

# Se fédérer pour l'émancipation



## Réunion – Débat

### Santé, pour des luttes victorieuses

Samedi 30 novembre 2019 de 9h30 à 17h

31 rue de la Grange aux Belles

75010 Paris (Métro Fabien)

co-organisé par l'Association Autogestion (AA), l'Association des communistes unitaires (ACU), les Amis de Tribune socialiste (ATS), Cerises, la coopérative, l'Observatoire des mouvements de la société (OMOS), le Réseau pour l'autogestion, les alternatives, l'altermondialisme, l'écologie et le féminisme (AAAEF), le Temps des lilas, l'Union syndicale Solidaires

## Problématique

Les personnels hospitaliers exigent les moyens humains et financiers pour que l'hôpital public réponde aux besoins de santé. Elles/ils dénoncent la gestion managériale, la souffrance au travail et la dégradation des soins. Les urgences et les hôpitaux psychiatriques sont au bord de l'implosion. La mobilisation grandit. Mais le gouvernement, bien que sur la défensive, ne répond pas pour autant aux revendications.

Une des causes principales de la dégradation de nos systèmes de soins et de protection sociale vient du fait que depuis 20 ans les gouvernements successifs ont détourné l'argent du service public de santé et de sécurité sociale en fermant des hôpitaux et maternités, en supprimant des dizaines de milliers de lits d'hospitalisation, de postes de soignant.e.s et en exonérant les actionnaires des cotisations à la sécurité sociale.

Mais il y a un autre aspect, celui d'une médecine tournée vers la réparation et insuffisamment vers la prévention. Plus généralement il faut ouvrir la réflexion sur une autre conception de la santé qui ne se réduise pas à l'absence de maladie ou à la médecine mais permette à chacun d'agir sur soi et sur son environnement : conditions de travail, risques sanitaires industriels et agricoles, qualité de l'air de l'eau et plus généralement de la nature et de l'environnement .

Les personnels peuvent-ils reprendre la main sur leur travail? Où trouver les moyens financiers ? Ne pourrions-nous pas développer des initiatives ayant pour objectif de trouver l'argent nécessaire pour financer les besoins ?

Les soignant.e.s veulent bien faire leur travail et nous voulons être bien soignés, comment construire des solidarités entre personnels et usager.e.s? Si la santé ne se limite pas aux soins et que d'autres enjeux rejoignent une politique de santé, n'y a -t-il pas de nouvelles convergences à penser ?

De la conception des soins, à un nouveau projet de société, quels cheminements? Faut-il demander aux « politiques » de prendre le relais ou faut-il considérer que les mobilisations pourraient devenir « puissance politique » ? Comment ?

## Sylvie Faye-Pastor

Je vais me présenter pour vous dire d'où je parle. Je suis Sylvie Faye-Pastor. Je suis médecin généraliste dans une zone rurale. Je suis en fin de carrière en libéral. J'ai été salariée pendant 24 ans dans une maison de retraite comme médecin coordonnateur et je me suis fait virer. Je reçois des étudiants en médecine générale et je régule le SAMU du département.

Pour faire l'introduction sur un sujet aussi vaste, j'ai retenu trois points importants : ce qui se passe dans les hôpitaux, l'état de santé de la population et le financement des soins.

Ce qui se passe dans les hôpitaux est inédit. Il existe plusieurs collectifs, le collectif inter-urgence, le collectif des infirmiers de bloc, le collectif inter-hôpitaux qui vient de se créer avec des services qui sont en grève depuis plusieurs mois et qui ont des revendications sur les besoins. Ils veulent des effectifs, des lits et une revalorisation des métiers. Il demande de faire remonter les besoins par service. La motion du collectif inter-hôpitaux est très intéressante. Elle commence par nous soussignés... Et cela commence par les chefs de service jusqu'aux A.S.H (agents de service hospitaliers) en passant par les secrétaires, les infirmiers etc.... c'est la première fois que je vois un tel front se créer. Ils ont les mêmes revendications que le collectif inter-urgence. Il y a des pistes d'organisation, ils disent qu'ils sont prêts à élaborer le budget avec l'administration, service par service. Cela fait des années que l'on remonte à l'ARS que cela ne va pas, que c'est dangereux. La motion dit : un point de rupture est atteint et la sécurité n'est plus assurée. L'ARS ce sont les préfets sanitaires, mis en place par la loi Bachelot, ils disent aux hospitaliers et aux libéraux de tenir bon...

Ces collectifs sont en relation avec les collectifs d'usagers : 300 000 signatures pour la défense de l'hôpital public. Les politiques de santé actuelles font mourir des gens précocement. Les heures d'attente dans les services d'urgences c'est une mortalité augmentée, c'est démontré par plusieurs études. Il faut changer de vocabulaire, ce sont des politiques criminelles, il faut les appeler comme telles. On a des sociopathes au gouvernement actuellement.

Continue-t-on à raisonner dans le cadre du capitalisme qui actuellement fait mourir les gens ? Ou raisonne-t-on hors-cadre ? Cela n'apparaît pas dans les collectifs. Si on raisonne hors-cadre, que fait-on après ? Il faut aussi penser la défaite. Si l'hôpital public disparaît, ou n'est plus que le filet de base, que fait-on ? Il faut anticiper.

L'état sanitaire de la population : on n'en parle peu, pas très bien, pas souvent. En 50 ans on est passé de maladies transmissibles, infectieuses, à des maladies non transmissibles, des maladies chroniques et ce sont ces maladies qui tuent le plus. On vit assez bien avec ses maladies mais il faut des traitements toute la vie. Cela augmente les coûts, plus que le vieillissement de la population. Il faut des traitements et on vit longtemps avec ses traitements. Il faut interroger l'industrie pharmaceutique, les coûts des médicaments, les pénuries organisées. La sécurité sociale négocie avec les laboratoires pharmaceutiques et le prix est indexé sur le nombre de boîtes qui vont être vendues. Quand le nombre de boîtes est dépassé, la sécurité sociale propose un prix plus bas.

Les maladies chroniques sont dues à des effets environnementaux. Dans les documents officiels, on parle des comportements personnels, fumer, boire par exemple a des conséquences. Mais le problème est plus complexe. Une étude d'une agence de l'Etat parue en 2014-2016 qui a étudié 70 perturbateurs endocriniens, tous les adultes sont contaminés avec des effets comme le diabète, les problèmes de fertilité, les problèmes neurodégénératifs. Dans le 4<sup>ème</sup> plan santé environnement 2019-2022 il y a des incitations personnelles à se protéger, il n'y a aucune interdiction d'utilisation de produits perturbateurs endocriniens. 150 000 substances chimiques ont été créées depuis 1950. 5 000 existent en grande quantité dans l'environnement. 6 seulement sont étudiées chaque année dans le plan santé perturbateur endocrinien !

Comment finance-t-on le système de santé ? Macron est pressé de supprimer les cotisations sociales, quand on voit la transformation du CICE en suppression de cotisations sociales patronales, ça fait peur et ça s'accélère. Ça a commencé avec la CSG. Quand on pense que la sécurité sociale était presque un système autogestionnaire au départ, sous tutelle de l'État. Cela a été démontée par les capitalistes qui ont une patience infinie pour casser ce qui peut donner du pouvoir aux gens. Il y a une attaque frontale. L'assurance maladie est maintenant financée plus par l'impôt que par les

cotisations sociales. Pourquoi la cotisation sociale est-elle supérieure à l'impôt ? La cotisation sociale permet de taper deux fois sur le capital, l'impôt ne permet de taper qu'une seule fois. Avec la cotisation vous pouvez faire varier le taux des cotisations et vous pouvez faire varier les salaires. Ce sont les deux variables qui permettent d'augmenter l'argent qui revient pour la sécurité sociale. Avec l'impôt vous ne pouvez taper qu'une fois et c'est dans les mains du gouvernement en place. La sécurité sociale était sanctuarisée. Il faut créer un système que les gouvernements successifs ne devraient pas pouvoir démolir. Il faut expliquer la cotisation sociale. Le gouvernement essaie d'opposer les personnels de santé les uns aux autres. Il faut résister et ce qui se passe dans les collectif inter-hôpitaux est hyper important. Il faut s'enlever de l'idée que la santé ce sont des dépenses sans fond, que les gens demanderont toujours plus, les gens sont tout à fait capables de fabriquer leur propre système de santé.

### **Patrick Silberstein**

Je suis médecin généraliste à la retraite. J'ai écouté attentivement ce qui a été dit dans l'introduction. Ce que je note surtout et que j'avais observé en regardant les cadres de lutte en cours, ce qui se fait dans les collectifs en lutte, avec ses limites bien entendu, c'est l'élaboration d'un contre-plan des salariés et des usagers de l'organisation des soins et de la sécurité sociale. Quand les gens sont prêts à élaborer le budget, c'est quelque chose de fondamental que nous devons avoir à l'esprit à chaque fois que nous intervenons politiquement sur quelque sujet que ce soit. Nous savons tous que la question du budget constitue une partie du pouvoir.

Les gens qui sont rentrés en lutte réclament le pouvoir pour les citoyens, ils réclament le droit d'organiser, de structurer eux-mêmes la distribution des soins et la gestion du système de santé publique. Quand les gens réclament une revalorisation des carrières et des métiers c'est la question de la formation continue et de la formation permanente. C'est une exigence sur la valorisation des acquis de l'expérience. C'est l'exigence de pouvoir accéder à des nouvelles qualifications sans forcément passer par la formation. Comment organiser la progression et le croisement des métiers. Comment fait-on pour ne pas rester infirmière toute sa vie, ou aide-soignante toute sa vie ? Ces questions sont fondamentales.

Il faut réfléchir au bloc social et politique que nous construisons dans le système de santé, avec ce front qui se met en place du chef de service au personnel d'entretien. C'est quelque chose de nouveau qui indique des pistes pour travailler pour l'avenir. Comment l'hôpital public peut être autogéré ? Il ne s'agit plus de réclamer l'autogestion du service public mais en réalité de le faire concrètement. Ce front qui représente une alliance, ce n'est pas une alliance naturelle, il ne suffit pas de dire unité. Chacun doit pouvoir y retrouver ses petits. Ce qui se fait concrètement dans l'activité du mouvement social, nous ne sommes pas en mesure de le valoriser actuellement, et de le mettre en perspective politique et stratégique.

Concernant la sécurité sociale, je n'ai vu aucun tract syndical réclamant l'exclusion des patrons de sa gestion, ni de revenir sur les ordonnances de 67 à savoir aux élections des représentants des salariés à la gestion des caisses de sécurité sociale. Ce sont des éléments politiques dispersés mais nous devrions mettre tout cela en cohérence.

### **Émile Fabrol**

Dans la première partie de ma carrière professionnelle, j'étais technicien galéniste c'est-à-dire la mise en forme des médicaments chez l'ancêtre de Sanofi, Roussel-Uclaf. J'étais à la fin de la chaîne de recherche. J'ai vu abandonner des projets pourtant thérapeutiquement prometteurs parce que le profit escompté était trop faible. J'ai même connu ce type d'attitude pour des raisons idéologiques, à une période le PDG, étant un catholique intégriste, refusait de produire des contraceptifs, finalement la direction financière l'a fait changer d'avis.

Je voudrais remercier la première intervenante pour avoir rappelé qu'il faut marteler sur la nécessité vitale de la cotisation sociale et je pense qu'il faut tordre le coup au mythe des deux types de

cotisation : la « salariale » et la « patronale ». Ce qui impliquerait que le patronat apporterait quelque chose à la sécurité sociale. En même temps, il est plus qu'utile de marteler que, comme le disait Marx, il n'y a que la nature et le travailleur qui permettent au capital de croître.

Voilà pour le principe. Mais ce n'est pas qu'un principe c'est encore la réalité, j'ai connu une période où la sécurité sociale c'était la solidarité de classe, la conscience d'appartenir à un même ensemble. Objectivement, c'est toujours vrai. C'est la raison réelle qui explique l'acharnement des militants du néo-libéralisme à vouloir en finir avec la sécurité sociale.

Si je n'envisage pas la défaite dans la lutte actuelle contre la réforme des retraites de Macron ; je pense qu'au fil des années le monde du travail a subi pas mal de défaites sur cette question. Sans remonter aux ordonnances de 1967 qui font entrer le patronat dans la gestion, on peut citer l'instauration de la CSG par Rocard (début de l'étatisation rampante) puis celle de la loi de financement décidée par le gouvernement et entérinée par le parlement. Et cerise (si je peux me permettre) sur le gâteau : l'intégration des dépenses sociales dans le budget global par le traité de Maastricht.

