

DÉMOCRATIE EN DANGER

Des huissiers envoyés aux portes des supermarchés Delhaize pour empêcher les travailleurs des piquets de grève de défendre leurs droits. Des responsables politiques qui discutent une mesure visant à renforcer le contrôle dans les manifestations publiques. L'industrie pharmaceutique engrangeant plus d'un milliard de bénéfice via la sécurité sociale sur le remboursement de prix de médicaments complètement déraisonnables. L'Espagne qui brûle et l'Italie qui se noie sous les effets des dérèglements climatiques. Des femmes qui meurent sous les coups de la violence conjugale. Le domicile du maire de la petite ville française de Saint-Brevin-les-Pins incendié par des militants d'extrême droite opposés à la construction d'un centre pour demandeurs d'asile dans leur commune... Le droit de manifester, les droits d'égalité entre les genres, les droits sociaux fondamentaux, le droit d'asile... ne sont jamais acquis, il faut sans cesse les défendre et les (re)conquérir.

Notre mouvement a toujours été défenseur de démocratie. Nous pouvons en citer quelques principes. La multidisciplinarité, le croisement des savoirs des professionnels de soins améliore la qualité de la prise en charge de la personne. Le patient partenaire, une philosophie qui reconnaît le savoir expérientiel de l'usager et donc son pouvoir d'action dans sa trajectoire sanitaire. Un autre principe encore est l'autogestion, gage de la diminution des rapports d'exploitation au travail.

Toutefois, l'autocongratulation est trop facile. J'entends souvent que faire grandir la base de nos membres, c'est prendre le risque de voir nos valeurs se diluer. Pourquoi ne pas se donner collectivement l'objectif de convaincre le plus grand nombre que nos valeurs donnent sens à l'humanité ? Qu'une société plus démocratique, c'est une société qui ne nie pas la parole des exclus, qui stimule la parole entre les peuples plutôt que la construction de murs entre eux. J'aime l'idée qu'assumer nos idéaux nous fait toutes et tous grandir. Faire vivre les questions démocratiques à différentes échelles du mouvement, c'est la condition de sa survie en tant qu'acteur politique défenseur d'idées alternatives dans le système de santé.



Fanny Dubois,
secrétaire générale de la Fédération
des maisons médicales

**Une société plus
démocratique,
c'est une société
qui ne nie pas la
parole des exclus.**

EDGAR SZOC :

« L'ÉTAT DE DROIT EST UNE CONDITION NÉCESSAIRE, MAIS PAS SUFFISANTE DE LA DÉMOCRATIE »

Le président de la Ligue des droits humains ne cache pas son indignation devant la position de l'État belge face aux décisions de justice à son encontre.

Propos recueillis par **Fanny Dubois**, secrétaire générale de la Fédération des maisons médicales, et **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugulée*.

Le rapport 2022 de la Ligue est particulièrement accablant... et l'État belge est le premier incriminé.

E. S. : On annonce rarement de bonnes nouvelles, mais en effet cette année est particulièrement sombre. Il y a déjà eu par le passé quelques situations, rares, dans lesquelles l'exé-

cutif n'a pas respecté les décisions de justice. Le cas le plus emblématique, c'est l'affaire Trabelsi¹ : des arrêts de tous les cours et tribunaux imaginables ont dit que la Belgique ne pouvait pas l'extrader, et le gouvernement l'a quand même fait. Maintenant qu'il est ex-

tradé, des tas de décisions intiment de le ramener, mais elles ne sont pas transmises aux États-Unis... Aujourd'hui, depuis janvier 2022, nous en sommes à 14 000, 15 000 décisions de justice en matière d'accueil des personnes demandeuses d'asile – on ne compte même plus – sans volonté politique de les respecter. La perspective de la Ligue, c'est de faire évoluer la société par le droit et là, c'est complètement inédit : on n'a jamais autant gagné en justice et cela n'a jamais eu aussi peu d'impact sur le réel.

Faut-il changer de méthode ?

C'est ce que l'on finit par se dire, qu'il n'y a que l'action directe qui marche... Ce qui me frappe, c'est aussi le discours qui se tient dans les salons feutrés sur les dangers du populisme. Les gens ne croient plus à la démocratie, mais les gouvernants ne croient plus non plus à l'État

de droit. L'État de droit est une condition nécessaire, mais pas suffisante de la démocratie... En amont même des questions démocratiques, l'exécutif décide de saper le premier pilier de l'État de droit, qui est que les décisions de justice s'appliquent à lui-même comme à n'importe quel justiciable. Face à une telle situation, le travail de la Ligue n'a plus de sens. On peut fédérer par la plainte, mais autour de quoi ? Le Ligue n'est pas une organisation d'action directe. Ce que l'on peut faire, comme lors de l'occupation du centre de crise par des migrants, c'est mettre en balance deux droits : le droit de propriété vs le droit au logement. C'était un bâtiment public qui était occupé et l'institution dont le droit de propriété a été bafoué est la même que celle qui ne respecte pas le droit. Le juge de paix a accepté ce raisonnement et la jurisprudence est intéressante... si à l'avenir elle est suivie : n'importe quel bâtiment public peut être occupé par des demandeurs d'asile qui ne reçoivent pas l'accueil.

Vous avez des contacts avec les familles politiques ?

Oui, mais le sujet n'est pas électoralement rentable. Ce qui est dingue c'est que, normalement, face à une décision de justice, on n'est plus dans le politique. Ici non seulement la décision ne s'applique pas directement, mais cela n'a même pas l'air de peser dans le débat !

À quoi tient cette évolution ? Aux diverses crises ? Ou est-ce une option délibérée des politiques en place ?

C'est une tendance européenne, et la Bel-

« On n'a jamais autant gagné en justice et cela n'a jamais eu aussi peu d'impact sur le réel. »

1. Nizar Trabelsi, ex-djihadiste tunisien, est rejugé aux États-Unis pour un crime déjà jugé en Belgique et risque une peine de prison à vie incompressible.

gique ne fait pas exception même si elle se situe à un niveau rarement atteint. La pandémie a sans doute joué et elle nous fournit un bel exemple du dédain de l'exécutif par rapport au judiciaire. Le 1^{er} avril 2021, le tribunal de première instance condamne l'État belge à se doter d'une base légale sur laquelle s'appuyer pour pouvoir prendre les mesures très fortes de restriction des libertés dans le cadre de la pandémie. L'après-midi même à la tribune de la Chambre, le ministre de la Santé publique dit que ce jugement ne l'impressionne pas... On ne lui demande pas d'être impressionné par un jugement, mais de l'appliquer ! On sait bien qu'en Belgique, des trois pouvoirs, c'est le gouvernement qui vient en premier, et même les partis... Et il est clair que durant la pandémie il y a eu un paroxysme de l'*exécutivisation*. C'est une séquence dans laquelle on ne s'est pas embarrassé du formalisme au moment de prendre des décisions dans l'urgence. Cela a sans doute renforcé le sentiment que tout ce formalisme démocratique prend du temps... Il y a aussi quelque chose de l'ordre du discours managérial : gouverner doit être efficace, y compris en violant au passage quelques principes démocratiques. C'est sûr qu'à un moment il faut agir, et vite, mais comparer la loi pandémie en Allemagne et en Belgique est intéressant. Elle est infiniment mieux faite chez nos voisins et plus applicable. En Belgique, c'est on/off : soit on est dans la pandémie, soit on n'y est pas, alors que l'Allemagne a prévu des seuils. Cela montre aussi qu'en Allemagne un vrai débat parlementaire s'est tenu. Seul, on va vite ; à plusieurs, on va plus loin.

Autre point noir, les conditions de détention dans nos prisons.

Encore un record ?

La prison est le point aveugle de nos sociétés. En pourcentage d'enfermements par milliers d'habitants, nous sommes dans la moyenne européenne (mais bien plus haut que les Pays-Bas ou les pays scandinaves), avec un sentiment dans la population que ce n'est pas assez, alors que d'un point de vue social c'est une catastrophe. La prison est une machine à produire la délinquance. La Belgique est en revanche le pays où le ratio entre personnes condamnées et personnes en préventive est le plus défavorable

alors que les conditions de la mise en préventive sont très restrictives. Il n'y en a que trois : le risque de commettre à nouveau des faits, le risque de compromettre l'enquête, et une mise en danger pour soi ou pour autrui. Et dans de nombreux cas, elle ne se justifie pas du tout. Faire craquer un prévenu n'entre pas dans ces critères... Cet abus de la préventive participe évidemment à la surpopulation des établissements pénitentiaires.

Quelle est la position de la Ligue par rapport au droit pénal ?

La Ligue s'insère dans une réflexion plus large sur le recours au droit pénal, sur la nécessité de l'enfermement pour résoudre les problèmes de société. Prenons la question du féminicide par exemple : on peut faire des tas de choses pour lutter contre les féminicides sans créer une nouvelle incrimination spécifique dans le Code pénal. Pareil pour la création de l'incrimination de terrorisme. On brûle, on tue...

le terrorisme est déjà poursuivi par ces voies-là. Bien souvent, enrichir le droit pénal est une victoire facile, qui met les réactionnaires de votre côté. Mais ce sont des victoires qui n'en sont pas. Le droit pénal n'est vraiment pas le bon outil pour régler les problèmes sociaux. Et la prison, qui est la conséquence du droit pénal, encore moins.

Quelles sont les belles victoires de la Ligue des droits humains ?

C'est vrai que c'est important de gagner quand on milite, et les victoires politiques des mouvements progressistes ne sont pas toujours faciles à décrocher. La plus symbolique – c'est intéressant parce que cette victoire est devenue plus obscure par la suite –, c'est quand la Ligue a fait annuler au Conseil d'État la licence d'exportation d'armes vers la Libye à l'époque de Kadhafi. Et ce sur quoi cela a débouché... c'est sur une procédure d'octroi de licences opaque qui les rend maintenant inattaquables parce qu'elles ne sont plus publiques. Le système s'adapte... Cela se passe de nou-

« Gouverner doit être efficace, y compris en violant au passage quelques principes démocratiques. »

veau dans les liens entre exécutif et judiciaire. Ce n'est pas un déni flagrant des décisions de justice, c'est faire en sorte que les décisions que l'on prend ne soient même plus contestables judiciairement. Autre grande victoire, c'est la condamnation de la Belgique devant le Comité européen des droits sociaux pour le manque de places pour adultes de grande dépendance. La situation est évidemment très loin d'être réglée, car cela prend du temps, mais le processus de changement est activé et des budgets se dégagent. Autres exemples encore, qui datent un peu maintenant : la Ligue a chaque fois contesté et chaque fois gagné contre les communes qui imposaient des couvre-feux aux mineurs. La Ligue a aussi gagné contre les arrêtés d'interdiction de la mendicité. Même si autoriser les gens à mendier paraît curieux, en tout cas on leur a permis de ne pas être condamnés pour cela. Nous avons un pool d'avocats qui travaillent aux conditions forfaitaires de 500 euros par affaire, donc pour rien du tout. Pour certaines affaires, cela représente des heures de travail. Ce sont des collègues qui ont une très grande rigueur technique, une capacité à utiliser le raisonnement juridique et à le retourner contre les intérêts dominants.

Les violences policières, un sujet qui monte en puissance ?

Un de nos collaborateurs ne travaille que là-dessus. À Bruxelles, cela pourrait devenir un sujet important de la campagne électorale de l'an prochain. Il y a beaucoup de nœuds dans ce dossier et l'un des principaux n'est autre que le comité P, qui est composé majoritairement de policiers qui retournent auprès de leurs collègues après leur mandat... À la Ligue, cela fait des années que nous le disons et maintenant ce discours est beaucoup plus partagé. On sent que cette citadelle commence à vaciller, mais combien de morts a-t-il fallu ?

Dans le rapport de la Ligue, la désobéissance civique est une option. Nous en sommes donc là ?

La Ligue est dans cette réflexion. Quand le jeu du droit ne marche plus, quand l'État lui-même ne joue pas ce jeu... Nous avons gagné tant de fois en justice sans que les choses changent. Peut-être faut-il changer de répertoire d'action.

Ce n'est pas la Ligue qui va le faire, elle n'a pas les compétences pour organiser cette désobéissance, mais elle peut la soutenir comme elle l'a fait lors de l'occupation du Centre de crise. Mais l'occupation du Centre de crise est clairement un acte illégal. C'est se faire justice soi-même parce qu'on a obtenu gain de cause, mais que le jugement n'est pas effectif.

Vous agitez le spectre d'une démocratie illibérale. Nous serions en voie d'organisation ?

C'est en effet le Premier ministre hongrois Viktor Orbán qui revendique ce terme. Dans le sens où, pour lui, le libéralisme politique est allé trop loin, les contre-pouvoirs sont paralysants, la démocratie libérale n'est pas efficace ; en gros, pour lui, la démocratie, c'est les élections, vous choisissez votre chef et pendant x années vous lui donnez le mandat de gouverner. Hors précisément la démocratie, ce n'est pas cela. L'État de droit, c'est tout ce qui tempère la souveraineté populaire. La majorité n'est pas démocratique dans le sens où une série de balises en matière de droits humains protègent les minorités sur lesquelles la souveraineté populaire n'a pas prise. Ce principe de tempérance de la souveraineté populaire par des droits fondamentaux est de plus en plus remis en question. Chaque année depuis 2019, la Commission européenne sort un rapport sur l'État de droit qui visait clairement à stigmatiser la Pologne et la Hongrie avec même des mécanismes de conditionnalités des financements européens au respect de l'État de droit. Le prochain rapport risque d'être dur aussi avec la Belgique, car nous sommes entrés dans une phase – j'aime à penser qu'il s'agit d'une parenthèse – illibérale de la démocratie dans notre pays. Non seulement l'exécutif s'assied sur des décisions officielles de justice, mais il l'assume en disant qu'il n'y a pas de volonté politique de les appliquer... Certes, c'est autre chose que Orbán, mais le principe est le même. Orbán vire les juges qui rendent des décisions qui ne l'arrangent pas. Nous, à la belge, on leur dit « *cause toujours* »... C'est un dossier qui ne fait pas souvent la une des journaux. Ça m'étonne et ça m'inquiète parce que ce tournant est inédit. Avec l'extrême droite au bord du pouvoir en Flandre, on lui donne là un manuel d'utilisation. ■

VERS UN NOUVEAU MODÈLE DE L'AIDE À DOMICILE

Dans les quartiers défavorisés bruxellois, les seniors font peu appel aux services d'aide et de soins à domicile, risquant leur santé et le surmenage de leur entourage. Un consortium de recherche incluant une maison médicale et les seniors eux-mêmes s'est intéressé au phénomène.

Alexis Creten, chercheur à la Vrije Universiteit Brussel, et Héroïse Nève, chargée de projet à la maison médicale Santé & Bien-être, au nom du consortium et de l'ensemble des co-chercheurs.

Tout est parti d'un double constat. À la maison médicale Santé & Bien-être, dans le quartier d'Helmet, à Schaerbeek, le personnel observait la présence régulière de plusieurs seniors en salle d'attente. Un phénomène habituel, si ce n'est que ces personnes ne venaient pas pour une consultation ou un rendez-vous, mais pour se revoir et papoter. Quelques échanges ont suffi pour comprendre leur besoin de sociabilité et le manque d'espaces dans le quartier pour les accueillir. Parallèlement, la maison médicale, comme beaucoup d'acteurs, constate depuis longtemps que les seniors font peu appel aux services d'aide et de soins à domicile. Ceci est particulièrement le cas dans les quartiers défavorisés où vit une importante population issue de l'immigration.

« Je suis régulièrement confrontée à des demandes d'aide à domicile et d'orientation, explique une assistante sociale¹. Il y a tout un travail à faire pour convaincre la personne qu'elle a besoin d'aide, plus encore quand c'est une personne d'origine étrangère, c'est un séisme dans sa vie. Il y a tout ce travail à faire et quand on y parvient, après plusieurs mois, parfois plusieurs années, elle accepte et ça ne dure pas, car elle se rend compte que les services ne sont pas adaptés à ses besoins. » Ces observations ont poussé la maison médicale Santé & Bien-Être à rejoindre un projet de recherche scientifique et d'innovation sociale sur les questions du vieillissement, qui s'est déroulé entre 2018 et 2023 à l'initiative du développeur de projet Eva BXL dans le cadre du programme Co-Création d'Innoviris². Il s'agit d'un projet réunissant plusieurs acteurs de la société civile, dont les seniors eux-mêmes et leurs aidants, des acteurs du monde

associatif et du monde académique.

Les résultats de cette étude montrent un manque de confiance envers ces services. En cause : leur logique économique basée sur la prestation et la rentabilité. Pour contrer

le phénomène, plusieurs changements sont nécessaires, tant au niveau de l'organisation des soins que des représentations du bien-être et de la place des seniors dans la société. Joignant le geste à la parole, le consortium a décidé d'ouvrir la réflexion sur d'autres façons de prendre soin. « Ce projet me tient beaucoup à cœur, dit un senior. J'aime bien participer, c'est le sujet du siècle, actuellement on ne parle que de ça. Que ce soit dans le domaine de santé, de la mobilité, que ce soit dans le domaine de l'alimentation. Les gens, ils ont besoin d'aide. Il y a quelque chose à améliorer. »

Obstacles d'accès et services inadaptés

L'étude met en évidence plusieurs obstacles, comme la barrière linguistique et culturelle, la préférence pour une aide provenant des proches, le manque de connaissance et de lisibilité de l'offre de services à domicile, etc. Ces obstacles font écho à ceux observés pour l'accès aux soins de première ligne par les publics dits vulnérables³, qui viennent s'ajouter à des conditions de vie néfastes pour la santé : « Les publics vulnérables ont une santé plus précaire. D'un côté, ils cumulent les facteurs défavorables de na-

Les seniors font peu appel aux services d'aide et de soins à domicile.

1. L'ensemble des données a été traité de façon anonyme.

2. Ont participé au consortium : CPAS 1030, ESA Saint-Luc Bruxelles, EVA bxl, Feza, Le Figuier, Maison Biloba Huis, Maison médicale Santé & Bien-Être, Métiss'Âges, Université Saint-Louis-Bruxelles, Vrije Universiteit Brussel.

3. S. Thunus et al., *Situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région de Bruxelles-Capitale*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2023.

ture économique, culturelle, liés au cadre de vie, etc. De l'autre, ils font face à des obstacles dans leur relation de soins, tant au niveau de la communication que de la distance sociale, culturelle et symbolique qui les sépare des soignants. »⁴

Cependant, ce ne sont pas tant les obstacles d'accès qui semblent être décisifs dans ce cas, mais plutôt la volonté de faire appel aux services d'aide et de soins. Un manque de volonté qui trouve sa source dans un manque de confiance dans ces services et dans le système de santé de façon générale. Quatre raisons sont avancées :

- Une approche du soin réduite aux aspects (bio)médicaux plutôt qu'à la qualité de vie prise dans son ensemble (incluant notamment les relations sociales, les loisirs, les besoins administratifs, etc.).
- La rotation constante du personnel d'aide et de soin, empêchant de tisser une relation de confiance, mais aussi de connaître et tenir compte des préférences et habitudes de la personne aidée.
- Le manque d'interconnaissance et de coopération entre aidants professionnels et aidants proches, au risque de susciter des méfiances voire des conflits.
- La vision du senior comme un fardeau, un récepteur passif d'aide, représentation qui nie sa place dans la société. Alors que, au contraire, il dispose de ressources qui peuvent être mobilisées pour lui comme pour d'autres personnes, dans le cadre d'un réseau d'entraide par exemple.

Un phénomène aux conséquences multiples

Les tendances actuelles rendent un changement plus nécessaire que jamais. D'une part, à travers toute l'Europe de l'Ouest et au-delà, on assiste à un vieillissement de la population et à un étirement de la pyramide des âges. Autrement dit, le nombre de travailleurs par personnes pensionnées diminue. D'autre part, les services publics sont confrontés à des réductions budgétaires alors qu'ils peinent déjà à satisfaire les demandes actuelles. À cela s'ajoute la multidiversité croissante, en ce y compris parmi la population âgée, qui rend nécessaire d'adapter l'aide et le soin aux différences de chacun : « *Alors que dans les années septante, les plus de*

65 ans formaient encore un groupe de population relativement homogène et étaient majoritairement nés en Belgique, aujourd'hui, une partie croissante des personnes âgées bruxelloises sont des retraités, anciennement travailleurs immigrés », ce qui « *pose [la question] de savoir si la dimension interculturelle ne devrait pas faire l'objet de davantage d'attention, par exemple en développant des maisons de repos ou autres structures d'hébergement spécifiques, en organisant les soins en restant attentifs aux spécificités et au vécu culturel différent de cette future population âgée.* »⁵

Pourtant, il n'est en aucun cas souhaitable de renoncer à offrir des aides et soins accessibles et adaptés à l'ensemble de nos aînés. En plus de la violence que cela représenterait pour ces personnes et leurs proches, cela aurait des effets sociaux et économiques désastreux. Prendre soin des aînés incomberait aux familles, accroissant les inégalités entre celles capables d'engager des travailleurs et celles devant diminuer leur temps de travail (et leurs revenus) pour le faire, responsabilité incombant le plus souvent aux femmes⁶. Cela augmenterait en outre le report de soins ; or, celui-ci mène à une dégradation de l'état de santé⁷ qui entraîne une prise en charge médicale plus lourde et plus coûteuse, et mène aussi à une baisse de l'autonomie rendant nécessaire le placement en maison de repos.

Un changement d'approche inévitable

Aujourd'hui déjà, les signes d'un besoin de changement ne manquent pas : les familles sont surmenées et s'appauvrissent, les vocations professionnelles se tarissent⁸ et la mort sociale des seniors entraîne leur dépérissement, voire leur glissement. Ce syndrome décrit la perte du goût de vivre chez la personne âgée qui se laisse « glisser » vers la mort, entraînant un déclin rapide de son état de santé. « *Si tu restes tout seul à l'écart et si tu ne cherches pas et que tu ne rencontres pas les gens, ça ne sert à rien, tu n'existes même pas. C'est la monotonie, c'est la solitude, c'est le suicide* », témoigne un senior.

Sur base de notre recherche, nous proposons un triple renversement :

- Ne plus considérer les soins et les aides comme des coûts, mais comme des investissements qui, en gardant les personnes en meilleure santé et autonomes, permettront des économies.

4. A. Creten et S. Thunus, « L'accès et le recours aux soins de première ligne par les publics vulnérables à Bruxelles », *Les cahiers du colloque de la première ligne*, Be.Hive, Academie Voor de Eerste Lijn.

5. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Les personnes âgées en Région bruxelloise : Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements*, Commission communautaire commune, novembre 2022.

6. N. Keating et al., "Sustainable care: theorising the wellbeing of caregivers to older persons", *International Journal of Care and Caring*, 5(4), 2021.

7. P. Dourgnon et al., « Payer nuit gravement à la santé : Une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique/Public economics*, 28-29, 2012.

8. J. Meyer, « Ces pénuries touchent autant les professions médicales, comme les infirmiers, que les aides à domicile », www.rtbfb.be, 12 juin 2022.

- Ne plus limiter le soin à son aspect technique, mais l'élargir au bien-être pris dans sa globalité⁹.
- Considérer la personne âgée comme partie intégrante de la société, qui dispose d'objectifs de vie, du pouvoir de prendre des décisions la concernant, et qui peut aider les autres dans une perspective de réciprocité. Ce maintien de la place du senior dans la société a d'ailleurs un impact significatif sur l'évolution de son autonomie.

Ce changement radical d'approche est souhaitable et nécessaire. Cependant, sa mise en œuvre nécessite des transformations profondes de la façon dont les soins et aides à domicile sont organisés et financés, mais aussi de notre façon de concevoir le soin et les personnes âgées (voire toutes les personnes receveuses de soins).

Imaginer d'autres façons de « prendre soin »

Des solutions existent. Aux Pays-Bas, par exemple, le concept de *buurtzorg* (ou soins de quartier) montre qu'une organisation différente des soins infirmiers à domicile peut offrir une satisfaction beaucoup plus élevée tout en permettant des économies financières de l'ordre de 40 %¹⁰. Ce modèle de soins s'appuie sur des petites équipes composées d'infirmières et d'aides-soignants actives dans une zone géographique restreinte. Buurtzorg adopte une approche holistique, dont le patient, considéré dans sa globalité, est au centre. Le soignant développe et dispense des soins fondés sur les principes de liberté, d'égalité et de solidarité. Buurtzorg s'efforce d'assurer une bonne coopération avec les soins informels et de les soutenir, mais recherche également d'autres possibilités dans l'environnement du patient afin de ne pas surcharger l'aidant informel. Le choix de Buurtzorg d'une approche axée sur le voisinage a tout à voir avec l'activation et le renforcement du soutien potentiel de l'environnement du patient.

