Le malaise des « blouses blanches »

Conditions de travail dans les hôpitaux

et mouvement social du personnel soignant

Erwin Pierson ▪ Juillet 2019

CENTRE D'ÉDUCATION POPULAIRE
ANDRÉ GENOT
rue de Namur 47 • 5000 Beez
T. 081/26 51 52 • F. 081/26 51 51
cepag@cepag.be • www.cepag.be

Personnel infirmier maltraité = patient.e.s en danger !

Le secteur des soins de santé est actuellement confronté à un mouvement social de la part du personnel soignant en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale[1]. Après les « jeudis pour le climat » et la mobilisation des « gilets jaunes », le mouvement de contestation touche désormais le secteur hospitalier avec les « mardis des blouses blanches ».

Comment expliquer ce malaise grandissant vécu par le personnel hospitalier ?

La présente analyse tentera de répondre à cette question en mettant en lumière les logiques professionnelles et les dynamiques sociales liées au mouvement du personnel soignant.

La première partie de l'article mettra en exergue l'origine du mouvement et les principales revendications des travailleurs hospitaliers sur base d'échanges avec des experts syndicaux[2] en matière de soins de santé. Les causes du malaise au travail seront évoquées dans la deuxième partie en tenant compte d'études scientifiques (KCE 2019 ; Maha 2018 ; NEXT 2015) et du contexte socio-politique belge (Réforme du paysage hospitalier). Sur base de la revue de la littérature, la troisième partie de l'article amènera un éclairage sociologique sur les effets de la dégradation des conditions de travail auprès du personnel.

Bruxelles à l'origine du mouvement social

La contestation des « blouses blanches » a émergé le 3 juin 2019 avec le préavis de grève déposé par le front commun syndical dans les cinq hôpitaux publics bruxellois du réseau IRIS[3]. Dans la foulée, la CNE (CSC) a organisé son premier « mardi des blouses blanches » le 4 juin en Wallonie et à Bruxelles avec un appel à manifester tous les mardis du mois.

De son côté, la CGSLB a déposé un préavis de grève pour les hôpitaux privés bruxellois le 5 juin. Le syndicat libéral a renouvelé un préavis de grève qui court à partir du 20 juin pour une durée indéterminée tout comme pour le SETCa (FGTB) pour tous les hôpitaux de Bruxelles-Hal-Vilvoorde.

---

[1] Le Soir, « Grève dans les hôpitaux publics : le blues des blouses blanches s'étend », mise en ligne le 02/06/2019 ; La Libre, « C'est la grogne dans les hôpitaux : tout l'hôpital est sous pression, on n'a plus de temps à consacrer aux malades », mise en ligne le 11/06/2019 ; Le Spécialiste, « Un deuxième mardi des blouses blanches organisé en Wallonie et à Bruxelles », mise en ligne le 11/06/2019.

[2] Sabine LIBERT (FGTB wallonne, 08/07/2019), Nicolas LATTEUR (CEPAG, 09/07/2019), Nicolas ALMAU (CEPAG, 10/07/2019), Anne-Marie ANDRUSYSZYN (CEPAG, 11/07/2019), Nathalie LIONNET (SETCa, 15/07/2019), Olivier NYSSEN (CGSP Admi, 16/07/2019).

[3] CHU Brugmann, CHU Saint-Pierre, Institut Bordet, Hôpital des enfants Reine Fabiola et Hôpitaux Iris Sud.

Pour le SETCa, la coupe est pleine dans les hôpitaux : « ni les conditions de travail des travailleurs, ni la qualité des soins ne sont des variables d'ajustement budgétaire ! Epuisement professionnel, burn-out, maladie, sentiment chronique de ne pas faire le job comme il se doit conduisent les travailleurs à fuir le secteur »[4].

Notons que le mouvement social, initié par le syndicat chrétien[5], n'a pas fait l'objet d'un réel front commun syndical pour le secteur hospitalier. Le *momentum* socio-politique expliquerait, en partie, l'ordre dispersé de mouvement syndical.

Ainsi, la CGSP Administrations et Institutions, pour les hôpitaux publics, a décidé de ne pas se joindre au mouvement des « blouses blanches » tenant compte de la situation politique, à savoir un gouvernement régional et fédéral en affaires courantes (pas de réel interlocuteur).