Je pense qu'il faut revenir de toute urgence sur ces fondamentaux. En les défendant de façon audacieuse nous définissons les contours d'une société post-capitaliste. Il s'agit d'un bien commun qui devrait être autogéré et revenir à l'élection des dirigeants par les seuls travailleurs. Comme la cotisation est salariale : c'est le patronat et l'État dehors. C'est à nous, c'est nous que décidons. Enfin la sécurité sociale est fondée sur le principe : de chacun selon ses capacités à chacun selon ses besoins. Un principe authentiquement communiste. Que voulons-nous de plus comme programme révolutionnaire ?

## **Makan Rafatdjou**

Je voudrais intervenir sur 2 points. En complément de ce que Sylvie nous a dit par rapport aux effets environnementaux, la question de la santé liée à la fabrique de nos territoires est fondamentale. Nous avons une fabrique désastreuse de nos territoires aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Il y a de plus en plus de chercheurs qui travaillent sur des questions de santé urbaine et on connaît de plus en plus les effets nocifs des matériaux que nous utilisons, des pollutions, des nuisances sur les habitants des villes et leur santé, les mutations épigénétiques etc. Il faut savoir que les grandes entreprises de construction travaillent déjà sur des solutions alternatives qu'elles gardent dans un tiroir en attendant que ça leur soit imposé, pour le moment elles ne l'utilisent pas et c'est un véritable scandale. Puisque cela crée des maladies chroniques de longue durée et que réguler ces effets prendra du temps. Des générations vont passer à la trappe.

Il y a un autre aspect fondamental c'est la structure des soins sur notre territoire. Ces questions me tiennent à cœur. Un rapport intitulé « *la France à 20 minutes* » de Pierre Mauroy imaginait que tous les équipements publics devaient être situés au plus à 20 minutes. On voit les distances s'agrandir et on est loin de ce schéma. Il y a des désertifications qui se mettent en place, un des premiers actes métropolitains c'est le schéma régional hospitalier qui prévoyait déjà la fermeture de nombreux hôpitaux et le regroupement dans des mégapoles. Il faudrait sanctuariser l'hôpital comme bien commun. La fermeture de Laennec a donné lieu à une opération immobilière de Cogedim. Les appartements se vendent alors à plus de 30 000 €/m<sup>2</sup> en plein cœur de Paris et d'autres opérations sont en cours. L'implantation de l'hôpital nord-ouest à Saint-Ouen faisait l'objet d'une résistance qui s'oppose à la fermeture de Bichat et de Beaujon, mais la ville de Paris et la ville de Clichy sont satisfaites de la fermeture de ces hôpitaux parce que ça leur permet des opérations immobilières. L'actuel maire de Saint-Ouen a lui accepté et il implante cet hôpital à la place de la dernière usine de PSA dans sa ville. Le patrimoine hospitalier aujourd'hui est bradé au profit de la production de financiarisation de la ville et des opérations immobilières.

## **Clément Thépot**

Je suis actuellement dans une entreprise qui fait de la téléconsultation et je suis un marcheur en tout cas marcheur du début. J'ai travaillé dans l'industrie pharmaceutique. Je veux parler de cette pénurie de médicaments. Je suis diabétique insulino-dépendant pour lequel j'ai un engagement élevé dans des associations de patients. J'ai toujours été très sensible à cette pénurie de médicaments. On a aujourd'hui en France cette chance d'avoir un seul payeur et donc un seul négociateur du prix du médicament et nous pouvons obtenir des prix pour un accès au marché qui sont extrêmement bas, mais cela pose aussi des problèmes. J'ai présenté en France un médicament le Sativex pour lutter contre les douleurs de la sclérose en plaques et la France a dit on paye 50 € la boîte alors que dans le reste de l'Europe c'était 350 euros. Le fabricant a dit alors : " je ne donne pas la licence pour la France, sinon je vais avoir de l'export parallèle et je vais perdre du chiffre d'affaire sur le reste de l'Europe".

Nous avons la chance d'avoir un seul payeur et nous faisons le prix de médicament mais le payeur ne joue plus tout à fait son rôle. Il peut jouer non seulement sur le prix mais aussi sur les conditions d'accès du médicament, et les conditions de retraitement comme par exemple les pompes à insuline qui sont jetables et qui ne sont pas traitées dans le système parce que le C.E.P.S (comité économique des produits de santé) a autorisé la commercialisation sans contrainte de traitement des déchets. C'est un vrai souci parce que le législatif ne va pas assez vite par rapport à la santé. Aujourd'hui on a désinvesti la régulation par l'État.

Aux États-Unis aujourd'hui on a une tranche d'âge qui meurt du diabète. Moi par exemple j'ai un diabète de type-1, si je n'ai pas d'insuline je meurs. Aux USA quand on est plus sur la mutuelle de ses parents et qu'on n'est pas sur la mutuelle de son entreprise on n'est pas pris en charge il y a une quinzaine de jeunes qui meurent chaque année parce qu'ils diminuent les doses d'insuline progressivement et risquent d'aller jusqu'au décès. En France cela ne peut pas arriver parce qu'il y a une vraie négociation du prix. Dans la sécurité sociale ce que je trouve très fort c'est le fait de recevoir selon ses besoins et de cotiser en fonction de ses moyens, je partage cette notion principale mais il ne faut pas perdre de vue le fait qu'on ait un payeur unique qui doit jouer son rôle et avoir une vision à long terme de la prise en charge. C'est lui qui peut dire à un fabricant vous avez le droit de commercialiser votre médicament, mais il faut aussi organiser l'éducation à la pathologie pour diminuer le recours. Il faut être plus contraignant sur la manière d'accepter les remboursements. Il faut faire financer par celui qui produit le médicament l'éducation à la pathologie.

## **Patrick Le Tréhondat**

Je suis usager des services publics de santé. En général je n'ai aucune confiance en l'État. Et concernant ma santé encore moins, je ne crois pas que cet État qui est lié à des intérêts particuliers, peut résoudre la question de l'hôpital. Je pense que du point de vue de ma santé, si le mouvement actuellement en cours connaît une défaite, je serai très inquiet du point de vue de mon avenir. Par contre quand des salariés de l'hôpital veulent prendre en charge la gestion de l'hôpital en définissant les besoins, pour moi c'est extrêmement important. Moi la seule confiance que j'ai, c'est dans les salariés dans les personnels soignants. Je pense aujourd'hui que la seule façon pour ces personnels de gagner, c'est d'accélérer la perspective que tu as évoquée que l'ensemble des personnels soignants détermine les besoins, les rende public. On pourrait imaginer un site internet dans chaque ville qui permette d'avoir accès à la liste des besoins en lit, en matériel, en personnel, service par service et que l'ensemble de la population puisse ainsi connaître les besoins de l'hôpital à proximité de son domicile et ainsi amplifier le soutien à ce mouvement. Et alors la discussion avec le gouvernement ça ne serait pas de s'adresser à l'État pour sauver l'hôpital. L'État ne peut pas sauver l'hôpital.

Il y a quelque chose d'étonnant dans les mouvements sociaux dans le monde, c'est le fait qu'ils produisent leurs propres structures médicales. Ce sont les Street Medic en France. À Hong Kong ils ont même créé des cliniques secrètes pour soigner les manifestants blessés où les traumatismes musculaires sont soignés par acupuncture. En Irak il y a des sortes d'ambulances qui traversent les

barrages de police pour aller chercher les blessés et les emmener à l'hôpital. Cela va dans le sens de la prise en charge par le mouvement social lui-même de ses propres organes de santé. Il s'agit de ne pas rester dans une posture de demande à l'égard de l'État. Non seulement je ne suis pas pour faire confiance à l'état mais en plus je suis pour sa déconstruction.

## **Henri Mermé**

Les interventions précédentes ayant largement portées sur la question de l'hôpital, je voudrais centrer la mienne sur l'autre grande branche de la médecine, la médecine de ville, médecine libérale pour l'essentiel. Et ce qui est frappant dans ce secteur c'est l'importance des changements de comportements voire des modes d'exercice du métier actuellement en cours. Changements le plus souvent à bas bruit. Une partie des nouvelles générations et c'est particulièrement vrai pour les femmes qui sont de plus en plus nombreuses parmi les médecins de ville, ne se reconnaît plus dans le modèle traditionnel d'exercice de la profession médicale : travail en solitaire avec des semaines de souvent plus de soixante heures voire quatre-vingt, des revenus importants voire très importants pour les spécialistes et les non conventionné-e-s pratiquant les dépassements d'honoraires. Au total pour les médecins en question souvent de gros revenus mais pas le temps pour en profiter et une forme de travail à la chaîne peu valorisante. Une partie de plus en plus importante des nouvelles générations reprennent dans leurs pratiques quotidiennes des façons différentes d'exercer leur métier en mettant en œuvre dans les faits des propositions mises en avant au siècle dernier par les créateurs/ trices du Syndicat de la Médecine Générale : médecine de groupes et même, comble de l'horreur pour les tenants de la médecine libérale, choix de la rémunération sous la forme salariale en rupture avec la base même de la médecine libérale, le paiement à l'acte. On voit aussi de plus en plus se développer sous des formes diverses une médecine de groupes dans des centres ou maisons de santé reprenant ainsi les idées mises en avant à la Libération et largement mises en œuvre dans les municipalités populaires en particulier celles dirigées par le PCF et qui avaient déclinées dans les dernières années du siècle dernier. Un des paradoxes de ces nouvelles formes d'exercice du métier étant que les capitalistes ont bien vite senti que ces nouveaux secteurs pouvaient aussi être des possibilités de rendements financiers importants et qu'ils ne demandent qu'à s'emparer de ce nouveau créneau.

On assiste ainsi sous une forme non idéologique et souvent pour des raisons simplement pratico-pratiques à la reprise de certaines des propositions pour un exercice alternatif à la médecine libérale qui avaient été mises en avant dans années post 68 en particulier au sein du SMG. Il faudrait donc aussi reprendre un travail pédagogique pour expliquer aux intéressé-e-s cette réalité pourtant totalement évidente bien que non explicite à savoir que le système de la médecine dite libérale est en fait totalement socialisée dans la mesure où en définitive le payeur c'est la sécurité sociale (et les mutuelles) dont la logique au moins initiale était aux antipodes de la logique du profit individuel. Un autre aspect dans ces changements c'est l'affaiblissement du rôle de l'ordre des médecins bastion historique du conservatisme médical même si sa contestation sous forme en particulier du refus de l'adhésion n'est plus tellement à l'ordre du jour.

Un brin de nostalgie pour finir. J'ai participé autrefois à une expérience très intéressante celle du cabinet médical de la rue de Charonne dans le 11<sup>ème</sup> à Paris qui en particulier en suivant les conseils du médecin et militant autogestionnaire Gabriel Garnier avait instauré des relations différentes entre professionnels (médecins et infirmiers/res) et patient-e-s en mettant en place des groupes de discussions entre eux. Il faudrait sans doute s'intéresser aujourd'hui à ce type d'expériences et réexaminer à la lumière des changements qui existent dans l'exercice des métiers de la santé les pistes possibles pour un autre exercice de la médecine de ville.

## **Bruno Piriou**

Je suis élu d'opposition à Corbeil-Essonnes et sur le territoire d'Évry Corbeil. J'ai été élu au département et donc administrateur de l'hôpital de Corbeil-Essonnes pendant des années au nom du département. Je comprends bien l'intérêt de dire qu'il est inutile de s'adresser à l'état, mais mon expérience d'élus a été que depuis 20 ans où je me mêle du devenir des hôpitaux sur notre territoire, on a eu de moins en moins de pouvoir. Avant on siégeait dans un conseil d'administration de l'hôpital qui avait un pouvoir réel sur des décisions, comme fermer ou pas la maternité, agrandir, passer d'une maternité de niveau 1 à une maternité de niveau 3, et les élus et les usagers qui siégeaient dans les conseils d'administration avaient un pouvoir de décision. On pouvait décider de fusionner deux hôpitaux ou pas. On a vécu au fil des ans, la disparition des conseils d'administration pour passer à un conseil de surveillance des hôpitaux où les usagers et les élus ont eu beaucoup moins de pouvoir et où les ARS et donc l'État ont eu de plus en plus de pouvoir sur le devenir des hôpitaux.