S'inspirant d'autres projets, tels que Buurtzorg, CitiSen, Zoom Seniors ou encore Senior Solidarité¹¹, et perpétuant les idéaux et le caractère innovant au fondement des maisons médicales¹², la maison médicale Santé & Bien-Être et ses partenaires du consortium ont imaginé les « quatuors ». Il s'agit d'un réseau de quatre personnes autour du senior aidé, constitué de deux

bénévoles (dont préférablement un senior bénévole) et de deux professionnels de l'aide et du soin, chacun aidant selon ses spécialités. En offrant un accompagnement par des personnes connues et avec qui un lien de confiance se crée, le quatuor ambitionne de faciliter la communication et la demande d'aide, notamment grâce à la position d'intermédiaire que les membres du quatuor peuvent occuper. Mais surtout, le dispositif vise à rendre au senior le pouvoir de décision sur sa propre vie en faisant de lui un acteur au sein du système plutôt qu'un récepteur passif d'aides et de soins. Enfin, le quatuor tente de considérer les personnes et leur bien-être dans leur globalité. C'est-à-dire de prendre chaque personne avec toutes ses spécificités (cultures, préférences, besoins, situation de vie, etc.) pour lui offrir les aides et les soins les plus en accord avec celles-ci, et ce également pour les aidants proches et professionnels.

Cette idée n'est qu'une possibilité parmi d'autres. Couplée aux résultats de la recherche et à un jeu de cartes créé pour favoriser l'imagination, elle permet d'ouvrir de nouvelles perspectives et de poser des questions essentielles pour cette remise en question. Ce que nous avons pu vérifier lors de premières sessions organisées pour la clôture du projet avec diverses associations de l'aide et du soin présentes dans le quartier d'Helmet. Au niveau opérationnel, une infirmière de la maison médicale Santé & Bien-Être a organisé plusieurs rencontres entre bénévoles et seniors patients de la maison médicale pour évaluer leur degré d'affinité. Cependant, le cadre légal et organisationnel (assurance pour les volontaires, définition des modalités de collaboration formelle et informelle, disponibilité de ressources humaines de la maison médicale) ne permet pas encore le suivi du projet. Il n'a donc pas pu être testé à ce stade sur le terrain. Mais nous espérons qu'en facilitant la discussion et en invitant chacun à la réflexion, les quatuors puissent contribuer à transformer le « prendre soin ». ■

**Une organisation
différente des soins
infirmiers à domicile peut
offrir une satisfaction
beaucoup plus élevée
tout en permettant des
économies financières.**

9. La santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

D'autres approches élargissent encore la notion de santé en y incluant des éléments systémiques et environnementaux (voir par exemple le concept de One Health).

10. www.buurtzorg.com.

11. Plus d'informations sur ces trois derniers projets et leurs impacts :

www.ccc-ggc.brussels.

12. R. Pirard, « 40 années d'innovations », *Santé conjugulée* n° 98, mars 2022.

PRÉVENIR LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

Tout au long de leur vie, les femmes et les personnes ayant un utérus ou une vulve sont encouragées à consulter des professionnels de santé qui surveillent et examinent leur corps et leur sexualité. Au cours de ces visites, des propos inappropriés et des actes médicaux injustifiés ou non consentis peuvent se produire. Depuis plusieurs années, les voix de femmes, de personnes transgenres et de personnes intersexes s'élèvent pour dénoncer ces pratiques abusives.

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

1. S. El Konradi, M. Jacquet et L. Rollin, *Violences gynécologiques et obstétricales vécues par les femmes avec une déficience intellectuelle vivant en institution. Étude exploratoire sur la situation en Belgique francophone*, 2023.
2. F. Vierendeel, « Les violences intersectionnelles », *Soralia*, 2023, www.soralia.be.
3. Ces chiffres et les suivants concernent trois types d'actes délétères : l'expression abdominale, les actes à vif et le point du mari. A. Amjahad et al., « Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le Covid », Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, novembre 2021.

Bien qu'il n'existe pas de consensus pour définir les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) – celles-ci étant appréhendées différemment selon le vécu des personnes et le contexte politique, économique, culturel et social –, elles sont généralement considérées comme des violences de genre physiques ou psychologiques qui se produisent lors de la prise en charge des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.

Quelles pratiques ?

Selon une récente étude publiée par l'asbl Femmes et santé, le Centre de ressources handicapés et sexualités et l'Association de recherche et d'action en faveur des personnes handicapées, les VGO « peuvent s'illustrer par un discours, des actes, des interventions ou des postures non appropriés ou non consentis, par exemple : des actes ne correspondant pas aux recommandations pour la pratique clinique ; des actes posés sans avoir recueilli le consentement libre et éclairé de la patiente ; des attitudes, des comportements ou des propos perçus comme brutaux ou ne respectant pas la dignité, l'intimité ou la pudeur de la patiente »¹. Concrètement, il peut s'agir de pratiques telles que l'imposition d'un moyen de contraception, le refus d'un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles en raison d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre, la tenue de propos humiliants ou sexistes, l'imposition d'opérations chirurgicales, de traitements hormonaux non nécessaires à des personnes intersexuées,

ou encore l'obligation de regarder l'échographie lors d'une consultation de préinterruption volontaire de grossesse.

Plus spécifiquement, les violences obstétricales renvoient aux actes et comportements qui ne respectent pas l'intégrité physique et mentale des femmes lors du suivi d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un post-partum. Elles concernent des pratiques telles que l'expression abdominale (le fait d'appuyer sur le ventre pour accélérer l'expulsion du bébé), l'épisiotomie de routine (l'incision du périnée pour faciliter l'expulsion du bébé), les césariennes injustifiées sur le plan médical, le point du mari (le fait de recoudre une déchirure ou une épisiotomie plus serrée pour soi-disant augmenter le plaisir de l'homme lors des rapports sexuels), etc.

Des violences intersectionnelles...

Si toutes les femmes peuvent être confrontées à des violences gynécologiques et obstétricales, elles n'y sont pas exposées de la même façon. Certaines caractéristiques sociales (âge, classe sociale, origine socioculturelle, orientation sexuelle, handicap, statut marital, statut migratoire, prostitution, présence de certaines pathologies telles que le VIH/sida, etc.) exposent davantage certaines femmes à ces violences qui sont alors qualifiées d'intersectionnelles². Ainsi, en Belgique, d'après la récente enquête sur les conditions d'accouchement réalisée par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, on estime qu'une femme sur cinq est victime de violences obstétricales³. Un chiffre qui s'élève à une femme sur quatre si elle a un diplôme de l'enseignement secondaire ou moins et à une

En Belgique, on estime qu'une femme sur cinq est victime de violences obstétricales.

femme sur trois si elle a une couleur de peau qui peut mener à une discrimination. Ces données doivent toutefois être prises avec des pincettes « car l'enquête s'appuie sur la participation volontaire des répondantes, donc il y a un biais. Mais plus de 4000 femmes y ont tout de même répondu selon les critères de l'étude »⁴, nuance Léa Rollin qui a développé une expertise sur ces questions d'abord comme écoutante dans une association française puis en tant que chargée de projets chez Femmes et santé, une association qui soutient une approche féministe de la promotion de la santé⁵. En revanche, tous les soignants peuvent être auteurs de ces violences, quel que soit leur sexe, leur classe, leur âge ou leur spécialité. Ces violences ne sont toutefois pas toujours intentionnelles et dénotent parfois l'ignorance ou l'indifférence. « Nous opérons une distinction entre d'une part des actes médicaux justifiés et nécessaires qui sont faits dans des conditions maltraitantes ou sans consentement ou sans prise en compte de la douleur et, d'autre part, des actes médicaux totalement injustifiés, voire illégaux – tel que l'expression abdominale – qui relèvent de la responsabilité individuelle de soignants et qui ne sont cautionnés nulle part », explique Léa Rollin.

... et structurelles

Les violences gynécologiques et obstétricales comportent aussi une dimension structurelle dans la mesure où elles sont liées au manque de moyens et de personnel au sein du système de santé, au manque de formation des soignants sur la physiologie de l'accouchement et l'importance de prodiguer des soins dans le respect des droits des patientes, au primat accordé à la technicité au détriment de la relation humaine et à l'effet des politiques publiques en matière de santé (la diminution de la durée du séjour en maternité imposée en 2015, par exemple). « Parmi les VGO, il y a beaucoup d'actes banalisés qui sont liés à des questions d'efficacité des services médicaux et au contexte de pression exercée sur ceux-ci et qui sont progressivement intériorisés dans le cadre de l'apprentissage d'une culture médicale au sein de l'hôpital », pointe Léa Rollin.

Ces pratiques maltraitantes ne sont pas des actes isolés qui seraient l'œuvre de quelques rares soignants. Au contraire, elles s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale traversée par le désir de contrôler le corps

des femmes, leur sexualité et leur capacité à enfanter. Intériorisées tout au long du parcours de formation, ces attitudes paternalistes tendent à disqualifier le vécu et la parole des femmes qui en viennent à douter de leurs propres expériences et intuitions. Des professionnels refusent toutefois de se soumettre à ce type de protocoles. « Nous avons beaucoup d'échos à propos d'étudiantes sages-femmes qui arrêtent leurs études en raison de la violence du discours tenu envers les soignantes et les patientes (les femmes racisées notamment) pendant leur formation et leurs stages, confie Léa Rollin. Elles prennent conscience que les pratiques enseignées sont maltraitantes et arrêtent leurs études alors que ce sont des personnes qui pourraient potentiellement contribuer à changer les choses. »

Quelles conséquences ?

Les violences gynécologiques et obstétricales peuvent entraîner des conséquences non négligeables sur la santé physique, mentale et sociale des femmes, conduisant certaines d'entre elles à ressentir un sentiment de culpabilité ou une perte de l'estime de soi, à développer un syndrome de stress post-traumatique voire à renoncer aux suivis gynécologiques et médicaux. Ces maltraitances physiques et verbales peuvent aussi retentir sur leur vie professionnelle, familiale et intime : altération de la relation de couple, de la vie affective et sexuelle, dégradation de la relation avec l'enfant, etc.

Pourtant, il ressort de l'enquête menée par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée que 95 % des femmes qui ont subi une des trois violences obstétricales mises en avant dans l'étude (acte à vif, expression abdominale, point du mari) n'ont pas conscience d'avoir subi une violence physique.

Et les droits des patientes ?

Les VGO constituent une forme de violation des droits humains et rendent compte de la méconnaissance ou du mépris de certains professionnels de santé pour les droits des patientes. La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁶ énonce pourtant une série de principes qui visent à encadrer la relation soignant-soigné

Ces violences dénotent parfois l'ignorance ou l'indifférence.

4. Avoir accouché en Wallonie ou à Bruxelles entre janvier 2019 et juillet 2021 et être âgée de plus de 18 ans au moment de répondre à l'enquête.
5. Femmes et santé a participé à la rédaction du manuel *Zones à défendre, Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive*, M. Ben Jattou et al., 2020.
6. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *Moniteur belge*, www.ejustice.just.fgov.be.

et à améliorer la qualité des soins de santé. Parmi ceux-ci, il y a notamment :

- Le droit à un service de qualité : « *Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins, et ce dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.* » Or l'étude menée par la Plateforme révèle plusieurs pratiques restreignant l'autonomie des femmes parmi lesquelles l'interdiction de s'alimenter, de boire ou de choisir leur position au cours de leur accouchement.
- Le droit à l'information : « *Le patient a droit, de la part du praticien professionnel à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.* » D'après l'enquête de la Plateforme, dans deux cas sur trois, l'acte posé n'a pourtant pas été expliqué.
- Le droit au consentement libre et éclairé : « *Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable [...] et a le droit de refuser ou de retirer son consentement.* » Or, d'après l'enquête, le consentement n'a pas été demandé dans la moitié des actes posés.

La loi relative aux droits du patient n'est cependant assortie d'aucune sanction. Dans les cas les plus graves, les patientes peuvent envisager de porter plainte. « *Mais ce sont des procédures lourdes qui n'aboutissent généralement pas* », prévient Léa Rollin.

Quelles recommandations ?

Des recommandations émanent des associations et des chercheuses qui dénoncent les violences gynécologiques et obstétricales parmi lesquelles :

- Assurer une meilleure information aux patientes sur leurs droits et leur liberté de choix en ce qui concerne les professionnels de santé⁷, les lieux d'accouchement, la contraception, etc. Cette recommandation va de pair avec l'importance de s'informer sur le fonctionnement de son corps, par la pratique de l'autosanté – qui consiste à partager des savoirs et des expériences entre femmes, en l'absence de professionnels – et

sur ses droits afin de devenir actrices de sa santé et poser des choix éclairés.

- Soutenir financièrement le secteur et créer un observatoire national des VGO qui serait un lieu de signalement et qui aurait pour missions principales de collecter des données, d'informer le grand public, les femmes et les professionnels de santé, de soutenir ces professionnels dans le changement et de soutenir les victimes.
- Repenser le cursus de formation des soignants en y intégrant notamment la mise en œuvre des droits du patient et des principes de l'approche du patient-partenaire, l'introduction à l'interculturalité et à l'intersectionnalité, le renforcement des compétences dans le domaine de la physiologie de l'accouchement et le développement de la bienveillance gynécologique et obstétricale.
- Renforcer la formation continue des soignants. À cet égard, l'asbl Femmes et santé a co-construit avec des associations partenaires et des travailleuses de centres de planning familial et de maisons médicales la formation « *Violences gynécologiques : repérer, accompagner, agir* »⁸.
- Transformer les organisations du travail des institutions de soins axées sur la technicité et la rentabilité pour permettre une prise en charge gynécologique et obstétricale alternative « *qui se veut moins médicalisée, plus personnalisée et respectueuse du corps et des choix des femmes* », comme le préconisent les chercheuses Clémence Schantz, Virginie Rozée et Pascale Molinier⁹.

Quels défis ?

« *On observe une réelle évolution de la reconnaissance de l'existence des violences gynécologiques et obstétricales*, souligne Léa Rollin. *C'est la première fois qu'elles sont incluses dans les plans de lutte contre les violences de genre tant au niveau fédéral et qu'au niveau des entités fédérées* ». Des défis doivent cependant encore être relevés, à commencer par le renforcement des compétences des professionnels de santé sensibles à la question des violences de genre et une meilleure identification et interconnaissance des acteurs qui agissent sur cette question. « *Comment allons-nous travailler ensemble entre les secteurs de lutte contre les violences de genre et de la santé ?* », s'interroge-t-elle. ■

7. Le suivi de la santé sexuelle et reproductive peut être réalisé par différents professionnels de santé : gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes.

8. Destinée à tous les professionnels travaillant en centre de planning familial ou dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, elle vise à mieux comprendre ce que revêt la notion des VGO, comment les éviter, les prendre en charge et faire évoluer les pratiques.

9. C. Schantz, V. Rozée et P. Molinier, « *Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société* », Cahiers du Genre, 2021/2, n° 71.

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS INCLUSIF

Comment améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap intellectuel? Signataire de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées en 2009, la Belgique peine à garantir un accès équitable aux bénéfices de la société aux personnes en situation de handicap intellectuel, y compris en matière de santé.

Marie Dauvrin, Anja Desomer, Nathalie Swartenbroekx, Carl Devos, Céline Ricour, experts au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Les personnes en situation de handicap intellectuel ont une prévalence plus élevée pour certains problèmes de santé comparée avec la population générale : obésité, diabète, maladies cardiovasculaires... De même, si leur espérance de vie augmente, elle reste nettement inférieure : une étude britannique de 2016 met en évidence que 37 % des décès de personnes en situation de handicap intellectuel sont évitables, contre 22,5 % des décès dans la population générale¹. Plus interpellant, en 2018, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquait qu'une personne en situation de handicap a trois fois plus de risques de se voir refuser des soins de santé et quatre fois plus de risques d'être traitée de façon inadéquate que le reste de la population². C'est dans ce contexte que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) s'est penché sur l'accès aux soins de santé de routine³ pour les personnes en situation de handicap intellectuel, à la demande de Special Olympics Belgium. Menée de 2020 à 2022, cette étude visait à mesurer l'ampleur des inégalités dans l'accès à certains professionnels et services de santé et à documenter les obstacles existants vécus par les personnes en situation de handicap intellectuel, leur entourage et les professionnels.

Qui sont les personnes en situation de handicap intellectuel en Belgique ?

L'OMS estime que la prévalence globale du handicap intellectuel se situe entre 1 et 3 % de la population, ce qui, pour la Belgique, représenterait au moins 100 000 personnes. Il n'est cependant pas possible d'être plus précis, car il n'existe pas à l'heure actuelle de registre per-

mettant d'identifier les personnes en situation de handicap intellectuel et donc de tracer leur portrait socioépidémiologique.

Les causes du handicap intellectuel, préférable aux vocables dépassés de retard mental ou handicap mental, sont multiples : anomalies génétiques (syndrome de Down, syndrome de l'X fragile, phénylcétonurie), complications pendant la grossesse (syndrome d'alcoolisme foetal, infection prénatale) ou à la naissance (anoxie cérébrale), certaines maladies pendant l'enfance (rougeole, méningite), traumatisme, malnutrition extrême, exposition à certains toxiques pendant l'enfance (plomb, mercure), etc. La cause reste parfois inconnue.

Les personnes en situation de handicap intellectuel ont des limitations dans leur fonctionnement intellectuel (comme l'apprentissage et le raisonnement qui sont mesurés au travers du quotient intellectuel) et dans leurs comportements adaptatifs (qui portent sur les compétences conceptuelles, comme le langage et l'alphabétisation, les compétences sociales ou les compétences pratiques, comme les activités de la vie quotidienne). Ces compétences se manifestent de façon unique à chaque personne, contribuant ainsi à l'hétérogénéité des personnes en situation de handicap intellectuel.

Des différences en matière de prévention

En l'absence de données de routine, les données du SPF Sécurité sociale, chargé du verse-

La prévalence globale du handicap intellectuel se situe entre 1 et 3 % de la population.

1. FJ Hosking et al., "Mortality among adults with intellectual disability in England: comparisons with the general population", *American Journal of Public Health*, 2016.
2. www.who.int.
3. Cette étude ne concernait pas les soins spécialisés directement en lien avec la cause du handicap intellectuel.

ment des allocations pour personnes handicapées adultes, ont été utilisées pour identifier les personnes en situation de handicap intellectuel. Cette base de données a été couplée avec la base de données de l'Agence intermutualiste pour mesurer la consommation de soins. Sur les 17 155 personnes (de 15 ans ou plus) en situation de handicap intellectuel recensées pour la période de 2014 à 2019 au niveau du SPF Sécurité sociale, 17 072 d'entre elles ont eu des dépenses de santé remboursées. Ces données ont été comparées avec un échantillon de la population générale. Pour l'année 2019, l'âge médian est de 26 ans, un âge inférieur à ce qui est attendu dans la population des personnes en situation de handicap intellectuel. L'échantillon inclut 60,5 % d'hommes et 39,5 % de femmes.

La tendance globale semble indiquer un accès légèrement moindre aux services de santé pour les personnes en situation de handicap intellectuel,

Tant les personnes en situation de handicap intellectuel que leur entourage manquent de connaissances sur les ressources à leur disposition.

par rapport à la population générale. L'accès à la médecine générale était mesuré via des indicateurs relatifs aux consultations (identifiées par des codes de la nomenclature des prestations de santé) et la tenue d'un dossier médical global : il n'y a pas de différence entre les personnes en situation de handicap intellectuel et la population générale. Le suivi du diabète apparaît similaire même si la prévalence de cette pathologie dans l'échantillon est inférieure aux données de la littérature. Il est donc légitime de se questionner si cette différence de prévalence est liée à un sous-diagnostic chez ces personnes. Par contre, les personnes en situation de handicap intellectuel ont moins de contacts en gynécologie et en dentisterie.

C'est surtout au niveau de la prévention que les différences sont marquées : seuls 42,6 % des femmes en situation de handicap intellectuel se font dépister pour le cancer du sein contre 59,7 % pour la population générale, en 2019. Le même écart se retrouve pour le dépistage

du cancer du col de l'utérus : 14,9 % en 2019 contre 24,8 %.

Des barrières multiples et à tous les niveaux

Si les données de consommation de soins, malgré les limites mentionnées, font état d'un accès relativement égal, ce qui se passe dans la réalité des personnes en situation de handicap intellectuel et de leur entourage est loin d'être idyllique. Des entretiens avec les personnes en situation de handicap intellectuel et leurs proches et des groupes nominaux avec des professionnels de la santé et du secteur du handicap ont mis en évidence les barrières auxquelles doivent faire face les personnes en situation de handicap intellectuel et leur entourage, qu'il soit professionnel ou informel. Ces barrières peuvent être regroupées en cinq grandes catégories : attitudes et stéréotypes, connaissances et compétences, communication, organisation des services, aspects politiques et sociaux.

Stéréotypes, préjugés voire discrimination, parfois inconsciente, sont des attitudes que certains professionnels et services ont face aux personnes en situation de handicap intellectuel et à leur entourage. Certaines personnes elles-mêmes ont des attitudes et des comportements qui peuvent déstabiliser les professionnels (émotions « sans filtre », rituels, réactions de peur face à l'inconnu), contribuant à des réactions de surprise ou de rejet qui, à leur tour, peuvent renforcer des réactions négatives.

Tant les personnes en situation de handicap intellectuel que leur entourage manquent de connaissances sur les ressources à leur disposition et sont insuffisamment soutenus par rapport à leur littératie en santé. Les professionnels sont insuffisamment (in)formés concernant, entre autres, les besoins des personnes en situation de handicap intellectuel et la gestion des comportements perçus comme « difficiles ».

La communication souffre particulièrement d'un manque de temps et de disponibilités des professionnels, elle se complique d'autant plus que les professionnels utilisent un langage compliqué et jargonnant. Cette communication problématique s'observe également entre soignants et entre le secteur de la santé et le secteur du handicap. Enfin, comme de nombreuses autres personnes, les personnes en situation de handicap

intellectuel sont particulièrement touchées par la fracture numérique.

Au niveau organisationnel, force est de constater que les aménagements raisonnables⁴ et la conception universelle⁵ des services sont inégalement mis en œuvre, un exemple marquant étant la signalétique hospitalière qui, en utilisant un système de routes numériques, augmente la complexité du parcours dans l'institution. Même pour les soins de routine, peu de services semblent s'être spécialisés pour offrir un suivi global tout comme peu d'institutions ont la possibilité de former leurs professionnels à la prise en charge des personnes en situation de handicap. Les conditions de travail souvent pénibles des soignants et du personnel du secteur du handicap contribuent également à renforcer les barrières de l'accès aux soins.

Ce constat est en lien avec les barrières sociales et politiques : la question du handicap intellectuel semble peu présente à l'agenda des politiques, malgré la publication d'un ambitieux plan fédéral handicap (2021-2024). Peu de mesures prévues sont mises en pratique. Les secteurs du handicap et de la santé souffrent d'un manque chronique de financement limitant la capacité des différents acteurs à investir dans des initiatives qui permettraient de faciliter l'accès aux soins, mais aussi le travail des professionnels. Enfin, il ne faut pas négliger les conditions socio-économiques. Le risque de pauvreté est plus élevé chez les personnes en situation de handicap intellectuel et les aides disponibles sont décrites comme insuffisantes pour permettre un accompagnement de qualité.

Toutes ces barrières se cumulent et finissent par déboucher sur des situations de non-recours aux soins ou de refus de prise en charge d'où nul ne ressort satisfait, que ce soit les personnes, leur entourage ou les professionnels.

Des solutions accessibles et déjà disponibles

Un ensemble de 25 actions organisées autour de huit objectifs globaux a émergé de cette étude⁶. Certaines concernent plus particulièrement la première ligne de soins, qui peut les mettre en œuvre en collaboration avec des associations du secteur handicap. La première ligne peut contribuer à l'*empowerment* et à l'intégration des personnes en situation de han-

dicap intellectuel et de leur entourage en leur fournissant des informations de santé validées, accessibles et compréhensibles. C'est l'objectif d'InfoSanté⁷ ou du Centre Handicap et Santé⁸. De plus, le recours au langage facile à lire et à comprendre (FALC) pour transmettre les informations pratiques (comme la prise de rendez-vous) est un outil simple à mettre en place et à moindre coût⁹. L'*empowerment* passe aussi par le soutien des personnes en situation de handicap intellectuel dans l'expression de leurs préférences. Le secteur du handicap met aussi à disposition des ressources pour les professionnels de santé et organise des formations.

