginer pour se rapprocher de la vie de ces gens qui sont tenus à l'écart. Pour

Ce sont des spectacles
qui parlent de notre
violence à nous,
Blancs, classe
dominante, la violence
que, nous, nous
produisons, que nous
tolérons et à laquelle
nous participons.

essayer de comprendre comment ils vivent la réalité du travail, la réalité sociale. C'est un acte de rapprochement, un acte de compassion. C'est en essayant d'imaginer, d'écouter, de ressentir ce que l'autre en face de moi peut vivre que je vais commencer à comprendre réellement ce qu'il est en train de vivre. C'est le mouvement du narrateur vers ses personnages. Et cela peut aussi être celui du spectateur vers la société.

Cette notion de périphérie, cette exclusion, à l'heure actuelle, on sent que beaucoup s'en rapprochent...

Nous sommes tous prochainement potentiellement les personnages de *Pueblo*... Ce sont vraiment les derniers, les broyés du capitalisme. Ceux qui portent le poids le plus lourd, ceux qui peuvent travailler douze heures par jour pour la moitié de notre salaire, sans reconnaissance aucune et même en étant constamment menacés par la police... Ce sont ceux qui n'arrivent pas jusqu'à chez nous parce qu'ils meurent en Méditerranée, des gens qui n'ont même pas de

Pourquoi la société
passe-t-elle son temps
à nous dire que nous
avons l'égalité des
chances, que nous
avons tous
les mêmes droits?
Qu'est-ce que c'est que
ce mensonge?

nom, pas de visage. C'est ce que notre société et nous nous cautionnons, c'est le capitalisme comme il fonctionne aujourd'hui. Mais ce n'est pas encore tout à fait nous... On aime à se dire que le narrateur du spectacle n'est pas comme la clocharde, mais donnons-lui encore un mois ou deux et il pourrait le devenir. C'est précisément ce qui le rend

attentif. Attentif aux autres. C'est un mécanisme du capitalisme moderne que l'on observe souvent : les classes précaires préfèrent marcher sur les classes qui sont en dessous d'elles et ressembler davantage à celles qui sont au-dessus plutôt que de créer des solidarités. Tout pour ne pas être le dernier.

La porosité entre la scène et la vie est une évidence?

Oui, ce sont des personnages et des territoires

que je vois, que j'ai observés. Plus je vois de choses, plus le spectateur peut en voir. C'est important pour moi de travailler ce qui est actuel dans une classe populaire, dans une classe travailleuse. Des mots comme « capitalisme », « classe ouvrière », « lumpenprolétariat » que l'on n'utilise plus, qu'est-ce que ça veut encore dire aujourd'hui? On discute beaucoup de l'intermittence par exemple, celle du statut des artistes en particulier, mais nous sommes dans une société qui crée de plus en plus d'intermittents, qui n'arrête pas de fragiliser les droits au travail. Ces gens qui roulent à vélo pour nous apporter nos pizzas, ces gens qui nettoient nos toilettes contre des tickets services... Cette fragilisation, c'est l'avenir du travail.

Cette conscience politique et sociale traverse l'ensemble de votre parcours de comédien?

Ces questions politiques et sociales traversent tout ce que je fais en plateau, mais je ne crois pas qu'elles doivent être l'action première, ce qui me met en mouvement. Je ne vais pas affronter un texte comme celui de *Pueblo* ou un autre pour dire ceci ou pour changer cela, sinon je me trompe de moyens politiques pour le faire et je rends sans doute aussi un piètre service à l'art parce que je ne vais pas attaquer la complexité humaine par le bon bout.

L'art est cependant un vecteur d'édification, non?

L'art peut nous enrichir de la condition humaine et ça, c'est politique. Ça m'intéresse de comprendre pourquoi une société si inégalitaire passe son temps à nous dire qu'elle ne l'est pas du tout. Pourquoi la société passe-t-elle son temps à nous dire que nous avons l'égalité des chances, que nous avons tous les mêmes droits? Qu'est-ce que c'est que ce mensonge? Qu'estce qui se cache derrière? Comment ça fonctionne? Pourquoi l'un a droit à ceci et l'autre pas? Ces questions m'ont toujours intéressé et je trouve qu'elles racontent beaucoup de nous. Elles racontent beaucoup de la violence : qu'estce que je cautionne même activement à force de ne rien changer? Je milite aussi politiquement dans la vie sociale. Tout ce que j'apprends en racontant nourrit ma vie et ce qui nourrit ma vie me permet de mieux raconter.

CES HISTOIRESQUI DONNENT SENS

Seraing, octobre 2002. Ce n'était pas l'Ardenne, d'où je venais, ses vallées et ses pâtures, ses villages paysans d'il y a vingt ans... Ce n'était pas l'Afrique, où je voulais aller, dans mon imaginaire de jeune médecin nourri aux images de l'humanitaire de MSF.

Jean-Luc Belche, médecin généraliste à la maison médicale Saint-Léonard et chargé de cours à la faculté de médecine de l'université de Liège.

eraing, c'était les rues ouvrières bordées de maisons de brique rouge tendance noir, aussi étroites que semblables. C'était, dans un autre imaginaire, les usines de la métallurgie après avoir été les belles fleurs des mines. Ses rues de l'Espérance (ou de l'Espoir) et de bonne Fortune (ou du Hasard), appelées ainsi en évocation dans ces lieux industriels où ils faisaient défaut. Seraing et son gradient socioéconomique qui marque sa géographie et sa population, comme dans Port-au-Prince, Rio, Liège et toutes les autres villes du monde : les bidonvilles et le dernier quart (du) monde en vallée, dans les limbes de la pollution industrielle, et les villas et bonnes écoles au-dessus de la mêlée et des nuées, en hauteur. Le Seraing des chiffres, des clichés et des histoires lues dans La Meuse, voire l'impression que l'on peut en avoir quand on la traverse rapidement, de quelques minutes à quelques jours, quand on l'effleure, de peur de se salir... Seraing quand ce n'est qu'une ville étape¹.

Un autre Seraing

Mes deux années de jeune médecin généraliste dans l'une des plus anciennes maisons médicales belges (Bautista van Schowen) m'ont fait découvrir un autre Seraing. Grâce à ma position de soignant dans ce type de structure, mais aussi à ses habitants. Et ça a constitué une révélation qui me nourrit toujours, sous d'autres latitudes. Jeune diplômé, je quittais « la diabétique de la chambre 103 » des hôpitaux universitaires, « le beau cas » du service de chirurgie cardiovasculaire, en « uniforme » de tablier blanc immaculé, stéthoscope au cou, pour apprendre la médecine générale, de ville ou de famille selon les

pays, les maladies de tous les jours avec des patients du quotidien, en habit « civil » sans signes qui me distingueraient d'eux, ces couples italiens, espagnols, marocains ou turcs qui étaient venus chercher du travail et avaient aussi reçu la silicose en plus des remarques ségrégationnistes, aux côtés d'Angélique qui avait des soucis avec la vie et le cocktail de drogues qu'elle prenait pour les supporter, avec la famille M..., débordante et bigarrée, cousins congolais qui échappaient dans la joie à la tuberculose et à la vie simple.