On a dû résister à toutes les questions de concurrence entre les territoires. Par exemple Manuel Valls et Serge Dassault pour des raisons de concurrence entre les territoires, ont réussi à fermer deux hôpitaux qui avaient 30 ans d'âge, celui d'Évry et celui de Corbeil, deux hôpitaux qui fonctionnaient. Ces deux élus ont convaincu les médecins qu'il valait mieux fermer pour en construire un énorme pour peser dans la concurrence entre les territoires. Depuis il y a eu cet hôpital sud-francilien qui a été construit avec deux fois plus de lits que les deux hôpitaux précédents réunis et qui a accompagné la fermeture de deux autres hôpitaux dans l'Essonne. On a donc éloigné les habitants des structures hospitalières. Cet hôpital rayonne aujourd'hui pour 500000 habitants, c'est un mastodonte. Et comme il n'y avait pas d'argent de l'État pour le construire, ils l'ont construit avec un partenariat public-privé et c'est le groupe Eiffage qui a bénéficié d'une manne financière énorme. Pour les citoyens l'interlocuteur ce n'est pas la sécurité sociale, c'est l'État qui prend ses décisions relayées par des élus locaux. Nous avons mené une bataille passionnante avec une association citoyenne, nous avons réussi à organiser un référendum populaire contre le partenariat public-privé, qui a contribué à décrédibiliser le PPP (partenariat public/privé) comme mode de construction et de gestion des hôpitaux, nous avons fait signer plus de 5 000 personnes parce que cet hôpital devenait une folie. Même le groupe Eiffage a perdu dans cette bataille, il sait faire des ponts comme celui de Millau, mais il a fait beaucoup de contrefaçons car ce n'est pas vraiment leur cœur de métier et nous avons gagné la bataille puisqu'il y a eu renégociation entre le groupe Eiffage et l'État pour qu'on sorte du PPP et l'hôpital sud-francilien est redevenu 100 % publique. C'est donc possible de mener de tels combats.

Sur l'enjeu de sacraliser l'hôpital public, les deux hôpitaux qui ont été fermés sont propriétés de l'ARS et donc de l'État qui les a mis en concurrence dans le grand marché financier capitaliste de la construction de la métropole du Grand Paris et ces deux hôpitaux ont été mis en concurrence pour être rachetés démolis et servir les promoteurs immobiliers. L'ARS cherche à tirer le meilleur prix de la vente et cède les terrains pour construire le maximum de logements. Il y a un petit problème qui émerge : l'hôpital de Corbeil avait été construit avec de l'amiante et la démolition de l'hôpital coûte une fortune ce qui pose un problème d'économie de projet pour les promoteurs. La Cogedim qui veut démolir le bâtiment pour construire 400 logements dit maintenant qu'elle va construire 1000 logements pour rentabiliser l'affaire.

On a l'expérience que des batailles populaires sont possibles. Il y en a une qu'on n'a pas encore gagné mais je pense qu'on va finir par la gagner. Le nouvel hôpital a été construit avec des parkings payants. Et quand tu vas au centre commercial à côté c'est gratuit et quand tu vas te faire soigner c'est payant mais cette bataille très populaire on la mène. Et dans la bataille des municipales cette question de l'hôpital est un enjeu majeur.

Il y a des choses qui bougent et qui sortent du corporatisme, c'est la première fois qu'un collectif de médecins vient de se créer pour défendre l'hôpital public, ils vont dans le centre commercial d'Évry pour faire signer une pétition aux usagers. C'est une situation politique nouvelle et nous devons réfléchir comme militant politique à la part que nous devons prendre dans ces combats. Il nous faut

le repenser dans la perspective que ce ne soit pas l'Etat qui gère les hôpitaux, comment organiser la gestion autogérée de toute la chaîne de santé.

### **Yvette Claveranne**

Je suis une malade chronique. Je voudrais parler d'un problème de technologie qui est en fait un problème de flicage. Avec le dossier médical piratable je pense qu'il faut s'intéresser à ce problème parce que ça prend des proportions inquiétantes. Martin Hirsch a envoyé un courrier récemment en demandant si nous étions d'accord pour que nos données de santé soient stockées dans un hangar afin de développer les expériences. J'ai donné mon accord pour le service qui s'occupe de ma maladie pour qu'il fasse des recherches. Mais je n'ai pas donné mon accord pour que les données de santé se baladent dans le privé ou sur Google comme cela s'est déjà fait. Il y a des choses à dire là-dessus. Je suis à la recherche de collectifs d'usagers, je n'ai pas envie d'aller dans une association de malades qui sont souvent financées par les laboratoires et qui sont devenues des institutions. Aujourd'hui il faut oser changer les choses. Je partage l'idée qu'il faut que l'hôpital ne soit plus géré ni par l'État ni par le privé mais par les salariés, les usagers et les familles.

### **Pierre Cours-Salies**

L'intervention de Sylvie Faye Pastor mérite d'être présentée comme un texte de dénonciation. Des comiques seuls en scène, en font : ils arrivent à faire rire en disant crûment des choses insupportables. Là, nous avons un texte très précis, rigoureux dans l'information, qui se rapproche assez de l'humour noir ; il pourrait, ainsi, parler à un grand public, car nous ne devons pas aborder ces questions de santé comme un domaine très particulier : dans la société, tout le monde s'y intéresse, chacun et chacune se sent directement concerné ; et les réactions sont vives quand des questions sont posées. Vu le taux de profit des entreprises du médicament, et le recul de la qualité des prises en charge médicale ce domaine d'activité pourrait être un maillon très fragile de la gestion capitaliste.

Clément Thépot me semble d'ailleurs avoir exprimé une préoccupation qui peut être largement partagée : comment peser sur les décideurs ? En ce sens, il y a dans le numéro de *Contre temps* sur le médicament un article de Daniel Lambert décrivant ce qui devrait être maîtrisé publiquement.

Pour donner une illustration des interventions qui sont possibles, je résume.

Toutes les études contradictoires, sur une longue durée, font apparaître que l'utilisation de l'aluminium dans les conditionnements des vaccins inoculés aux enfants a des effets nocifs : le nombre d'atteintes psychiques, mentales, et notamment d'autisme sont cent fois plus élevés quand il est utilisé que lorsqu'il ne l'est pas. Vous trouvez cela sur le site les [dossiers](https://www.contretemps.eu/) <https://www.contretemps.eu/>

Cette information est très lourde de conséquences. Cette étude ne perce pas dans le public. Des « experts » contredisent des études qui justifient au moins une suspension de l'usage par précaution mais des sommes énormes sont engagées ! Sans doute finira-t-il par y avoir une pétition, parmi des centaines d'autres... Sur un tel problème sanitaire, il devrait y avoir une intervention, mais de qui ? Certainement de l'État, quoi que la crédibilité des gouvernements reste réduite sur ce domaine. S'il n'y a pas un service public du médicament, chargé d'informer, de donner les informations à tous les usagers... Évidemment, les règles d'un tel organisme devraient comporter le droit pour les entreprises de protester, de chercher à démontrer leur absence de responsabilité. Comment des expertises pourraient n'être pas contradictoires ?

Pour le moment on nous dit qu'il y a des expertises, qu'elles ont été faites, et même on nous dit qu'elles sont publiques puisque rendues publiques par des autorités publiques. Mais, prenons la question corrosive posée par l'exigence du RIC : tant que cela reste entre hauts fonctionnaires se sont quasiment les affaires privées de ces gens. En matière de santé, pour commencer à dépasser la logique de l'État et du système capitaliste, il faut exiger, avec la population, que toutes ces expertises contradictoires soient réellement démocratiques et publiques. Admettons qu'il manque la

culture scientifique nécessaire dans une grande partie du public ; et bien il faudra prendre les moyens pour la faire assimiler et comprendre. Donner les moyens de comprendre et de porter des jugements, c'est cela la démocratie. Vous connaissez le refrain « on nous cache tout, on nous dit rien » ... De telles sensibilités populaires devraient être mises en mouvement pour que, dans ce domaine si spéculatif, les logiques capitalistes soient critiquées.

Il faudrait donc un service public du médicament, qui examine les craintes et les discute, en expliquant pourquoi certains sont autorisés et utilisables. Des procédures de saisie et de discussions publiques devraient donner des garanties aux patients comme au corps médical. Le même organisme pourrait être saisi aussi de ce qui semble porter atteinte à notre santé. Pourquoi, à cette échelle tout un domaine ne serait pas rendu utilisable par les délégué.e.s conditions d'hygiène et de santé au travail (CHSCT) ? Le nombre de gens concernés, si on le prend comme principe (*ne les laissons pas faire dans notre dos ce qui concerne notre vie*), est énorme. Ce n'est pas à l'État de prendre cela en charge. Il doit être obligé d'intervenir, en réponse aux demandes des patients ; d'où l'idée de « service public » obéissant à de règles d'information et de discussions. Mais c'est la même chose pour le rapport entre la santé et les situations et produits dans le travail : il y a dans ce pays sans doute un million de personnes qui ont été liées à des activités du type CHSCT, parfois des militants syndicaux très actifs et chevronnés mais aussi des gens de la moyenne qui ont eu un souci de pratiques solidaires dans leurs entreprises. Ce million, peut-être plus, accumulés au cours des générations a un savoir infiniment supérieur à tout le corps de fonctionnaires. Et, à condition de leur reconnaître cette fonction pour une partie de leur temps d'activité, beaucoup seraient capables d'en former d'autres. Cela changerait l'État, du moins commencerait à le stabiliser autrement. Nous entendons déjà la voix du pseudo réalisme ânonner que « cela n'est crédible que dans les grandes entreprises... ». Une réponse politique est tellement plus simple : quand il en va de la santé publique, cet organisme, - un département entier du service public du médicament chargé d'éviter autant qu'on peut d'être malades -, sera hébergé par toutes les communes, donnant les moyens, de consultations et d'informations à un ensemble de délégué.e.s pour la santé. Il s'agit bien de l'échelon territorial de l'appareil d'État ; n'est-il pas bien adapté à cette tâche ?

Du coup, sans m'attarder à cette discussion politique, je tiens à marquer comment le mouvement ouvrier depuis 2016 a protesté et *in fine* laisse faire. Malgré l'implication militante d'une organisation comme Solidaire et de nombreux militant.e.s de la CGT. L'ex-énarque devenu Président a contribué à supprimer les CHSCT en les confondant aux autres instances pour mettre sous cloche les représentant.e.s du personnel. Les directions syndicales ont protesté. Sans doute au sein des forces politiques de la gauche, certain.e.s de leurs candidat.e.s ont trouvé que l'argument pouvait servir à critiquer le gouvernement. Mais, quand une exigence politiquement motivée doit s'exprimer, souvenons-nous que tout ce qui concerne la Sécurité sociale relève d'une socialisation imposée à la bourgeoisie, à la classe dirigeante.

Nous voyons bien comment elle est en train de remodeler les conditions pour que le plus grand nombre se résigne. Nous ne pouvons pas y répondre vraiment sans défendre des buts communs pour faire société en dépassant ce système.

## **Pierre Cours-Salies**

L'intervention de Sylvie Faye Pastor mérite d'être présentée comme un texte de dénonciation. Des comiques seuls en scène, en font : ils arrivent à faire rire en disant crûment des choses insupportables. Là, nous avons un texte très précis, rigoureux dans l'information, qui se rapproche assez de l'humour noir ; il pourrait, ainsi, parler à un grand public, car nous ne devons pas aborder ces questions de santé comme un domaine très particulier : dans la société, tout le monde s'y intéresse, chacun et chacune se sent directement concerné ; et les réactions sont vives quand des questions sont posées. Vu le taux de profit des entreprises du médicament, et le recul de la qualité des prises en charge médicale ce domaine d'activité pourrait être un maillon très fragile de la gestion capitaliste.

Clément Thépot me semble d'ailleurs avoir exprimé une préoccupation qui peut être largement partagée : comment peser sur les décideurs ? En ce sens, il y a dans le numéro de *Contretemps* sur le médicament un article de Daniel Lambert décrivant ce qui devrait être maîtrisé publiquement.

Pour donner une illustration des interventions qui sont possibles, je résume.

Toutes les études contradictoires, sur une longue durée, font apparaître que l'utilisation de l'aluminium dans les conditionnements des vaccins inoculés aux enfants a des effets nocifs : le nombre d'atteintes psychiques, mentales, et notamment d'autisme sont cent fois plus élevés quand il est utilisé que lorsqu'il ne l'est pas. Vous trouvez cela sur le site [lesdossiers-contretemps.org](http://lesdossiers-contretemps.org).

Cette information est très lourde de conséquences. Cette étude ne perçoit pas dans le public. Des « experts » contredisent des études qui justifient au moins une suspension de l'usage par précaution mais des sommes énormes sont engagées ! Sans doute finira-t-il par y avoir une pétition, parmi des centaines d'autres... Sur un tel problème sanitaire, il devrait y avoir une intervention, mais de qui ? Certainement de l'État, quoi que la crédibilité des gouvernements reste réduite sur ce domaine. S'il n'y a pas un service public du médicament, chargé d'informer, de donner les informations à tous les usagers... Évidemment, les règles d'un tel organisme devraient comporter le droit pour les entreprises de protester, de chercher à démontrer leur absence de responsabilité. Comment des expertises pourraient n'être pas contradictoires ?