La première ligne peut renforcer la coordination et l'intégration des informations et des soins. Les personnes en situation de handicap intellectuel devraient avoir leur médecin généraliste attitré, responsable de la gestion du dossier médical global, du suivi préventif et de la mise en place d'un outil de liaison (éventuellement en collaboration avec une personne de référence ou un autre professionnel de son équipe). L'outil de liaison a pour but de faciliter la communication et le suivi de santé des personnes, de garder une trace de leurs préférences et besoins (par exemple, des stratégies pour les rassurer ou les personnes de contact à favoriser). Il peut prendre la forme d'un carnet, d'un cahier, être numérique : il existe des supports développés par des associations spécialisées, accessibles gratuitement aux professionnels¹⁰. Les médecins généralistes devraient également organiser une fois par an une concertation multidisciplinaire autour de la personne. Cette coordination contribuerait à améliorer l'accès aux dépistages et soins préventifs et le suivi des problèmes de santé chroniques, comme le diabète. Ces propositions sont traduites en autant de recommandations à destination des autorités compétentes et des associations professionnelles.

Les personnes en situation de handicap intellectuel partagent leurs problèmes d'accès aux soins avec d'autres personnes vulnérables, que ce soit lié à leur âge, leur état de santé, leur origine socioculturelle ou des limitations sensorielles. Cela nécessite donc une réflexion plus large sur l'accessibilité de notre système de santé, en y intégrant les concepts d'aménagement raisonnable et de conception universelle, ce qui serait tout bénéfique pour une plus large part de la population. ■

4. Un aménagement raisonnable est une mesure concrète permettant de réduire autant que possible les effets négatifs d'un environnement sur la participation d'une personne à la vie en société. Voir le Service Phare, <https://phare.irisnet.be>.
5. La conception universelle consiste à développer un environnement (physique ou social) de manière à ce qu'il soit accessible, compréhensible et utilisable dans toute la mesure du possible par toutes les personnes (d'après la définition du Centre for Excellence in Universal Design, Irlande).
6. Actions, recommandations et résultats complets sur le site du KCE, <https://kce.fgov.be>.
7. www.infosante.be.
8. www.handicap-et-sante.be.
9. Le FALC est un langage qui peut être compris par tout le monde, www.falc.be.
10. Inclusion asbl et le Centre Handicap et Santé ont initié, en 2019, la campagne « Dites aaa » pour promouvoir l'accueil, l'accompagnement et l'accessibilité des personnes à besoins spécifiques, <http://ditesaaa.be>.

LA PREMIÈRE LIGNE

Pénurie de médecins généralistes, infirmiers et infirmières qui rendent leur tablier... Les métiers du soin et en particulier en première ligne attirent moins. Pourquoi? Mauvaises conditions de travail? Surcharge? Manque de reconnaissance? Épuisement post-Covid? Ce dossier aborde un phénomène qui vise aussi plus largement les professions du *care* et le secteur non marchand.

Parmi le personnel infirmier notamment, les démissions, les réorientations professionnelles ou les réductions du temps de travail sont fréquentes déjà après quelques années de pratique. La crise sanitaire en a été à la fois le révélateur et le catalyseur, mettant paradoxalement en relief l'indispensabilité de cette fonction et le manque d'attractivité (essentiellement salariale) du secteur, le manque de reconnaissance, les conséquences de conditions de travail difficiles... Mais cela suffit-il à expliquer cette désaffection massive? Augmenter les salaires suffirait-il pour régler la question?

En Wallonie et à Bruxelles, la pénurie de médecins généralistes fait craindre l'extension de déserts médicaux, à l'instar des territoires français les plus reculés. Ce manque se fait également ressentir ailleurs que dans les cabinets et où s'exercent aussi des activités de médecine générale : centres de planning familial, centres pour usagers de drogues, ONE, médecine du travail, entre autres, peinent à recruter. Comment expliquer cette pénurie, la comprendre et y remédier? Le malaise ne date pas d'hier, sur fond d'enjeux communautaires de répartition de numéros INAMI et de *numerus clausus*. Aujourd'hui, les conditions d'exercice de la profession sont analysées dans l'optique d'un *New Deal* pour la médecine de première ligne. Un changement de modèle organisationnel s'impose en effet pour contrer le déséquilibre entre la demande et l'offre. Des propositions émergent et elles concernent, entre autres, le mode de financement des pratiques. Cet état des lieux et cette analyse de la médecine générale d'aujourd'hui montrent à quel point celle-ci a évolué au cours des dernières décennies – charge de travail, approche holistique, avancées scientifiques, notamment – et combien la profession aspire, comme tant d'autres, à un meilleur équilibre de vie.

Tache d'huile

Le secteur de la santé et celui du social ne sont pas étanches, et les métiers de l'aide et de l'accompagnement sont touchés par une pareille désaffection.

MANQUE DE BRAS

Dans les centres publics d'action sociale par exemple, des postes d'assistants sociaux et d'assistantes sociales restent vacants faute de candidatures, alors que le volume des demandes d'intervention ne cesse de croître dans un contexte migratoire sensible, de crise énergétique et de hausse des prix des aliments qui mettent le budget des ménages en tension extrême. En maisons de repos et de soins, secteur traumatisé par la pandémie, le terme « vocation » a disparu du vocabulaire des personnels.

Paradoxalement, de nouveaux métiers et de nouveaux acteurs émergent dans le secteur social-santé, créant tantôt de l'espoir, tantôt des frottements, car leurs contours souvent sont encore flous : assistants de pratique en médecine générale, *case-managers*, équipes mobiles... Théoriquement, toutes et tous sont au bénéfice d'une vision élargie et complémentaire du *care*, mais en parallèle ce phénomène ne fait qu'amplifier les risques de division du travail, un terreau de la pénurie.



Soigner autrement

Le tout au curatif qui caractérise notre système actuel n'apportera sans doute jamais de réponse complète à la demande croissante d'une population vieillissante, qui souffre de plus en plus de maladies chroniques et d'injustices sociales. Il est indispensable de miser davantage sur la prévention, en agissant notamment sur les déterminants non médicaux – logement, environnement, éducation, travail, position sociale... – dont l'incidence sur notre maintien en bonne santé n'est plus à démontrer. Il est urgent aussi de remédier au mal-être criant des travailleurs et travailleuses du soin, au sens large. ■

Valérie Hubens, chargée de projets de la Fédération de maisons médicales. Pascale Meunier, rédactrice en chef de Santé conjuguée.

UN MANQUE GÉNÉRALISÉ

De nombreuses professions de la santé et de l'aide aux personnes sont dans une situation de tension de recrutement qui les amène à limiter la qualité ou la quantité de l'offre de soins ou d'aide sociale à la population.

Yves Hellendorff, secrétaire national CNE Non-marchand (Centrale nationale des employés).

Naturellement, la pénurie la plus recon- nue est celle qui touche le personnel infirmier et les médecins. Le manque de médecins se fait essentiellement sentir au niveau des généralistes, mais aussi dans certaines spécialités, telles que la gériatrie et la psychiatrie. Des secteurs qui semblaient antérieurement

plus attractifs, car « moins contraignants », tels que la médecine du travail ou la prévention, sont aussi largement en difficulté de recrutement. Si certaines régions rurales connaissent ce problème depuis des années, on constate main-

tenant que le phénomène touche aussi certains quartiers des grandes villes. Au niveau du personnel infirmier, la pénurie est générale : elle touche les hôpitaux, les services résidentiels pour personnes âgées, les soins à domicile, mais aussi les services de prévention, entre autres. Dans les établissements hospitaliers, elle touche de nombreuses professions, au-delà du personnel infirmier : les aides-soignants, certains paramédicaux et des professions de logistique.

Le secteur de l'aide sociale, par exemple en charge de personnes porteuses de handicap ou de jeunes en difficulté, a lui aussi du mal à recruter du personnel qualifié. Il s'agit notamment de pouvoir remplacer les éducateurs absents afin d'assurer la continuité des services essentiellement dans le résidentiel. De même, le secteur de la petite enfance commence à se retrouver en difficulté pour assurer l'accueil dans des conditions optimales. Les mesures visant à augmenter le nombre de places d'accueil se heurtent au manque de personnel puériculteur. Le secteur des aides familiales est également touché. Alors que l'on pourrait imaginer qu'une qualification moins poussée limite les risques de pénurie, on

constate une difficulté réelle de recrutement dans de nombreux services.

Sur le terrain, il y a unanimité pour déplorer un nombre croissant de postes laissés vacants. L'ambassadrice des soins de santé, Candice De Windt, évaluait le manque de personnel infirmier entre 20 000 et 30 000 à la fin 2022. Un hôpital universitaire comme les Cliniques Saint-Luc à Bruxelles évalue ce manque dans ses unités de soins à 10 %¹. Selon le PlanCad², le nombre d'infirmiers actifs dans les soins de santé en Belgique a augmenté de 32 % entre 2004 et 2018 (passant de 95 718 à 126 496). La proportion des plus de 55 ans est passée de 5 % à 19 % ; la catégorie d'âge 50-54 ans a doublé et la catégorie d'âge 55-60 ans a quadruplé. L'augmentation du nombre d'infirmières est donc principalement due au fait qu'elles restent plus longtemps sur le marché du travail.

Des effets réels sur la population

Les premiers effets de cette pénurie ont touché essentiellement le personnel lui-même, à travers la dégradation des conditions de travail, l'intensification des prises en charge, la flexibilisation et l'augmentation des difficultés de conciliation vie professionnelle/vie privée qui l'accompagne. La pandémie a trouvé ce personnel déjà en souffrance, celle-ci étant encore amplifiée par des mesures de restriction budgétaire ne permettant pas de couvrir l'augmentation des besoins en santé d'une population vieillissante. Les efforts réalisés par l'ensemble de ces métiers enfin reconnus comme « indispensables » ont été trop importants pour qu'ils puissent être compensés. De plus, la fin de la pandémie n'a pas été l'occasion d'un relâchement de l'activité sanitaire. Au contraire. Pour, au mieux, le motif médical de limiter les conséquences des reports de soins lors de la pandémie (avec aggravation des pathologies), mais aussi, dans certaines disciplines, pour

Les premiers effets de cette pénurie ont touché essentiellement le personnel lui-même.

1. Joëlle Durbecq, directrice des départements infirmiers aux Cliniques universitaires Saint-Luc.
2. PlanCad Infirmiers 2004-2018, cellule planification des professions de soins de santé, service professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, février 2021.

compenser les pertes économiques, l'outil hospitalier notamment a relancé une activité intensive de « rattrapage ». Le personnel n'a pas pu suivre. Dans le secteur des maisons de repos, le sens même du métier a été largement remis en cause au sortir de la crise : soigner des personnes âgées n'était vraiment pas considéré dans notre société comme indispensable, puisque l'accès des résidents au matériel de protection ou aux soins intensifs a été fortement réduit pendant la pandémie. Les chambres vides restent une cicatrice béante qui mettra du temps à s'estomper³. Un sentiment assez proche a été partagé par le personnel de l'aide et des soins à domicile, comme dans le secteur ambulatoire, où une partie non négligeable des bénéficiaires ont dû se débrouiller seuls, la plupart du temps hors des radars.

Le manque de personnel a alors atteint un niveau tel qu'il n'est plus possible de le compenser. Le taux d'absentéisme grimpe en flèche : +98 % de 2018 à 2021, +33 % de 2020 à 2021 pour atteindre 13,5 % dans les hôpitaux, les chiffres étant encore plus inquiétants dans les autres établissements et services de santé⁴. Les mesures gouvernementales ont, au mieux, été mal calibrées et, au pire, contre-productives dans la durée. C'est ainsi que le Fonds blouses blanches (400 millions d'euros annuels devant permettre d'engager un soignant en plus dans chaque unité de soins) s'est heurté à la pénurie de personnel, ou que les 100 millions d'euros destinés à l'amélioration des conditions de travail ont été réaffectés à la prime de fin d'année. Le gouvernement a décrété s'attaquer à la pénurie en favorisant les heures supplémentaires, en faisant travailler les étudiants et les pensionnés, en déléguant les soins... La plupart de ces mesures ont été un échec ou ont hypothéqué les moyens disponibles pour les générations futures. Comme pour le climat, on devrait pourtant savoir que toute surexploitation d'une ressource limitée crée une hypothèque sur la capacité de répondre aux besoins dans les prochaines décennies. C'est maintenant clair : on a dépassé la limite et c'est à la population de payer la facture, à travers une dégradation de la quantité et/ou de la qualité de l'offre sanitaire.

On évalue aujourd'hui entre 2500 et 5000 le nombre de lits hospitaliers fermés, faute de personnel disponible. La gériatrie est largement touchée (15 % des lits sont fermés⁵). En mai-

sons de repos (et de soins), l'image détestable du secteur n'a pas permis de retrouver des taux d'occupation permettant une tenabilité financière, compensant la fin des aides « Covid ». On aurait pu croire que là, au moins, il n'y aurait pas de problème de pénurie. Eh bien si ! Le taux d'absentéisme mais surtout les fuites et la perte totale d'attractivité du secteur pour le personnel soignant ont été trop importants. L'exemple d'Orpea est à ce sujet très suggestif. Le scandale⁶ révélé en France a aggravé l'image du secteur commercial de l'hébergement des personnes âgées. Une restructuration s'en est suivie pour Orpea Belgique : 7 des 21 institutions bruxelloises ont été fermées et on a regroupé les résidents dans les 14 restantes.

Et le personnel ? Des licenciements ? Des départs volontaires ? Non. Les 500 travailleurs ont été recasés dans les autres MR-MRS, permettant ainsi de répondre à nouveau aux normes d'encadrement !

Dans les soins à domicile, les difficultés de recrutement amènent les services à réduire le nombre de « tournées », à réduire le territoire couvert, voire à sélectionner les prises en charge ou à limiter le nombre de passages. Dans l'aide à domicile, le fractionnement s'intensifie. Il n'est plus rare pour une aide familiale d'assurer quatre prestations (ou plus) sur la journée, réduisant le contact social d'autant. Des phénomènes semblables se retrouvent dans des secteurs de l'aide à la jeunesse, de l'hébergement des personnes porteuses de handicap, mais aussi dans les crèches. L'ambulatoire est lui aussi amené à réévaluer son offre de service en fonction du personnel disponible.

Un cercle vicieux

La pandémie et sa gestion calamiteuse ont mis en lumière le cercle vicieux constitué par des conditions de travail dégradées limitant l'aspect tenable de la profession, lui-même constituant une composante importante de l'attractivité, menant ainsi à une pénurie toujours croissante.

La surcharge de travail s'accroît par l'intensifica-

**Les mesures
gouvernementales
ont, au mieux, été mal
calibrées et, au pire,
contre-productives
dans la durée.**

3. *Le Non Marchand à l'épreuve de la pandémie du Covid-19. Faire la lumière sur les travailleurs et travailleuses oubliés*, CARHOP CNE, juillet 2022.

4. L. Bruyneel et al., *Fortement augmenté du nombre de personnes en incapacité de travail suite à des problèmes de santé mentale entre 2018 et 2021*, Mutualités libres, juillet 2022.

5. « Les soins aux personnes âgées fragiles sont en péril », *Le Spécialiste*, 18 octobre 2022.

6. V. Castanet, *Les Fossoyeurs*, Fayard, 2022.

tion des prises en charge, elle-même due notamment au raccourcissement des hospitalisations et à une complexification des soins. Les plaintes et les crises sont fortement liées à des pics de charge de travail survenus à l'occasion d'une absence de collègue, rendant impossible une prise en charge correcte, vu l'encadrement déjà réduit à la base. À noter que les plaintes portent régulièrement sur la surcharge administrative (perçue comme peu utile ou même contrôlante).

La charge mentale et les risques psychosociaux sont aussi identifiés comme participant à cette dégradation. Le stress et l'insécurité viennent gonfler les composantes intrinsèques des professions de soin telles que la confrontation à la douleur et à la mort, par exemple. Mais la pénurie intensifie aussi l'agressivité des patients/résidents/bénéficiaires et de leurs familles. À cela s'ajoute bien souvent le manque de cohérence de la ligne hiérarchique, tiraillée entre le pouvoir médical tout puissant et les impératifs économiques de gestion : le personnel soignant est en perte de reconnaissance.

Dans un secteur essentiellement féminin, et dans une société où les tâches ménagères restent largement dédiées aux femmes, la conciliation vie professionnelle/vie privée est centrale. L'instabilité des horaires, leurs modifications intempestives sont autant de doubles contraintes quand on a la charge de jeunes enfants. Les dispositifs de crédit-temps ont cependant été largement rabotés. Le passage à temps partiel reste aujourd'hui une des sorties de secours. À noter aussi qu'un nombre non négligeable de personnels soignants a recours au temps partiel pour suivre une formation professionnelle, faute de pouvoir la concilier avec un contrat à temps plein.

Travailler jusqu'à 67 ans ?

On paye (et on continuera de payer pendant des dizaines d'années) la surexploitation du personnel en début de carrière en le perdant en fin de carrière. La suppression des prépensions et des crédits-temps fin de carrière amène des cohortes de soignants épuisés à tomber en maladie longue durée. Si les mesures de dispense de prestations en fin de carrière ont permis de colmater la brèche, cela reste totalement insuffisant. Dans ce cadre, il est suicidaire de promouvoir les heures supplémentaires comme une piste de solution à la pénurie. À noter le phénomène de

double peine que constitue la dégradation des conditions de la pension pour le personnel féminin qui s'est résolu à passer à temps partiel.

Malgré la pandémie, le personnel soignant ne se sent pas reconnu. À la fois dans l'institution, mais aussi dans la société. L'aspect salarial reste largement mis en avant : que ce soit sur les barèmes ou sur les primes pour horaires inconfortables, la pénibilité du métier ne leur semble pas être rencontrée. L'allongement de la durée des études infirmières a sans nul doute creusé la pénurie. Mais le manque d'attractivité se traduit aussi par un niveau d'inscription dans les écoles incapable de compenser le personnel en fin de carrière. À cela s'ajoutent les conditions de formation et de stages qui dégoutent un nombre croissant de candidats⁷. De même, l'abandon en début de carrière s'explique largement par un divorce entre l'idéal de la motivation pour cette profession, les grandes théories de « sciences infirmières » telles que la prise en charge holistique, et la réalité où la déshumanisation du soin et le « saucissonnage » du patient sont le quotidien.

Autant le personnel soignant a tout donné, et même plus, lors de la pandémie, autant, aujourd'hui, l'absence totale de perspective rend la situation extrêmement grave et inquiétante. Ce sentiment est exacerbé par l'incapacité des fédérations d'employeurs à prendre de la hauteur, engluées qu'elles sont dans une vision budgétaire à court terme. Du côté du gouvernement, les mesures envisagées ou en cours d'exécution le sont sans aucune concertation préalable, créant un sentiment d'abandon et de résistance.

On ne peut évidemment pas nier que le système soit sous tension financière avec la crise énergétique et l'inflation. Mais la situation nécessiterait un vrai programme d'action pluriannuel, plurifactoriel, redonnant une perspective, non seulement au personnel en place, le rassurant sur le sens de continuer, mais aussi aux jeunes qui voudraient se lancer dans un tel défi. Pas seulement les jeunes d'ailleurs. Attendre pour prendre des mesures serait criminel. Il faut entamer une réelle concertation pour planifier des mesures structurantes d'une solution crédible : le secteur a besoin de perspectives. Le front commun syndical a déposé une liste de mesures à prendre dans ce cadre. Une campagne est en cours autour du thème « Pénurie de personnel soignant : personnel en souffrance - patients en danger ». ■

7. Voir à ce sujet Ch. Grard et al., *Par-dessus les épaules des stagiaires : la profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation*, UCLouvain, 2023.

CHRONIQUE D'UNE PÉNURIE ANNONCÉE

Un tiers des habitants de Bruxelles n'a pas de médecin de famille. Près d'un médecin sur trois a entre 55 et 64 ans. Le nombre de médecins de 65 ans et plus, encore actifs, est presque aussi important que le nombre des médecins de 45 à 54 ans. Ce qui signifie que beaucoup d'entre eux partiront à la retraite au cours des dix prochaines années. Quelle sera la situation de la première ligne bruxelloise dans dix ans ? Et en Wallonie où sévit le même phénomène ? Quelle menace pour la première ligne essentielle comme premier échelon dans l'organisation des soins de santé ?

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste, présidente honoraire du Groupement belge des omnipraticiens (GBO).

Les médecins-conseils de mutuelle, les médecins du travail sont en pénurie, la plupart d'entre eux issus du « vivier » généraliste, indispensables pour garantir la protection des travailleurs dans un marché du travail de plus en plus agressif. La santé mentale, où sévit un manque de psychiatres et de pédopsychiatres, est au bord de la faillite, ne pouvant plus répondre à la demande de soins qui a explosé lors du confinement de la pandémie de Covid-19 en 2020-2021.

Il y a pénurie de médecins s'investissant dans le suivi des usagers de drogues, le planning familial... La Belgique a obtenu la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse, mais aurons-nous bientôt assez de médecins pour la pratiquer ? Gériatres, pédiatres dans les salles d'urgence... Infirmiers, partenaires du généraliste, sont en pénurie. Et, *last but not least*, il manque de médecins actifs dans la défense professionnelle : si les médecins ont tous le nez dans le guidon, pourront-ils encore défendre adéquatement leur métier ? Que dire de la recherche en première ligne ?

Or, aux combats pour une qualité de vie des prestataires assurant une qualité des soins dans un système structuré par un échelonnement intelligent, s'ajoutent des défis actuels plus « modernes » : la prise en charge des populations réfugiées, les victimes de guerre, d'inondations, de pandémie, de crises environnementales... Avec un médecin sur deux en risque de burn-out se pose la question de l'efficacité de notre profession face à ces défis.

Pourquoi et comment en sommes-nous arrivés là ?

Depuis l'instauration du *numerus clausus* en 1997, la loi prévoit que le nombre de médecins nécessaire est calculé sur base du nombre d'habitants et indique une pénurie à 0,9 médecin généraliste pour 1 000 habitants.

2008 : à l'occasion du dixième anniversaire du *numerus clausus*, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)¹ s'est penché sur la situation de l'offre médicale en Belgique. Seuls 65 % des médecins enregistrés sont des médecins praticiens. Plus d'un quart du quota de nouveaux généralistes n'est pas rempli alors que l'on observe un dépassement du quota des spécialistes. La profession se féminise et vieillit. L'afflux de médecins étrangers augmente (12 % des nouveaux médecins).

Le KCE plaide en faveur d'une planification de l'offre médicale mieux étayée et fondée sur une collecte de données plus performante.

2018 : l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, en collaboration avec la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB), étudie avec précision la réalité bruxelloise². Les données relatives au remboursement par l'INAMI n'enregistrent pas tous les soins qui sont prodigués. Les expatriés, les membres de la Communauté européenne, les touristes, les personnes sans statut de séjour légal

Avec un médecin sur deux en risque de burn-out se pose la question de l'efficacité de notre profession.

1. « Dix ans de *numerus clausus* : situation actuelle et défis pour l'avenir », 18 janvier 2018, <https://kce.fgov.be>.

2. S. Missinne, S. Luyten, *Les médecins généralistes en Région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ?* www.ccc-ggc.brussels.

3. WalStat, <http://walstat.iweps.be>.

4. Le principe du « lissage » (réduction du quota francophone pour contrebalancer le nombre des étudiants surnuméraires) est aboli en 2023. Les étudiants surnuméraires seront orientés vers les métiers en pénurie. C'est donc répondre à une nécessité actuelle par les excédentaires d'antan.

5. En 2023, le ministre fédéral de la santé publique et des Affaires sociales a augmenté les quotas globaux et revu leur répartition communautaire. La clé de voûte de l'accord sur les numéros INAMI est l'analyse des besoins en santé des populations, en tenant compte de tous les facteurs mesurables : superficie des territoires, nombre d'habitants, facteurs socio-économiques, prévalence de certaines maladies... et activité réelle des prestataires, changement de pratiques : télémédecine, alternatives à l'hospitalisation...