Je me suis assis à leur table, au milieu des factures ou des cannettes, j'ai partagé le café qu'ils

s'empressaient de préparer en prélude des visites. J'ai écouté leurs plaintes, entendu leurs aspirations, constaté avec eux la hauteur de la montagne. J'ai palpé leur dos douloureux, leurs artères tendues, examiné leur peau moite. J'ai accompagné leurs doutes et leurs joies. J'ai participé

à leur choix de vie, de santé et quelquefois de mort. Au fil des rencontres, je me suis fait inviter dans leur intimité.

J'ai appris comment l'histoire d'un père peut influencer le parcours d'un enfant, la manière dont des difficultés scolaires rendent difficile la compréhension de ce que le médecin de l'hôpital raconte, comment d'autres emplois précaires ont remplacé les mines et amené d'autres problèmes de santé, appris qu'il n'est pas toujours sensé de prescrire un nouveau traitement ou un examen complémentaire quand on se rapproche

J'ai accompagné leurs doutes et leurs joies. J'ai participé à leur choix de vie, de santé et quelquefois de mort.

> Clin d'œil à Seraing, ville étape du Tour de France en 2015.

de la fin du mois, compris qu'il est déjà merveilleux de n'avoir que ces quelques problèmes de santé dans cet appartement insalubre. Non par curiosité de ma part ou manque de pudeur de la leur, mais parce que mon métier me le demande. Comme tous les soignants de première ligne, comme j'appelle aussi celle et celui qui accueillent et qui écoutent, qui donnent un coup de main dans des factures, etc. Mon travail, et c'est écrit dans les livres, nécessite de prendre en charge les personnes dans leur « globalité », dans leur « contexte de vie » ou encore « en prenant en compte les déterminants non médicaux de la santé ».

Une source d'inégalité

Actuellement, en chiffres, c'est dix ans. Dix ans de différence d'espérance de vie selon que l'on est instruit et nanti ou que l'on est ignorant et mendiant. Dix ans de survenue plus précoce d'un cortège de maladies physiques et mentales. D'autres réalités, d'autres chiffres. Principalement explicables par cette terrible loi d'accès différencié à la santé – celui qui en a le plus besoin est celui qui y a le moins accès. Et par une difficulté de pouvoir faire entendre et comprendre leurs histoires.

Entendre ces histoires, au niveau d'une rue, d'un quartier, d'une commune, lire ce livre d'histoires, c'est lire un livre d'Histoire. Et cela m'a permis d'avoir de nouvelles clés de lecture de société. Et nous, soignants de la ligne de soins qui les côtoient au plus près, seuls ou en équipe de nos maisons médicales, fournit des moyens d'écrire des plaidoyers pour un meilleur logement, des manifestes pour des conditions de travail adaptées, des mémorandums pour un enseignement inclusif, des argumentaires pour un accès aux soins de santé essentiels... Travailler dans les soins pousse à faire de la politique...

Ces accompagnements sur quelques mois et puis peut-être quelques années, si le gouvernail de leur vie n'est pas trop chahuté par les conditions socioéconomiques et ne les fait pas changer trop rapidement de cap et finalement nous éloigner, me permettent de suivre leurs espoirs, leurs bonnes (et mauvaises) fortunes et finalement de vivre une partie de leurs émotions. Et finalement de mieux les comprendre. Aurais-je fait mieux? Aurais-je autant de courage, face à ces coups du sort, face à ces coups de société?

N'aurais-je pas abandonné? Bu plus encore? Fait de plus gros shoots de drogues? N'aurais-je pas moi aussi mon corps pétri de douleurs? Devant cette nouvelle narration de leur vie, je les trouvais admirables. À ces bagnards des rues en briques, je trouvais des similitudes aux forçats de mes campagnes. Et progressivement la reconnaissance que j'avais pour les seconds se transférait aux premiers.

Un espace de respect

La maison médicale, mon cabinet, mon bureau, ma chaise : des endroits où le jugement n'a pas sa place. Et où, suite à ces démonstrations de courage dans ces adversités, j'applique toujours une politesse, peut-être légèrement surannée, Mr..., Mme..., pour marquer le respect qui leur est dû. Pour certains, il s'agit des seuls endroits où ils peuvent rentrer, être connus et reconnus, sans devoir acheter, consommer ou s'excuser de ne pas être ce que l'on attend d'eux, où on va les appeler par leur prénom et leur nom, leur serrer la main et les raccompagner à la porte, demander des nouvelles de leur chat, demander leur avis sur la musique dans la salle d'attente... Je soupçonne depuis longtemps certains accueillants et certaines accueillantes de faire autant de bien que certains soignants de cabinets par ces différentes marques de reconnaissance et certains patients de venir à la maison médicale en avance ou d'y trainer pour en bénéficier.

J'ai ensuite compris que recomposer leur histoire me fournissait aussi des moyens d'agir. C'est même devenu une des meilleures manières d'aborder la complexité en médecine. Se rapprocher du récit de vie des personnes pour y tirer les lignes de force autant que les lignes de fragilité. Redéfinir les actions de soins et donc de santé au plus près de ce qui fait sens pour la personne que l'on accompagne, c'est ce qui est au cœur de l'approche centrée par objectif (ou goal oriented care). Cela fait partie depuis longtemps de l'ADN des soins aux personnes âgées, aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou aux publics marginalisés. Depuis peu, cette approche est aussi mise en avant pour les personnes avec des problèmes chroniques complexes, devant l'échec des approches classiques centrées sur les maladies, dictées par les soignants. On va placer l'action sociale avant l'action médicale si cela a plus de sens pour la personne. On privilégie un bien-être, même temporaire, au lieu de chiffres de tension ou de longévité. D'autres objectifs, et une autre vitesse. « Seul, on va vite. Ensemble on va loin »... et peut-être mieux. Étoffer, enrichir, compléter... là s'ouvre alors une voie que nous cherchions depuis trop longtemps, en médecine, à réduire, classer, délimiter, circonscrire pour approcher le complexe.