Pour le moment on nous dit qu'il y a des expertises, qu'elles ont été faites, et même on nous dit qu'elles sont publiques puisque rendues publiques par des autorités publiques. Mais, prenons la question corrosive posée par l'exigence du RIC : tant que cela reste entre hauts fonctionnaires se sont quasiment les affaires privées de ces gens. En matière de santé, pour commencer à dépasser la logique de l'État et du système capitaliste, il faut exiger, avec la population, que toutes ces expertises contradictoires soient réellement démocratiques et publiques. Admettons qu'il manque la culture scientifique nécessaire dans une grande partie du public ; et bien il faudra prendre les moyens pour la faire assimiler et comprendre. Donner les moyens de comprendre et de porter des jugements, c'est cela la démocratie. Vous connaissez le refrain « on nous cache tout, on nous dit rien »... De telles sensibilités populaires devraient être mises en mouvement pour que, dans ce domaine si spéculatif, les logiques capitalistes soient critiquées.

Il faudrait donc un service public du médicament, qui examine les craintes et les discute, en expliquant pourquoi certains sont autorisés et utilisables. Des procédures de saisie et de discussions publiques devraient donner des garanties aux patients comme au corps médical. Le même organisme pourrait être saisi aussi de ce qui semble porter atteinte à notre santé. Pourquoi, à cette échelle tout un domaine ne serait pas rendu utilisable par les *délégué.e.s conditions d'hygiène et de santé au travail* (CHSCT) ? Le nombre de gens concernés, si on le prend comme principe « *ne les laissons pas faire dans notre dos ce qui concerne notre vie* », est énorme. Ce n'est pas à l'État de prendre cela en charge. Il doit être obligé d'intervenir, en réponse aux demandes des patients ; d'où l'idée de « service public » obéissant à des règles d'information et de discussions. Mais c'est la même chose pour le rapport entre la santé et les situations et produits dans le travail : il y a dans ce pays sans doute un million de personnes qui ont été liées à des activités du type CHSCT, parfois des militants syndicaux très actifs et chevronnés mais aussi des gens de la moyenne qui ont eu un souci de pratiques solidaires dans leurs entreprises. Ce million, - peut-être plus, accumulés au cours des générations- a un savoir infiniment supérieur à tout le corps de fonctionnaires. Et, à condition de leur reconnaître cette fonction pour une partie de leur temps d'activité, beaucoup seraient capables d'en former d'autres. Cela changerait l'État, du moins commencerait à le stabiliser autrement. Nous entendons déjà la voix du pseudo réalisme ânonner que « cela n'est crédible que dans les grandes entreprises... ». Une réponse politique est tellement plus simple : quand il en va de la santé publique, cet organisme, - un département entier du service public du médicament chargé d'éviter autant qu'on peut d'être malades -, sera hébergé par toutes les communes, donnant les moyens, de consultations et d'informations à un ensemble de délégué.e.s pour la santé. Il s'agit bien de l'échelon territorial de l'appareil d'État ; n'est-il pas bien adapté à cette tâche ?

Du coup, sans m'attarder à cette discussion politique, je tiens à marquer comment le mouvement ouvrier depuis 2016 a protesté et *in fine* laisse faire. Malgré l'implication militante d'une

organisation comme Solidaires et de nombreux militant.e.s de la CGT. L'ex-énarque devenu Président a contribué à supprimer les CHSCT en les confondant aux autres instances pour mettre sous cloche les représentant.e.s du personnel. Les directions syndicales ont protesté. Sans doute au sein des forces politiques de la gauche, certain.e.s de leurs candidat.e.s ont trouvé que l'argument pouvait servir à critiquer le gouvernement. Mais, quand une exigence politiquement motivée doit s'exprimer, souvenons-nous que tout ce qui concerne la Sécurité sociale relève d'une socialisation imposée à la bourgeoisie, à la classe dirigeante.

Nous voyons bien comment elle est en train de remodeler les conditions pour que le plus grand nombre se résigne. Nous ne pouvons pas y répondre vraiment sans défendre des buts communs pour faire société en dépassant ce système.

## **Louis-Marie Barnier**

### La santé au travail vecteur d'émancipation

Nous proposons ici trois idées pour envisager la santé comme moteur de l'émancipation à partir d'une réflexion sur la santé au travail. La remise en cause d'une médecine curative, uniquement dédiée au soin, devrait conduire à l'objectif d'une société qui participe de la santé des travailleurs. La Sécurité sociale doit devenir un acteur prescripteur de normes qui permette d'inféoder le fonctionnement capitaliste aux besoins sociaux.

1/ La santé au travail est une composante de la santé publique.

Notre appel « Le travail tue... pour combien de temps encore ?<sup>1</sup> » débutait par l'affirmation : « La santé au travail est une question de santé publique ». Le recours au droit pénal que nous revendiquions voulait signifier que la santé ne se restreignait pas à la dimension contractuelle du rapport de travail mais que les employeurs devaient rendre compte à toute la société des atteintes à la santé.

La santé au travail s'inscrit dans la santé publique d'abord par ses effets sur la santé. Le nombre de morts au travail est là pour le rappeler, mais les effets délétères du travail capitaliste sur la santé vont bien plus loin. La notion de l'espérance de vie en bonne santé met en évidence, à travers 9 critères intégrés au code du travail (puis retirés en partie...), les effets destructeurs à long terme du travail sur la santé. Il faut encore y rapprocher les inégalités d'accès aux soins, les transports, le logement, tout ce qui contribue à faire de la santé au travail une dimension des rapports sociaux.

Le travail est aussi un élément structurant de la santé. Il suffit de se référer aux dégâts provoqués par l'absence de travail ou la précarité. Mais on peut aussi intégrer dans ce tableau l'importance de la « santé sociale ». Celle-ci figurait à côté de la santé physique et mentale dans la déclaration de l'OMS de 1946. Elle avait été amputée de sa dimension sociale quand le code du travail, en 2002, avait précisé l'obligation générale de sécurité de l'employeur en la faisant porter sur la santé physique et mentale. Pourtant cette santé sociale, que l'on pourrait qualifier de « capacité sociale d'agir », nous semble fondamentale car elle permet d'intégrer les relations professionnelles, militantes, sociales, familiales d'une personne comme partie prenante de sa santé.

2/ La santé au travail repose sur la prévention.

L'apport de la santé au travail à une réflexion générale sur la santé est sans conteste la priorité donnée à la prévention. Ce rôle pivot a été réaffirmé au moins à trois reprises dans son histoire.

- La loi de 1898 s'oppose à la fatalité d'un « risque professionnel » inévitable et rend l'employeur responsable de la santé et la sécurité des travailleurs. Mais il est exonéré de toute culpabilité à travers une réparation immédiate et forfaitaire. Pour couvrir ces frais, l'employeur est obligé de s'assurer. Les assurances privées définissent un premier système de vérification du respect des réglementations de sécurité au travail afin de déterminer les niveaux de cotisations.

---

<sup>1</sup>Barnier L.-M. (2009) (Coord.), Garrouste L., Pelletier W., Mécaray C., Thébaud-Mony A. (2009), *Travailler tue... Pour combien de temps encore ?* Note de la Fondation Copernic, Syllepse 2009.

- La Sécurité sociale intègre en 1945 ce risque dans une caisse Accidents du travail / Maladies professionnelles financée par les cotisations des employeurs. Une mission de prévention lui est confiée, un corps d'ingénieurs est constitué dans ce but.
- Enfin la directive-cadre européenne de 1989 confirme la responsabilité de l'employeur et ouvre la voie à une véritable démarche de prévention dans l'entreprise.

### 3/ Pour une Sécurité sociale acteur politique de prévention

Ce court résumé permet de réfléchir à une autre conception de la santé publique basée sur la prévention.

La Sécurité sociale, loin de se limiter au respect de la réglementation pour calculer les primes assurantielles du régime d'accident du travail – maladie professionnelle, s'est octroyé un pouvoir normatif dès 1945. Des Comités Techniques Nationaux peuvent émettre des Recommandations, l'inspection du travail doit même vérifier le respect de ces normes lorsqu'elles sont étendues par les pouvoirs publics. Elles rejoignent ainsi les normes conventionnelles, élaborées par les branches professionnelles, tel que la limitation des sacs de ciment à 30 kg sur les chantiers ou le maintien des packs supérieurs à 8 kg dans les caddies des supermarchés. La capacité du mouvement ouvrier à définir par des lois le respect de la santé est ainsi démontrée.

Ce pouvoir normatif devrait s'étendre à la santé environnementale. Celle-ci ne se limite pas au risque industriel (catastrophes d'AZF ou plus récemment de Lubrizol), envisagé surtout à travers la réglementation étatique. La Sécurité sociale devrait par exemple fixer des normes concernant les poussières émises par les entreprises dans les lieux de travail et dans l'environnement.

La limitation de ce pouvoir normatif exorbitant s'est jouée autour de la gouvernance de ces caisses AT/MP (longtemps dirigées par le seul patronat) et de la gestion paritaire de la Sécurité sociale. Qui dit paritarisme dit consensus pour toute décision, donc pouvoir patronal de bloquer des recommandations qu'il jugerait exagérées.

Le poids des salariés organisés, dans les entreprises à travers les CHSCT puis aujourd'hui les CSE, jusqu'à leur représentation dans les instances de la Sécurité sociale, devrait être déterminant. C'est ainsi qu'un « droit de véto suspensif » du CSE<sup>2</sup> devrait permettre de compléter les droits d'alerte qui ont montré leur insuffisance par exemple lors du procès des dirigeants de France Télécom. Ce droit d'intervention relèverait d'une délégation de santé publique confiée aux travailleurs.

Mais encore faut-il que le syndicalisme place les enjeux de la santé a travail comme un enjeu sociétal. C'est ce qu'exprime la proposition d'un « syndicalisme intégral<sup>3</sup> ».

## Pierre Zarka

Sans rien retirer ni de l'ampleur du mouvement ni de la quête de s'appropriier le champ des solutions évoquées ici, je note que 6 intervenants ont effleuré la possibilité que ce mouvement ne gagne pas. Aussi je propose de nous interroger sur les limites rencontrées et comment les dépasser. On peut en noter de deux ordres. Nous avons, avec d'autres camarades, Sylvie et moi, participé à une assemblée d'hospitaliers à Montceau les Mines. Assemblée très combative contre un projet de fusion de trois hôpitaux de l'ouest de la Saône et Loire qui, outre la disparition de lits et d'effectifs, se traduirait à terme par un processus de désertification de deux endroits. La qualité de l'assemblée était d'autant plus grande qu'elle n'en restait pas à dire Non et cherchait à avancer des propositions. Ces dernières consistent pour l'essentiel à chercher à mieux utiliser l'argent qui paraît DÉJÀ disponible. Il ressortait qu'une augmentation de 5% du budget de la Santé réglerait bien des problèmes mais sans dire où l'on va trouver ces 5%. Or cette absence prête le flanc à « il n'y a pas d'argent » et représente un point de vulnérabilité du mouvement. Et là nous revenons à l'urgente nécessité de raisonner hors cadre établi. Or on ne le fera pas sans le savoir, comme monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir. Il ne s'agit pas d'être abstrait mais de dégager

<sup>2</sup> Adam H., Barnier L.-M. (2013), *La santé n'a pas de prix, voyage au cœur des CHSCT*, Paris, Syllepse

<sup>3</sup> Barnier L.-M., Canu J.-M., Laval C., Vergne F. (2016), *Demain le syndicalisme, repenser l'action collective à l'heure néolibérale*, IR FSU, Syllepse, 2016.

concrètement où prendre l'argent et le pouvoir d'utiliser cet argent. La part prise par la consommation de médicaments a augmenté entre 2008 et 2016 de 2,7 % mais le chiffre d'affaires des labos pharmaceutiques a augmenté de 141%, cherchez l'erreur.

Dans un rapport publié en 2016, l'agence du médicament reconnaît que les prix ne sont pas fixés en fonction des coûts réels mais d'études sur « la disposition à payer ».