À Bruxelles, l'accord récent se rallie à l'étude des besoins de la capitale, riche de 150 nationalités (un tiers de l'immigration du pays), annulant la répartition des médecins NL/FR orchestrée par la ministre De Block se basant sur la fréquentation scolaire des enfants et

(quelque 100 000 personnes en Belgique, dont une grande partie en Région bruxelloise) n'ont pas droit à l'assurance-maladie obligatoire. Le nombre réel d'habitants est sous-estimé. Ne sont pris en compte que les habitants officiellement enregistrés. Tous les besoins de soins ne sont pas rencontrés. Près d'un quart (23 %) des ménages bruxellois affirment avoir reporté des soins en raison de difficultés financières. Cela arrive plus souvent à Bruxelles qu'en Flandre (5 %) et en Wallonie (9 %). Sur la base des chiffres par groupe d'âge et par facteurs socio-économiques de la population, 67 quartiers sont identifiés comme confrontés à une possible pénurie.

2022 : l'Agence pour une vie de qualité (AViQ) et la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) réalisent un cadastre précis répertoriant tous les généralistes actifs en première ligne, comptabilisant les demi-journées de pratique omnipraticienne dans les pratiques mixtes³. Se révèle alors une pénurie massive à préciser selon la grandeur de la patientèle : si l'on juge une pratique normale à 750 dossiers médicaux globaux (DMG)/médecin, proche des désirs des jeunes médecins, on peut conclure à une pénurie générale ; à 1 100 DMG, médiane actuelle, 50 % des communes sont en pénurie ; à 2 000 DMG, proposition de certains syndicalistes et politiques, une dizaine seulement sont en pénurie. Avant 2022, le cadastre des médecins sur lequel reposent les calculs est réputé obsolète, ne prenant pas en compte le temps de travail de chaque médecin ni les activités particulières exercées : nutrition, psychothérapie, homéopathie... les excluant de la médecine généraliste omnipraticienne.

Une perte d'effectifs

Au sud du pays, le non-respect systématique des sous-quotas, définis au début de l'application du numerus clausus (43 % de généralistes et 57 % de spécialistes), est imputable à la responsabilité des universités francophones et à la passivité de la tutelle. En 2013, le rapport était 30/70.

La profession de généraliste a moins attiré les jeunes, les universités prodiguant des formations trop peu tournées vers la médecine générale, malgré les efforts remarquables des départements universitaires et des centres académiques de médecine générale (DUMG/CAMG). Nombre de généralistes se retrouvent

à l'hôpital, où ils compensent l'absence des spécialistes partis exercer en ambulatoire... Le « lissage »⁴ a réduit de façon arbitraire le nombre de médecins sortants des universités francophones, sanction imposée pour non-respect des quotas basés sur le cadastre. La médecine préventive (médecine du travail...) est issue essentiellement de la médecine générale, n'ayant pas reçu de sous-quota spécifique. Les quotas n'ont pas été établis en fonction des besoins de la population, mais pour maintenir une force de travail calculée sur une courbe historique de l'offre de médecins basée sur une « consommation » de soins constante. Ils ne tenaient compte ni des besoins réels de la population, modulés selon le sexe, l'âge, les pathologies et le niveau social des habitants, ni de l'étendue des territoires avec leur densité de population. Plus récemment, les évolutions macroscopiques observables au niveau des pratiques (féminisation de la médecine, diminution de la disponibilité horaire, progression du travail à temps partiel, allongement des consultations, etc.) ont été prises en compte^{5,6}, mais les changements significatifs de pratique (télémédecine, télémonitoring...) n'ont pas encore été introduits dans les équations en vue de la production de praticiens à moyen terme.

Des outils controversés de réduction des effectifs

Après une valse-hésitation en Francophonie, a été décidé pour 2023 un concours à l'entrée des études de médecine. Ce carcan est un outil de sélection sociale négative et, verrouillé sur les seuls étudiants en Belgique, est discriminant au profit de ceux ayant étudié hors Belgique. Par ailleurs, il n'y a pas d'outil scientifiquement validé pour garantir, avant même qu'ils n'aient commencé à étudier, une sélection efficace de futurs médecins, avec toutes les qualités scientifiques et humaines requises. Nous regrettons le principe du concours imposé à la place d'un examen avec année préparatoire facultative. La seule limite au nombre d'étudiants accueillis doit être la préservation de la qualité de l'enseignement, par exemple au regard du nombre de maîtres de stage disponibles.

Des pistes peu explorées

Vieillesse des médecins généralistes, déserts médicaux, augmentation de la population et sa

vulnérabilité grandissante, complexification et chronicité des pathologies, augmentation de la souffrance psychique, mettent en lumière la nécessité de garantir une première ligne forte assortie d'une politique d'installation : une répartition géographique harmonieuse des praticiens par des incitants à l'installation prioritaire dans les zones en pénurie.

- Une politique d'installation diminuerait la discrimination liée à l'accès illimité au territoire pour les médecins ayant étudié en Europe hors Belgique. La pénurie de généralistes et de certaines spécialités est un appel d'air des cerveaux aux dépens des pays formateurs qui en ont pourtant bien besoin⁷.
- Une couverture suffisante des besoins en médecine préventive et administrative, avec la possibilité de mixité des pratiques (temps partiel en médecine générale combiné à une pratique en centre de planning familial, par exemple) nécessite des sous-quotas spécifiques et un numéro INAMI attribué à chaque médecin, en curatif et en préventif.
- « *Les quotas fédéraux pourraient être attribués non plus sur des têtes, mais des pratiques, solo en réseau ou pratiques groupées, s'inscrivant dans un rapport fixe entre le nombre de patients desservis et la force de travail. Compter un certain nombre de patients par pratique, définis idéalement par l'existence d'un DMG, permettrait d'intégrer au sein de ces cabinets associés des "fractions" de médecins. Cette solution permettrait d'absorber plus de médecins généralistes sans coût supplémentaire pour la sécurité sociale et favoriserait un meilleur équilibre de vie pour autant qu'ils ne tombent pas au-dessous d'un seuil d'activité nécessaire au maintien des connaissances et compétences⁸.* »

Il importe alors de tenir compte du poids d'un patient standard, pour mieux évaluer la charge de travail que représente une patientèle (patients plus âgés, plus pauvres, moins alphabétisés, allochtones...); de l'allongement de la durée de la consultation pour y favoriser l'écoute, le *counseling*, la participation interactive; des activités non cliniques comme la médecine environnementale en devenir ou la recherche en médecine générale; de la division du travail clinique entre spécialistes, entre spécialistes et généralistes, entre médecins et non-médecins, et

enfin parmi les non-médecins, régie par le principe de subsidiarité dans un échelonnement des soins intelligent selon le principe : « *Les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au prix le plus juste* », priorité du GBO⁹.

Divergences syndicales et communautaires

Le syndicat majoritaire s'est refusé à admettre pendant des années le risque majeur d'une pénurie. Selon le principe de « ce qui est rare est cher », l'objectif sous-jacent était bien d'augmenter la force de négociation corporatiste des médecins. De nombreux politiciens néerlandophones ont été aveuglés par un débat qu'ils estimaient essentiellement communautaire. Nos confrères néerlandophones n'ont pas pu se distancier de cette vision communautaire, n'entendant pas les signaux d'alerte envoyés depuis longtemps par le sud du pays. Conclusion : nous ne voulons ni pléthore ni pénurie. La qualité des soins est victime de l'une comme de l'autre; la surproduction et la sous-production de soins sont toutes deux porteuses de iatrogénéité.

La Francophonie n'est pas pléthorique, malgré le fait de ne pas avoir respecté les quotas fédéraux. Les médecins francophones sont confrontés à des réalités sanitaires différentes du nord du pays : plus de bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), de maladies cardiaques, de pauvreté, d'immigration... La situation ne serait-elle pas encore plus catastrophique aujourd'hui s'ils avaient respecté hier ces quotas basés sur un cadastre qui ne tenait pas compte des réels besoins des différentes populations? « *Par ailleurs, les planificateurs ne pouvaient-ils pas (pré)voir l'aspiration croissante des jeunes générations à un meilleur équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle? Cette volonté, dont la féminisation ne fut que le fer de lance tant les jeunes médecins masculins s'y sont engouffrés, a conduit à la nécessité d'avoir 2 (ou 3) jeunes praticiens pour remplacer un seul ancien qui prend sa retraite.* »¹⁰

Et pourquoi l'appel du terrain, confirmé par le KCE dès 2008, n'a-t-il pas été suffisamment entendu? Quelle en a été la responsabilité politique? Mais saluons aujourd'hui l'avis formel de la commission de planification de 2023/1¹¹, très encourageant pour l'avenir et qui répond positivement à nos critiques dans cet article. ■

- soutenue par tous les partis néerlandophones en dehors de tout argument scientifique.
6. Le rôle de la Commission de planification fédérale est limité à fixer annuellement un quota global de médecins qui pourront recevoir un numéro INAMI pour l'ensemble du pays et leur répartition communautaire. Elle formule des recommandations aux Communautés désormais compétentes pour fixer leurs sous-quotas respectifs, compétences organisées par la loi. Le quota global pour l'année 2027 est de 1 517 médecins (contre 1 445 les années précédentes) et de 2073 (dont 51 % de généralistes) pour 2029.
7. En 2015, en Communauté française, 42 % des numéros INAMI sont attribués aux étudiants européens formés hors des universités belges.
8. J.-Ch. Adnet, A. Lasserre, « Médecins généralistes, l'inquiétante pénurie », interview du Dr P. Drielsma, #Investigation RTBF, 8 février 2023.
9. www.le-gbo.be.
10. RTBF, *op cit.*
11. Avis formel Médecins Quota 2029-2033, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be>.

NEW DEAL POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE, NEW DEAL POUR LES MAISONS MÉDICALES ?

Le déséquilibre entre la demande et l'offre impose de revoir le modèle organisationnel de la médecine générale. C'est dans ce contexte que le ministre fédéral de la Santé a lancé en juin 2022 le New Deal pour la médecine générale. Plusieurs chantiers pour répondre à des questions telles que la surcharge administrative, la planification des ressources humaines, l'organisation de la permanence de soins et une réflexion sur un nouveau modèle organisationnel et de financement permettant à la médecine générale d'affronter les défis à venir que sont, entre autres, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques.

Hubert Jamart, médecin généraliste, doctorant au département de médecine générale de l'Université de Liège et **Jean-Luc Belche**, médecin généraliste, département de médecine générale de l'Université de Liège, co-président francophone du groupe de réflexion New Deal.

Les travaux de réflexion dédiés aux aspects organisationnels et financiers se sont déroulés de septembre 2022 à février 2023, alternant recours à la littérature et études de cas d'autres systèmes de santé, demande de positionnement des organisations et prise d'avis auprès des acteurs de terrain à travers des focus groups et une enquête en ligne. À dessein, le groupe de travail a abordé le modèle de financement, après avoir abordé successivement les missions attendues d'une pratique de médecine générale (MG), le lien à définir

entre cette pratique et le patient/patientèle et le type de collaboration avec certains profils professionnels qui pourraient venir soutenir le médecin généraliste dans ces missions de première ligne. Un rapport reflétant les discussions a été présenté à la commission nationale médico-mutualiste, organe principal de concertation de notre système de santé¹. La suite est confiée à un groupe de travail technique pour déterminer les contours réglementaires et financiers terminaux avant de passer à une phase de monitoring sur un échantillon restreint de pratiques dès 2024.

Retours de terrain

Les focus groups se sont déroulés dans onze groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM)

répartis sur le territoire et qui réunissaient les différents modes de pratiques et un nombre minimal de jeunes généralistes. Chacun a discuté deux sujets : les modalités de collaboration au sein de pratiques de médecine générale pour répondre aux défis à venir et les modalités de financement actuelles et leur modulation éventuelle à l'avenir. Les participants ont évoqué la collaboration nécessaire avec des profils secrétariat/accueil et le profil infirmier au sein même de pratiques de médecine générale, en avançant les avantages de l'internalisation/intégration : connaissance interpersonnelle entre professionnels et avec les patients permettant la confiance, développement de protocoles internes de collaboration et délégation. Les tâches souhaitées de la part du professionnel infirmier concernaient le suivi de patients avec maladie chronique stable, la réalisation de certains actes techniques simples, le tri de la demande de soins et, au niveau de la patientèle, l'organisation d'actions de prévention et la gestion du matériel médical. Les autres profils professionnels étaient davantage évoqués pour répondre aux besoins selon le contexte, aux exigences et nécessités de choix d'un professionnel pour des raisons relationnelles (psychologue) ou professionnelles (kinésithérapeute spécialisé dans un domaine).

Les participants ont livré un regard critique sur les différents modes de financement actuels. Le système de paiement à l'acte récompense celles

Les participants ont livré un regard critique sur les différents modes de financement actuels.

1. Vers un New Deal pour le financement et l'organisation de votre cabinet de médecin généraliste, www.inami.fgov.be.

et ceux qui travaillent plus et valorise aussi une certaine disponibilité. Il permet une certaine flexibilité par la modulation directe des revenus en lien avec l'activité. Sous sa forme actuelle, il est adapté aux situations simples, pour des contacts de courte durée. Le mode de paiement à la capitation est mieux adapté quant à lui pour les situations complexes. Il permet la proactivité pour les actions de prévention et reconnaît les activités de coordination en dehors du contact. Il octroie au prestataire une flexibilité d'allocation des ressources, incluant aussi la délégation de certaines tâches. Aucun mode n'est vertueux en soi : chacun peut aboutir à une certaine sélection de patientèle et modifier l'offre de soins à l'encontre des besoins réels du patient pour augmenter les gains du prestataire.

L'enquête de terrain a été proposée à tous les généralistes du pays. Les 2453 répondants étaient en majorité des pratiques de groupes monodisciplinaires à l'acte de près de trois médecins et partageaient près de 1000 dossiers médicaux globaux (DMG)/pratique ; 12 % des répondants travaillaient au forfait. Les principaux obstacles à l'embauche d'un collaborateur sont l'insuffisance de ressources financières et d'espace. Si la majorité des répondants sont satisfaits de la situation actuelle, 70 % sont prêts à envisager un autre mode de financement sous certaines conditions ; les freins évoqués sont la perte de revenus et le la charge administrative. Soumis à différents scénarios, trois évolutions étaient davantage plébiscitées : une délégation de tâches à un professionnel infirmier permettant une réduction de la charge de travail ou permettant des consultations plus longues ou une augmentation de la patientèle.

Proposition

Une proposition a été formulée au terme de ces travaux. En voici quelques éléments saillants.

- La reconnaissance d'une pratique New Deal pour un seul MG ou un groupe de MG pratiquant sous le même toit ou en réseau, avec partage de dossiers et outils d'intégration (logiciel commun, réunions de concertation, nécessairement tous accrédités).
- Un modèle de financement mixte, alliant une part plus importante de forfait à la capitation (type DMG), et un maintien de la part de financement à la prestation avec

la même nomenclature. Les proportions capitation/prestation devraient être globalement équivalentes, avec des variations possibles selon le profil de patientèle et le niveau d'activité de chaque pratique. L'objectif est de viser au minimum un maintien du revenu moyen par prestataire pour les pratiques qui effectueraient la transition d'un mode de financement vers un autre.

- Un forfait par patient pondéré selon un nombre limité de critères corrélés à la demande en soin (âge, statut BIM), suffisamment simples pour les MG et les organismes assureurs. Le versement pluriannuel devrait faciliter la planification et éventuellement l'embauche de professionnels de soutien.
- Une relation de soins formalisée entre un patient et son MG, respectant le choix du patient et du prestataire. Des tarifs de consultation dits « passants » permettent aux patients d'avoir des contacts avec des MG en dehors de cette pratique (second avis), et aux MG de la pratique de prendre en charge des situations temporaires hors patientèle régulière (remplacement de collègues dans le quartier, touristes, pensionnat ou enfants en garde alternée).
- L'option d'intégrer un professionnel infirmier pour des activités spécifiques. Le financement de ce professionnel est découplé des financements à la prestation et à la capitation. Ces activités spécifiques ne seraient pas rémunérées par la nomenclature infirmière actuelle et donc ne rentreraient pas en compétition avec les infirmiers de soins à domicile. Une taille de patientèle minimale est en discussion pour faire valoir cette prime de collaboration facultative.
- La reconnaissance d'un temps de travail pour la gestion de la pratique, à partir d'un nombre défini de professionnels, qui peut être soit attribué à un MG ou à un professionnel dédié.

Impact sur le financement forfaitaire actuel.

L'évolution du rapport prestation/capitation en tant que source de financement des pratiques à environ 50/50 semble témoigner d'une certaine reconnaissance par la profession de l'apport du financement forfaitaire. Le modèle New Deal comporte plus de passerelles avec le système à

la prestation et pourrait faciliter la cohabitation des deux modèles en permettant la solidarité entre pratiques de financements différents d'un même territoire. L'aspect hermétique de la pratique forfaitaire actuelle a peut-être joué en défaveur de l'acceptation de ce modèle par les autres prestataires².

Là où la part du forfait infirmier dans le modèle de capitation actuelle comprend les activités en cabinet et les soins au domicile, la nouvelle proposition considère un financement de la pratique pour les activités en cabinet, indépendant de la nomenclature existante. Cette évolution pourrait inciter à discuter d'une revalorisation du forfait infirmier actuel, afin d'inclure cette composante essentielle, mais sous-valorisée, du rôle infirmier. Des dérives « rentabilistes » du modèle forfaitaire observées sur le terrain limitent l'accessibilité de la pratique pour les patients et relaient davantage à la deuxième ligne. Le maintien de la part « prestation » dans le financement global d'une pratique valorise financièrement le maintien d'une disponibilité minimale et une charge de travail élevée. On peut toutefois regretter que ce ne soit que par ce biais du financement de la prestation qu'est garantie la disponibilité/ accessibilité horaire de la pratique et non par un engagement déontologique plus fort ou un encadrement légal plus contraignant.

Il se peut *in fine* que ce nouveau modèle représente un attrait pour des praticiens à l'acte et grossisse les rangs des défenseurs d'un mode de financement plus conséquent à la capitation. Il se peut aussi que l'attrait concerne des MG déçus par le forfait « intégral » et vienne « siphonner » le réservoir, déjà dans le rouge, des MG en maisons médicales.

Impact sur le modèle pluridisciplinaire des maisons médicales. Le modèle New Deal ouvre davantage la porte à la collaboration, notamment avec le professionnel infirmier, pour la médecine générale. C'est tout un champ de compétence infirmière sous-valorisé par la nomenclature actuelle qui est remis à l'avant-plan et qui permet l'*upgrade* de la pratique de première ligne vers des objectifs plus ambitieux³. Ce n'est peut-être qu'un petit pas à l'échelle de la profession infirmière, mais il s'agit d'une évolution considérable pour la profession de médecin généraliste. Le modèle New Deal reconnaît finalement une spé-

cificité du professionnel infirmier au sein d'une pratique de MG et distingue ce profil de celui d'infirmiers en soins généraux. Pour répondre à cette nouvelle demande, il reste le choix d'adapter l'existant ou de créer une nouvelle filière de formation. Ce processus peut participer à la reconnaissance et la valorisation de l'infirmier en maison médicale au sein des équipes.

La question de la composition de l'équipe de base pour la pratique New Deal (accueil-médecin-infirmier) rejoint celle proposée par d'autres systèmes de santé⁴ et contraste avec les compositions extensives des maisons médicales⁵. Le fait que le modèle New Deal ne concerne pas la triade complète médecin-kiné-infirmier (soins à domicile inclus) pourrait participer encore à une perception moins contraignante de ce nouveau mode d'organisation.

L'évolution vers une spécialisation de certaines professions de première ligne (kiné, psy) met en tension le modèle actuel. Faut-il s'adapter à cette tendance, comme semble le faire le modèle New Deal ou défendre un retour à un généralisme positif, assumé et intégré pour ces professions au sein des équipes de maisons médicales ? La question de l'accessibilité de la MG touche tous les types de pratiques des territoires qui y sont confrontés et ce n'est pas qu'au niveau des pratiques New Deal que la question de l'accessibilité sera traitée et résolue. Les maisons médicales peuvent-elles prendre en charge davantage de patients ? La question de la taille idéale, voire optimale, de la patientèle est à traiter en incluant la taille et la composition idéale d'une équipe, en fonction de ce qui est attendu d'elle dans le territoire dans lequel elle s'implante. La réorganisation des pratiques ne pourra pas à elle seule répondre à la question de l'accessibilité. Toutefois, via la collaboration avec d'autres professionnels et une attribution des tâches selon le meilleur niveau de compétence nécessaire, il est possible d'envisager un accroissement de la capacité de prise en charge des futures pratiques de première ligne⁶.

Si ce New Deal propose une troisième voie qui semble être une évolution nécessaire du paysage belge, elle ne représente pas réellement une révolution des soins de première ligne. Elle remet en débat, au niveau des professionnels de terrain et des décideurs, les fondements de son financement et de son organisation. ■

2. Le taux de consultation hors pratique devra faire l'objet d'un monitoring comme possible indicateur de shopping médical (côté patient) ou de disponibilité réelle des MG (côté pratique).
3. Cela rejoint presque en tout point les conclusions de la recherche-action CoMInG : collaboration entre médecins et infirmiers de la première ligne de soins en Wallonie, J.-L. Belche, M. Karam, A. Crismer, <https://orbi.uliege.be>, 2019.
4. J.-L. Belche, A. Sousa, « Regards croisés entre le Portugal et la Wallonie », *Santé conjugée* n° 73, décembre 2015.
5. 7,55 fonctions différentes en moyenne dans les maisons médicales de la FMM-CSF (Tableau de bord 2019).
6. Le modèle français des infirmiers et infirmières ASALEE estime à 10 % cet accroissement issu de cette collaboration avec les MG. Ch. Loussouarn et al., « Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière ASALEE sur l'activité des médecins », *Revue d'économie politique*, 2019/4.

LA MÉTAMORPHOSE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La médecine générale de papa (mâle, solitaire, aiguë, rapide, juteuse...) est morte. La générale de demain (féminine, groupée, chronique, lente, modeste...) est à nos portes.

Pierre Drielsma, médecin généraliste à la maison médicale de Jemeppe (Jemeppe-sur-Meuse/Seraing).

La médecine générale, le plus beau métier du monde et peut être le plus vieux si l'on en croit les chamans peints sur les grottes du paléolithique, est un métier en mutation accélérée. Cette mutation est d'autant plus complexe qu'en France et en Belgique francophone, les facultés de médecine, porte-avions des spécialités, se désintéressent globalement de la pratique générale/médecine de famille.

Ce métier a connu de profondes transformations depuis le XIX^e siècle. En effet, en France et en Autriche-Hongrie, les spécialités sont apparues avec le progrès scientifique. La séparation des spécialités et de la « générale » est dans l'air. Les médicaments efficaces font leur apparition, le développement de la chimie (et de la biochimie) permet leur production de masse et leur calibration. Grâce à l'asepsie, l'antisepsie et l'anesthésie, la chirurgie passe à la vitesse supérieure. Puis les outils techniques, imagerie, biologie clinique, endoscopie, chirurgie assistée. Enfin l'intelligence artificielle promet de simplifier et sécuriser l'action diagnostique et d'éviter les errances. Toute cette expansion de l'univers médical dans un espace infini rend plus nécessaire que jamais une fonction de synthèse en contact direct avec le patient.

Un monde qui change

En plus de ces mutations sur le front technologique, nous devons ajouter une grande transformation sur le plan socioépidémiologique. L'université était masculine, donc la médecine aussi : en 1884, Isala Van Diest a 42 ans lorsqu'elle reçoit définitivement, par un arrêté royal spécial, l'autorisation d'exercer la médecine en Belgique. Pour l'anecdote, quand elle a voulu entrer à l'université de Louvain, le rec-

teur lui a conseillé de devenir sage-femme... Le médecin généraliste travaillait et surtout à domicile. En 1980 encore, à la maison médicale Baudista van Schouwen, nous faisons plus de 50 % de visites, ce chiffre ne dépasse plus guère 20 %. Les généralistes étaient les esclaves de leur art, ils travaillaient de l'aube au crépuscule et étaient souvent appelables la nuit.

Aujourd'hui et avec raison, ils cherchent à bétonner un horaire compatible avec une vie privée, la famille, le sport et la culture...

Leur activité clinique correspondait le plus souvent à la médecine aiguë, soit bénigne (infection des voies respiratoires supérieures, cystites, diarrhées, MST...), soit sévère (infarctus du myocarde, œdème pulmonaire aigu, bronchospasme suffocant, trauma...). En fait la médecine générale jouait un peu le rôle d'un tri d'urgence. Cela pouvait être assez angoissant, je me souviens de mon généraliste familial qui, inquiet de mes plaintes abdominales aiguës, téléphonait (vieux appareil en bakélite avec cordon torsadé) à ses maîtres universitaires pour démêler le vrai du faux.