Par le truchement du mouvement des « blouses blanches », le personnel soignant dénonce le cercle vicieux auquel ils sont directement confrontés :

- Les mauvaises conditions de travail liées au sous-financement structurel des hôpitaux ;
- Les rémunérations insatisfaisantes (manque de valorisation barémique) ;
- L'intensification du travail dû au raccourcissement des durées de séjour ;
- Le manque de personnel et la diminution du temps à consacrer aux patients (être à l'écoute, prendre le temps de répondre aux questions et rassurer le patient) ;
- La commercialisation des soins de santé ;
- La perte de sens et d'engagement avec des risques de burn-out ;
- La flexibilité accrue des travailleurs avec des conséquences au niveau de la conciliation vie privée-vie professionnelle.

Bien que le présent article évoque le mouvement du personnel soignant, il est important de souligner que la pénibilité au travail concerne également d'autres métiers d'aide-soignant, du nettoyage, de la manutention, des cuisines ainsi que les métiers administratifs liés au call center, d'accueil et de sécurité.

[4] Nathalie Lionnet, « Dans les hôpitaux, la coupe est pleine ! », Bruxelles, tract SETCa.

[5] Le Spécialiste, « Mardi des blouses blanches : la CNE lance l'appel du 25 juin à l'occasion de la 4è journée de mobilisation », mise en lige le 24/06/2019.

La santé des hôpitaux en péril

Financement : 4 hôpitaux sur 10 dans le rouge

L'analyse financière des hôpitaux généraux en Belgique, réalisée par Belfius (étude Maha[6] 2018), montre que 42% des hôpitaux sont déficitaires en 2017, soit 39 sur 92 institutions hospitalières contre 30 en 2016 et d'ajouter que « cette nette détérioration des résultats des hôpitaux risque de fragiliser la capacité du secteur à affronter les défis et les réformes futures »[7].

Lors de son entrée en fonction en 2014, le Gouvernement de Charles Michel avait pour intention d'améliorer l'accessibilité des soins, de réduire les inégalités de santé et de renforcer la sécurité tarifaire.

Force est de constater que la situation financière s'est dégradée fortement en cinq ans en raison de mesures d'économies imposées par le gouvernement fédéral, par exemple, avec des efforts attendus de 272 millions euros dans le secteur pharmaceutique[8] ainsi que la réduction de la norme de croissance du budget de l'assurance maladie de 3% à 1,5%[9].

Nous observons aussi des effets indirects liés à l'augmentation des suppléments d'honoraires médicaux facturés aux patients lors des séjours hospitaliers de 2,5 fois supérieure aux remboursements Inami (honoraires obligatoires officiels)[10].

Cette politique d'austérité a impacté, de facto, l'accessibilité et la qualité de notre système des soins de santé. *In fine*, ces sont bien les patient.e.s et les travailleur.euse.s qui ont été touché.e.s par l'assainissement budgétaire (les inégalités sociales face à la santé avec une médecine à deux vitesses et la dégradation des conditions de travail).

[6] « Model for Automatic Hospital Analyses » : il s'agit d'une analyse sectorielle des hôpitaux généraux belges (privé et public) réalisée depuis 24 ans par Belfius.

[7] Belfius, « Analyse sectorielle des hôpitaux généraux : étude Maha 2018 », Communiqué de presse, 10 octobre 2018.

[8] Nicolas DE PAPE, « Le budget 2019 des soins de santé est approuvé par le Conseil général de l'Inami », in Le Journal du médecin, mise en ligne le 16/10/2018.

[9] Paul CALLEWAERT, Jean-Pascal LABILLE, « Maggie De Block piégée par la norme de croissance du budget des soins de santé », in : Le Soir, Cartes blanches, mise en ligne le 15/09/2018.

[10] Agence Intermutualiste (AIM), « Monitoring des suppléments d'honoraires à l'hôpital : état des lieux », Rapport à l'attention de la Commission nationale médico-mutualiste de l'INAMI (Médicomut), 2015-2016.