Pour prendre un exemple : le Cardensiel représente plus de 80% de bénéfice pour Sanofi idem pour les anticancéreux. Comme en général, ils sont remboursés à 100% cela équivaut à puiser directement dans les caisses de la Sécu. Pour l'année 2018, le labo annonce 7 Milliards de chiffre d'affaire dont une marge brute pour les actionnaires de 71% alors que les dépenses baissaient de 107M et que l'activité notamment de recherche était en baisse de 8%. Les dividendes versés aux actionnaires sont de 5 Milliards. Depuis une dizaine d'années les actionnaires de Sanofi ne réinvestissent plus. On pourrait donc très bien se passer d'eux sans que l'activité pharmaceutique en souffre.

Il faut savoir, en France, que toute activité confondue, le montant des dividendes une fois les réinvestissements effectués et impôts payés se sont montés en 2018 à plus de 50 Milliards d'Euros. On peut s'interroger si cet argent produit par le travail ne devrait pas revenir à la société. Personne n'interroge la dette des 30 plus grosses entreprises françaises à l'URSSAF qui court depuis 25 ans. Contraindre la Sécu à emprunter aux banques pour boucler son budget est un moyen pour ces dernières de puiser dans les cotisations sociales par l'intermédiaire du paiement des agios.

Et nous arrivons au second point, qui pose la question d'une posture subversive, posture qui ne peut d'avantage être traitée sans le savoir à l'image de M. Jourdain. La Sécurité Sociale doit tout à cette formule : « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins ». Elle découle d'une vision post-capitaliste, c'est du communisme alors qu'on la considère souvent comme une administration. Doit-on s'enfermer dans la répartition des lignes budgétaires ou partir d'une notion qui tend à disparaître : les besoins. La dimension idéologique est décisive. L'intérêt de se mettre en société n'est-il pas justement de répondre aux besoins ? Et la production de richesses globale permet-elle ou non de répondre aux dits besoins ? L'affrontement idéologique sur cette dimension détermine fondamentalement le rapport de forces. Le mouvement s'échoue sur l'interpellation d'une manière ou d'une autre de L'État et des élus. Et je rejoins là ce qu'en a dit Patrick Le Tréhondat. Peut-on espérer que l'État serait mieux que rien comme c'est parfois sous-jacent ? Je ne le pense pas. Il y a un abus de langage qui confond la notion de « public » avec celle d'État. Dès que l'on parle de politique publique on pense à l'État pourtant lorsque l'on évoque l'opinion publique, il ne s'agit pas de l'opinion de l'État. Et cela a un effet pervers : lorsque l'on cherche un arbitre qui serait neutre entre deux collectivités territoriales on va chercher un cabinet d'expertise privé. Nous n'avons pas le choix, nous sommes condamnés à opposer à la politique en cours la maîtrise par les intéressés. Pour une raison fondamentale : nous n'en sommes plus à la période de 1945 et des années suivantes où le capital intégrait un compromis de type fordien pour faire du profit. Pour développer l'industrie, il avait besoin de personnel en bonne santé. Aujourd'hui avec la financiarisation et 6 millions de chômeurs, le besoin n'est pour lui, plus le même, et il lui reste que ça coûte cher. Nous retrouvons ici la nécessité d'agir hors du cadre de la normalité actuelle. Dès lors l'enjeu des luttes concernées est moins de s'adresser à des élus qui connaissent parfaitement les conséquences de leurs actes, que de rendre ces actes intolérables aux yeux de la majorité des gens et pas seulement des plus engagés. Cela ne veut pas dire que l'on n'interpelle jamais l'Etat mais cette interpellation n'a pas le même sens selon que l'on attend tout de lui ou selon que l'on se prépare à faire sans lui.

Mais il y a immédiatement une autre dimension qui s'impose : je crois qu'il y a en France une majorité de femmes et d'hommes qui considèrent que le capitalisme accapare et détourne les richesses mais que les capitalistes sont trop forts et qu'il n'y a pas de solution politique. Il y a eu fin août dernier des journées d'études du Medef à l'hippodrome de Longchamp. Si je les résume d'un mot, c'est « inquiétude ». Ils précisent « notre système libéral est rejeté par la majorité de la population ». C'est Sarkozy qui les rassure en disant « c'est vrai mais qu'il n'y a personne en face porteur d'alternative ». Se pose à mon sens en termes immédiats la nécessité de s'attaquer à la césure entre luttes sociales et action politique. Et nous nous heurtons au fait que dès que l'on dit

politique, on pense soit à des idées toutes faites plaquées sur la réalité soit aux partis et aux élections à venir. Je ne sais quelle est votre expérience mais visiblement nous avons échoué à faire venir ici les acteurs du mouvement. Ce n'est pas faute d'avoir essayé ; personne ne m'a dit non mais tous avaient quelque chose de plus important à leurs yeux à faire qu'à chercher des solutions à la fois structurelles et des pouvoirs faire politique pour leur mouvement. Deux obstacles : à quoi ça sert ? Et la crainte de se faire récupérer.

Or l'enjeu n'est pas abstrait ni pour plus tard. Il est immédiat. Je pense que les luttes des hospitaliers, comme le climat, peuvent devenir un creuset de nature nouvelle. Cela dit, on ne progressera pas par injonction ni par slogan. Le temps d'un profond travail idéologique me paraît devoir être envisagé. De ce point de vue, nous ne partons pas de rien : même si cela a été inabouti, les Gilets Jaunes ont jeté les bases d'une quête d'une autre voie à emprunter. Il ne s'agit donc pas de nous adresser aux mouvements en extériorité à leur égard ni de nous comporter comme des profs envers des ignorants en leur expliquant, il ne s'agit pas de faire de la pédagogie mais de nous immerger dans les mouvements et à partir de ce qui est déjà là, questionner pour investir ensemble le champ de ce qui n'est pas encore acquis. La notion de mouvement social que j'utilise moi-même me semble intégrer l'amputation des mouvements de leur capacité à investir le politique. A déposer la liste des doléances et des demandes au guichet des politiques auxquels finalement on s'en remet. Il ne s'agit pas d'attendre : la prise d'initiative de l'intérieur et en restant à l'intérieur de ces mouvements me semble décisive.

La défiance acquise envers les pouvoirs institutionnels peut ne pas bénéficier qu'au découragement ou à l'extrême-droite. Cela peut être un point de départ pour interroger celles et ceux qui agissent s'il ne vaut mieux pas qu'ils comptent sur eux-mêmes pour imposer. Cela suppose non pas de guetter le Grand Soir mais de réfléchir en termes de rapport de forces. Des syndicalistes savent le faire. Mais en général, en limitant leur champ d'action. Obliger à s'incliner devant son mouvement suppose de se considérer comme force politique, c'est-à-dire poser en même temps la nécessité que ce soient les mouvements populaires qui aient le ou du moins des pouvoirs. Toute lutte implique cette question mais de ne pas en avoir conscience en ampute la portée. De même le discrédit des partis s'accompagne souvent d'une aspiration à dépasser les clivages liés à leur existence. Là encore, comme sur un chemin de crête, ce discrédit offre deux versants. Il peut conduire à un consensus qui l'emporte sur le contenu et les enjeux. Mais il pourrait tout autant faire voir comme possible la perspective d'un large rassemblement tendu vers les solutions que j'évoquais précédemment.

Se pose alors que ce mouvement vers l'appropriation de la politique ne se fera pas spontanément. La prise d'initiative est nécessaire. Le problème est la nature de cette prise d'initiative. S'agit-il d'expliquer à des ignorants ou de favoriser l'émergence de questionnements que le mouvement et la conscience des intéressés rendent possibles ? Cela suppose l'absence de toute posture en extériorité vis-à-vis de ces mouvements mais d'en être partie prenante.

Il y a pour moi, visiblement quelque chose dans les organisations existantes qui ne peut pas durer. C'est sans doute là que réside le verrou. Mais s'il me paraît prématuré d'évoquer une nouvelle organisation, ce qui ne l'est pas est d'examiner avec d'autres forces de différentes natures comment nous mutualisons nos expériences et réflexions. De ce point de vue, ce que nous faisons avec Cerises est un début.

## **Francis Sitel**

Il faut s'interroger sur ce dont est porteur le mouvement actuel de mobilisation dans le secteur de la santé.

Certaines données peuvent être interprétées à partir des grilles de lecture connues et qui ont été évoquées par plusieurs interventions, en particulier tout ce qui tourne autour de la question de la Sécurité sociale et de ses origines non étatistes. Et aussi les multiples besoins et aspirations qui sont liés à la question de la santé. Beaucoup ont été cités, et il ne faut pas oublier la situation des

"aidants", dont les contraintes s'aggravent compte tenu des mesures d'austérité en ce domaine. Ceux-ci connaissent souvent des situations dramatiques.

Mais il y a aussi de l'inédit qu'il faut décrypter. Les symptômes en sont certaines caractéristiques intéressantes. Tout d'abord l'ampleur, la profondeur et la durabilité de ces mobilisations. Lesquelles relèvent de la grève, mais des grèves qui ne permettent pas de cesser le travail. Les implications successives des divers secteurs : les urgences, la psychiatrie etc... Et aussi cette unité qui se construit, sans doute fragile, mais dans un milieu d'une grande diversité et très hiérarchisé.

Ce pourquoi lorsqu'on évoque l'État, il convient de ne pas simplifier l'approche.

De par ses origines la Sécurité sociale n'est pas directement sous la coupe de l'État (et ne devrait pas l'être). Or, la Sécu et la santé, c'est un budget d'ampleur étatique. L'hôpital - qui dans bien des villes est le plus important employeur - est un lieu de haute technicité, qui accumule des ressources humaines, scientifiques et techniques impressionnantes.

Reste que les États interviennent directement dans le domaine de la santé, par souci de contrôle des populations : quelles sont les maladies reconnues et celles qui ne le sont pas, quels moyens de recherche sont accordés ou refusés par rapport à telle ou telle maladie, etc... Par ailleurs d'autres acteurs agissent par l'intermédiaire des États : les entreprises privées à but lucratif, et surtout les multinationales du médicament (voit le dossier de *ContreTemps* sur le médicament bien commun), qui sont elles aussi d'une puissance équivalente à celle d'États, dont la production et les marchés sont totalement mondialisés, et qui génèrent des profits parmi les plus faramineux du monde capitaliste.

C'est dire l'ampleur et la complexité du problème !

Les dépenses de santé sont nécessairement croissantes, et les gouvernements qui sont les serviteurs zélés des politiques néolibérales s'acharnent à réduire celles-ci. D'où une tension qui s'avère explosive, dans la mesure où il s'agit là de questions *vitales*, au sens propre du terme.

Le problème n'est pas conjoncturel mais renvoie à des choix de société. Est posée l'exigence de consacrer à la santé une part croissante de la richesse produite (problème qui fait écho à celui des retraites). Ce qui est parfaitement contraire à la doxa néolibérale. N'est-ce pas cette contradiction qu'on voit à l'œuvre, en France avec les mobilisations sur la santé, et sous une autre forme au Royaume Uni avec une campagne électorale qui, outre le Brexit, a été dominée par des engagements, côté travailliste, mais aussi conservateur, remettant en cause l'austérité imposée ces dernières décennies, en particulier dans la santé, et aussi certaines privatisations (dans les transports), pour promettre davantage de moyens budgétaires consacrés à la santé (et aussi à la "sécurité" dans le cas de Johnson) ?

Ainsi les mobilisations présentes pourraient indiquer une des voies de contestation du néolibéralisme et obliger à des réorientations systémiques.

## **Eugène Begoc**

Dès que le prochain scrutin élyséen cesse de saturer les cœurs et les esprits, le quotidien des groupes sociaux reprend tous ses droits. L'observation de Makan que les individus et leurs groupements perçoivent leurs situations géographiques et urbaines au travers des possibilités qu'ils ont de se soigner et de s'entretenir en bonne santé me paraît essentielle. Alès, enclavé et subissant le déclin des activités qui ont fait son histoire collective, connaît depuis les années 90 une forte mobilisation autour de son hôpital. A plusieurs centaines de kilomètres, Carhaix vient de se mobiliser – avec succès – autour de sa maternité. Creil lutte contre le déplacement de sa maternité au profit d'une maternité privée proche de la luxueuse Chantilly. Les luttes sociales englobent de nouveaux enjeux, de nouveaux terrains de confrontations, sans que les gauches politiques modifient leur grille d'analyses et surtout leurs constructions collectives. Cela est d'autant plus dommageable que les restructurations publiques et privées en cours s'incluent dans une politique qui n'est pas un simple aménagement des appareillages techniques et humains à l'échelle hexagonale. Les multinationales des trois marchés les plus solvables incarnés par le G7 ont leur propre déploiement intercontinental.

Euroméditerranée au nord ouest du centre de Montpellier est une des plates-formes des multinationales nord-américaines par exemple ; cibles : l'Europe et l'Afrique pour le médicament et les appareils électro-mécaniques les plus sophistiqués.