Il résulte du caractère aigu et du temps passé lors des visites à domicile que la durée de contact était le plus souvent brève (de l'ordre de dix minutes, contre plus de vingt aujourd'hui). Le nombre de patients suivis par un médecin généraliste dépassait les 2 000 ; actuellement, si on dépasse 1 100 la Wallonie enregistre une pénurie (et dans les quartiers populaires - à haut risque -, je descendrais volontiers sous les 900 voire 750 selon certains collègues).

**Les généralistes
étaient les esclaves
de leur art, ils
travaillaient de
l'aube au crépuscule.**

Un généraliste de 1970 serait bien incapable de pratiquer la médecine de famille d'aujourd'hui.

1. L'histoire de la médecine générale en Angleterre est complexe et procède de conflits territoriaux entre docteur en médecine, médecin (*physician*), pharmacien (*apothecarian*), barbier et chirurgien. O. Plowright, "General practice in England, An historical note", *J. Coll. Gen. Pract.*, 1963, 6; RS Roberts, "Historic battle for the freedom of general practice in England", *Central African Journal of Medicine*, September 1969.

2. Un tendon fléchisseur du doigt se coince dans une poulie fibreuse, jusqu'au moment où une forte traction le débloque, ce qui produit un ressaut. 3. M. Jamouille et al., « La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste », *Santé conjugée* n° 55, janvier 2011.

4. B. Majnoni d'Intignano, *La protection sociale*, Livre de poche, 1997.

Durant cette période, notre discipline a été largement subvertie. Pour certains théoriciens universitaires, la médecine générale n'avait aucun avenir : elle serait à terme remplacée par les polycliniques spécialisées. La meilleure preuve, le mouvement ouvrier a cherché à améliorer l'accès à la médecine spécialisée via les polycliniques mutualistes. La médecine générale n'était déjà plus la question. Le salut est venu du développe-

ment de la médecine en Angleterre, terre de résistance au modèle austro-français¹ – la science du XIX^e siècle ayant d'abord procédé par la méthode analytique chère à René Descartes. En Angleterre, on n'est pas cartésien, mais baconien, c'est-à-dire pragmatique, expérimental. Comme dit l'adage local : la preuve du pudding c'est qu'on le mange. Et les Anglais mangeaient de la médecine générale de bon appétit. Le prestige intellectuel des spécialistes n'a pas empêché les Anglais de valoriser leur *general practitioner* (GP) et de lui garder une place dans leur cœur. Et comme le système de santé britannique (NHS) a besoin du GP comme de pain pour contenir les coûts, la médecine générale a gagné ses galons dans la guerre contre les dépenses inutiles. Je reste toujours fasciné par les recommandations britanniques. Un exemple parmi d'autres : le doigt à ressaut². Il s'agit d'une pathologie bénigne, mais gênante. En Belgique et en France, on se ruera chez le chirurgien de la main. Nos confrères d'outre-Manche conseillent l'exercice. Avec succès.

On le voit, la médecine générale a un rôle très important à jouer dans l'économie de la santé, mais aussi le bouclier contre les interventions iatrogènes, la prévention quaternaire chère à Marc Jamouille³. Nous sommes les Jean-Claude Defossé de la santé, nous pourchassons les travaux inutiles.

Vers plus de sécurité

Pour suivre dans cette veine inépuisable, je me souviens d'un congrès du syndicat (français) de la médecine générale (SMG) à La Rochelle. Y étaient toujours invités des experts du plus haut intérêt. La professeure d'économie de la

santé Beatrice Majnoni d'Intignano expliquait aux toubibs médusés que, comme généralistes, ils vendaient du yaourt nature, blanc, excellent produit, mais hélas, banal. Il se vendait bien, mais à petit prix. Les spécialistes, eux, vendent des yaourts aux fruits avec du sucre de canne, ou qui sait, du miel... avec de meilleurs profits. C'est la raison pour laquelle elle pensait qu'un autre mode de paiement que l'acte était préférable pour la médecine générale qui ne pourrait concurrencer l'attractivité du yaourt aux fruits. Elle écrivait : « *Dans tous les pays rémunérant leurs généralistes à l'acte, la médecine de famille décline au profit d'une médecine de plus en plus spécialisée et coûteuse. Seule la capitation protège les médecins de famille de cet abandon relatif et du déclin de leurs revenus. Soucieux de leur intérêt, les spécialistes* (NDLA : cf. l'ABSyM en Belgique) *les encouragent dans cette voie*⁴ ». Voté en 1982, appliqué pour la première fois à la maison médicale Bautista van Schouwen, à Seraing, le 1^{er} juillet 1984, le forfait à la capitation a donné une nouvelle jeunesse aux maisons médicales qui étaient prises de langueur.

Un généraliste de 1970 serait bien incapable de pratiquer la médecine de famille d'aujourd'hui. Un exemple pour illustrer la révolution thérapeutique : le suivi du diabète en première ligne. À l'époque le généraliste disposait d'insuline surtout pour les diabètes 1 et les diabètes 2 fortement déséquilibrés. Il disposait de trois classes de médicaments (et encore, la metformine était contestée). Aujourd'hui on est passé à huit familles de traitement ; ces nouveaux traitements ont permis de grandes avancées et le passage à l'insuline est devenu de plus en plus tardif, voire inutile. Des progrès qui permettent au généraliste de soigner toujours plus de problèmes de santé, plus loin, plus longtemps avec toujours plus de sécurité. L'intelligence artificielle assistera le dossier médical informatisé pour repérer les oublis, proposera (ou non) un examen complémentaire pour ne pas passer à côté d'une maladie rare. La sécurité des soins sera meilleure et l'autonomie de la première ligne accrue.

La mise en place d'une politique d'échelonnement que proposent la Fédération des maisons médicales et le Groupement belge des omnipraticiens (GBO) devient toujours plus crédible. Il faudra que les politiques décident enfin de soutenir les vendeurs de yaourts nature... ■

LE FORFAIT, UN ATTRAIT POUR LES GÉNÉRALISTES ?

Roger van Cutsem, médecin de famille à la maison médicale de Ransart, a travaillé durant dix-sept ans à l'acte avant d'opter en 2008 avec son équipe pour le financement forfaitaire. Il analyse les intérêts et les faiblesses de ce dernier dans le contexte de la pénurie.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugulée*.

Quelles différences entre ces deux systèmes de financement ?

À l'acte, je percevais un honoraire pour chaque prestation et j'en ristournais une partie à la maison médicale. Au forfait, c'est la maison médicale qui reçoit mensuellement un forfait par patient inscrit, que celui-ci ait consulté ou pas, pour les soins de médecine générale, infirmiers et kinés. Elle rétribue ensuite les différents travailleurs en fonction de leur contrat de travail ou d'une convention pour les indépendants. Le trajet des flux financiers est donc fondamentalement différent.

Quel impact sur le vécu du généraliste ?

À l'acte, j'oscillais entre la peur de ne pas avoir assez de travail pour gagner ma croûte et un excès de travail menaçant l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Au forfait, cette tension a soudainement disparu, les périodes calmes permettant de souffler. La surcharge étant gérée grâce à un travail en équipe plus facile à mettre en œuvre puisqu'il n'y a plus de concurrence entre les prestataires d'un même secteur. Si un patient me quitte pour un de mes collègues, c'est peut-être une blessure narcissique, mais pas une menace financière... Quand j'étais assistant à l'acte, j'avais certains jours trop peu de travail parce que les médecins titulaires hésitaient à me confier des patients, car cela impactait leur revenu. Dans le modèle forfaitaire, cette réticence n'existe plus. Par contre on pourrait observer une délégation excessive, car tout système a ses dérives potentielles.

Le forfait favoriserait la collaboration entre prestataires de première ligne ?

Il n'y a pas de concurrence financière au sein d'un même secteur et il en est de même entre les

secteurs de soins au forfait. Ce mode de financement incite donc à la subsidiarité. Un exemple concret : la vaccination contre la grippe. À l'acte, vacciner un patient, c'est de l'argent facilement et rapidement gagné si on compare à l'honoraire équivalent perçu pour d'autres situations complexes et chronophages. Au forfait, il y a un intérêt manifeste d'impliquer les infirmières pour assurer des permanences de vaccination. Conséquences : un gain de temps pour les généralistes souvent débordés en période hivernale et un gain d'efficacité de la campagne grâce à une meilleure accessibilité. L'INAMI a pu montrer que les performances en matière de prévention sont meilleures dans les structures au forfait qu'à l'acte. Ce n'est pas parce que les médecins travaillent mieux, mais parce que l'ensemble de l'équipe (accueil, infirmières...) est impliqué dans le processus. Cette subsidiarité est également observable entre psychothérapeutes, travailleurs sociaux et généraliste. Ce dernier est déchargé de tâches pour lesquelles il ne dispose ni du temps ni des outils indispensables pour un travail optimal, et son patient est pris en charge par des intervenants spécialisés et disponibles. Et cela coûte moins cher à la structure. C'est ce que j'appelle un *win-win-win*.

En quoi le forfait modifie-t-il le rapport entre le patient et son généraliste ?

Je demandais récemment à un confrère à l'acte de combien de patients il était le médecin traitant : « Aucune idée ! Les patients font du shopping médical et je ne sais jamais si je suis vraiment leur médecin traitant. » Un vécu qui peut être démotivant et générer l'envie de changer de métier... Il est aussi potentiellement déresponsabilisant par

Ce mode de financement incite à la subsidiarité.

rapport à une volonté de prise en charge globale. Il incite à se limiter à une stricte réponse à la demande curative amenée par le patient. Suis-je en charge des aspects de prévention ou de rassembler l'ensemble des informations concernant ce patient si je ne sais pas si je suis vraiment son médecin traitant? Au forfait, cette question est résolue par la signature d'un contrat qui lie et responsabilise les deux parties. Par contre, le forfait peut déforcer le lien privilégié entre le patient et un médecin traitant en particulier.

Le forfait est-il le financement idéal de la pluridisciplinarité?

J'ai travaillé à l'acte pendant dix-sept ans dans une équipe monodisciplinaire de quatre médecins, dont la taille et l'offre de soins ont peu évolué au fil du temps. Depuis le passage au forfait il y a quinze ans, la taille et l'offre de soins *intramuros* n'ont cessé de croître. Ce n'est pas un hasard. La maison médicale reçoit un financement global et l'équipe peut décider en toute autonomie comment distribuer les ressources. Nous avons pu développer les soins psychothérapeutiques, bien que n'étions pas financés pour le faire, avec l'argent des forfaits médecins et infirmiers, car nous étions convaincus de répondre à un besoin important de nos

patients. Pour des raisons symboliques de pouvoir et de territoire, cela aurait été plus difficile à mettre en œuvre si ces budgets avaient dû être ponctionnés sur l'argent rapporté par les actes de ces soignants. La prévisibilité des rentrées permet en outre de mieux planifier les investissements et de s'assurer de la viabilité de nouveaux services. Je me dois de nommer aussi la fonction d'accueil qui est le premier maillon de la chaîne de soins. Quand j'ai commencé, nous avions un mi-temps salarié, le reste du temps était assuré par des bénévoles, avec les aléas de ce type d'organisation. Aujourd'hui nous avons un accueil professionnalisé impliquant cinq salariés. Cette évolution-là aurait été plus compliquée et lente dans un financement à l'acte. Cette pluridisciplinarité est une source de confort mental et matériel considérable pour le

généraliste, tout en améliorant la qualité de la prise en charge du patient.

Le forfait ferait-il donc aussi du bien aux médecins?

Je n'ai jamais connu de lassitude dans mon métier. Je crois que l'une des raisons est son évolution permanente. J'ai eu l'impression de passer d'une forme d'artisanat à une prise en charge plus rigoureuse et holistique grâce à l'arrivée des outils informatiques. Quel lien avec le financement forfaitaire, direz-vous? Le forfait me permet d'être payé de façon équivalente quand je prends soin de mon patient en face à face, pendant une consultation ou en son absence en veillant au respect de ses échéances de prévention ou en encodant dans son dossier des éléments pertinents à sa prise en charge par moi ou d'autres prestataires. J'ai beaucoup d'admiration pour les médecins à l'acte qui parviennent à prendre en charge de façon holistique leurs patients tout en tenant à jour leur dossier de santé pour une collaboration optimale avec les spécialistes. Cela demande beaucoup d'abnégation et de rigueur dans un modèle de financement qui invite à des prestations nombreuses et brèves.

Comment résumer le lien entre ces éléments et la pénurie observée?

L'enquête récente réalisée auprès des généralistes par le ministre fédéral de la Santé et la commission de planification¹ apporte des éléments très intéressants : près d'un tiers des sondés souhaitent changer de modèle de pratique et souhaitent que ces évolutions se fassent majoritairement des pratiques solistes ou de groupe monodisciplinaire vers des pratiques de groupes pluridisciplinaires. L'étude montrait aussi que le taux de satisfaction entre la vie privée et la vie professionnelle est deux fois plus élevé dans les pratiques forfaitaires (44 %) que dans les pratiques à l'acte, y compris pluridisciplinaires (20 à 24 %). Je cite : « *La charge de travail est partout ressentie comme importante ou très importante, sauf quand les médecins généralistes travaillent dans une maison médicale au forfait* ». Un médecin généraliste qui se sent bien dans sa pratique, c'est un médecin qui va la poursuivre plus longtemps et qui va attirer des jeunes vers ce beau métier. Encore faut-il qu'on leur permette de devenir médecins généralistes, mais c'est un autre débat. ■

Cette pluridisciplinarité est une source de confort mental et matériel considérable.

1. Rapport : analyse de l'emploi du temps des médecins généralistes, ministère de la Santé publique et SPF Santé publique, avril 2023, www.health.belgium.be.

PRATIQUE DIVERSIFIÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : MENACE OU OPPORTUNITÉ ?

En 2013, en Belgique, des médecins ont risqué de perdre leur agrément sous prétexte qu'ils n'exerçaient plus la médecine générale omnipraticienne à titre principal et qu'ils ne participaient pas à la garde¹. Il s'agissait de généralistes engagés à temps plein dans les centres de planning familial, dans les centres pour usagers de drogues et à l'ONE, entre autres. Le GBO/Cartel a pris leur défense, convaincu qu'avec ces pratiques parfois appelées «de niches», ils avaient un rôle très important à jouer au sein de la première ligne de soins ensemble avec les «omnipraticiens» à temps plein.

Paul De Munck, président du Groupement belge des omnipraticiens (GBO).

La liste est longue des activités exercées par des médecins généralistes en Belgique, partiellement ou en lieu et place de la pratique «omnipraticienne». On peut citer l'ONE, la médecine du travail, la médecine du sport, la médecine d'urgence à l'hôpital, l'activité de médecin coordinateur en MRS, l'homéopathie et autres pratiques non conventionnelles, la médecine en milieu carcéral, la médecine en institution psychiatrique ou de revalidation, en gériatrie hospitalière, en médecine scolaire, en planning familial, la médecine d'assurance, la médecine d'expertise, les médecins-conseils des mutuelles, les médecins au sein des administrations sanitaires, le syndicalisme médical, l'ostéopathie, la médecine au sein d'organes de recherche, en santé publique, les soins en centres pour usagers de drogues, les soins au sein d'ONG humanitaires en Belgique ou ailleurs, la médecine militaire, la médecine esthétique, la médecine nutritionniste et probablement d'autres encore.

Un manque de données

Le cadastre établi au niveau fédéral, certes de plus en plus précis sur le nombre d'équivalents temps plein (ETP), ne dit rien sur les activités professionnelles exercées en dehors des activités de médecine générale. Ni le très récent rapport sur l'analyse de l'emploi du temps des médecins généralistes² ni le suivi de la force de travail des médecins³ du SPF Santé publique

publié en avril 2023 ne décrivent ces activités «autres». Le travail de suivi du cadastre des généralistes wallons réalisé par l'AViQ chaque année depuis 2016 avec la collaboration des cercles de médecine générale wallons ne peut fournir de données à ce sujet. L'AViQ reconnaît d'ailleurs cette lacune : les médecins qui ont une pratique mixte sont inclus au prorata des demi-journées de pratique de médecine générale classique. Ne sont pas repris dans ce cadastre les médecins généralistes en formation, pensionnés ou radiés, ceux qui à temps plein exercent une autre activité médicale que la médecine générale classique, ceux qui exercent en hôpital, ceux qui étaient en arrêt de travail pendant l'année concernée...

Dans un article prophétique paru dans *Santé conjugulée* en 2009⁴, Philippe Vandermeeren, alors président du GBO, questionnait déjà la valeur à attribuer aux chiffres de médecins généralistes dits «actifs». Le problème n'est donc pas nouveau. Pourtant, des données concernant les activités professionnelles autres que la médecine générale exercées par les généralistes sont absolument nécessaires si on veut disposer dans les prochaines années de la force effective en médecine générale omnipraticienne. Une donnée indispensable en matière de planification de l'offre.

Une donnée

indispensable en matière de planification de l'offre.

1. «APPEL : Pour une diversité des pratiques médicales responsables», Fedito bxl, 14 mai 2013, <https://feditobxl.be>.
2. Rapport : analyse de l'emploi du temps des médecins généralistes, SPF Santé publique, avril 2023. www.health.belgium.be.
3. Suivi de la force de travail médecins. Nouveaux éléments et impact Covid-19 pour déterminer les quotas Médecins 2029-2033, SPF Santé publique, avril 2023.
4. Ph. Vandermeeren, «Cadastre des médecins généralistes : réaction du Groupement belge des omnipraticiens», *Santé conjugulée* n° 48, avril 2009.

La position du GBO/Cartel⁵

La mise à jour du 31 octobre 2017 de l'arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des MG du 1^{er} mars 2010 stipule que « *le médecin généraliste agréé est tenu de maintenir et de développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique* », condition unique pour garder son agrément. Le GBO/Cartel a œuvré pour cette nouvelle version de 2017, moins restrictive que la précédente. Il s'agissait de permettre aux généralistes de maintenir leurs choix de développer des activités spécifiques, utiles à la première ligne, sans perdre leur agrément.

Parmi ces médecins, deux catégories à distinguer :

Ceux qui travaillent véritablement en première ligne. Ces pratiques offrent des réponses à des besoins curatifs et/ou préventifs. Il faut les reconnaître et trouver la meilleure articulation possible entre elles et la médecine générale omnipraticienne. D'autant plus que de nombreux généralistes diversifient leurs activités en cumulant les activités curatives et préventives. Le GBO/Cartel insiste pour que ces médecins exercent au moins de façon partielle en médecine omnipraticienne au minimum 50 % ou en groupe pour garantir la continuité des soins omnipraticiens.

Il est nécessaire de séparer les pratiques de niveau 1,5 de la médecine omnipraticienne niveau 1 pour évaluer les sous-quotas nécessaires et les budgets y afférents avec justesse. Pour ces généralistes de la ligne 1,5, il faut : 1. Préserver pour tous le titre de médecin généraliste, qui est inaliénable ; 2. Nommer ces médecins généralistes sous le vocable de « médecins de prévention et/ou d'institutions » et les différencier de la médecine générale de niveau 1, dans les calculs de quotas et dans les budgets y afférent ; 3. Créer un code spécifique pour cette catégorie de médecins. Cela permettra la distinction avec les médecins généralistes agréés « omnipraticiens », nécessaire pour l'établissement d'un cadastre des différentes activités ; 4. Instaurer une procédure de récupération de l'agrément sur simple demande pour tout médecin ayant cessé toute activité pendant moins de cinq ans. Si l'arrêt a duré plus longtemps, la procédure de récupération par une formation théorique et pratique supervisée ne doit pas durer plus de trois à six mois. Les termes et la procédure de « ré-agrément » doivent être rendus officiels et opérationnels dans les plus brefs délais ; 5. Promouvoir la mixité de leurs activités pour réintégrer ces médecins au sein de la médecine générale omnipraticienne.

Ceux qui travaillent en deuxième ligne. Dans cette catégorie, on trouve des généralistes actifs dans les hôpitaux, pour combler des fonctions qui devraient être occupées par des internistes généraux ou des urgentistes. Des conditions d'exercice confortables ou une rémunération intéressante constituent des attraits qui incitent certains à diminuer voire à abandonner leur activité de médecine générale. C'est l'un des plus gros facteurs d'appauvrissement de la première ligne. Leur engagement dans des services de gériatrie ou certains services psychiatriques participe à cet appauvrissement. Le GBO refuse l'organisation structurelle de cette hémorragie qui touche l'offre en médecine générale et exige que ce groupe de médecins relève du quota des spécialistes. Par ailleurs, continuer de promouvoir la spécialité de l'interniste général doit être prioritaire. ■

Qu'on le veuille ou non, tout indique que les pratiques en médecine générale continuent de se diversifier. Dans quelle mesure ? Aujourd'hui plus qu'hier ? Impossible de répondre sans une analyse plus poussée. Ces données sont indispensables à des fins de planification de l'offre (calcul des besoins en ETP), mais aussi pour mieux appréhender l'attractivité en médecine générale. Car diversifier sa pratique dit sans doute quelque chose sur l'attrait du métier à temps plein pour les générations actuelles et futures. Le paradoxe, c'est que pendant que la médecine générale peine à grossir ses troupes, d'autres structures de soins

ou institutions cherchent désespérément des généralistes (centres de planning, mutuelles, administrations publiques ou l'institution pénitentiaire, pour ne citer qu'eux). Ce dernier constat est également préoccupant et mériterait qu'on s'y intéresse de plus près. Enfin une définition plus explicite de ce qui constitue un ETP en médecine générale en termes d'heures prestées et d'activités (cliniques et autres) s'impose. On pourrait parler du paquet minimum d'activités. Le risque est réel que faute de cette définition du métier, celui-ci pourrait à terme trop se diversifier et perdre sa fonction première. ■

5. www.le-gbo.be.

LE SOCIAL-SANTÉ, ET SES MÉTIERS FLOUS

Les métiers de la santé constituent ce que l'on peut appeler une «écologie professionnelle» soit, pour paraphraser Andrew Abbott¹ un ensemble de groupes professionnels en interaction au sein d'un champ d'action déterminé : la santé². Aides-soignantes, médecins, kinésithérapeutes, psychologues, ostéopathes, infirmières, pharmaciens, ergothérapeutes, etc. collaborent au quotidien, mais aussi à une échelle plus systémique pour produire du care.

Céline Mahieu, directrice du centre de recherche approches sociales de la santé (École de santé publique), codirectrice de l'unité de recherche soins primaires (faculté de médecine-ULB).

En lisant cette liste de groupes professionnels, vous avez peut-être tiqué sur la mention de certains métiers ou sur l'ordre choisi pour les énoncer : c'est que toute écologie professionnelle est traversée par des luttes sur les frontières et les hiérarchies. Si ces métiers collaborent, ils peuvent également entrer en compétition lorsqu'il s'agit de déterminer qui a la responsabilité d'octroyer des certificats, d'administrer des vaccins, de coordonner les soins, etc. Cette compétition apparaît de façon plus nette dans les périodes de crise ou de tension comme pendant le Covid, par exemple³. Des tensions plus diffuses peuvent aussi émerger au sein des écologies professionnelles lorsqu'il s'agit de définir le métier qui verra les tâches plus ingrates lui incomber.

Outre la répartition des responsabilités, à travers la négociation des frontières professionnelles (et des « traités » qui permettent de les franchir), se jouent des dimensions aussi importantes que la répartition des ressources financières accessibles via les agréments et les remboursements de soins, la certification des formations et des compétences associées, ou encore la capacité à mobiliser les troupes de praticiens pour défendre une certaine conception du métier et à obtenir l'oreille des décideurs (politiques) en conséquence. *In fine* l'enjeu est la possibilité (ou non) de se reconnaître dans un métier socialement reconnu et valorisé.

Cette écologie professionnelle est faite de règles et de codes, mais aussi de flous qui apportent de l'huile aux rouages des relations entre groupes professionnels de la santé et de la souplesse à

leurs dynamiques de collaboration. Du côté des règles et des codes, on retrouve notamment les valeurs associées au soin, qui s'articulent peu ou prou à l'idée d'un dévouement au bien-être des patients et populations qui ne saurait être subordonné par exemple à des objectifs commerciaux. L'existence de ces derniers n'est pas niée, mais ils ne peuvent, au moins dans les discours, qu'être subordonnés au bien-être des publics visés. Une autre dimension importante de ces règles et codes est constituée des savoirs légitimes : leur reconnaissance est soumise à des processus et standards établis (au premier chef, l'*evidence-based practice*). Les chartes, protocoles et dispositifs d'agrément traduisent, avec des degrés de formalisation divers, les accords entre métiers quant à la répartition des rôles et fonctions. Enfin, il s'agit d'un monde hiérarchisé, au sein duquel la figure du médecin fait historiquement référence et à l'aune de laquelle les autres métiers et fonctions se définissent en toute grande majorité. Parmi les métiers énoncés plus haut, les niveaux de légitimité sont en effet variables. Ils ont d'ailleurs évolué au fil des batailles menées, perdues ou gagnées, pour la reconnaissance de chacun de ces groupes professionnels. La lutte des ostéopathes pour la mise en application de la loi sur les médecines non conventionnelles – et les résistances qu'elle suscite – en est une illustration. La bataille se mène dans les

Il s'agit d'un monde hiérarchisé, au sein duquel la figure du médecin fait historiquement référence.