Aimer pour écouter, écouter pour transmettre

Progressivement, au contact de mes patients et de leurs histoires, je pense sincèrement que je suis devenu un meilleur soignant. De Seraing au quartier nord de Liège, actuellement. Probablement la même expérience pour d'autres soignants à Schaerbeek, Charleroi, Namur ou Léglise. J'ai écouté et vécu des histoires terribles et des aventures fabuleuses, au-delà de toute fiction et au-delà des clichés. Je reprends souvent pour moi cette phrase que j'attribue à un cycliste soignant liégeois : « Je vis mille vies, celles de mes mille patients. C'est fabuleux! ». Des scénaristes n'auraient qu'à y cueillir les meilleurs récits.

Écouter leurs histoires me permet de mieux ressentir, de comprendre et d'agir. Et surtout, d'aimer. D'aimer mon métier et d'aimer les personnes que j'accompagne. Au-delà de l'admiration que la connaissance de leur parcours faisait naitre en moi, je me découvrais une réelle affection pour ces personnes que je soignais. Rien de plus beau que ce sourire édenté qui est une marque de résistance à cette chienne de vie qui a trop cogné, que ces tatouages incompréhensibles, mais qui illustrent tellement bien un labyrinthe de vie, que ce tutoiement que je reçois comme une marque supérieure de respect ou d'intégration, que ce repas ingouche partagé au coin d'une table dans une cuisine trop petite. Chacun ou chacune portait en elle ou en lui quelque chose, de l'anecdote à l'épisode de vie, qui me faisait jouir de leur compagnie. Les aimer, en tout ou en partie, me permet de durer à leurs côtés. Ces rayons de soleil qu'ils représentent, et je peux être le seul à les percevoir comme tels, me font accepter leurs nuages et leurs moments d'orage. C'est d'autant plus nécessaire que ces histoires, dans ces quartiers, en ces temps, sont rudes. Et que c'est de continuité, d'une certaine constance et probablement d'une confiance dont ces personnes ont besoin. Si elles ne parviennent pas écrire elles-mêmes leur histoire, il est nécessaire et utile que quelqu'un soit là pour récolter leurs épisodes, les aider à recoller certains morceaux, trouver l'une ou l'autre réponse et continuer à vivre.

Ces histoires trouvent aussi leur place dans des cahiers et dans des livres. Souvent j'écris, en écho de ce que je lis et vis de mes patients. Pour moi d'abord, peut-être pour mes enfants, car je profite tellement de ces expériences de vie que je souhaite faire grandir la mienne. Plus rarement, j'écris pour l'extérieur. Je le faisais davantage quand j'étais jeune médecin, pour témoigner de la puissance de ces histoires, de ce que je découvrais. À Liège, les maisons médicales avaient leur petit journal où les soignants écrivaient. Le marchand d'Orviétan, s'il ne fournissait pas d'impossibles solutions, nous permettait d'échanger,

stimuler, apaiser... Beaucoup de médecins sont devenus écrivains, pour prendre distance, pour témoigner, pour créer². En plus d'être une sorte d'exutoire, la littérature est devenue un moyen d'apprentissage de la médecine. Ce courant de la *narra*-

sociale avant l'action
médicale si cela a plus
de sens pour la personne.
nieux apprendre la

On va placer l'action

tive medicine qui permet de mieux apprendre la maladie par le témoignage de patients, par des récits de vie, qui sort la maladie des livres et la replace au cœur d'une vie. D'autres livres de référence qui font doucement leur entrée dans les bibliothèques des facultés de médecine.

Mon métier, et ce qui me passionne, c'est s'intéresser aux histoires de mes patients. Je lis les pages qu'ils veulent bien dévoiler, au fil des consultations. Celles qu'ils ne peuvent plus cacher. *In fine*, je reçois plus que je ne donne. Les écouter, les comprendre, les respecter, les aimer, les accompagner dans leurs choix de vie qui deviennent mes objectifs de soins, pour que mes soins aient du sens pour eux et pour moi.

Au terme de ces deux années de formation, Seraing était devenu mon village. J'avais l'impression d'avoir toujours vécu là. D'être à leurs côtés. À ma place. Le jour où j'en ai été le plus fier est quand je l'ai fait visiter à mon fermier de père, en lui expliquant ce que je voyais au-delà des briques et des usines. Je savais qu'il comprenait. Les histoires se croisaient.

2. A. Crismer, « Littérature, patients et médecins et réflexions sur la doulou », Santé conjuguée n° 77, décembre 2016.

C'EST QUAND QU'ON SOIGNE?

Il me semble que j'ai toujours eu envie de photographier les personnes que je soignais. L'idée m'a effleurée dès mes premières visites à domicile, et elle ne m'a pas lâchée ensuite. Pourtant elle me dérangeait un peu...

Madeleine Camus, kinésithérapeute et comédienne.

'était une envie artistique, personnelle, un peu égoïste même. Je ne suis pas photographe de formation, qu'aurais-je fait de ces portraits, à part les conserver dans un coin de disque dur? J'étais surtout très mal à l'aise à l'idée de profiter de ces rela-

Je voulais garder quelque chose des rencontres, des corps, des visages, des lieux. tions de soin, avec tout ce qu'elles contiennent de confiance, mais aussi de rapport de pouvoir, pour réaliser un projet personnel.

Ces raisons me suffisaient pour ne rien mettre en place, pour

ne même pas l'envisager. Mais l'envie ne me quittait pas. Je voulais garder quelque chose des rencontres, des corps, des visages, des lieux dans lesquels ils évoluent et des histoires qu'ils transportent avec eux. À ce moment de ma vie, aucun endroit ne me semblait aussi riche en récits que celui-là.

Au bout de deux ans, j'ai cessé de travailler comme kiné. J'ai décidé d'arrêter le soin pour

reprendre des études artistiques et j'ai passé le concours d'une école de théâtre. Ce n'était une surprise pour personne, c'était même la suite exacte du plan minutieusement programmé de ma vie. Quand quelqu'un me demandait la raison de ce brusque changement de carrière, je déroulais mon script habituel en répondant que non, pas si brusque, oui oui, je veux faire les deux métiers depuis longtemps, et oui, ah oui, le corps, c'est vraiment le lien entre les deux, bien sûr.

C'était vrai. Mais en réalité, quitter la

maison médicale était aussi, d'une certaine façon, un aveu d'échec. Je n'en pouvais plus. Ce métier me fatiguait. Soigner me fatiguait. Je faisais le constat, douloureux, que je me voyais de moins en moins le pratiquer à long terme, malgré tout le sens que j'y trouvais. En comparaison, revenir à une pratique artistique me semblait d'une futilité terrible. Lors de l'entretien que j'ai passé pour le concours d'entrée, une professeure m'a d'ailleurs demandé si je ne pensais pas que « l'art aussi pouvait prendre soin ». J'ai eu envie de hurler. De lui dire qu'elle était idiote. Que le soin c'était les visites à domicile et les patientes et les patients précaires, que mon retour au théâtre était un choix égoïste, mais que voilà, c'était comme ça, un point c'est tout.