Bruno relève la responsabilité toute particulière des élu.e.s du suffrage universel pour développer la prévention si carente dans l'hexagone et pour opposer un contre-plan aux restructurations sauvages qu'amplifient les Agences régionales de santé. Sans mobilisation des concerné.e.s, les reculs sont inéluctables. Sous cet angle, il faut poser la question de l'État dans toutes ses dimensions. La métaphore de Bourdieu – « la main gauche de l'État ignore ce que fait la main droite » - ne finit pas d'occulter les processus à l'œuvre et de favoriser celles et ceux qui choisissent de ne pas aller à la racine de la crise de civilisation. S'opposer à la marchandisation accrue des soins est nécessaire et il est totalement scandaleux que l'avancement en capital dans les murs et les machines des établissements de soins avance à aussi grands pas : le sens même du travail des professionnels de santé est attaqué comme a fini par l'admettre la grande presse, dans le cas des EHPAD et des urgences. Mais il faut aller bien au-delà de la culture du simplement revendicatif, qui ne suffira pas à dépasser la rhétorique médiatique qui met en scène professionnel.le.s et patient.e.s comme des victimes faute d'admettre que professionnel.le.s et patient.e.s sont visé.e.s par des organisations publiques et privées qui disposent d'énormes moyens dont les bases de données gigantesques et leurs serveurs. Ce qui est en jeu aujourd'hui est l'approfondissement multiforme de la démocratie, l'appropriation par le plus grand nombre des conditions de bien-être et de bonne santé, une composante essentielle du mouvement au travers duquel la majorité sociale tente de devenir majorité politique. Cela implique de mobiliser les connaissances accumulées en matière de « sciences du politique et de l'étatique » au service d'une théorie orientant les activités sociales, économiques et politiques dans la direction d'une résorption des fonctions de L'État – des hauts fonctionnaires à l'assistante sociale de circonscription – dans la société.

## **Jacques Pigaillem**

Je n'ai jamais rien compris à la biologie mais je sais quand mon corps est malade quand mon corps réagit en fonction des différents traitements.

Avant de commencer, Pierre Cours salies, une bonne humoriste sur la santé c'est Nicole Feroni. Pour démonter le discours, les plans du gouvernement y a rien de mieux et de plus pédagogique.

Je voulais parler du Dépérissement de l'État dire en quoi c'est une nécessité et je vais partir d'une anecdote qui m'a été rapportée

Une dame travaillant aux hôpitaux de Paris, un jour, c'était dans la rue, peste contre Anne Hidalgo. Oui, bien sûr, depuis la Révolution française, les hôpitaux appartiennent aux départements et la présidente du département de Paris c'est bien Anne Hidalgo. Puis après je me suis dit : le plan Juppé qu'est-ce qu'il a fait ? Martin Hirsch par qui est-il nommé ? Je suis allé sur internet et j'ai vu ce que Bruno nous expliquait trop rapidement, l'histoire du conseil de surveillance, du conseil de direction. C'est une usine à gaz, c'est l'opacité la plus totale ; on ne comprend rien, on ne sait pas qui est responsable. C'est comme dans les boîtes on ne sait pas qui est le patron. C'est représentatif de ce qu'est l'État aujourd'hui : instiller la plus grande opacité possible. C'est un défaut de technocrate et Macron est un technocrate. La complexité ils aiment ça. Mais c'est aussi voulu.

Je demande à Bruno, ne faut-il pas que les élus boycottent les conseils de surveillance des hôpitaux, les conseils de surveillance des établissements scolaires ; et le faire savoir sinon ça ne sert à rien. Est-ce qu'il n'y a pas un acte de désobéissance civile qui consiste à boycotter ces instances qui ne servent à rien.

C'était pour cela que j'avais demandé la parole quand Louis-Marie est intervenu et j'ai d'autres choses à dire sur la santé au travail et la santé environnementale. Louis-Marie l'a dit ce n'est pas la santé au travail, c'est la santé des travailleurs. Première constatation, ce n'est pas seulement les travailleurs de l'industrie des commerces et des services. Il y a aussi les paysans. Ce sont les premières victimes, en termes de santé, des pesticides et de toutes ces choses-là. La question du glyphosate ça impacte d'abord des travailleurs que sont les paysans.

Il l'a bien dit, la santé des travailleurs ce n'est pas uniquement le boulot. Il a renvoyé la question sur Makan qui a esquissé une petite idée sur l'urbanisme. Mais il n'y a pas que ça.

Moi j'ai travaillé dans la même entreprise que Louis-Marie. J'ai été déplacé entre Orly et Roissy. Pour ceux qui connaissent la Région Parisienne, entre Orly et Roissy il doit y avoir 50 km et toute la région à traverser. Lorsque j'avais la visite médicale, à l'époque obligatoire, la première question que posait le médecin du travail c'était : « les transports comment vous les vivez ? » Parce que c'était le problème de santé primordial quand Air France est parti à Roissy. Tous les salariés en souffraient dans la durée, dans la fatigue liée aux transports. J'avais un collègue qui vivait dans le Val d'Oise. Quand il travaillait dans Paris, il prenait les transports en commun et se rendait à la gare à pied. Depuis qu'il était à Roissy, il y allait en voiture : « j'ai pris 10 kg » m'a-t-il dit. C'est un problème de santé.

Il y a les transports, c'est-à-dire l'implantation des entreprises, l'implantation des logements, mais il y a aussi les salaires : je rejoins un débat que j'ai organisé sur le bio, les camarades de la Confédération paysanne disaient « le bio n'est pas trop cher ce sont les salaires qui sont trop bas » et quand on a des bas salaires, on va chez Lidl pas chez Biocoop.

Il y a les salaires, le logement, les transports et il y a aussi le temps de travail. Parait-il qu'on travaille 35h en France. On sait que c'est pas vrai : il y a plein heures sup non payées, et dans les bureaux les gens travaillent au delà du temps normal de travail. Outre que ça provoque de la fatigue, c'est du temps en moins pour s'occuper de soi et de ses proches

C'est tout ça la question de la santé environnementale et de la santé des travailleurs. On ne peut pas parler de santé sans parler de l'intégralité de l'organisation économique, sociale et politique de notre société.

## **Sylvie Larue**

Je voudrais réagir à l'intervention de Francis, et continuer le débat sur le rapport à l'état. Sans être économiste, il me semble que le budget de la sécurité sociale est supérieur à celui de l'État. Mais ce n'est pas parce que c'est un gros budget qu'on ne peut pas en réclamer la gestion. Cette question renvoie à un débat que nous avons eu dans le cadre de nos séances de travail sur la démocratie. Nous nous sommes interrogés sur comment fait-on pour organiser la démocratie dans un espace de grande taille.

Une question demeure, celle de changer les décideurs. Ainsi, si nos camarades du *Printemps de la psychiatrie* qui sont intervenus à l'occasion de l'Université d'Automne d'Ensemble, étaient présents, ils nous diraient combien il est important que ce ne soient pas les politiques ou les administratifs qui décident de la conception que l'on doit avoir des soins psychiatriques. Sarkozy a en son temps, imposé une conception de la psychiatrie qui fait la part belle aux traitements médicamenteux et à l'enfermement des fous, contre l'avis majoritaire des soignants. Voulons-nous comme aux USA, une médecine qui prescrive largement de la ritaline (c'est une amphétamine) aux enfants « turbulents » ? En France, la politique de l'inclusion à marche forcée au sein de l'Éducation Nationale, sans moyens spécifiques, sans formation des enseignants-es., va-t-elle favoriser l'utilisation de cette molécule baptisée pilule de l'obéissance ? Et comme il n'y a pas de médecine du travail dans l'Éducation Nationale, la prévention des burnout des enseignants-es est inexistante. La boucle est bouclée, et le cercle est loin d'être vertueux.

## **Patrick Silberstein**

Je vais dire une grossièreté. Je suis un révolutionnaire. Je suis pour la destruction de l'État bourgeois. J'inscris tout mon engagement politique dans cette perspective. Je ne dis pas qu'il n'y a pas d'État mais quand je m'adresse à lui j'essaie de formuler une politique qui le met en cause. Quand il y a des mouvements de masse, j'essaie de mettre dans le débat un certain nombre de propositions qui permettent de déconstruire cet État que je combats. Au début du mouvement des gilets jaunes, certains camarades les critiquaient vivement parce qu'ils ne s'adressaient pas au

rapport capital-travail mais directement à l'état. Nous sommes dans une situation sociale économique assez particulière. Je pense qu'interpeller l'État n'est pas le reconnaître. Demander des choses à l'État n'est pas le reconnaître. On doit coupler cette interpellation et cette demande avec des propositions politiques dont on a déjà parlé. Et d'ailleurs, je dois dire à ce propos que si le mouvement social, ou plutôt les mouvements sociaux, allaient jusqu'au bout de ces propositions, nous n'aurions pas besoin d'État et de partis politiques.

Deuxième point la prévention : c'est à la fois nécessaire si on veut développer une politique de santé publique et à la fois la tarte à la crème. On prévient qui, quoi, comment, et pour quoi faire ? Ça se fait dans la ville, dans les lieux de travail, dans le cabinet médical et à l'hôpital. Ça se fait par le changement des conditions de travail et ça ne se fait pas de la même manière suivant la population, on n'intervient pas de la même manière sur le diabète par exemple dans les beaux quartiers et les quartiers populaires. Il faut organiser la prévention mais ne pas l'opposer à la distribution du système de soins. Il n'y a pas d'un côté les soins et de l'autre la prévention, c'est une vue de l'esprit. Prenons par exemple le droit de veto suspensif dans les entreprises. Dans une grande entreprise chimique multinationale en Italie, il y avait déjà un droit de veto suspensif. Mais les travailleurs, leur syndicat, leur comité divers et variés, considéraient que le droit de veto suspensif ce n'était pas assez, ils considéraient que c'était à eux de fixer la norme, ils ont fixé leur propre norme, inventé leur propre outil de mesure, leur propre outil de relevage. Notre rôle, ce serait de faire partager toutes ces expériences.

Sur la question du paiement à l'acte : nous étions contre le paiement à l'acte pour des raisons politiques, idéologiques et aujourd'hui les jeunes médecins sont contre le paiement à l'acte parce qu'ils ne veulent pas exercer le métier dans les conditions qu'on leur impose aujourd'hui. La crise de la médecine de ville aujourd'hui ou de la médecine de campagne est aussi liée à cela. Nous devons faire des propositions. Nous devons revenir sur la question des unités sanitaires de base que propose le syndicat de la médecine générale. Se pose l'articulation entre les soins, la démocratie sanitaire, la démocratie locale et la prévention. Qui a élaboré les besoins de structures de santé ? Quelle politique met-on en œuvre pour que le personnel de santé toutes catégories confondues, dans le cadre de cette nouvelle alliance entre des couches sociales extrêmement différentes et qui ont des intérêts économiques et un pouvoir différent dans l'hôpital, produise un projet global de santé ? Nous avons besoin d'avancer sur ces questions, il faut plonger dans ces mouvements qui existent, il faut écrire, il faut rédiger des tracts, des articles, nous sommes souvent en retard sur le mouvement social.

### **Makan Rafadjou**

Sur la question des normes je pense que c'est une question fondamentale, il n'y a pas de société sans normativité. Il faut savoir qui produit ces normes. Normativité et normalisation ne sont pas la même chose et c'est la raison de la charge libérale de Foucault contre la Sécurité Sociale. Comment cette autogestion peut-elle être facteur de normes ?

Les questions de mobilité en soi pose des problèmes de santé publique. On sait que dans les grandes métropoles le temps de parcours emploi-domicile a peu augmenté ce qui n'est pas le cas des distances. Augmenter d'une demi-heure un trajet à pied, en vélo, en voiture, en bus, en métro, en train, ce n'est pas tout à fait la même chose surtout quand c'est quotidien.

Sur le lieu de travail il peut y avoir des injonctions contradictoires, des injonctions sur la sécurité et des injonctions sur les délais pour réaliser tel ou tel travail, des injonctions des élus pour que les promoteurs restent dans le cadre de chartes qu'ils ont définies. Et toutes ces injonctions peuvent mettre en danger la sécurité des travailleurs.

### **Bruno Piriou**

Je souhaite intervenir sur le fait que les élus siègent au conseil d'administration. D'avoir siégé au conseil d'administration de l'hôpital m'a permis de participer à un vote majoritaire pour faire payer les heures de grève des infirmières dans l'hôpital, conseil d'administration qui était à l'époque

présidé par Serge Dassault. On a réussi dans le débat à argumenter autour de l'idée que donner raison aux infirmières d'être en grève parce qu'elles défendent l'intérêt général, devait conduire à payer les heures de grève.