1. A. Abbott, *The system of professions*, University of Chicago Press, 1988.
2. A. Abbott, « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger, P. (Ed.), *Les professions et leurs sociologies : Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2003.
3. F. Defraîne et al., « La cascade des qualifications », *Santé conjuguee* n° 94, 2021.

lieux de recherche et de formation, auprès des autres groupes professionnels dont on brigue le soutien, et aussi sur le terrain médiatique⁴.

La hiérarchie et les frontières ne sont donc pas si facilement bouleversées. Cependant, le secteur de la santé est également façonné par les dynamiques incessantes entre groupes professionnels. Nous voudrions pointer trois de ces dynamiques : l'estompement des frontières de l'écologie professionnelle santé, l'émergence de métiers flous et les initiatives visant à une reconnaissance institutionnalisée des patients et aidants eux-mêmes.

Estompement des frontières au profit du « social-santé »

Les limites de l'écologie professionnelle santé s'estompent à mesure que la volonté d'agir sur les déterminants sociaux de la santé conduit décideurs politiques et intervenants professionnels à étendre ou renforcer la collaboration avec les métiers de l'accompagnement social. Le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques en sont des aiguillons importants. Si la collaboration social-santé n'est pas neuve sur le terrain, elle s'institutionnalise de plus en plus. L'intersectorialité et la territorialisation sont les maîtres-mots de cette évolution qui est également motivée par le souci de se recentrer sur la personne et ses objectifs complexes, de rapprocher le soin des lieux de vie et de favoriser l'accès à la santé pour tous. Les contrats locaux social santé (CLSS), les projets pilotes d'aide et soin de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale, et plus largement les différents projets de territorialisation de l'accompagnement médico-social des personnes et des populations en témoignent. Cette ouverture de l'écologie des groupes professionnels à ce que l'on appelle le « social-santé » est encore toute relative et à vitesse variable selon les territoires et les sous-secteurs de la santé (santé mentale, personnes âgées, maladies chroniques, etc.). L'articulation des groupes professionnels de l'accompagnement social aux groupes professionnels « santé » au sein de cette écologie plus ouverte présente des défis importants tant les cultures de métier et les fonctionnements des institutions ou associations de rattachement sont parfois divergents⁵.

Émergence de métiers flous

De nouvelles fonctions ne disposent pas (encore ?) des reconnaissances et assurances des autres métiers actifs dans le prendre soin. Citons les *case-managers*, les travailleurs des équipes mobiles, les coordinateurs de CLSS, les *community health workers* et autres relais d'action quartier (RAQ). Ils ont pour fonction principale de faire du lien à l'échelle d'un territoire et/ou autour d'un patient et leur action se loge par définition dans les interstices laissés par les organisations et métiers établis. Gilles Jeannot⁶ qualifie de « métiers flous » ces fonctions émergentes de l'action publique selon quatre paramètres : la prescription, le travail des agents, les dispositifs et les métiers.

S'ils sont flous, c'est d'abord et avant tout selon cet auteur parce que la prescription des pouvoirs publics à leur égard définit des problèmes publics généraux à résoudre plutôt que des tâches précises à accomplir. Par exemple, les projets pilotes d'aide et soin de proximité sont appelés dans leur cahier des charges à « créer un cadre de vie favorable : le projet identifie et soutient les mécanismes favorables à la cohésion sociale dans le quartier ». Ce flou délibéré de la prescription des pouvoirs publics vise à permettre un diagnostic et une adaptation en fonction des problèmes locaux⁷. Le diagnostic territorial est effectivement la première étape inscrite dans la plupart des appels à projets social-santé à Bruxelles. Ce flou de la prescription induit également un flou dans le travail à accomplir : les référentiels de pratique ne sont pas définis en amont, mais se construisent au concret. Ces bricolages sont rendus nécessaires par le fait que ces métiers flous du lien doivent combiner l'action de professionnels et secteurs aux logiques hétérogènes⁸. S'ils sont engagés la plupart du temps par une organisation hôte, la plupart de ces fonctions se caractérisent également par leur caractère beaucoup plus mobile que les autres métiers : au nom de l'*outreaching*, l'essentiel de leur pratique se joue hors les murs des organisations de soins et de santé, et parfois même hors les murs du domicile. En commentaire de l'étude menée par Michel Castra et Ivan Sainsaulieu sur les équipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie en France⁹, Philippe Mossé et Corinne Grenier notent que « l'exercice de ce rôle se heurte notamment à la défense des territoires et à

4. « La reconnaissance de l'ostéopathie : une question de protection du praticien et du patient », *On n'est pas des pigeons*, www.rtbfb.be, 22 mars 2022.

5. C. Mahieu et al., *Seneval : Évaluation d'un modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale*, Observatoire de la santé et du social, 2022. www.ccc-ggc.brussels.

6. G. Jeannot, *Les métiers flous : Travail et action publique*, Octarès, 2011.

7. F. Barthélémy-Stern, « Médiateur social, une profession émergente ? », *Revue française de sociologie*, n° 50, 2009.

8. G. Jeannot, *op cit.*

9. M. Castra, I Sainsaulieu, « Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services "sédentaires" à l'hôpital », *Sciences sociales et santé* n° 38, 2020.

la sauvegarde des prérogatives de la part des services traditionnels, dits services sédentaires. Il en résulte que, pour pouvoir remplir leur mission, ne serait-ce que partiellement, les membres des [équipes mobiles] étudiées doivent déployer nombre de stratégies de séduction ou de contournement »¹⁰.

Le flou du travail se double d'une certaine précarité des emplois : financés par appel à projets ou par l'octroi de fonds spéciaux, ces postes ont une durée limitée, éventuellement renouvelable, mais ne sont pas permanents. Fabienne Barthélémy-Stern¹¹ souligne la dépendance aux pouvoirs publics et aux employeurs que cela provoque. Il s'en suit également un turnover important des personnels. Les personnes qui exercent ces fonctions disposent pour la plupart de diplômes qui les rattachent à l'un ou l'autre métier effectivement reconnu dans l'écologie professionnelle social-santé, mais se définissent avant tout par leur communauté d'objectifs, un « souci commun » à rencontrer. Une enquête qualitative réalisée avec les étudiants de Master 2 en santé publique de l'ULB a par exemple montré en 2021 que les RAQ, pour définir leur fonction, revendiquaient leur investissement conjoint dans l'objectif d'accessibilité à la santé et la complémentarité plutôt que la similarité de leurs *backgrounds* professionnels (psychologue, assistant social, infirmière communautaire, diplômé en communication, éducateur spécialisé, etc.). Certaines fonctions disposent même de formations spécifiques, cependant encore très peu institutionnalisées, peu ou pas certifiées et la définition des fonctions est elle-même encore en discussion, non stabilisée. Des processus similaires sont en cours dans différents pays et la fonction de *case manager* par exemple fait l'objet de nombreux investissements pour tenter de définir des contours, des formations et une identité spécifique¹². Ces fonctions se construisent surtout en négociation avec les groupes professionnels établis. Si elles sont financées par les pouvoirs publics, elles ne disposent pas pour autant de prérogatives équivalentes à celles d'autres groupes professionnels plus institués qui réclament parfois la prééminence sur la fonction de coordination¹³.

Reconnaissance institutionnalisée des patients et aidants

Un troisième mouvement impacte les rapports entre groupes professionnels au sein du so-

cial-santé : il s'agit de l'intégration de représentants « quasi professionnalisés » de patients, d'aidants et/ou de certains publics vulnérables aux dispositifs de collaboration. Parfois, cette intégration se fait de manière relativement peu organisée, la dimension collective est peu mobilisée, car l'intégration est portée par des personnes qui apportent essentiellement leur expérience personnelle et individuelle. Mais certains dispositifs de collaboration prévoient des formations et des défraiements pour les prestations de ces acteurs recrutés en fonction de leur capacité à interagir avec les groupes professionnels sur leur vécu avec la pathologie ou leur expérience de vie. À l'échelle locale, le projet Citisen¹⁴, qui fait partie des projets pilotes d'aide et soin de proximité, a formé, encadré et rémunéré des « connecteurs » recrutés pour leur familiarité avec les communautés locales et chargés de repérer les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Un certificat universitaire « partenariat patient », inspiré du modèle de Montréal, est également développé en formation continue à l'ULB¹⁵. Les experts du vécu du SPF Intégration sociale¹⁶ officient au sein de certains hôpitaux, des mutuelles et de l'INAMI par exemple pour repenser leurs processus d'accueil, de communication et de prise en charge. Ces représentants des citoyens et des patients revendiquent une expertise et des compétences, une reconnaissance officielle par les autorités, voire une identité collective.

Penser les évolutions actuelles dans le champ de la santé et du social en termes d'« écologie professionnelle » permet de rendre compte à la fois de la permanence de la répartition des rôles, mais aussi de leur caractère dynamique. La volonté de prendre en compte des déterminants sociaux de la santé, la volonté de faciliter l'accès de tous à la santé et de privilégier une approche personnalisée sont des vecteurs importants de changement. Le caractère dynamique des évolutions en cours invite toutefois à ne pas préjuger de leurs résultats, car si certaines ont réussi leur intégration dans l'écologie en santé, tant de fonctions ne sont jamais parvenues à sécuriser leur champ d'intervention. ■

Le flou du travail se double d'une certaine précarité des emplois.

10. P. Mossé, C. Grenier, « Les équipes mobiles : des entrepreneurs institutionnels en faveur des "territoires" du care et du parcours : Commentaire », *Sciences sociales et santé* n° 38, 2020.
11. F. Barthélémy-Stern, *op cit.*
12. A. Bartoli, et al., « Les case-managers en santé mentale : des professionnels en quête de définition », *Management & Avenir Santé* n° 6, 2020.
13. I. Aubert et al., « La coordination : d'une fonction à un métier ? le cas des coordonnateurs dédiés en santé », *Politiques & management public* n° 3, 2022.
14. www.citisen.be.
15. www.ulb.be.
16. www.mi-is.be.

MARCHANDISATION ET CONFLITS ÉTHIQUES EN MRS

De quelle manière les logiques marchandes et les diktats du chiffre qui se diffusent se répercutent-ils sur les pratiques professionnelles et sur la santé au travail dans le secteur des maisons de repos et de soins (MR et MRS)? Les phénomènes comme le burn-out, la dépression, les troubles musculosquelettiques impactent de nombreuses équipes sur le terrain. Mais comme ces atteintes à la santé s'expriment au niveau individuel et à des moments différents, il est souvent difficile de faire le lien avec les contextes de travail.

Rachel Carton, coordinatrice de l'Association bruxelloise pour le bien-être au travail (ABBET), conseillère en prévention aspect psychosocial dans le secteur non marchand.

Intervention lors du cycle sur le burn-out organisé par la Fédération des maisons médicales et l'ABBET en mars 2023.

Le secteur a connu une forte marchandisation ces dernières décennies. À Bruxelles, deux tiers des maisons de repos appartiennent désormais à de grands groupes privés cotés en bourse, le reste des établissements relevant d'asbl de type familial et de maisons de repos publiques. C'est un secteur qui a aussi beaucoup fait parler de lui récemment : on a pointé le phénomène de maltraitance dans certains établissements, de manque d'effectifs, de prix exorbitants, etc. Si, au moment de la crise sanitaire, les soignantes¹ ont pu faire entendre leur voix sur les difficultés liées aux conditions de travail, l'approche dominante de la maltraitance reste encore fort psychologisante et individualisante. Une recherche² menée dans le secteur (marchand) des maisons de repos a mis en lumière les contraintes organisationnelles dans lesquelles se trouvent aujourd'hui les soignantes pour pouvoir (bien) faire leur travail. Plusieurs constats ont émergé.

Manque de temps

De manière générale dans ces grands groupes privés, les soignantes ont de moins en moins de marge de manœuvre. On se réfère ici à l'autonomie qu'elles peuvent avoir pour organiser leur travail et s'adapter aux réalités de terrain. La première cause est la contrainte du temps liée au manque de personnel. Quand on doit faire quinze toilettes en une heure et demie, le choix des modes opératoires est extrêmement réduit. Il faut choisir les plus rapides au détriment des besoins et du rythme des résidents et des rési-

dentés. Quand on doit donner à manger à cinq personnes dépendantes en quarante-cinq minutes, il n'y a plus tellement de possibilités de s'adapter à chacune, d'élaborer des stratégies pour obtenir sa coopération. Dans ces contextes, les risques se multiplient : risques de fausse déglutition, risques de violences, etc.

Standardisation des tâches et des procédures

L'organisation du travail fixe de plus en plus de normes et de procédures contraignantes : temps et délais déterminés par tâche, planning strict et serré qui empêche d'adapter le travail en fonction des situations ou d'être plus efficace et de s'économiser psychologiquement et physiquement. Si, par exemple, une soignante préfère s'occuper en début de service d'une résidente qui est plus fragile parce qu'elle dispose de plus d'énergie à ce moment-là, ce n'est parfois plus possible parce que le planning lui impose de commencer par une autre chambre et de terminer par celle-là. L'organisation du travail rajoute ainsi de la difficulté aux équipes au lieu de les soutenir dans leur travail.

Développement des technologies de contrôle et de traçabilité

Les soignantes doivent de plus en plus encoder et valider les actes qu'elles réalisent. Des systèmes de pointage sont installés à la porte de l'établissement et parfois devant chaque chambre : elles doivent alors pointer en entrant et en sortant afin de déterminer le temps pas-

1. Nous parlons de soignantes, car les femmes représentent plus de 80 % du personnel dans le secteur des maisons de repos.

2. R. Carton, *Quelles stratégies individuelles et collectives face aux conflits éthiques en maison de repos?* Les constats développés sont issus d'un travail de fin d'études mené en 2018 basé sur un dispositif de recherche-action avec les délégations syndicales d'établissements appartenant à de grands groupes privés.

sé à l'intérieur. Elles peuvent être interpellées : pourquoi tant de temps pour cette tâche alors que des collègues en prennent moins ? Cela laisse peu de possibilités pour répondre à des imprévus, pour prendre en compte certains besoins comme parler avec une personne qui traverse un moment de tristesse. Ces technologies réduisent donc les marges de manœuvre de manière très importante et augmentent la charge administrative. Elles invisibilisent une partie du travail essentiel : le système ne va pas prendre en compte le temps passé à tenir la main d'une personne mourante ni les rituels variés qu'il faut mettre en place pour qu'une personne âgée puisse s'endormir de manière apaisée (et par là réduire de manière efficace les multiples appels pendant la nuit) : poser un verre d'eau ou la télécommande à côté d'elle, fermer ou laisser les rideaux ouverts, etc. Tout cela n'existe pas pour la machine, cela signifie qu'une partie du travail n'est pas reconnu et ne peut plus (ou difficilement) se faire.

Multiplication des conflits éthiques et injonctions paradoxales

Ces contextes organisationnels placent les soignantes devant des dilemmes éthiques. Il devient en effet de plus en plus difficile de concilier les différents objectifs de l'activité, c'est-à-dire réaliser les tâches, maintenir la relation au résident (en prenant en compte son individualité) et se préserver soi. Il y a donc des arbitrages qui doivent s'opérer en permanence dans le travail, mais qui sont de plus en plus difficiles. Deux exemples peuvent l'illustrer.

Le premier concerne l'administration de somnifères. L'infirmière de nuit doit valider qu'elle l'a donné entre 20 h et 22 h. Avant ou après, pour le système c'est comme si elle ne l'avait pas fait. Quand elle arrive dans la chambre de Monsieur à 20 h 30, il dort et elle se dit qu'elle ne peut pas le réveiller pour lui dire de prendre son somnifère... ce serait absurde ! Elle va donc trouver des stratégies : ne pas le réveiller et valider la tâche pour avoir la paix avec le système et avec la hiérarchie, devoir cacher le médicament pour pouvoir le lui donner s'il se réveille rapidement. Ce sont des stratégies pour faire face à un système qui empêche de bien travailler, pour garder du sens. C'est aussi une manière de se protéger soi et d'éviter une réaction possible-

ment violente de la personne qui serait sortie de son sommeil pour se voir administrer un somnifère. Cette infirmière doit prendre des risques, elle doit tricher, mais elle s'appuie sur son expérience pour déterminer ce qui est important ou moins important à préserver dans la situation.

Deuxième exemple : comment mettre quinze personnes au lit en une heure et demie ? Accompagner aux WC, obtenir la coopération pour le déshabillage, faire la toilette, enfiler un pyjama, brosser les dents, etc. Plusieurs stratégies sont mises en place face au manque de temps : anticiper en commençant plus tôt ou en sélectionnant les résidents et les résidentes qu'on ne lève pas après la sieste et qu'on va laisser au lit jusqu'au lendemain. Choisir celles et ceux qui n'auront pas de visite ou qui sont « plus grabataires » et que l'on peut laisser toute la journée en pyjama. Et ce n'est pas par malveillance ! Ces stratégies sont adoptées parce que les équipes se retrouvent dans des situations concrètes où les dilemmes éthiques sont impossibles à résoudre positivement. Elles optent alors pour le « moindre mal » : « *Comment est-ce que je peux faire pour organiser mon travail au mieux en faisant le moins de mal possible ? C'est-à-dire en essayant d'être le moins stressé possible avec les résidents et les résidentes que je vais pouvoir mettre au lit de la manière la plus convenable ?* »

Ici, nous ne sommes plus seulement face à des conflits éthiques que l'on retrouve dans de nombreux contextes de travail. Les soignantes font face à des injonctions paradoxales : quelle que soit la réponse qu'elles donneront à la situation, elles seront nécessairement en défaut. Elles auront adopté un compromis qui les engage de toute façon dans un comportement considéré comme insatisfaisant ou inadéquat. Et elles en porteront la responsabilité. C'est un système doublement pervers. D'une part, parce qu'il invisibilise le travail réel et, de l'autre, parce qu'il permet, grâce à la technologie, à l'institution de se protéger. (Presque) tout le monde valide les tâches alors qu'elles ne sont pas faites ou pas faites comme il le faut ; les travailleurs le savent, mais la plupart d'entre eux « trichent » pour se protéger. Tout le monde fait semblant que le

Pourquoi tant de temps pour cette tâche alors que d'autres en prennent moins ?

système fonctionne : le risque est de perdre ainsi collectivement de vue le réel !

Comment ne pas devenir fou ?

Quelles sont les stratégies que les soignantes mettent en place pour tenter de se protéger dans ces contextes ? Elles sont de trois types. Les stratégies de défense, qui sont de l'ordre de mécanismes inconscients permettant de supporter et de tenir le coup dans ces systèmes. Ce sont des mises à distance émotionnelle qui peuvent s'exprimer de différentes manières. Le cynisme permet de lâcher la pression, de relativiser ce qui fait mal. L'accélération, travailler

Lorsque les moyens manquent, lorsque la relation n'est plus possible, c'est alors que l'investissement émotionnel devient destructeur.

de plus en plus vite peut être un moyen de ne plus (trop) penser ni ressentir. Ces stratégies peuvent parfois conduire à une certaine déshumanisation et robotisation dans le travail.

Les stratégies de dégagement visent à (tenter de) sortir du système. Des soignantes choisissent le travail de nuit parce que la relation est davantage possible qu'en journée où le stress est plus grand. Un autre moyen de se dégager d'un système trop violent, c'est la maladie, ou la démission qui se manifeste par un important turnover dans ces secteurs.

Enfin, et heureusement, il y a des stratégies de résistance. Des résistances individuelles qui permettent de maintenir le sens. Des résistances collectives qui s'expriment de manière plus ou moins forte ; elles ne sont pas évidentes à élaborer, car les collectifs de travail sont aussi touchés dans ces systèmes-là. Lorsqu'on ne peut pas être fier de son travail, on évite plutôt d'en parler avec ses collègues. Et du coup le collectif se fragilise. Ces résistances sont aussi très coûteuses psychiquement et peuvent conduire à de l'épuisement.

Comment (re)considérer le phénomène du burn-out dans une perspective critique ?

On parle souvent des personnes en burn-out comme de personnes qui seraient trop engagées et investies émotionnellement dans leur travail.

Bien sûr, des besoins démesurés de reconnaissance et/ou d'investissement peuvent constituer des menaces d'épuisement. Mais le risque serait d'en conclure qu'il est nécessaire de se désengager de son travail, de « mettre de côté » ses émotions pour échapper au burn-out. Dans toute relation d'aide, un certain détachement est nécessaire pour accompagner de manière appropriée et se préserver ; mais ce n'est pas l'engagement dans la relation à l'autre qui représente un risque, au contraire ! Des situations émotionnellement lourdes peuvent construire la santé de manière positive lorsqu'on a les moyens d'accompagner et d'aider les gens convenablement. Mais lorsque les moyens manquent, lorsque la relation n'est plus possible, c'est alors que l'investissement émotionnel devient destructeur et peut conduire au burn-out. Il ne faut pas inverser les choses.

Lorsque les conditions ne permettent plus de traiter les personnes humainement, il devient nécessaire de construire l'autre comme un « étranger », comme quelqu'un d'irréductiblement différent de soi auquel il n'est pas possible de s'identifier. C'est là que les processus de déshumanisation et de risque de maltraitance sont à l'œuvre : l'autre devient un « objet » sur lequel on réalise une tâche. Le traitement que l'on accorde aux personnes dépendantes dans notre société repose donc sur une responsabilité collective : celle de sortir de l'indifférence à l'égard des conditions de travail des personnes qui en prennent soin. Une indifférence qui trouve racine dans un déni collectif majeur, celui de penser qu'il y a d'un côté des catégories de personnes « vulnérables », auxquelles on attribue socialement peu de valeur : les personnes dépendantes, invalides, et celles et ceux qui en prennent soin. De l'autre côté les méritants, les productifs, les « performants », socialement valables et valorisés. Il est donc nécessaire, en suivant la voie déjà tracée par les nombreuses chercheuses et militantes féministes du *care*, de repenser notre organisation sociale en considérant que la vulnérabilité est profondément liée à l'humain. Et qu'il faut se donner les moyens d'en prendre soin. Nous sommes et serons toutes et tous un jour vulnérables. Y compris le jeune cadre dynamique en bonne santé d'aujourd'hui qui deviendra lui aussi vieux, dépendant et peut-être même incontinent. ■

LA NAGE À CONTRE-COURANT

Que signifie être infirmier ou être infirmière ? Est-ce le lieu de pratique, le port de l'uniforme qui garantit cette identité professionnelle ? Ces questions n'ont eu de cesse d'accompagner mon parcours en santé communautaire.

Audrey Maigre, infirmière spécialisée en santé communautaire, coordinatrice opérationnelle du dispositif pédagogique interfacultaire Equity Health Lab et accompagnatrice aux apprentissages pour l'École de Santé publique (ULB).

Des chartes riches en ambitions (La Santé pour tous en l'an 2000) ou en stratégies (Alma Ata et Ottawa) et des notions (déterminants sociaux de la santé, inégalités sociales de santé, lois publiques saines)... Autant de visions qui m'ont convaincue d'agir en amont de ce que je percevais dans les différents services hospitaliers qui m'ont accueillie en stage. Mais comment faire ? Je me suis tout naturellement orientée vers la spécialisation en santé communautaire, qui ne comptait qu'une petite dizaine d'inscrits. Chacun, chacune avait ses représentations, mais j'ai été marquée par des formulations récurrentes : « *je veux quitter les soins, quitter l'hôpital* », « *je n'ai pas trouvé ce que je cherchais dans mes études d'infirmière* »... Étions-nous vraiment occupés à quitter une profession ou au contraire à poursuivre le développement de notre identité professionnelle ? La question me semblait importante, ainsi que le formule le sociologue François Aballéa, « *tant elle touche à des problèmes d'inclusion ou d'exclusion, de compétence ou de déni de compétence, d'appartenance ou de non-appartenance, en fonction de la représentation que l'on a du groupe professionnel, de son pouvoir, de son autorité et de l'intérêt que l'on a ou non à y être assimilé* »¹. J'ai creusé le sujet dans mon mémoire de master en sciences de la santé publique².