Je n'ai évidemment pas dit ça. J'ai dit ce que je pensais être attendu de moi pour rentrer dans une école d'art. Quelque chose comme oui, on se soigne nous-mêmes et oui, oui, on soigne aussi le public et oui, ah oui, surtout, quand c'est bien fait, peut-être même qu'on soigne le monde, hein, oui, bien sûr (notons bien que je

travaillé à la maison médicale Couleurs Santé entre 2016 et 2018 et vient de terminer des études à Institut national supérieur des arts du spectacle et des techniques de diffusion (INSAS). Elle pratique également la photographie depuis plusieurs années. En septembre 2021, elle a présenté à Couleurs Santé son exposition Patiences, une série de portraits d'usagers et d'usagères de la maison médicale, accompagnés de leurs récits de vie. Elle tient à remercier Natalia, Nora, Christine, Josefa, Juan, Jacques, Lahouaria, Salah et William pour leur confiance.

Madeleine Camus a





coup de souffrance, mais aussi beaucoup d'amour. Des petites histoires qui racontaient souvent la grande. Des histoires qui avaient été répétées inlassablement pendant des années, ou qui sortaient parfois pour la toute première fois. Elles racontaient la tendresse, la famille, la solitude, les corps qui font mal, la vieillesse, les rapports de classe, les migrations ou les déplacements. Je voulais les faire sortir de ces maisons, de ces appartements, de ces chambres où je les avais entendues. Leur donner la possibilité de devenir récits.

Mes anciens et anciennes collègues m'ont aidée à organiser les rendez-vous. J'ai retrouvé celles et ceux qui avaient été « mes » patientes et mes patients, dont j'avais été plus ou moins proche, mais aussi d'autres que je connaissais de loin, ou que je n'avais jamais rencontrés. Sauf que cette fois, je n'étais pas là pour les soigner. Ou peutêtre que si?

Je suis retournée chez elles et eux, alors que j'étais partie de la maison médicale depuis

n'en pensais pas un mot, que mon opinion a quand même légèrement évolué depuis et, surtout, que j'ai appris par la suite que j'aurais très probablement pu dire la vérité et être prise quand même). Je suis entrée dans l'école, l'envie est revenue de suite et, avec elle, le constat qu'elle me posait bien moins de problèmes déontologiques. Je n'étais plus kiné, il n'y avait plus de relation de soin, moins d'autorité potentielle. Je pouvais devenir photographe. Ça m'a semblé une liberté immense. J'ai contacté l'équipe pour proposer et organiser le projet : une exposition, qui aurait lieu à la maison médicale (Couleurs Santé en organise régulièrement, généralement des œuvres d'usagers et d'usagères), constituée de portraits photo que j'aurais pris au domicile des patientes et des patients, ainsi que d'extrait de récits de vie qu'ils et elles auraient accepté de me confier.

Je me souvenais des histoires qui m'avaient été racontées, pendant deux ans, semaine après semaine. Des histoires qui comportaient beau-







phiées, leurs proches et l'équipe soignante, et ensuite à Schaerbeek, au Théâtre Océan Nord, avec lequel j'ai également un lien tout particulier et où l'exposition a tourné quelques semaines plus tard, dans le cadre du festival Mouvements d'Altérités.

Mais cet article n'est pas un happy ending. Il n'est pas là pour raconter comment je me suis réconciliée avec mon désir de faire de l'art en découvrant qu'il pouvait aussi soigner.

Je n'ai pas réglé la question de l'éthique. Je n'ai pas réglé la question de l'ego, ni la question du pourquoi et pour qui et dans quel but et à quoi ça peut bien servir. Je n'ai certainement pas réglé la question du système marchand et sélectif dans lequel s'inscrivent nos pratiques culturelles, qui est à la racine de toutes les autres (personne ne me le demande ceci dit, mais j'aime bien me donner des objectifs inatteignables, il paraît que c'est très mauvais pour la santé mentale).

Je n'ai pas non plus réglé la question du soin, de l'épuisement, de la peur de ne plus jamais avoir l'énergie pour, malgré l'envie grandissante d'y revenir. Je sais seulement ceci, et c'est peut-être déjà beaucoup : je n'aurais pas pu faire ces portraits pendant que j'étais encore soignante à Couleurs Santé. Mais pas non plus, il me semble, si je n'y avais jamais travaillé. Ils sont le résultat d'une brèche, d'une faille, entre la relation de soin et le projet artistique. J'ai trouvé une fèlure, j'y ai sauté à pieds joints, hop, en plein dans le trou, et c'est pour l'instant le seul endroit où je peux me tenir debout.

presque trois ans (une certaine pandémie était passée par là entre-temps), avec mon appareil photo et mon nouveau micro enregistreur, spécialement acheté pour l'occasion. En bonne élève, j'avais préparé dans un petit carnet tout un tas de questions inspirées du travail de photographes de rue, de sociologues, d'artistes divers, mais en réalité, la plupart du temps, je n'ai pas eu à les poser.

Les histoires n'ont pas besoin d'aide. Elles savent très bien sortir toutes seules si quelqu'un est là pour les écouter. Toutes les soignantes et tous les soignants le savent. Et savent aussi qu'ils et elles n'ont pas toujours le temps, ou

l'énergie, pour les entendre en entier.

Je me souvenais des
histoires qui m'avaient
été racontées,
pendant deux ans,
semaine après
semaine. Des histoires
qui comportaient
beaucoup de
souffrance, mais aussi

Pour la première fois, j'avais tout le temps du monde. J'étais là pour ça. J'ai pris un plaisir immense à faire ces portraits, à retranscrire ces entretiens, à en choisir des extraits (que j'ai volontairement peu « montés » ou corrigés, dans le but de donner à entendre les différents langages et les mouvements de pensée de chacun et chacune), et à les partager. D'abord à la maison médicale, pour les personnes photogra-

beaucoup d'amour.

L'ÉCOLE DE LA NUIT

Après quarante années de travail de nuit, ce n'est pas l'épuisement qui reste dans ma mémoire d'infirmière puis de cadre, bien que ce soit l'aspect le plus inconfortable, mais le souvenir engourdi des heures passées à réfléchir seule dans ma salle de soins et les interminables discussions avec les patients et mes collègues.