Que fait-on dans les institutions qui existent actuellement ? Je suis candidat à l'élection municipale à Corbeil et si je suis élu je deviens président du conseil de surveillance de l'hôpital, et est-ce que je dis que je ne veux pas présider le conseil de surveillance où est-ce que je dis qu'est-ce que je fais de ce conseil de surveillance ? Il y a plein de choses à inventer.

Dès qu'on dit que c'est politique, il y a du rejet et je ne suis pas naïf au point de dire que j'ai trouvé la solution à ce problème mais l'expérience à Corbeil-Essonnes où je ne suis plus dans un parti politique, nous avons construit une association citoyenne qui fait de la politique sans préalable, sans filtre, en prenant les citoyens comme ils sont et en réfléchissant à la conception de la démocratie et à l'appropriation directe de la politique par les citoyens. On a appelé notre association le printemps de Corbeil Essonne, cette association est la première force politique de la ville. On organise une conférence de presse la semaine prochaine où on va annoncer que la liste Printemps de Corbeil-Essonnes est soutenue par toutes les forces politiques d'EELV à la FI parce que nous sommes devenus avec cette association citoyenne la première force politique dans la ville.

## **Didier Epszajn**

Je n'interviendrai pas sur le texte que j'ai envoyé (voir plus bas). Je voulais revenir sur la santé au travail, le CHSCT, la représentation du personnel pour compléter ou approfondir ce qui a été dit.

Première chose, un problème de vocabulaire. A juste titre, nous expliquons qu'il n'y a pas de « drame passionnel », pas de violences « conjugales », mais des violences masculines exercées contre les femmes. Cependant nous continuons d'utiliser cette formule très étrange : « accident au travail ». Pourquoi un « accident » ? Ce ne sont pas les salariés-es qui sont responsables de leurs propres « accidents du travail ». D'ailleurs la Loi explique - Louis-Marie l'a rappelé - que les employeurs ont une obligation de résultat en matière de santé et de sécurité. Donc un « accident au travail » peut être nommé « meurtre au travail », un « salaricide » pourquoi pas. Il faut donc arrêter avec l'ancienne nomination. Il s'agit donc d'un certain nombre de personnes qui sont tuées - et je ne parle pas des maladies professionnelles, des blessés-es, etc. -. Et cela a bien à voir avec le travail et l'organisation du travail. Sur la santé, les CHSCT, qui n'existent plus maintenant, les commissions SSCT dans le cadre du CSE, essayent de faire un minimum de préconisations, autour des souffrances et de la santé liées aux conditions de travail. Certes cela est très important, mais cela évacue le cœur du problème : qu'est-ce que le travail - l'exploitation pour le dire autrement - détruit dans la santé. Ce domaine n'est pas bien travaillé.

Avec la dissolution des CHSCT, leur intégration dans les CSE dans le secteur « privé », plus les accords permis par l'inversion des normes, le pouvoir d'initiative des représentants-es du personnel a été beaucoup diminué, soit contractuellement, soit par la loi, soit dans les faits.

Je reviens sur l'obligation de résultat sur la santé et la sécurité des employeurs. La logique voudrait que si cette obligation de résultat se traduit par un(e) mort(e) l'affaire relève donc du pénal. C'est important à affirmer pour repolitiser les affaires d'« accident du travail ».

Et pour aller dans le sens du dépassement du capitalisme, il y a aussi l'irresponsabilité organisée des actionnaires. Ils ne sont pas responsables parce qu'a été créée leur irresponsabilité juridique ou leur responsabilité très limitée d'un point de vue financier à leurs apports en capitaux.

Deuxième point, Sécurité sociale... nous cotisons deux fois, portion du salaire et mutuelles obligatoires (obligatoire dans les entreprises pour des raisons fiscales). Pourquoi les organisations syndicales ne revendiquent-elles pas l'intégration de ces sommes cotisées obligatoirement dans des mutuelles privées, à la Sécurité sociale ? Je ne sais pas ce qu'il en est aujourd'hui, mais lorsque je militais à la Cgt, on m'expliquait que cela n'était pas possible, car dans les mutuelles il y avait des centaines de postes de permanents(es) et surtout beaucoup de fric reversé aux organisations syndicales... qui se sont battues pour maintenir les mutuelles contre le développement de la Sécurité sociale. Il y a donc des cotisations « sociales » obligatoires à des mutuelles privées (rappel la

discussion aux Usa autour de la Loi de Barack Obama) et des cotisations à la Sécurité sociale. Il y a donc ici un élément d'élargissement de la Sécurité sociale.

Dernier point. Cela a été dit sur le temps de transport, mais on pourrait élargir le propos au temps de travail. Une des raisons possible de la détérioration de la santé au travail, c'est le temps de travail pris au sens le plus large. Or les organisations syndicales ont renoncé à revendiquer la baisse radicale du temps de travail, prise comme réduction de l'exploitation...

Mais pas seulement. Il m'arrive d'écrire pour l'organisation d'alternatives émancipatrices, avec maintien du salaire, voire son augmentation, la construction d'une journée avec : deux heures de travail salarié, deux heures pour le travail domestique, deux heures pour la politique - la participation à l'organisation de la vie de la cité, le tout payé comme du temps de travail « salarié »... Soit l'introduction de dynamiques politiques autrement subversives ouvrant des portes vers d'autres avenir.

Sans revenir, une fois de plus sur ce sujet, mais ce que j'ai entendu aujourd'hui ici ne me satisfait pas (entre autres sur les rapports sociaux de sexe), la santé des hommes et la santé des femmes qui ne peut être simplement réduites à la santé des hommes (il ne s'agit pas de la même chose d'un point de vue social, ce n'est ni une question d'essence ni de nature). Les problèmes de santé des femmes doivent être traités en tant que tels et pris en charge par le mouvement syndical...

La réduction du temps de travail et la prise en charge de l'ensemble de la production et de la gestion de la vie (y compris de la production politique donc de l'autogestion) sont des domaines sur lesquels nous pourrions élargir les problématiques d'émancipation à partir des problèmes de santé...

Un dernier point, sur ce qui se passe dans les hôpitaux, les luttes, l'unité malgré des intérêts parfois divergents. Il y a une ressemblance avec ce qui se passe dans de nombreux pays (Irak, Chili, Liban...). A cause du fonctionnement néolibéral du capitalisme, un certain nombre de résistances s'expriment de manière confluyente. Il ne s'agit pas simplement d'un problème de coordination de luttes mais bien au-delà des différences et des contradictions, du dégagement de points communs et la mise en avant des responsabilités politiques globales ou systémiques, de la construction d'un bloc hégémonique (sans négation des autres problèmes dont la division sexuelle et la division raciale du travail).

## **Clément Thépot**

Je travaille dans la santé numérique. Je suis venu ici en tant que patient. Il existe des collectifs de diabétiques qui ont décidé de mettre en relation des dispositifs médicaux qui ne veulent pas échanger entre eux pour des questions de conflit d'intérêt. Les données informatiques sont quelque chose qui se facture d'un industriel à l'autre. Un groupe de patients qui s'appelle "*We are not waiting*" a créé un système pour les faire dialoguer ensemble et pour créer par exemple un pancréas artificiel. J'ai une pompe à insuline qui me donne de l'insuline, j'ai un industriel qui fait un capteur qui me donne ma glycémie et si je mets une intelligence artificielle entre les deux, mon appareil va me donner mon insuline en fonction de la lecture de ma glycémie. Aujourd'hui il y a plein de projets qui sont en cours de développement qui ont été créés par des industriels qui ne veulent pas coopérer ensemble. Un collectif de patients a donc créé « l'Open APS » (système ouvert pour la médecine numérique pour créer un pancréas artificiel). Les plus avancés aujourd'hui ce ne sont pas les industriels, c'est ce fameux collectif et les industriels viennent récupérer des briques de ce logiciel libre pour faire leur propre logiciel industriel. Ceux qui sont les plus avancés ne peuvent pas demander les autorisations de mises sur le marché en France pour deux raisons : le nombre d'heures passées sous « pancréas artificiel open source » est élevé et il n'y a pas d'organismes qui fédèrent tous ces dispositifs et en plus ce n'est pas passé sous les fourches caudines de l'évaluation du médicament et du dispositif médical qui pourraient leur donner l'autorisation de marquage C.E et de mise sur le marché. Enfin pour diluer la responsabilité, les utilisateurs doivent coder leur propre logiciel.

Je suis venu à la télémédecine par ce processus en me disant que les industriels n'y arrivent pas parce qu'ils doivent d'abord se répartir la richesse alors que les patients le font pour eux-mêmes.

Mais comme je n'ai personne pour industrialiser le processus, je me limite aux patients qui ont la capacité individuelle, intellectuelle et financière de pouvoir développer ce système pour eux-mêmes, c'est une des limites de cette œuvre collective parce qu'elle est très dure à diffuser. Je travaille sur des solutions de téléconsultation. L'excuse des médecins, c'est de dire qu'ils ont besoin de voir leurs patients mais quand le médecin me renouvelle mon ordonnance d'insuline, je dois administrativement la renouveler tous les 6 mois, je n'ai pas besoin de voir mon médecin tous les 6 mois, par contre j'ai besoin de le voir quand j'ai un problème. Mais ce n'est pas comme ça que se passe les rendez-vous avec un diabétologue. C'est impossible de voir un diabétologue tous les 6 mois, ils sont surchargés et l'organisation du temps de soin n'est pas faite pour le patient, elle est faite pour l'organisation qui héberge le soignant. Quand j'ai un problème de diabète, je suis déséquilibré ça fait 4 jours par exemple que je ne comprends plus rien, soit j'aurais régulé tout seul soit je vais aux urgences parce que je fais un coma hypoglycémique sachant que ça coûte très cher aux urgences et qu'à la limite, ce n'est pas un médecin qui doit m'aider mais plutôt une infirmière qui est au fait des déséquilibres des dosages et qui va être plus à même de le faire. Les infirmières peuvent faire cet acte sans passer par le médecin. La téléconsultation peut être une avancée pour modifier les rapports soignant-soigné (parfois la parole peut-être plus libre quand le patient est chez lui plutôt que dans une structure hospitalière), questionner son organisation de soins, ça ne se fait pas tout seul, ça se fait en collectif. Il faut échanger sur les bonnes pratiques qui donnerait l'autorisation de marquage C.E et de mise sur le marché.

### **Pierre Cours-Salies**

La question posée par Clément correspond à un domaine où il y a peu de discussions et qui, de plus, est dominé par la logique des prix des entreprises du médicament ; ainsi, l'insuline peut valoir plus de 500 fois plus cher aux USA qu'en France au point que des américains font le voyage pour acheter leurs réserves de soins au Mexique. Sans doute les recherches d'alternatives auraient-elles leur place dans des fonctions d'information d'un service public du médicament.

Par rapport à la discussion de ce matin, qui met en évidence la possibilité de quelques exigences et initiatives faisant système pour proposer une réponse politique, il faut aborder la question de l'État : la santé dans son organisation d'ensemble ne relève pas d'une masse d'initiatives privées plus ou moins coordonnées, mais d'une structure d'État. Comment en donnons-nous une définition ?

Reconnaître à des structures locales d'initiatives pour la prévention peut-il et doit-il être reconnu comme ayant l'autorité et les moyens de l'État ? L'État n'est pas nécessairement composé de l'héritage des relations et des hiérarchies des grandes familles qui occupent la Haute fonction publique et expriment les réflexions et les souhaits des grandes fortunes, dont on pourrait montrer la continuité relative depuis les débuts de la 3<sup>e</sup> République. Sans doute faut-il se rendre compte que la moitié ou les deux-tiers de ces couches du sommet se reproduisent par divers processus, que Pierre Bourdieu a bien mis en lumière dans *La Noblesse d'État* (éd. de Minuit, 1989). Les Pinçon-Charlot donnent bien les informations pour dénoncer les privilèges de ceux qui dirigent, et le livre de Bourdieu reste très utile en analysant par quels processus cela se maintient... Cette continuité s'est stabilisée. Au demeurant, on peut montrer la part énorme d'investissements et d'aides de fonds publics dans le « capital » des grandes entreprises si on reprend ce processus sur la durée de quelques dizaines d'années.

Si on ne discute pas du fait que les Hauts fonctionnaires sont dotés de ces caractéristiques, il est difficile de discuter de l'État. Ce qui est nommé « gouvernance » est cette connivence qui crée les liens et les harmonies préalables entre les membres de cette « noblesse d'État ». D'où, par exemple, Martin Hirsch tire-t-il son autorité ? De sa nomination, certes ; mais celle-ci ne produit des effets efficaces que par son acceptation par tous les réseaux de pouvoirs auxquels il aura affaire.