Plus précisément, la fragilité financière des hôpitaux s'explique principalement au regard de trois indicateurs :

1. **La diminution du résultat courant**[11] : il ne représente plus que 0,2% du chiffre d'affaires en 2017 contre 1% en 2014. Le résultat courant s'établit à 28,7 millions euros soit, 300.000 euros en moyenne par hôpital ;

2. **Le cash-flow**[12] : il est insuffisant pour couvrir la partie de leur dette arrivant à échéance au cours de l'exercice (25% des hôpitaux sont dans le rouge) ;

3. **La triple baisse de l'activité :** au niveau du nombre d'admission hors hospitalisation de jour chirurgical (baisse de 0,7%), du nombre de journées d'hospitalisation (baisse de 2,4%) et du nombre d'admission en hospitalisation de jour chirurgical (recul de 1,2%)[13].

Dès lors, les gestionnaires des hôpitaux sont amenés à agir sur la réduction des coûts au niveau des ressources humaines (non remplacement) et matérielles (négociation avec les fournisseurs), avec des investissements plus limités et la réduction du nombre de sites hospitaliers.

A cet égard, le nouvel hôpital MontLégia à Liège pour le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) ou encore le nouveau site Delta à Bruxelles pour le Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (CHIREC) sont des exemples de centralisation de sites avec l'objectif de rationaliser les coûts de fonctionnement et les frais d'exploitation.

Le témoignage d'une infirmière illustre cette tendance : « Nous recevons des informations sur les finances de l'hôpital, ce qui n'était pas le cas avant. On a appris notre fusion et les progrès qu'elle réalise pour la santé financière de l'institution ! Reste qu'avec cette fusion, des services autrefois disponibles dans notre hôpital ont été regroupés sur une autre entité, ce qui les rend moins accessibles pour toute une série de personnes »[14].

Ajoutons que la tendance croissante relative au « virage ambulatoire » (prise en charge de certaines pathologies de la troisième ligne de soins vers le secteur ambulatoire)[15] engendre un transfert de charges du Fédéral vers les entités fédérées.

A cet égard, la FGTB suggère que la Région wallonne prévoit un financement adéquat des dispositifs ambulatoires et « qu'il ne peut pas y avoir de transfert de charge sur les

[11] Le résultat courant (RC) correspond à la somme du résultat d'exploitation (gains ou pertes dégagés par l'activité d'exploitation de l'entreprise avant déduction des intérêts et taxes) et du résultat financier (différence entre les produits financiers et les charges financières) dégagé sur un exercice comptable. Le RC ne tient pas compte de l'impôt sur les bénéfices ni des résultats exceptionnels.

[12] Il s'agit du flux réel de trésorerie qui doit, dans l'idéal, être supérieur à la charge annuelle de la dette.

[13] Le Soir, « Des hôpitaux aux pieds d'argiles », mise en ligne le 10/10/2018.

[14] Nicolas LATTEUR, « Soins aigus : Viviane, 60 ans, infirmière », in *Travailler Aujourd'hui. Ce que révèle la parole des salariés*, Editions Cerisier, 2017, p. 127-134.

[15] Il s'agit de la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Par exemple : le raccourcissement des périodes d'hospitalisation pour l'accouchement ou les projets HAD (hospitalisation à domicile) pour les patients diabétiques. Pour plus d'information : Maurice-Pierre PLANEL, Frédéric VARNIER, « Les fondements du virage ambulatoire. Pour une réforme de notre système de santé », Hygée Editions, Collection Controverses, 2017.

entités fédérées sans que le financement adéquat soit transféré »[16].

Evolution des politiques publiques

L'objectif de la réforme du paysage hospitalier (loi réseautage votée le 14/02/2019)[17] est de mieux utiliser l'argent disponible car selon la Ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block (Open Vld), « la situation financière précaire de plusieurs hôpitaux ne pouvait pas être solutionnée en se contentant tout simplement d'injecter davantage de moyens publics dans les hôpitaux »[18].

Parmi les risques liés à la mise en réseau des hôpitaux, citons que certaines activités hospitalières pourraient être *outsourcés* avec un changement de commission paritaire. Par exemple, l'externalisation de services médicaux (laboratoires, pharmacie hospitalière…) et non médicaux (logistique hôtelière et le nettoyage, lingerie…).