Anne Perraut-Soliveres, cadre supérieur de nuit retraitée, chercheure, directrice de la rédaction de la revue *Pratiques*, *les cahiers de la médecine utopique*.

e jour et la nuit forment un tout indissociable et alternant, ce que nul n'ignore, mais qui ne semble pas aller de soi lorsqu'il s'agit de passer de l'un à l'autre et a fortiori de travailler quand une grande partie des autres dorment... Pour moi, l'être humain, métaphoriquement, est également composé de subjectivité (la part de la nuit) et de désir d'objectivité (la part du jour) dont la distribution en chacun de nous est inégale selon un certain nombre de critères subjectifs et objectifs dont il est impossible de déterminer l'exacte influence. C'est, communément, la part du jour qui peut le mieux se partager, puisque basée sur le raisonnement et contrainte par l'organisation diurne et consensuelle des activités humaines.

Les savoirs de la nuit

Dans son expression la plus usitée, la nuit apparaît comme l'antimodèle du jour du fait du côté sombre qu'elle nous révèle et qui, dans sa symbolique, s'énonce principalement du côté du négatif¹. Ajoutons à ce tableau, plutôt noir, la survalorisation de la clarté, de la rationalité qui permet de repérer les contours d'une pensée visant l'objectivité en omettant de noter ses appuis et ancrages subjectifs sans lesquels aucun savoir n'aurait pu advenir. En contrepoint, l'obscurité, qu'il faudrait voir à ne pas confondre avec l'obscurantisme, est la matrice d'un tout (nuit et jour) qui ne fait pas l'économie des mille et une surprises surgissant en permanence de la vie et perturbant le tableau rationnel stricto sensu. Non parce que la nuit serait le règne de l'irrationnel (même s'il y trouve souvent asile), mais parce que le silence qui l'habite laisse la pensée vagabonder, la garde ouverte, vivante. Cela permet de mieux distinguer ce qui est objectivable de ce qui l'est moins, mais qui cependant contribue à affirmer la complexité de toute chose et événement. À l'hôpital, elle rend l'écoute de l'autre plus facile, à l'abri du brouhaha et autres perturbations du jour.

La nébuleuse, de par sa nature, modifie les contours de nos perceptions et ce flou les questionne, permet des découvertes qui s'offrent à ceux qui affrontent la nuit, en eux et hors d'eux,

en l'occurrence lorsqu'il s'agit de soigner. Les contenus qui s'y développent et modifient les comportements des soignants, quasiment à «l'insu de leur plein gré », n'ont cependant rien de mystérieux et chacun, s'il le voulait bien, pourrait y avoir accès. Encore faudrait-il qu'il reconnaisse officiellement la valeur de ces contenus. Or, c'est là que le bât blesse... L'hégémonie de la pensée médicale scientifique, diurne, renforcée par la mainmise du néomanagement sur l'organisation et les conte-

nus du travail, ne considère que ce qui peut se compter, se prouver, voire, surtout, se marchandiser. Cette association malencontreuse a saboté par négligence et méconnaissance, voire bien pire, une part considérable des savoirs humains dont on a absolument besoin pour vivre et pour soigner. Si ces contenus ne font pas recette dans le milieu du soin, pas plus du côté des médecins que de l'administration, c'est qu'ils ne se prouvent pas... mais ils s'éprouvent. Or, l'éprouvé est le vilain petit canard qu'il faut soigneusement éviter de nommer au risque d'être renvoyé

Anne Perraut-Soliveres est l'auteure de Infirmières, le savoir de la nuit (Presses universitaires de France, 2001).

L'hégémonie de la pensée médicale scientifique, diurne, ne considère que ce qui peut se compter, se prouver, voire, surtout, se marchandiser.

 G. Durand, Les structures anthropologiques de l'imaginaire, Dunod, 1969. du côté des affects, ce qui invalide toute perspective d'observation rigoureuse du phénomène et, a fortiori, compromet son argumentation. L'inintelligence artificielle vient à point fournir l'outil adéquat pour dessaisir l'humain de ses atermoiements émotionnels et le contraindre à

Ce qui n'a pas pu être
dit le jour reste en
suspens et les patients
n'attendent qu'un signe
de disponibilité du
soignant de nuit pour
enfin se libérer.

déshabiller chaque acte afin de pouvoir le glisser dans la case prévue à cet effet. Et comme ce qui ne se compte pas ne compte pas davantage pour l'institution prescriptrice, ne peuvent être validés par les algorithmes que les actes froids, sans considération de ce qui les entoure et leur donne sens pour les soignants comme pour les patients. Le savoir-être comme le

savoir-faire, qui permettent que la relation soignante s'établisse, sont rejetés dans la nuit et avec eux disparaît cette part invisible du travail soignant que les infirmières (jour et nuit confondus) persistent cependant à énoncer comme étant leur « vrai » travail.

Ce n'est pas parce que nous sommes tous (ou presque) pourvus des mêmes organes que leur fonctionnement et notre ressenti de leur dysfonctionnement sont superposables ou reproductibles. La médecine, tout en progressant sur certains aspects techniques comme le montre en particulier la chirurgie, a oublié une partie essentielle de son champ qu'elle laisse à l'abandon et qui concerne précisément l'usage que chacun fait de sa vie, de son corps, de son bien ou malêtre et du sens qu'il leur accorde. Or, soigner reste prioritairement aider une personne à surmonter ce qui la perturbe, lui accorder l'attention dont elle a besoin pour cheminer dans ce trouble passager ou durable et ne se résume pas à rééquilibrer ses constantes, ses hormones, ni à réparer ses organes et leur fonctionnement physiologique.