Quatre typologies

Deux niveaux d'analyse ont été abordés dans cette enquête : l'un traite de l'identité professionnelle des infirmiers et infirmières spécialisés en santé communautaire et l'autre concerne l'identité professionnelle au regard de la formation initiale. Les résultats d'un questionnaire et d'entretiens semi-directifs ont fait apparaître différents sens donnés à la formation en santé communautaire, qui s'entremêlent et la dé-

crivent tantôt comme une fuite de la profession de base (qui conduit à une pratique professionnelle mettant trop l'accent sur la technicité), une réconciliation avec sa profession de base (par la possibilité d'appréhender le métier sous un autre angle, ailleurs qu'à l'hôpital), un aboutissement de la formation de base ou un tremplin vers autre chose (études, carrières...). Le tout avec un accent particulier sur la dimension sociale et l'accomplissement, dans un élan d'ouverture au monde. La recherche d'une « *autre manière de penser le soin* » est l'élément principal du choix de la spécialisation.

Des valeurs fortes

Omniprésente, la notion d'ouverture se traduit par la découverte de nouveaux lieux de pratique (« *j'ai fait un stage auprès de femmes battues, quelle expérience !* »). C'est aussi une forme de légitimation de valeurs chères, évoquées de manière unanime, que sont l'humanisme, la dignité, la solidarité, l'équité et la justice sociale. Elles ont un ancrage personnel, mais il convient de les envisager aussi d'un point de vue sociétal, notamment par le développement d'une « *conscience politique* ». Cet aspect militant préexistait à la spécialisation, mais le manque de méthode était une entrave (« *il me manquait les moyens d'agir, des clés, des notions à mettre en avant, une façon d'articuler les choses* »). Avec la spécialisation, « *des balises* », de la « *structure* » ou encore une « *démarche* » ont été trouvées. La spécialisation apporte également du sens par rapport à la formation initiale et à la profession d'infirmier, car si le « *dégoût* », la « *révolte* » par rap-

La spécialisation apporte du sens par rapport à la formation initiale et à la profession d'infirmier.

1. F. Aballéa, « Travail social et intervention sociale : de la catégorisation à l'identité », *Recherches et prévisions* n° 62, 2000.
2. A. Maigre, *Étude sur l'identité professionnelle des infirmières spécialisées en santé communautaire au sein de la Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine*, 2014.

port au diplôme de base procurait un sentiment de mal-être, la spécialisation en santé communautaire « *m'a vraiment permis de me renouer avec les soins infirmiers* ». Les répondants mettent en avant différents éléments qui leur ont permis de trouver un « *savoir-être, une posture soignante* » qui leur convient mieux. L'un d'eux signale qu'il est passé « *du soin vu comme un acte technique à la notion de prendre soin* ». En effet, il s'agit de se permettre « *de prendre du temps pour suivre le rythme de l'autre, suivre son cheminement, son histoire de vie* ». Les répondants signalent pouvoir envisager l'acte technique, qui reste une « *préoccupation secondaire* », comme « *un moment de rencontre, d'écoute* ». Cet aspect relationnel est essentiel pour l'ensemble des répondants.

Une ouverture à un nouveau milieu

La spécialisation en santé communautaire peut s'exercer sur tout lieu de pratique. Pour autant, le milieu extrahospitalier est vécu comme un « *idéal* » de par « *une organisation* » et une « *méthodologie de travail* » qui correspondent à leurs aspirations professionnelles et personnelles. Le vécu du monde hospitalier est souvent négatif, un milieu qualifié de « *déshumanisé* ». L'hôpital, tel une usine qui tourne et « *doit surtout être rentable* » entraîne un mode de fonctionnement préjudiciable et propice à cette « *dés-humanisation* » perçue. Le rendement exigé induit « *une rapidité, une performance, un rythme* » et les conditions de travail sont dénoncées. La lourdeur est évoquée par rapport à une charge de travail (« *j'avais 25 patients sous ma responsabilité* ») et aux horaires (« *on me faisait bosser six jours matin puis soir puis matin* »). Ces éléments rendent difficile le travail en équipe (« *la fatigue n'aide pas à être ouverte à tes collègues* »). Des difficultés renforcées par le sentiment de n'avoir aucune place dans la prise de décision (« *il y a un chef qui de loin fait ton horaire* »). La hiérarchisation est fort présente et laisse peu de place à une prise de décision collective (« *nous y sommes des pions, des automates, des exécutantes* »). Ce système est qualifié de « *rigide* », créant une maltraitance envers les bénéficiaires et les prestataires qui se sentent « *aliénés* ». Ceci étant accentué par le turnover et le manque de personnel qu'induisent les temps d'hospitalisation raccourcis et donc peu favorables à la rencontre et à l'établissement d'un lien (« *un systématisme*

qui enlève de la diversité : celle des relations »). Ce manque de possibilités d'ancrage dans la relation au patient et dans la rencontre de sa réalité semble favorable à la « *pose d'étiquettes* », au développement d'attitudes « *condescendantes* ».

La volonté de tendre vers une « *accessibilité des soins et éviter la médecine à deux vitesses* » tout en rencontrant une mixité sociale incluant est mentionnée comme une motivation au travail en milieu extrahospitalier, où les structures proposent aux bénéficiaires « *un accompagnement sur la durée* » tout en les invitant « *à participer* ». Si cette appropriation est souhaitée pour les bénéficiaires, elle l'est également pour les travailleurs grâce à un mode d'autogestion, d'équipes décrites comme petites, présentant une ambiance familiale avec la particularité d'être multi-pluri-interdisciplinaires. Cette organisation annihile les méfaits d'une structure hiérarchisée grâce à l'implication de tous les acteurs dans le fonctionnement de l'institution, grâce à une reconnaissance et responsabilisation dans le travail et de leurs compétences.

En route vers un idéal ?

Ces constats peuvent laisser penser qu'il s'agit d'un travail où il ne faut pas avoir peur « *du sacrifice financier* » ou « *du poids des responsabilités* », *a contrario* du milieu hospitalier qui offre une sécurité plus importante. Décider de quitter cette sécurité est décrite comme une possibilité de « *réalisation de soi* » ou de réaliser « *un acte militant* » (« *à un moment il faut réfléchir en termes de politique de santé globale et ne pas penser uniquement à son nombril* »). Le parcours professionnel est vécu comme la possibilité d'une rencontre entre un projet et les aspirations professionnelles et personnelles.

La santé communautaire rend légitimes les valeurs personnelles que les infirmiers souhaitent ancrer dans leur pratique. Ce sens n'est pas développé par l'acquisition de connaissances liées aux processus pathologiques ou aux techniques de soins, mais bien au niveau de la sociologie, de la psychologie et de l'approche de la santé mentale... L'ouverture à la santé est perçue non plus comme une absence de maladie, mais comme une notion plus large, un bien-être complet, une interaction harmonieuse avec son milieu, son environnement, sa communauté. Le contexte social est nécessairement pris en compte pour par-

ticiper à améliorer ce bien-être. L'autre est alors regardé à la même hauteur, un positionnement reconnu comme plus propice à la rencontre.

La prise en compte de ces dimensions semble induire un engagement, tant avec soi-même qu'avec l'autre en situation de vulnérabilité. Le travail n'est plus une torture au sens premier du terme ou une aliénation, mais une méthode de réalisation de soi et de rencontre de l'Autre, de défense d'un idéal. L'infirmière en santé communautaire – au même titre que le bénéficiaire – est invitée à devenir actrice quand bien même

l'action va à contre-courant des habitudes. Ce hors cadre préalablement existant devient légitime et structuré par l'acquisition d'une réflexion, d'une méthode. S'il prend forme hors du monde « aseptisé » de l'hôpital, cet idéal demande une prise de risques et de responsabilités qui n'est pas possible à chaque période de la vie. L'hôpital sera donc envisagé, mais cette fois avec un nouveau regard, une autre connaissance, voire une reconnaissance de son métier qui influence sa pratique même dans un fonctionnement qui y semble peu propice. ■

Historique d'une formation³

En 1917, neuf ans après l'institution du « certificat de capacité pour infirmière », l'école d'Edith Cavell crée le service des visiteuses pour la commune d'Uccle. Suivra, en 1921, l'institution légale du statut d'infirmières visiteuses à la suite d'une formation de trois années. Ce nouveau statut répond à l'évolution de la médecine qui ne se limite plus à un rôle curatif ainsi qu'à la demande de personnel qualifié d'institutions naissantes telles que l'Œuvre de la goutte de lait (ancêtre de l'ONE) ou l'Œuvre nationale belge contre la tuberculose. Après la Seconde Guerre mondiale, l'appellation « infirmière d'hygiène sociale » fera son apparition et trouvera sa place tant dans le secteur médico-social qu'au niveau de la médecine préventive qui se développe en parallèle de la médecine curative sous l'angle du contrôle et de l'autorité sanitaire.

Lors de la réforme des études de 1957, la volonté des autorités est d'aligner la formation des infirmières sociales sur celles des assistants sociaux et leur formation s'allongera d'un an. Ce n'est pas sans conséquence : le rapport De Wever de 1967 met en évidence une pénurie de celles-ci. Les facteurs mis en cause sont, notamment, une méconnaissance du public et des professionnels de cette spécificité de la profession, des études allongées sans avantage barémique, une utilisation irrationnelle des infirmières sociales par manque de coordination de la médecine préventive et un manque de subsides.

Cette ambiguïté persiste jusqu'à la réforme des études de 1994 où la formation commune de trois années permet l'obtention du diplôme d'infirmière graduée en soins généraux à laquelle une année de spécialisation peut être ajoutée. L'infirmière, autrefois appelée visiteuse, puis d'hygiène sociale ou encore infirmière sociale, devient l'infirmière spécialisée en santé communautaire. Aboutissement d'une longue tradition de médecine humaniste et humanitaire souvent dite « médecine des pauvres », la dynamique communautaire fait suite à une transition épidémiologique menant à la stagnation de l'espérance de vie et de la qualité de vie liée au développement des maladies dites de « civilisation » ou encore de maladies chroniques marquant les limites des développements des techniques de soins. Cette dynamique communautaire s'inscrit en outre dans des conditions socio-économiques (augmentation du chômage, vieillissement de la population) qui demandent une rationalisation des coûts des soins. Ce contexte est propice au décroisement de la santé curative et préventive, tout en passant de la réalité individuelle vers la vision collective. En effet, il ne s'agit plus de voir la personne comme malade ou non, mais comme une personne en relation avec la société dont la maladie peut être le témoin de sa complexité. La notion des déterminants de la santé issue du rapport Lalonde en 1974 conduit à envisager la santé sous un axe biopsychosocial. La Conférence d'Alma Ata en 1978 pointant les inégalités sociales en santé et la charte d'Ottawa en 1986 proposant des stratégies pour y répondre contribuent à conceptualiser ce basculement idéologique en apportant une nouvelle approche de la santé perçue comme « une ressource de la vie quotidienne et non en fin en soi ». Mettant l'accent sur les ressources, la promotion de la santé y est définie comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer. ■

3. N. Neve, *Les infirmières sociales*, communication lors de la journée des infirmières sociales de l'ACN, Bruxelles, octobre 1988 ; B. Stinglhamber-Vander Borgh, *Infirmière - genèse et réalité d'une profession*, De Boeck-Wesmael, 1994 ; À Poquet, « Infirmière en santé communautaire : une révolution culturelle », *Santé conjugquée* n° 12, 2000 ; Institut Théophraste Renaudot, *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*, Chronique sociale, 2001 ; J. Morel, « La santé communautaire : historique, définition et méthodologie », *Les politiques sociales*, 1996 ; M. Bantuelle et al., *Action communautaire en santé, un outil pour la pratique*, Fédération des maisons médicales, 2013.

DES CPAS SANS AS...

Les postes vacants sont nombreux et les candidatures sont rares. Crise de vocation? Pénibilité du travail? Les centres publics d'action sociale (CPAS) peinent à recruter des assistantes et assistants sociaux (AS) alors que le nombre de dossiers à traiter ne cesse de croître. Une difficulté de plus pour les personnes qui s'adressent à ce dernier filet de l'aide sociale... Alain Vaessen, directeur général de la Fédération des CPAS wallons, analyse les différents points de tension qui traversent le secteur.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugulée*.

Les demandes augmentent et le personnel manque pour y répondre. La situation est tendue dans les CPAS wallons. Pour quelles raisons ?

A. V. : Quelques chiffres assez révélateurs pour commencer : depuis quinze ans, nous avons ni plus ni moins doublé le nombre de dossiers que nous traitons, avec une augmentation de la masse salariale d'environ 2 %. En disant

cela, beaucoup de choses sont dites... Le nombre de revenus d'intégration a fortement augmenté et ce n'est que la partie visible de l'iceberg. Ce qui est préoccupant, c'est tout le reste : les aides sociales complémentaires que nous proposons à une série de publics qui ne sont plus des publics que les CPAS ont toujours connus – les

personnes sans abri, sans études, sans famille... – bien que le nombre de ces profils ait aussi augmenté. Elles concernent aujourd'hui les indépendants (depuis la crise du Covid), les étudiants (nous sommes passés de 15 000 à 24 000 étudiants en sept ou huit ans) et les personnes en situation de monoparentalité, par exemple.

Les crises successives et la crise énergétique notamment contribuent à faire chuter des ménages qui étaient déjà sur le fil...

On dit souvent qu'une crise chasse l'autre. En fait, non. Dans les CPAS, elles se superposent. Nous avons effectivement commencé par gérer les conséquences sociales de la crise sanitaire et puis cela a continué avec les inondations.

Même si elles étaient concentrées dans certaines zones, cela a été vertigineux. Et la crise ukrainienne évidemment : 80 % des Ukrainiens qui ont rejoint notre territoire avec le statut de protection temporaire sont arrivés dans les CPAS, cela concerne quelque 45 000 personnes. Puis la crise du pouvoir d'achat et la crise énergétique... Tout cela se cumule, nous sommes dans une sédimentation malheureuse.

Les moyens font défaut et le recrutement est difficile ?

Nous vivons un peu les deux. Nous avons effectivement reçu des budgets pour le recrutement et c'est l'occasion de saluer les efforts qui ont été faits par le fédéral et par la Région. Nous avons reçu une enveloppe de 20 millions d'euros pour 250 équivalents temps plein, ce que l'on appelle le «subside Collignon», le ministre wallon des Pouvoirs locaux, pour faire face aux conséquences sociales du Covid. Nous avons également reçu un budget pour engager des tuteurs énergie pour faire de la prévention par rapport à la précarité énergétique, nous avons reçu 5 millions pour renforcer le personnel dans les zones inondées et une série d'aides du fédéral dont un pourcentage était consacré aux frais de fonctionnement et de personnel... Nous avons donc été pas mal aidés, mais nous avons subi un phénomène de rattrapage puisque l'augmentation du nombre de dossiers est bien présente depuis des années. Et, par ailleurs, comme nous avons pas mal de difficultés à recruter, une partie de ce budget a été consacré à stabiliser le personnel en place, qui avait des contrats précaires, par exemple. C'était nécessaire, mais cela n'a pas augmenté de façon

«Le nombre de revenus d'intégration a fortement augmenté et ce n'est que la partie visible de l'iceberg.»

suffisante le nombre de travailleurs sociaux, en tout cas dans certains CPAS, notamment pour la première ligne.

Comment un CPAS se débrouille-t-il pour assurer ses missions sans suffisamment de personnel ?

Comme il peut ! Les assistants sociaux et les assistantes sociales gèrent de plus en plus de dossiers, cela veut dire qu'ils réduisent de façon forcée le temps qu'ils consacrent aux personnes bénéficiaires. Ils n'ont pas le choix. Autre possibilité, à certains endroits, les délais d'attente ont été rallongés. On essaie de reporter certaines tâches dans le temps. On essaie aussi de simplifier une série de procédures pour rationaliser le temps, mais quand on parle de rationalisation du temps et des procédures, on entre en collision avec l'essence même du travail social qui est justement de prendre du temps avec les personnes et du temps à partir des personnes. Il n'est donc pas toujours souhaitable de trop standardiser les choses et les procédures pour aller vite et augmenter la productivité des travailleurs sociaux. C'est assez antagoniste comme approche, d'ailleurs.

Un CPAS n'est pas l'autre...

Les réalités sont très différentes en fonction de l'endroit où l'on se situe. Pour ne citer que Verviers, une ville qui a énormément souffert des inondations, la situation y est particulièrement dramatique parce qu'elle cumule toutes les crises. Dans certaines zones plus rurales, la situation est moins tendue, bien que cela devienne des exceptions.

Cette pénurie consolidée est nuisible aussi pour le personnel en surcharge et qui fait face à des contraintes peu compatibles avec l'idéal d'un travail social que l'on peut avoir en sortant de l'école...

Avec des effets en cascade ! Quand on fait face à des épuisements professionnels, des burn-out, la charge de travail retombe sur les autres. Nous vivons le triple effet d'une augmentation du nombre de dossiers, de la fatigue du personnel avec un taux d'absence préoccupant par endroits (ce qui rajoute de la charge à ceux qui tiennent encore le coup) et un recrutement compliqué.

C'est un métier qui n'attire plus ?

Nous assimilons ces difficultés de recrutement à plusieurs raisons. La première c'est qu'il y a une certaine forme de pénurie d'assistants sociaux et d'assistantes sociales, en tout cas vu des CPAS. Globalement, 1200 jeunes sortent des écoles sociales chaque année et se retrouvent potentiellement sur le marché de l'emploi. La réserve potentielle de main-d'œuvre est donc importante, mais le CPAS n'attire pas. Le rapport au travail a également changé, de façon plus générale. Soit ces personnes continuent leurs études et font un master, par exemple, soit elles s'orientent vers d'autres branches du social. Il y a ainsi une forte tension entre le potentiel, la réserve de main-d'œuvre qui sort de l'école et le nombre d'assistants sociaux et d'assistantes sociales qui se rendent réellement disponibles pour les CPAS. Autre élément : les CPAS ont un problème d'attractivité et de déficit d'image. Les assistants sociaux et les assistantes sociales sont peut-être *a priori* davantage séduits par le secteur associatif, par les ONG, par des organisations dites « engagées » plutôt que par une institution qui a une image très administrative et qui est par ailleurs réputée en difficulté. Troisième élément : l'administratif, justement. Le métier est devenu éminemment complexe. On a tellement multiplié les dispositifs, les aides, les subventions que les assistants sociaux et les assistantes sociales sont devenus des ingénieurs sociaux *de facto*. Quand les AS comprennent ce qui les attend en termes de complexité du métier, on est assez loin de la perception d'une vocation qu'ils peuvent avoir entrant à l'école sociale. Cela se ressent d'ailleurs, déjà, dans les demandes de stages des étudiants en CPAS, qui sont en diminution.

La fonction a aussi pris une dimension de contrôle, antagoniste également de l'accompagnement social...

Oui, il y a aussi une tension dans le cœur même du métier. Les assistants sociaux et les assistantes sociales sont à la fois des accompana-

« Quand on parle de rationalisation du temps et des procédures, on entre en collision avec l'essence même du travail social. »

teurs et des contrôleurs et – c'est important de le dire – ils ne font pas cela par plaisir ! Ils appliquent des réglementations, des circulaires qui leur sont imposées à tout niveau de pouvoir au nom d'une politique d'activation des personnes. Ils doivent prendre des postures qui ne sont pas forcément celles qu'ils avaient envisagées au départ et qui sont en tension par rapport au rôle d'accompagnement.

Cela contribue à une lassitude ou à une difficulté du métier ?

Oui et je rajouterais aussi la question du sens. Les injonctions paradoxales, c'est ce qui mène le plus rapidement à la perte de sens et d'une certaine manière à l'épuisement professionnel. En CPAS, on fait parfois le grand écart.

Que mettez-vous en place pour respecter à la fois les bénéficiaires, les AS et la réglementation ?

Nous essayons de nous en préoccuper en actionnant toute une série de leviers, car la problématique est tellement complexe et multifactorielle que nous devons agir sur plusieurs plans à la fois. Nous avons d'ailleurs approuvé en comité directeur un plan d'action pour le travail social et l'attractivité des CPAS. Je ne citerais que quelques chantiers. Nous travaillons avec les écoles sociales sur l'organisation des formations et des stages. Comment améliorer la mise en stage des étudiants et leur formation pour qu'ils soient un peu mieux préparés – et donc moins surpris – quand ils arrivent dans un CPAS ? Nous travaillons avec le ministre Collignon à une réforme du personnel. Avec une question de revalorisation pécuniaire du métier, mais c'est difficile parce que les marges de manœuvre budgétaires sont minimes pour ne pas dire inexistantes. Nous travaillons sur l'image du CPAS et sur les vertus du travail social dans les CPAS. C'est un métier très difficile, en effet, mais très gratifiant. Une campagne de communication est en préparation au niveau fédéral pour redorer le travail social en CPAS. Une réflexion est aussi menée par rapport à l'accès au travail social par le biais des diplômés, mais – c'est crucial – sans dévaloriser le travail social qui demande des compétences techniques importantes. On travaille sur une répartition à la marge de certaines tâches qui incombent ac-

tuellement aux AS et qui pourraient pour partie glisser vers la deuxième ligne, plus administrative. Soulager la première ligne sociale grâce à la deuxième ligne plus administrative en quelque sorte, mais cette solution n'est pas miraculeuse, car la ligne administrative souffre également de difficultés de recrutement. Nous avons du mal à recruter partout et à tous les étages en fait : personnel de support, personnel informatique, personnel infirmier aussi vu que les CPAS ont sous leur aile quelque 140 maisons de repos... Sans parler de tout ce que nous essayons de faire en amont pour agir sur le modèle au cœur du réacteur : décomplexifier le travail social, appliquer le principe de confiance dans les inspections à tous niveaux pour que les assistants sociaux et les assistantes sociales ne passent pas leur temps à rendre des comptes dans une série de rapports, etc. C'est tout le chantier de la simplification administrative.

Ce que vivent les CPAS n'est pas très différent de ce que traversent d'autres institutions du care et du maillage social, finalement ?

Nous sommes peut-être de ceux qui souffrent le plus parce que nous sommes résiduaire, nous sommes les derniers. Le CPAS est le dernier filet social. Autrement dit, tout ce qui n'a pas été pris en charge en amont de la chaîne de solidarité arrive chez nous. Mais je pense aussi que toutes les composantes humaines de la chaîne de solidarité en Wallonie et à Bruxelles sont en difficulté.

Peut-être est-il nécessaire d'agir encore plus en amont ?

Ce serait l'idéal. Lutter contre la précarisation, faire en sorte que les personnes n'arrivent jamais au CPAS. Ce sont toutes les mesures structurelles pour éviter que les personnes tombent dans la pauvreté : le relèvement du revenu d'intégration au seuil de pauvreté, la valorisation des bas salaires concomitamment, l'individualisation des droits et la suppression du statut de cohabitant pour que les personnes ne s'appauvrissent pas quand elles s'installent ensemble. C'est aussi l'amélioration de l'accessibilité à tous les droits sociaux... Tout ce qui est en amont de l'amont, qui fait que les CPAS ne devraient même pas exister ! Mais c'est un vœu pieux. ■

PÉNURIE, QUELLE PÉNURIE ?

«Pénurie de solutions pour pénurie de médecins», «Le personnel soignant est en train de crever». Dans les médias comme dans le champ politique, la pénurie de soignants est sur toutes les langues. Si le concept même de pénurie est plus complexe qu'il n'y paraît, les solutions à y apporter semblent, elles aussi, prendre des contours variés.

Marinette Mormont, journaliste à la Fédération des maisons médicales.

Depuis des années déjà, de nombreux chiffres circulent au sujet de la pénurie de soignants. Une étude publiée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en janvier 2020¹ a par exemple montré que les infirmières qui travaillent dans les hôpitaux belges s'occupent en moyenne de 9,4 patients, alors que la norme de sécurité internationalement acceptée est de huit patients par personne au maximum. Une enquête menée en 2017 par la CSC² révélait aussi que la moitié de son personnel soignant affilié estimait, de manière quotidienne, ne pas pouvoir dispenser aux patients les soins dont ils avaient besoin. C'est d'ailleurs pour financer de nouveaux emplois et améliorer les conditions de travail du personnel soignant que le Fonds Blouses blanches a été créé en fin d'année 2019, avant d'être renfloué pendant le Covid.

Le Covid a aussi mis en lumière les manques structurels de «ressources» dans le secteur de la santé mentale, alors que les besoins et les demandes ne faisaient qu'augmenter. Quant aux médecins, on pointe depuis de nombreuses années l'augmentation de leur moyenne d'âge – en 2020, 35 % des médecins actifs avaient plus de 55 ans³ – et donc les nombreux départs à la retraite qui se profilent dans les années à venir.