Du point de vue de la sociologie politique du pouvoir, on situe ici les « carnets d'adresses » : qui connaît qui et peut recommander à tel autre, compte tenu des avis de telle ou tel... Les hommes de l'État ont un « entre soi » avec plus ou moins de sphères et/ou de pseudopodes.

Si on se contente de se plaindre, de dénoncer, de redire les revendications syndicales... Si j'étais anar je dirais à certains moments les « geignardises » ! Bref si on ne critique pas l'État, si on ne porte pas une exigence politique légitime, on ne fait qu'accompagner le système. Je sais l'utilité d'une activité syndicale ; et je pourrais reprendre de choses que je sais faire ; mais si on ne fait que cela, en réalité, on accompagne le système et on s'en tient sans le vouloir à des expressions qui le légitiment en laissant entendre qu'il est très difficile de corriger ne fût-ce qu'un peu.

La classe dirigeante est en train de remodeler ses formes de domination, de reclasser, de corriger des garanties sociales pour remodeler des hiérarchies et des mises en insécurité. Si nous n'exprimons pas ce qui est possible et légitime (Service public du médicament, actions préventives dans les entreprises et coordonnées localement avec autorité publique exercée par des éléments nouveaux de démocratie...), nous restons enfermés dans le système et en un sens en accompagnant l'action : les pansements qui répondent aux plaintes urgentes, ne doivent plus faire négliger les soins qui peuvent guérir.

Je pourrais reprendre comment se fait la spéculation avec le médicament fourni gratuitement pour l'hépatite C, qui pourrait coûter 250€ pendant six mois si la Sécurité sociale finançait un labo qui sait le faire, dont les vérifications et la viabilité sont connues depuis plus de deux ans... ; mais un accord politique a été passé avec un financier (Gilead), spéculateur international qui a acheté il y a dix ans un brevet antérieur, a été remboursé en six mois de cet investissement et qui le vend en France de sorte que le médicament coûte 150.000€ (pour six mois). Pour les malades pris en charge c'est gratuit. Qui paie ? La Sécurité sociale. A qui fera-t-on croire qu'il n'y a pas là des arrangements au sein des couches de la bourgeoisie ? Et combien de temps cela pourrait-il se maintenir avec des organes nouveaux d'une démocratie radicalement ouverte aux représentants des malades et des syndicats de soignants ?

La question que je m'amuse à poser à partir des excellents soins dont j'ai profité se repose avec de nombreux médicaments autour du cancer...

On le voit, c'est une grande masse de la population qui pourrait s'emparer de cette action qui remplacerait des éléments du fonctionnement capitaliste, à condition d'avoir une activité de mise en cause de l'État.

## **Patrick Silberstein**

Le témoignage sur le diabète est extrêmement intéressant. Voilà des patients qui prennent en charge leur maladie, les diabétiques font leur propre autogestion de leur maladie, voilà des malades qui inventent et fabriquent un appareil qui permet la gestion de leur diabète et que l'État et le capital empêchent de diffuser. J'y vois une piste de travail militant invraisemblable. Campagne pour déposer le brevet, créer une SCOP, il y a de quoi interroger l'État, les pouvoirs publics et le capitalisme. En 1978 dans la revue « Fracture » dont le sous-titre était "santé, critique-pratique, autogestion", à la veille des élections législatives de 78 il y a eu une table ronde de toute la gauche, il y a une question qui n'a pas été posée ce qui a été évoqué par le directeur de la revue : et si la gauche ne gagne pas ? La gauche n'a pas gagné et toutes les initiatives d'unité sanitaire de base, de groupes locaux ont continué à se développer. En réalité, de manière en apparence paradoxale, elles ont commencé à péricliter avec la victoire de l'union de la gauche en 1981 car il n'y a pas eu d'invitation politique pour avancer dans la structuration de ce qui s'expérimentait sur le terrain. Cela sortait sans doute trop du cadre que s'était fixé l'union de la gauche et livrées à elles-mêmes, en l'absence d'une politique offensive et d'un mouvement puissant, les diverses expériences ne pouvaient que s'épuiser. Tout ce que porte le mouvement actuel doit perdurer et tout ce qui a été produit doit être valorisé, il faut l'inscrire dans cette durée, il n'y a pas de risque d'institutionnalisation, il doit y avoir mise en valeur comme patrimoine de la gauche de transformation sociale au même titre que beaucoup de choses.

## **Catherine Destom Bottin**

Nous réfléchissons à l'État qui soigne bien, pas bien et à quel prix ? On a un exemple sur le territoire national, c'est l'État qui tue. En 1972 le ministre de l'Agriculture est Jacques Chirac, il sait qu'aux États-Unis on a interdit le chlordécone et il installe l'utilisation du chlordécone en Guadeloupe. En 75, les études montrent que cette molécule est probablement cancérigène, en 77 c'est confirmé. Les États-Unis en interdisent l'usage définitivement entre 75 et 77 mais en 1980 ça continue, l'autorisation est maintenue jusqu'en 89. En 89 on finit par interdire, mais une succession de dérogation permettent aux planteurs de continuer à tuer des gens. De 89 à 93 c'est l'État par le biais de ses préfets qui organise systématiquement la mort de la terre, des eaux et des gens, pour probablement plusieurs siècles. Les luttes qui s'engagent ne sont pas extrêmement massives en Guadeloupe car la peur est terrible. Probablement 80 % des hommes sont menacés par le cancer de la prostate, les chiffres sont supérieurs à la France métro. Les luttes qui s'engagent, mettent en cause les békés planteurs et elles s'adressent à l'état en lui réclamant des choses particulières : le droit d'accès à la connaissance des chiffres et des résultats des études en exigeant des formes d'intervention. 60 % des réserves d'eau non salée sont touchées par le chlordécone, 30 % des zones de pêche en mer sont touchées, il s'agit d'obtenir par exemple des filtres au robinet, et ces filtres ne sont pas gratuits pour l'instant. L'exigence à l'égard de l'État c'est par exemple que tant qu'on n'a pas les filles qu'on ne paye pas l'eau.

## **Pierre Zarka**

Que fait-on de tout ce que nous nous disons ? Nous avons pu vérifier qu'à travers le cas précis et concret des luttes sur la santé nous sommes revenus sur d'autres thèmes abordées de manière plus abstraite lors de séances précédentes. Le problème est donc comment faisons-nous vivre ces thèmes.

Nous sommes capables de nous immerger dans les mouvements et, par des questionnements, favoriser leur basculement vers la construction de solutions sociales et économiques mais aussi de politiques alternatives. Je ne pense pas qu'il faille courir après une quinzaine de thèmes mais d'en dégager 4 ou 5 - peut-être 6 mais pas 10 - qui nous semblent être des verrous de la situation présente. Nous verrons après où ce verrou se sera déplacé. Cela implique qu'à chaque fois que nous nous voyons, nous prenions une heure pour faire le point de ce qui est entendu et où ça coince. Évidemment, sur le terrain, il n'y a que des cas particuliers, chacune et chacun d'entre nous saura s'adapter.

Pour ma part, je pense à :

- La notion de besoin est à réhabiliter comme notion clé pour la société. Nous avons évoqué le côté révolutionnaire de la Sécurité Sociale et qu'il fallait se dégager de rapports avec la Sécurité sociale de caractère administratif.
- L'État et ce qui en découle. Le rapport aux forces organisées qui doit dépasser sa nature délégataire. La sécurité sociale comme force d'intervention populaire.
- Où trouver l'argent, l'appropriation commune des moyens financiers, et des pouvoirs que donne le fait d'être détenteurs d'actions.

La liste n'est donc pas exhaustive et encore une fois nous aurons besoin de nous inscrire dans des mouvements réels donc qui peuvent avoir des différences d'un endroit à l'autre.

Nous pourrons donc faire un premier point à la séance du 18 janvier. Et sans attendre les uns/es et les autres nous pouvons écrire des tribunes libres dans la presse, dans Cerises et dans Contretemps.

## **Sylvie Faye-Pastor**

J'ai trouvé les deux interventions sur la e-médecine intéressantes. La e-médecine c'est aussi une solution pour la démocratie la démographie médicale, il faut donc être prudent. Macron dans son programme avait comme projet d'ouvrir les données de la sécurité sociale au privé et il faut

s'occuper de cela. On ne peut pas faire l'impasse totale sur les progrès que permettent les data mais il faut avoir une réflexion là-dessus. Aux États-Unis il est admis par exemple que les logiciels d'intelligence artificielle peuvent participer à la décision des médecins, ce n'est pas encore le cas en France c'est inquiétant, et ça peut orienter la société d'une certaine manière et dessous, il y a la question de la propriété.

## **Contributions au débat**

Quelques remarques en amont du débat « Santé, pour des luttes victorieuses »

### **Didier Epsztajn**

\* Il suffit d'entrer dans un hôpital ou un ehpad pour voir les formes de divisions du travail dont une forte *division sexiste ou sexuelle* et une *division raciale ou raciste* (je mets les deux termes pour éviter des discussions, par ailleurs nécessaires, débats sur la sémantique et la politique)

\* Les qualifications nécessaires pour effectuer la plupart des travaux « élémentaires » d'accompagnement ne sont pas reconnues. Des compétences sont considérées comme *naturelles* d'autant que ce sont majoritairement des femmes qui les mettent en œuvre. Cette naturalisation et donc cette invisibilisation des savoirs a des conséquences, non seulement sur les salaires des personnels, mais aussi sur leur reconnaissance en termes de salariés-es qualifiés-es, voire hautement qualifiés-es. .

\* Les compétences naturalisées, non reconnues donc comme des qualifications, participent aussi au déni de la pénibilité physique et psychique du travail (par exemple les soignants-tes qui assurent la toilette et l'habillage des personnes invalides ou peu autonomes, sont de fait des travailleuses et des travailleurs de force). Reste aussi largement sous-estimée, la charge mentale liée à la confrontation à la douleur, à la nécessité de faire bonne figure, à sourire à celles et ceux qui ne sont ni forcément aimables ni forcément reconnaissants-tes...

\* Les relations aux tiers, usagers(es), personnes souffrantes ou leurs parent(es), ne sont ni considérées comme une charge de travail à part entière ni comme une qualification spécifique. La capacité à expliquer les situations - dont les protocoles de soins - ne semble ni enseignée ni reconnue. C'est pourtant un travail en tant que tel.

\* Les mises en sous-traitance d'activités et la contractualisation de non fonctionnaires (dans la fonction publique) conduisent à la multiplication des employeurs et des statuts, voire éventuellement des conventions collectives.

\* L'amplitude des horaires et le travail posté, impliquent une fatigue spécifique, une difficile gestion des temps de la vie sociale et collective et une aggravation des conditions de déplacement ; la situation pouvant être aggravée en cas d'inexistence de solutions collectives (restauration collective, crèches d'entreprise, jardins d'enfants).

\* Dans le secteur privé, la dissolution de prérogatives des CHSCT dans les CSE va se traduire par une moindre surveillance et de prévention des risques en termes de santé et de sécurité.

\* A la dégradation des conditions de représentation du personnel (Lois « travail »), s'ajoute des structurations syndicales parfois largement inadéquates. L'existence parfois de syndicats catégoriels (de métier) au champ de syndicalisation volontairement limité, ajoute de la fragmentation à la concurrence syndicale. Le syndicalisme d'entreprise ou de regroupements locaux, pour autant qu'il ne soit pas dominé par une catégorie professionnelle limitée (ou en position dominante d'un point de vue hiérarchique) et par des hommes (dans un secteur très féminisé), reste seul susceptible de permettre la prise en compte des intérêts de la totalité du personnel salarié et des différentes spécificités. S'ajoute les difficultés de syndicalisation des salarié·es des entreprises de sous-traitance ou des personnels à statuts précaires.

La question du périmètre de syndicalisation, n'épuise pas le sujet. L'exemple de la coordination infirmière en 1988 illustre la nécessité de cadre(s) démocratique(s) large(s) de mobilisation et d'action.

\* Enfin, sous les silences entretenus, les questions de harcèlements sexistes et sexuels, entre personnel - dont le personnel hiérarchique - de la part des usagers-es ou de leur famille, ne manqueront pas d'arriver sur la place publique, comme dans les autres milieux professionnels... Il me semble que ces différents points, devraient aussi être discutés...

**Didier**, animateur du blog « entre les lignes entre les mots »  
<https://entrelignesentremots.blog>