À l'écoute des patients

Soigner, la nuit, c'est donner au sujet hospitalisé la première place face à l'organisation des soins et ce ne sont pas de vains mots. C'est le seul moment du nycthémère où l'institution passe

après les besoins des personnes, où ce sont les priorités des patients qui vont donner son tempo à la nuit de travail du soignant. Lors du premier tour de soins, relativement routinier, les demandes particulières vont primer, chaque personne pouvant interpeller le soignant selon ses besoins. Le temps de la nuit, le colloque singulier instaure une atmosphère de confidentialité qui permet l'écoute de tout ce que les patients n'ont pas osé demander aux médecins, l'énoncé des petites questions anodines qui cachent de grandes inquiétudes et qui ont besoin d'une certaine intimité pour se dire. Le jour, les soignants laissent souvent filer ces moments, faute de temps, de tranquillité et surtout faute d'oser défendre ces aspects que la médecine méprise. Les arguments qui pourraient soutenir une meilleure prise en compte de la globalité du soin demandent du temps pour se développer et ce temps ne leur est pas donné. La multiplicité des intervenants dans une journée hospitalière, sans compter les visites des familles, permet que cette attention soutenue soit largement partagée et par conséquent pèse moins sur chacun. Or, ce qui n'a pas pu être dit le jour reste en suspens et les patients n'attendent qu'un signe de disponibilité du soignant de nuit pour enfin se libérer. Contrairement à leurs collègues de jour, les soignants de nuit sont moins soumis au taylorisme qui régit la journée hospitalière, ils ont moins de tâches routinières chronophages à gérer, pas de gestion des repas, de coordination avec les autres services et surtout beaucoup moins de sollicitations téléphoniques... Tout ce temps gagné au prix d'une diminution drastique des intervenants est consacré aux patients. Bien sûr, l'intimité ne suffit pas, il faut aussi que l'interlocuteur se donne le temps et la peine de les entendre... La première entrevue avec le soignant, alors que baisse la lumière, donne souvent le ton de ce que sera la nuit pour le patient. C'est là qu'il évaluera si une relation de confiance peut s'établir, si une opportunité de dialogue au-delà du « bonne nuit!» se profile. S'il sent qu'il peut se reposer sur la personne qui veille sur sa santé et son bien-être, il peut dormir tranquille. Confronté à la disponibilité plus ou moins perceptible de son interlocuteur, le patient sait s'il pourra parler ou non et il s'inscrit dans cet espoir. Il suffit parfois d'un petit incident pour que tout déborde, une douleur qui persiste, une angoisse qui s'amplifie, une insomnie qui résiste et la maîtrise des émotions se fissure. Ce sont ces aspects du soin qui font de la nuit un cadre particulier, qui débordent les conventions implicites et explicites de l'organisation du travail. Ils échappent à toute prévision et obligent les soignants à s'engager plus personnellement auprès des patients, à faire face aux situations quoi qu'il leur en coûte. Il n'y a pas de protocole pour accompagner la peur, pas d'autre intervenant qui puisse prendre le relais face à l'agressivité que l'angoisse peut susciter, rien qui puisse permettre de botter en touche. La nuit est le temps du rapport à une certaine vérité à laquelle nul ne peut échapper, celle du patient venant parfois percuter de plein fouet celle du soignant. Les grands discours éthiques, les belles théories, la morale sont inopérants et chacun doit convoquer des trésors d'inventivité pour tenter de résoudre la crise lorsqu'elle survient. Autant dire qu'il vaut mieux la prévenir et que les soignants apprennent vite comment déjouer la plupart des pièges qui sont en toile de fond de la professionnalité nocturne. Même si la nuit se déroule sans incident majeur, le spectre de l'inimaginable rend les soignants attentifs à tout signe de dégradation de l'état de chaque patient et développe en chacun une vigilance que nul autre ne connait. Car la mort qui rôde et dont l'idée ne quitte jamais le soignant de nuit est sans pitié.

Le temps de penser

C'est là où le politique s'invite discrètement dans une résistance à la mise en équation que la nuit symbolise, car l'humain dans le soin, qu'il s'agisse de la plainte du patient ou de l'inquiétude du soignant, s'exprime d'autant plus fort qu'on s'éloigne de l'influence médicale, du regard des autres et du poids de l'institution. Loin du regard des managers et des collègues qui dorment, le poids du système s'estompe considérablement laissant au soignant l'usage d'un libre arbitre qui l'amène à exercer sa responsabilité en grande proximité avec le patient. La nuit autorise (voire contraint) le questionnement avant l'action, car c'est dans la confrontation à la solitude, dans la fréquentation réitérée de l'impuissance que le soignant est amené à faire face aux difficultés avec le patient et donc à entendre ce qui n'entre pas forcément dans la prescription strictement médicale. C'est paradoxalement lorsque rien n'est prévu que s'exerce la liberté/obligation de faire à partir du socle des savoirs construits et expérimentés. Ce sont ces moments qui sont les plus formateurs, encore faudrait-il qu'ils puissent être repris collectivement de façon à entreprendre leur légitimation consensuelle.

La nuit agit sur nous selon le statut qu'on lui accorde et la confiance qu'on se fait. Elle est le lieu de la pensée solitaire, de l'autoréférentialité, de l'usage de soi en rupture avec l'hétéroréférentialité du jour qui se manifeste par de multiples interactions soutenues par une sorte de gavage d'informations toutes plus urgentes les unes que les autres qui brouillent la conscience des priorités. L'on assiste en effet comme dans toutes les sphères de la société, à une échappée du réel qui ne fait plus recette puisque s'estompent les niveaux d'importance, d'analyse et par conséquent rend toute information aussi urgente que fugace. La nuit, moins de sollicitations laissent donc la place à une pensée spontanée, à une

évaluation de l'urgence ou non à agir, à une responsabilité s'appuyant sur les savoirs théoriques, techniques, expérientiels incluant la prise en compte de la personnalité du patient face au choix thérapeutique qui se profile. Ce moment où chaque soignant est seul avec le pa-

La mort qui rôde et dont l'idée ne quitte jamais le soignant de nuit est sans pitié.

tient et sommé d'agir au mieux de son intérêt construit cette professionnalité nocturne qui ajoute aux savoirs institués l'obligation de porter une attention exacerbée à cet autre dont le sort peut en dépendre. C'est ce que j'ai nommé, afin de le défendre contre l'aveuglement diurne et son « oubli » de ce qui fait l'autonomie forcée des soignants : le savoir de la nuit.

La désaffection actuelle des métiers du soin est l'aboutissement direct de cette disqualification des savoirs et pratiques soignants qui ne trouvent pas validation scientifique ni reconnaissance institutionnelle. C'est ce que les soignants doivent d'urgence retrouver si l'on veut que ces métiers indispensables à l'humanité se ressaisissent. La nuit est le lieu de leur conservation, une sorte de « réserve » en passe de s'éteindre.

LEVER DE RIDEAU SUR **LE BURN-OUT**

Né de la rencontre d'un groupe de patients réunis par leur thérapeute, le spectacle de théâtre-action *Brûlés de l'intérieur* raconte l'expérience du burn-out qu'ils et elles ont traversée. Soutenue par la Compagnie Maritime, cette création originale témoigne de leur vécu pour sensibiliser et mieux comprendre les ressorts de cette autre épidémie du moment.