Au-delà des chiffres

Il est aussi question d'évolution des besoins, de culture de consommation de soins, d'organisation et de pratiques professionnelles, de même que de répartition des soignants sur le territoire. Prenons l'exemple des médecins généralistes. À l'échelle européenne, la densité de médecins par habitant en Belgique est supérieure à celle de nos pays voisins et reste relativement stable dans le temps : 11,7 médecins généralistes pour

10 000 habitants en 2019⁴. Mais si l'on observe les choses de plus près, c'est davantage à une répartition géographique inégale des médecins plutôt qu'une situation de pénurie généralisée que notre pays fait face. Certaines zones sont moins bien desservies que d'autres, notamment en régions rurales et dans les quartiers défavorisés des centres urbains. Selon l'AViQ, Agence pour une vie de qualité, 132 communes wallonnes étaient en pénurie en 2020 (contre 151 en 2016) et 40 en «pénurie sévère» (contre 53 en 2016)⁵. La notion de pénurie est donc différente selon la loupe avec laquelle on l'observe.

«On parle beaucoup de pénurie dans les médias, où l'on montre toujours les situations extrêmes parce qu'elles sont explicatives. Moi, je préfère parler d'accès aux soins», relève Nadia Benhamed, du KCE, pour qui le concept de densité médicale est insuffisant puisqu'il doit être mis en regard avec les besoins. Autrement dit : le nombre de médecins nécessaire pour prendre soin, sur un territoire donné, d'une population jeune et en bonne santé n'est pas le même que pour une population vieillissante avec des maladies chroniques. Pour Nadia Benhamed, il convient donc de multiplier les indicateurs pour mesurer les difficultés d'accès aux soins. Et, «quand tous les indicateurs vont dans le même sens, on doit se dire qu'il faut tirer la sonnette d'alarme».

Parmi ces indicateurs, épinglons notamment le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (mais comme le *gatekeeping*, le filtrage des demandes par le médecin généraliste, n'est pas à l'ordre du jour en Belgique, ce temps d'attente est complexe à référencer), le pourcen-

1. K. Van den Heede et al., Walter. *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*, KCE Reports 325B, 2019.

2. Une étude citée par Ri De Ridder, dans son ouvrage *Au chevet de nos soins de santé. Comment améliorer sensiblement nos soins de santé?*, octobre 2020, Mardaga.

Il convient de multiplier les indicateurs pour mesurer les difficultés d'accès aux soins.

3. <https://statbel.fgov.be>.

4. *Suivi de la force de travail des médecins : nouveaux éléments et impact Covid-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033*, publication de la cellule planification de l'offre des professions des soins de santé, SPF Santé publique, 2023.

5. V. Liévin «Il manque 360 généralistes en Wallonie», www.medi-sphere.be, 22 juillet 2022.

tage de médecins généralistes qui refusent de nouveaux patients (particulièrement nombreux dans le Hainaut et dans le Luxembourg) ou encore la consommation de soins en euros (même si la demande de soins ne reflète pas forcément les besoins réels puisqu'il y a d'un côté des demandes non justifiées et de l'autre des besoins non exprimés).

Les causes de la détérioration de l'accès aux soins

La pénurie est difficile à mesurer et diffère selon le territoire pris en compte. Il reste que des patients se plaignent de ne pas trouver de médecin traitant. En cause ? Une augmentation des besoins, car la population vieillit et les maladies chroniques sont de plus en plus répandues, parallèlement à une diminution de l'offre médicale. Avec la démocratisation de l'accès aux études universitaires dans les années septante, la Belgique a vu augmenter considérablement le nombre de médecins. « *Aujourd'hui, ces gens ont 70 ans et on se trouve face à un flux de départs à la retraite. Ce phénomène a été accéléré par la pandémie qui a été pour beaucoup de médecins une période difficile, à laquelle il faut ajouter toutes les exigences informatiques auxquelles ils sont confrontés. Le système n'était pas préparé à cela* », retrace Jan De Maeseneer, professeur de médecine générale à l'UGent.

À ces départs, ajoutons le fait qu'une série d'organisations (mutuelles, administration, INAMI, santé publique ou recherche) mobilisent davantage qu'auparavant les soignants ainsi que les

modifications des rythmes de travail des médecins. « *Un équivalent temps plein d'il y a vingt ans n'est plus celui d'aujourd'hui. Beaucoup de généralistes ne comptaient pas leurs heures, maintenant ce n'est plus le cas. Cela limite aussi le nombre de patients pris en charge par chaque méde-*

cin », pointe Thierry Van der Schueren, médecin généraliste en pratique de groupe monodisciplinaire en province de Namur et coordinateur médical à la Société scientifique de médecine générale (SSMG). Mais ce n'est pas tout. Pour lui, « *les patients belges ont été longtemps habitués à une situation pléthorique. Quand ils appellent le médecin, ils veulent le voir tout de suite, ce qui n'ar-*

rive dans aucun autre pays européen. Ils n'acceptent donc pas qu'aujourd'hui l'accès soit moins aisé qu'auparavant ». C'est aussi la relation de soin qui a évolué, avec des patients de plus en plus informés et impliqués dans la prise en charge de leur santé. « *Les gens veulent comprendre ce qu'ils ont, ce qu'ils doivent faire, à quoi ça sert et pourquoi. En général, ils ont déjà été sur internet, parfois ils ont des frayeurs que l'on doit rassurer. Aujourd'hui, les médecins ont des cours pour mieux communiquer avec le patient et pour partager les décisions. La qualité médicale s'est améliorée, mais le temps médical s'est allongé* », poursuit-il.

Et puis, surtout, il y a cette histoire de répartition des médecins sur le territoire. Les milieux ruraux et les quartiers défavorisés des grandes villes font les frais de cette inégalité territoriale, ne parvenant plus à attirer suffisamment les médecins, car leurs critères de choix d'installation se sont modifiés au cours du temps : « *Aujourd'hui on s'installe là où on peut concilier vie professionnelle et vie privée, où on va trouver une crèche et pouvoir scolariser ses enfants et où on ne sera pas trop loin du travail de mon conjoint* », poursuit Thierry Van der Schueren. Les incitants mis en place pour favoriser l'installation dans les zones en pénurie (primes Impulseo) n'ont pas suffi pour inverser la tendance.

Réfléchir aux causes, c'est entrevoir des pistes de solutions. Les liens entre les professions de soins, et donc la manière dont les tâches sont « distribuées » entre elles, sont montrés du doigt tant comme facteur explicatif de l'incapacité à répondre aux besoins qu'une manière d'y remédier. « *La densité de gynécologues est plus basse aux Pays-Bas qu'en Belgique et c'est normal puisque l'obstétrique y est supportée davantage par les sages-femmes que chez nous* », illustre Nadia Benhammed. « *Au Danemark, il y a 1 ETP médecin pour 1500 habitants. En Belgique, nous sommes à un médecin pour 900 à 1100 patients. Cela devrait être suffisant pourvu que le médecin puisse se centrer sur son core business, ce qui actuellement n'est pas le cas, décrypte Jan De Maeseneer. La plupart des médecins, et c'est la même chose pour les infirmières, disent qu'un tiers de leur temps est consacré à faire des choses pour lesquelles ils sont surqualifiés.* »

Coordination, intégration, délégation

Alors que le temps de travail des médecins reste principalement consacré aux interactions avec

C'est aussi la relation de soin qui a évolué, avec des patients de plus en plus informés.

son patient (73 %), un quart de son temps est dédié à des tâches connexes (tâches médicales ou non médicales telles que le remplissage des dossiers, l'administration financière ou la lecture de littérature médicale), nous apprend un récent rapport sur l'emploi du temps des médecins généralistes⁶. La plupart d'entre eux se plaignent aussi de l'augmentation du travail administratif.

De tous ces constats ont découlé des propositions de délégation des tâches du médecin généraliste vers l'infirmière, l'assistant de pratique (un métier en création en Belgique, qui consiste à prendre en charge l'accueil, le support administratif/IT et quelques interventions) ou d'autres prestataires de soins (psychologues, pharmaciens). Plus de coopération entre les professions, plus de multidisciplinarité, plus d'intégration, c'est aussi ce que propose le New Deal, politique du ministre de la Santé Frank Vandenbroucke afin de soutenir les médecins généralistes submergés. « *En réorganisant toute la première ligne de soins, l'idée est aussi que plus on réussit à intégrer les soins sur des territoires en tenant compte des besoins spécifiques de la population, plus le système fonctionne et moins il est gourmand en ressources humaines puisqu'il va permettre de diminuer les répétitions, les allers-retours si tout est bien coordonné* », résume Nadia Benhamed.

Une réorganisation du travail pour améliorer l'accès et la qualité des soins, c'est aussi ce que défend Ri De Ridder, ancien directeur général de l'INAMI et aujourd'hui expert auprès du ministre Frank Vandenbroucke, dans son récent ouvrage *Au chevet de nos soins de santé. Comment améliorer sensiblement nos soins de santé?*⁷ La main-d'œuvre supplémentaire au chevet du patient est « *populaire dans le discours politique, et encore plus depuis la crise que nous vivons* », mais n'est « *ni suffisante, ni la meilleure solution* », affirme-t-il avant de préciser : « *Je ne vais certainement pas nier qu'il faut davantage de personnel. L'investissement supplémentaire récent d'un milliard d'euros pour du personnel en plus et une meilleure rémunération, réalisé par les autorités fédérales, est tout à fait justifié. Toutefois, la discussion mérite d'être menée dans une perspective plus large, car la quantité n'est pas par définition garante d'une plus grande qualité. C'est plus complexe que cela.* » Dans son argumentation, Ri De Ridder s'appuie aussi sur les prises de position de l'ambassadrice de

soins (*zorgambassadeur*) en Flandre, Lon Holtzer, pour qui « *d'avantage de personnel n'est qu'une partie de la solution* » : « *Tant qu'un médecin généraliste ne rend visite à un patient que pour prendre sa tension, qu'un infirmier ne se rend au domicile d'un patient que pour le laver et qu'une aide-soignante ne va dans une famille que pour nettoyer, nous devons oser nous poser la question de savoir s'il y a vraiment une pénurie de prestataires de soins.* »⁸

Sur le terrain, ces propositions de réorganisation des soins ne font pas l'unanimité. « *On attaque le problème par un mauvais angle, estime Thierry Van der Schueren. Je ne pense pas que la délégation de tâches va vraiment libérer beaucoup de temps. Le patient a aussi envie de voir un médecin et pas nécessairement un second couteau qui ne pourra rien prescrire.* » Pour le médecin, c'est l'attractivité de la profession – tout comme de celle d'infirmière – qu'il s'agit d'améliorer. « *Les rémunérations ne sont pas exceptionnelles, vous avez des gardes à n'en plus finir, une charge de travail et des contraintes importantes. On n'arrive pas à retenir les gens. Les zones de pénurie devraient bénéficier de vrais avantages à l'installation si on veut que tous les Belges soient desservis de manière correcte en première ligne, ce qui me semble un minimum. Il faut des incitants, et pas des cacahuètes ; il y a des lieux plus difficiles d'accès ou plus difficiles en charge de travail.* »

Les causes des situations de « pénurie » sont donc diverses, les solutions à y apporter le sont tout autant. Et pour planifier au mieux la future offre de soins et sa bonne répartition sur le territoire, c'est toute une série d'éléments qui doivent être pris en compte. Évolutions épidémiologiques, démographiques, modifications des choix et pratiques professionnelles, élaboration de nouveaux médicaments, impact des programmes de prévention... « *Il y a beaucoup de choses qui entrent en ligne de compte, beaucoup de leviers à activer. La commission planification développe maintenant des modèles alternatifs en essayant d'avoir un coup d'avance. Et, pour chaque politique de santé mise en place pour répondre à une demande, il faut penser en termes de ressources humaines. C'est quelque chose qui est malheureusement très peu fait* », conclut Nadia Benhamed. ■

Les causes des situations de « pénurie » sont diverses, les solutions à y apporter le sont tout autant.

6. Rapport. Analyse de l'emploi du temps des médecins généralistes, à la demande du ministre de la Santé publique et du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Associates, avril 2023.

7. R. De Ridder, *op. cit.*

8. Cité par R. De Ridder, *op. cit.*

L'ENTERREMENT DES ILLUSIONS

On aurait pu croire que rien ne changerait jamais dans la capacité à encaisser des infirmières. Éduquées à s'oublier au profit des autres, à «laisser leur vie au vestiaire» instrumentalisées dans une soumission digne des armées ou des congrégations religieuses, d'où elles viennent historiquement, aveuglées par un devoir de réserve dans lequel on englobe tout et son contraire, rien ne semblait pouvoir affecter cette main-d'œuvre courageuse et surtout silencieuse... Dans le monde d'avant, on appelait ça la vocation...

Anne Perraut-Soliveres, infirmière de nuit, directrice de la rédaction de la revue *Pratiques*.

Pourtant, dans l'ombre des salles de soins, au cœur de la nuit hospitalière, j'ai vu se dégrader cette motivation qu'on croyait acquise, j'ai vu baisser le moral des infirmières, se développer la peur de mal faire ! À compter des années 2000, j'entendais des réflexions comme : «*Je ne me sens plus en sécurité avec toutes ces normes, j'ai peur de faire des erreurs, je voudrais devenir aide-soignante...*» Cette peur, engendrée par la prise de conscience de leur responsabilité individuelle alors qu'elles se pensaient jusque-là protégées par leurs institutions,

La volonté des décideurs de rationaliser les soins est un doux euphémisme.

a révélé le début de la fin de la notion d'équipe à la faveur de la mise en route d'une espèce de taylorisation des tâches, de la sectorisation des soins, de la tracabilité auxquelles elles ont parfois contribué sans imaginer qu'elles pourraient s'y opposer, espérant toujours « optimiser » la qualité de leurs soins.

Si ces évolutions pouvaient effectivement présenter quelques avantages, le manque d'esprit critique, quasi pathologique, de cette profession les a empêchées de voir ce qui se profilait derrière ces nouveaux outils.

La volonté des décideurs de rationaliser les soins est un doux euphémisme pour instaurer discrètement le rationnement qu'on voit se profiler aujourd'hui sous prétexte de pénurie. Cette pénurie, que les administrateurs et les médecins déplorent après l'avoir organisée, au moins pour la formation des médecins avec le numerus clausus, apparaît providentielle pour justifier la dégradation des conditions de travail et des

conditions de soins. Elle ne date cependant pas d'hier puisque je l'ai toujours entendue évoquée comme justifiant tout ce à quoi nous devons renoncer sans que jamais les directions des soins ou des hôpitaux ne semblent se remettre en cause ni imaginer que bien d'autres facteurs interviennent dans la fidélisation des infirmières.

« Le plus beau métier du monde »

En 2000, alors qu'on me questionnait sur la pénurie, j'interrogeais déjà les raisons pour lesquelles, en France, 50 000 infirmières formées ne travaillaient pas dans les soins ni aucun autre service social... Aujourd'hui c'est 250 000 qui ont « lâché l'affaire » et pas seulement les infirmières puisque les médecins les suivent en masse, désabusés, laissant des services exsangues fermer faute d'infirmières pour les faire tourner. Les instituts de formation, malgré des portes largement ouvertes, n'arrivent pas à recruter suffisamment et perdent en route presque un tiers des effectifs avant la fin des études, et ce dès la première année, sans compter celles qui, à peine le diplôme obtenu, refusent d'exercer dans les conditions de dégradation des lieux de soin. En cause, nous dit-on, l'absence d'entretien préalable qui laisserait passer des candidatures de personnes totalement inadaptées au métier... Certes... Mais qui a décidé de laisser ces personnes « inadaptées » s'inscrire dans une formation aussi particulière ? Pourquoi ceux qui décident n'ont-ils apparemment aucune conscience des conditions d'exercice minimales de ces métiers qui engagent autant la personne pour qu'elle puisse réaliser des soins sans se détruire elle-même ?

Qu'est-ce qui a fait passer « le plus beau métier

du monde » qui faisait rêver les petites filles et satisfaisait les grandes malgré ses évidentes difficultés, à ce travail décrié, ingrat, mal payé (ça, il l'a toujours été) qu'elles désavouent en masse aujourd'hui ? Il a fallu leur en faire pour qu'elles le quittent, elles qui n'ont jamais faibli durant ces dernières décennies, quoi qu'il leur en coûte ! Il suffit de les observer, de les écouter, mais pour cela il faut avoir l'oreille bien exercée et entendre au-delà des mots ce qu'elles-mêmes sont incapables de dire clairement, car les infirmières partagent un « handicap » sérieux : elles refusent de regarder au-delà de leur quotidien et s'aveuglent volontiers sur les causes surtout lorsqu'elles ont laissé faire...

Le commencement de la fin

Nul ne saurait ignorer que les conditions de travail à l'hôpital, après s'être considérablement améliorées au cours des années 1970-1980, se sont de nouveau dégradées, mais dans un tout autre registre. En effet, j'aime à rappeler les conditions dans lesquelles j'ai moi-même étudié puis exercé mon métier, juste avant 1968, dans un hôpital de l'Assistance publique de Paris, dans un service de réanimation chirurgicale cardio-pulmonaire où nous travaillions six nuits de huit heures par semaine. Un seul jour de repos et quelques jours fériés, jamais consécutifs, des vacances imposées aux débutantes en dehors de l'été, un encadrement plus surveillant qu'accompagnant, au mieux indifférent, au pire malveillant, étayaient notre quotidien... Je n'étais pas la seule dans ce cas, nous étions tous à peu près logés à la même enseigne et pourtant... Nous étions fidèles au poste, fières de notre métier et ne protestions jamais contre les nombreux abus de l'encadrement et, au-delà, du système qui profitait de notre bonne volonté et surtout de notre naïveté. Je n'en ferai certes pas un modèle et je l'ai combattu dès que j'ai pris la mesure de cette incroyable soumission qui nous faisait nous taire quand bien même nous avions raison. Si je le rappelle aujourd'hui, c'est parce qu'il ne reste pas beaucoup d'infirmières de cette époque pour témoigner d'une évolution qui les a broyées sur son passage dans le silence coupable de la profession tout entière, voire, hélas quelquefois avec l'assentiment de son encadrement et ses élites autoproclamées.

La condition subalterne des infirmières est sans

doute une des raisons pour lesquelles elles sont considérées comme quantité négligeable, mais à trop négliger, on finit par perdre même cette quantité.

Depuis 1968, on a considérablement étoffé les effectifs, l'évolution technique des matériels de soin a été colossale, en particulier le passage au tout jetable qui a allégé et facilité le travail des infirmières tout en les contraignant à aller toujours plus vite. Là encore, il faut rappeler le travail fastidieux du nettoyage du matériel, seringues, aiguilles, sondes diverses et variées, le découpage puis le pliage des compresses et autres pansements avant leur stérilisation qui se faisaient

la nuit, mais qui permettait parallèlement les échanges informels autour des patients, le partage de réflexions sur le métier, les rigolades qui permettaient de tenir. Tout cela a disparu. Évidemment, cette évolution a considérablement augmenté le coût des soins, car on s'est mis à jeter avec autant d'enthousiasme qu'on en mettait à économiser les compresses... Quand nous avions le malheur de casser une seringue, il fallait ramener les débris pour en avoir une autre... Le discours culpabilisant ne tarda pas à se développer avec la publication de nos dépenses comme si nous étions les comptables du matériel. Comme le discours officiel était déjà de réduire les budgets de la santé, il fallait donc vite trouver d'autres variables d'ajustement. C'est là où les gestionnaires du personnel, dont les salaires représentent le plus gros budget de l'hôpital, ont surfé sur la tentation de réduire les droits par tous les moyens. Tout est devenu prétexte à rogner, du non-remplacement des arrêts maladie, des petites absences, de certains congés à la stagnation des salaires qui a paupérisé les infirmières et rendu leurs conditions d'exercice de plus en plus difficiles, la moindre niche de confort a été détruite en même temps que les rares chevauchements d'équipes qui permettaient d'échanger sur le travail et les patients. L'instauration de la notion de polyvalence des infirmières, avec la complicité de leur encadre-

La condition subalterne des infirmières est sans doute une des raisons pour lesquelles elles sont considérées comme quantité négligeable.

ment qui y voyait une amélioration de ses difficultés à remplir certains plannings, a permis de les déplacer sans cesse d'un service à l'autre, les a perturbées professionnellement en leur faisant perdre l'assurance et la compétence que développe la stabilisation dans une spécialité à l'abri du soutien d'une équipe stable.

Le coup de grâce

On peut difficilement mesurer combien cette profession a subi de dommages à tous les niveaux au cours des dernières décennies sans qu'aucun bénéfice ne vienne combler ce déficit d'estime de soi que confère une maltraitance quotidienne insidieuse et banalisée. La cerise sur le gâteau, c'est que tous ces inconvénients majeurs de leur exercice ont eu un impact considérable sur le sens que ces professionnelles accordaient à leurs missions, à la relation soignante qui était leur seul vrai bénéfice et qui a de plus en plus de mal à exister dans ce monde où tout va de plus en plus vite et où elles n'ont plus le temps d'établir un contact qui permette de rencontrer l'autre dans sa vulnérabilité. On peut sans exagérer dire que les infirmières ont perdu le sens de leur métier et que c'est l'élément majeur de leur désertion.

Quand le Covid est venu brièvement réenchâter l'hôpital, un souffle nouveau s'est levé... Car aussi paradoxal que cela puisse paraître, ce ne fut pas seulement un grand moment de bravoure, propre à ces métiers qui affrontent parfois l'indicible, mais surtout un moment où toute la pesanteur du système s'étant brutalement levée faute d'être capable de sortir des protocoles, le pouvoir d'agir est retombé dans

Les infirmières ont perdu le sens de leur métier et c'est l'élément majeur de leur désertion.

les mains de ceux qui n'ont d'autre choix que faire face. Toute la créativité dont sont capables les individus et leurs collectifs proches s'est alors déployée avec une efficacité comme on n'en avait même plus le souvenir. Une ambiance solidaire a été restaurée, chacun ayant à cœur de collaborer au travail collectif, au service des patients, réinventant ce qui manquait, improvisant, transformant ici, construisant là, par exemple des parois d'isolement, avec les moyens du

bord... Et je ne parle pas des relations entre les services habituellement fermés sur eux-mêmes qui se sont retrouvés contraints de collaborer, dans un somptueux remue-ménage qui a rebattu des cartes qui semblaient définitivement classées. Tout ça, certes, sur un fond de bonne et intense fatigue... Mais quel souffle inespéré !

Le coup de grâce a été porté par le retour du boisseau du pouvoir qui, après avoir encouragé des applaudissements faciles et que pour ma part j'ai trouvé plutôt suspects, s'est empressé de remettre de l'ordre dans le travail des soignants. Ainsi, ce qui avait redonné un peu d'espoir aux infirmières, entre autres, s'est tari à peine esquissé ; les mêmes qui applaudissaient se sont mis à déboulonner les idoles d'hier, et je ne me prononcerai pas sur celles qui ont refusé de se faire vacciner et qui l'ont payé au prix fort.

Une fois établi le fait que l'évolution sociétale délétère joue un rôle considérable dans le délabrement des services publics, il n'est pas difficile de comprendre la désaffection des infirmières ainsi que celle des médecins. Il est moins facile d'accepter que ceux qui ont le pouvoir puissent persister dans une politique aussi dévastatrice du bien public et faire semblant de s'étonner du marasme actuel dont l'actualité nous montre chaque jour l'absurdité et l'étendue.

Ainsi, comment une infirmière, dont la motivation est basée sur des valeurs altruistes et une empathie incontournable à l'égard de ses concitoyens, pourrait-elle se retrouver dans un monde qui fonctionne sur des valeurs plutôt cotées en bourse, ou sur le non-sens des paillettes pour endormir les consciences. À l'évidence, dans ce contexte, l'équilibre des comptes n'est plus possible. Les lignes de fracture, apparues entre ce qui détermine le bien-être de l'individu, *a fortiori* quand il est souffrant, et ce qui compte désormais pour les institutions dont l'objectif est tourné vers le profit, ne sont pas en passe de se réduire.

Or, le mal-être qui se développe, à tous les niveaux de la société, risque d'aggraver une situation des soins déjà très préoccupante. Comment en effet obtenir un nombre suffisant d'infirmières capables de faire face à la marée de souffrance humaine qui s'annonce, alors qu'elles fuient en masse ? C'est une question d'urgence vitale. Le tonneau des Danaïdes n'est pas près d'être rempli... ■