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

travers une série de saynètes et de déclamations inspirées par leurs parcours personnels, cinq patients et leur thérapeute ont mis en scène l'épreuve du burn-out qu'ils et elles ont surmontée grâce à l'accompagnement d'une psychothérapeute œuvrant dans le centre de rééducation fonctionnelle La

Les visées du théâtre-action ne sont ni distractives ni esthétiques. Charnière, à Namur, qui accueille de nombreuses personnes touchées par ce syndrome. Leur point commun? Toutes et tous se sont entretemps reconvertis sur le plan professionnel pour redonner du sens à leur travail. « Ils ont été au bout du

processus, rapporte leur thérapeute. Ils ont tiré des leçons de cette expérience et s'en sont servis pour vivre autrement et changer leur rapport au travail. »

Le théâtre-action, un levier

Né au lendemain des événements de Mai 1968, dans un mouvement émancipateur qui visait à supprimer les inégalités entre les expressions culturelles populaires et celles réservées aux élites, le théâtre-action s'appuie sur quelques principes fondateurs : « un processus de création collective (chacun participe à l'écriture) ; des thématiques de "l'ici et maintenant" ; des décors minimalistes et mobiles (voire naturels) ; une part d'improvisation ; une présence dans les lieux de vie et de luttes ; des saynètes courtes avec une dimension symbolique lisible par tous. »¹

Au contraire du théâtre « classique », les visées du théâtre-action ne sont ni distractives ni esthétiques. C'est un théâtre en résistance qui

cherche à rendre à la culture sa fonction d'intégration et de contestation et qui se donne pour ambition l'analyse et la transformation des rapports sociaux. Il s'inspire du vécu d'un groupe de personnes confrontées à des situations sociales, économiques ou culturelles difficiles. « Nous sommes partis de situations individuelles pour tendre vers l'universel », explique la metteuse en scène de la Compagnie Maritime. Ce faisant, l'objectif est de « pousser les spectateurs à s'associer à la réflexion théâtralisée et à se préoccuper d'en faire un appui pour provoquer les changements nécessaires »². C'est la raison pour laquelle le « langage [du spectacle] doit rencontrer l'actualité, la culture, les préoccupations du public visé et susciter en lui l'envie d'une prise de parole lors de l'animation qui suit nécessairement le spectacle »³. Bien qu'elle ne relève pas des ambitions du théâtre-action, la dimension thérapeutique de la démarche est appréciée par l'une des comédiennes : « Outre le fait que le théâtre nous a aidés à délier nos langues, il nous a aussi permis de revivre de l'intérieur une partie de cette aventure et de la réexplorer sous un autre angle, en nous demandant comment la colporter vers l'extérieur. » Et de préciser : « Ce projet collectif m'a également aidée à accepter la réalité. Aujourd'hui, j'arrive à dire aux gens que j'ai vécu un épisode de burn-out alors que j'en étais incapable auparavant. »

Une notion aux contours mal définis

Une des difficultés dans l'appréhension du burnout réside dans le flou de cette notion qui ne fait l'objet ni d'une définition unanime ni de critères diagnostiques officiels. Les soignants pâtissent d'un manque de connaissances sur les as-

1. M. Frans, Le théâtreaction aujourd'hui: comment naviguer entre utopies et nécessités?, Université de Liège, 2017-2018.

2. Centre du théâtre action, La démarche, https://www.theatre-action.be.

3. G. Mourin, « Le théâtreaction », Pensée plurielle, 2002/1, n° 4, www.cairn.info.

pects organisationnels du travail et se trouvent souvent démunis face aux patients, sans parler de la tendance selon laquelle « de plus en plus d'intervenants (coachs, thérapeutes, etc.) se déclarent professionnels de la problématique sans avoir les compétences nécessaires. »⁴

Introduit en 1974 par le psychiatre américain Herbert Freudenberger pour qualifier l'épuisement au travail des professionnels de l'aide et du soin, le concept de burn-out s'est progressivement étendu à tous les milieux professionnels. À la suite des travaux de la psychologue américaine Christina Maslach, ce syndrome est souvent décrit comme un processus multifactoriel inscrit dans la durée et caractérisé par trois composantes principales⁵. Dans un premier temps, la personne ressent un épuisement émotionnel qui influe sur sa vitalité physique. Elle se sent littéralement « vidée » de ses ressources et ressent une fatigue extrême que le repos habituel ne suffit plus à soulager. « Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration) et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes. »6 Dans un deuxième temps, un état de dépersonnalisation, caractérisé par une attitude négative et détachée vis-à-vis de l'entourage, se manifeste. Enfin, le burn-out se traduit par une diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi. À ce stade, l'individu porte un regard dévalorisant sur la plupart de ses réalisations personnelles et professionnelles. Cette perte de confiance peut s'accompagner d'un état dépressif profond et d'une incapacité à faire face à ses obligations professionnelles.

Prévalence et coût du burn-out

Parmi les enjeux majeurs de santé publique, les maladies psychosociales constituent l'une des principales causes d'absence de longue durée au travail en Belgique⁷. Ces pathologies, dont la fréquence s'est accrue au cours des dernières années, participent à la croissance spectaculaire du nombre de personnes en invalidité et entrainent souvent de longues périodes d'incapacité de travail et un risque de rechute important⁸. Selon l'Institut national d'assurance maladieinvalidité (Inami), au 31 décembre 2018, plus d'un tiers des travailleurs salariés du secteur privé (demandeurs d'emploi compris) et près

d'un quart des travailleurs indépendants reconnus en invalidité souffraient d'un trouble mental ou du comportement, une catégorie regroupant notamment la dépression, le burn-out, le stress et les dépendances⁹.

Lorsqu'on cible la problématique du burn-out, la tendance n'est pas différente à en croire les dernières données de l'Inami qui, en décembre 2020, dénombrait 33 402 personnes en incapacité de travail de longue durée en raison d'un burn-out (professionnel ou autre) et constatait une augmentation de 33 % des cas entre 2016 et 2020¹⁰. Cependant, selon les sociologues Thomas Périlleux et Patricia Vendramin, ces chiffres ne représentent que les seuls cas reconnus par les médecins¹¹.

Les personnes âgées de 50 à 59 ans forment la tranche d'âge la plus touchée par le burn-out et plus de deux tiers des patients qui en souffrent sont des femmes. En revanche, l'Inami ne communique pas la proportion d'employés et d'ouvriers concernés. Or, si les professions intellectuelles et relationnelles semblent les plus à risque, les métiers manuels ne sont pas épargnés par des formes d'épuisement physique et psychique qui « se manifeste [nt] souvent de manière somatique par des accidents du travail, dont on ne comprend pas toujours l'origine », explique le journaliste Thomas Chenel dans un article dédié à l'invisibilité du burn-out dans ce type de professions¹². Outre le coût de la souffrance humaine liée au burn-out, ces incapacités de travail de longue durée ont généré plus de 418 millions d'euros de dépenses en 2019, soit environ 6 % des dépenses totales de l'invalidité¹³.

Une société malade?

Surmenage, manque de contrôle et de reconnaissance, dégradation de l'esprit de groupe, manque d'équité, conflit entre des valeurs contradictoires... Selon la plupart des recherches, les évolutions observées dans le monde du travail et à l'échelle de la société sont des déterminants bien plus importants dans l'émergence du burn-out que ne le sont les facteurs individuels (vulnérabilité au stress, âge, genre, etc.) ¹⁴. Selon Th. Périlleux et P. Vendramin, l'augmentation alarmante de la prévalence du burn-out doit être analysée au regard du modèle de performance qui depuis les années 1980 s'est progressivement répandu dans les entreprises marchandes

- 4. Conseil supérieur de la santé, *Burnout et travail*, septembre 2017.
- 5. C. Maslach, M. Leiter, Burn-out. Des solutions pour se préserver et pour agir, Éd. des Arènes, 2016.
- 6. Conseil supérieur de la santé, *op. cit.*
- 7. Ibidem.
- 8. Après un an, on parle d'invalidité. De 2004 à 2020, le nombre de personnes en invalidité a doublé, passant à plus de 470 000. (Mutualité chrétienne, « En bref : Incapacité de travail chiffres et indicateurs », MC Informations n° 284, juin 2021).

9. Les fonctionnaires

statutaires n'apparaissent pas

- dans ces chiffres (Mutualité chrétienne, op. cit.).

 10. Inami, Incapacité de travail de longue durée:

 Combien de burnouts et de dépressions de longue durée?

 Quel coût pour l'assurance indemnités?,

 www.inami.fgov.be.
- 11. Th. Périlleux,
- P. Vendramin, « Le travail est-il devenu insoutenable ? », Sociétés en changement, vol. 1,
- mars 2017.
- 12. T. Chenel, « Métiers manuels : le burn-out invisible », Changer le travail/ Sciences humaines, www.changerletravail.fr.
- 13. Inami, op. cit.
- 14. Conseil supérieur de la santé, *op. cit.*

et les organisations non marchandes. Ce modèle se caractérise par :

- L'intensification de la production qui s'accompagne de l'exigence d'intensifier son implication dans l'activité aux dépens de la frontière qui sépare les sphères professionnelles et privées.
- Le pouvoir de la mesure et le développement du « gouvernement par l'objectif » qui misent sur la quantité plutôt que la qualité et visent à standardiser de nouvelles manières de faire en édictant des procédures rigides auxquelles les travailleurs doivent se conformer. De ces exigences découle une perte de sens du travail.
- La diffusion d'une idéologie de l'entreprise de soi qui pousse les salariés à la prise de risques dans la gestion de leur carrière. « Mobilité, adaptabilité et employabilité deviennent les maitres-mots de la révolution managériale », estime le sociologue Vincent de Gaulejac¹⁵.
- Une fragilisation des inscriptions collectives de métiers. «L'intensification de la production et les évaluations individualisées concourent à la destruction des formes de solidarité proche par lesquelles les professionnels se liaient pour résister à l'oppression », expliquent Th. Périlleux et P. Vendramin¹⁶.

Pistes d'action

Après la représentation, le public est invité à interagir avec les comédiens et comédiennes qui souhaitent susciter la réflexion collective sur ce mal du siècle et participer à la prise de conscience de son caractère sociétal¹⁷. En témoigne l'échange au cours duquel une spectatrice réagit à des propos sur la responsabilité qui incomberait aux personnes en burn-out : « Des individus ont plus de risques que d'autres de développer un burn-out en raison de leur engagement personnel, de leur difficulté à poser des limites, de leur propension au perfectionnisme... Mais il ne faut pas oublier que la société et les organisations dans lesquelles nous travaillons sont organisées d'une telle manière qu'elles empêchent les individus de poser leurs propres limites. La société engrange ce phénomène et rend l'individu responsable de sa propre maladie et de ce qui lui arrive, ce qui est extrêmement inquiétant. »

Par ailleurs, des pistes d'action et des revendications émergent des débats. Face au constat du manque de professionnels formés sur le burnout et aux propos désastreux que des soignants ou des responsables d'entreprise tiennent parfois à l'égard de leurs patients ou de leurs employés (voir l'encadré), des spectateurs invitent la troupe à jouer la pièce devant des médecins, dans des entreprises et des universités afin de favoriser une meilleure compréhension et prise en charge des personnes souffrant de ce syndrome. Plusieurs participants vantent aussi les mérites des groupes de parole et de soutien qui participent à la prise de conscience collective des contextes propices au développement du burn-out et offrent la possibilité aux personnes concernées de sortir de leur isolement en côtoyant des pairs-aidants qui comprennent sans juger. Enfin, à plus grande échelle - celle de la transformation sociale et politique -, des spectateurs suggèrent d'éliminer les pratiques managériales qui instaurent un climat de compétition entre les travailleurs et de généraliser la réduction collective du temps de travail pour mieux concilier parcours professionnel et vie privée.

Extrait de Brûlés de l'intérieur

Patient : Je me sens vraiment très fatigué. Ma vie n'a plus de sens.

Docteur : Qu'avez-vous fait de spécial pour être aussi fatigué?

Patient : *Ie travaille beaucoup*

Docteur : Combien d'heures ? 8, 10, 12 ?

Patient : Plutôt 10 que 8. Même 12, je dirais.

Docteur: Oh! Mais ça va!... Regardez mon agenda! Mon carnet de consultations est complet. Regardez! Consultation, consultation, consultation. Je passe moins de huit minutes par patient. Anamnèse. Diagnostic. Prescriptions. Rentabilité. Performance. Vous voulez connaitre mon secret? Ce sont les activités-récré. Vous connaissez les activités-récré?

Patient : Non.

Docteur : Ce sont des activités pour se vider l'esprit. Ça va aller, j'en suis sûre, un peu de courage ! Regardez-moi ! J'y arrive, moi !

Patient : Du courage, j'en ai. C'est l'énergie qui me fait défaut et puis... il y a aussi...

Docteur: Le mal de dos, je parie! Regardez! Moi, en vous écoutant, je fais quelques petits squats. Ça me détend les lombaires. Je combine travail et détente. Moi, je cherche des combinaisons efficaces!

15. V. De Gaulejac,

Travail, les raisons de la

colère, Seuil, 2011.

16. Th. Périlleux,
P. Vendramin, op.cit.

17. Agenda des prochaines

représentations sur

www.maisonmedicale.org.