Quoi qu'il en soit, les nouvelles logiques de performance économique, d'efficience et de rationalisation ainsi que l'approche « qualité »[19] de la réforme impacteront tant l'organisation que le financement des hôpitaux et, *in fine*, les conditions de travail du personnel soignant.

Pour la FGTB wallonne, les incidences sur les travailleurs et les travailleuses[20] et leurs conditions de travail seront importantes avec des possibles fusions entre institutions et donc des restructurations ou encore des relocations de certains services hospitaliers. C'est pourquoi le syndicat socialiste suggère la mise en place des plans de mobilité professionnelle de même que « des balises sectorielles doivent être établies afin de garantir le maintien de l'emploi, sa localisation et les conditions sociales en référence à la commission paritaire fédérale des établissements et des services de santé (CP 330) et à la concertation sociale au sein des Comités C fédéral et wallon »[21].

Pour Renaud Mazy, Administrateur-délégué aux Cliniques Universitaires de Saint-Luc à Bruxelles, la charge travail est plus conséquente pour les infirmier.ère.s et les médecins car « la durée moyenne de séjour diminue, mais ça veut dire que l'infirmier.ère va voir dans le même lit plus de patient.e.s »[22].

---

[16] FGTB Wallonne, « Premiers éléments relatifs à la réforme hospitalière et principaux enjeux pour la Wallonie », 5 mai 2017, p. 6-7.

[17] INAMI, « Réorganiser le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux », mise à jour le 28/01/2019.

[18] Le Spécialiste, « 20% des hôpitaux en plus dans le rouge : la ministre De Block dit avoir pris le problème à bras-le-corps », mise en ligne le 10/10/2018. La Ministre De Block ajoute : « Au travers des réseaux hospitaliers, nous faisons en sorte que les hôpitaux travailleront encore davantage et plus étroitement entre eux à l'avenir afin d'améliorer ainsi les soins aux patients. Avec le financement standardisé pour les interventions à basse variabilité, nous veillons à la clarté et à la transparence financière ».

[19] L'approche qualité ne doit pas mettre à mal les normes d'encadrement de l'activité hospitalière ou de fonctionnement de l'hôpital ni renforcer la flexibilité des travailleurs et la concurrence entre les hôpitaux qui devront faire appel davantage aux fonds propres.

[20] Par exemple : des changements de lieu de travail ou de métier si le service ferme, changement de statut professionnel en cas de passage en du secteur hospitalier au secteur ambulatoire.

[21] FGTB Wallonne, « Analyse de la loi réseautage : réforme du paysage hospitalier », 28 mars 2019, p. 12.

[22] RTBF, « Journée d'actions des blouses blanches : que se passe-t-il dans les hôpitaux ? », mise en ligne le 11/06/2019.

Afin de garder l'équilibre financier, le patient sera donc traité de façon à rentrer le plus rapidement chez lui[23]. Par exemple, pour une pathologie correspondant à un remboursement par le Fédéral de deux journées d'hospitalisation, l'hôpital essaiera de faire sortir le patient après un jour et touchera tout de même les deux jours d'hospitalisation.

Approche multifactorielle du malaise

Dans son rapport 2019, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) montre que « le nombre de patients par infirmier est relativement élevé en Belgique (10,7 patients par infirmier par 24h, contre 9 pour la moyenne des pays étudiés) »[24].

Il y a donc davantage de patients à soigner avec moins de personnel infirmier, ce qui est d'autant plus interpellant sachant que le métier subit des départs prématurés importants : 32% des infirmiers et des infirmières quittent la profession entre 30 et 35 ans et ce taux monte à 44% entre 50 et 55 ans.

En effet, l'étude scientifique européenne *NEXT* (« Nurse early exit study ») confirme que les professionnels paramédicaux quittent prématurément la profession pour plusieurs raisons : « la pénibilité physique importante des tâches, mais aussi une charge mentale élevée, des difficultés relationnelles au sein des équipes de travail »[25]. Ajoutons que la sortie des diplômés en infirmier en 2019 sera postposée d'une année en raison de l'allongement de trois à quatre années d'études.

Un autre facteur impactant les conditions de travail est l'évolution technologique. A travers l'implémentation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC), les travailleur.euse.s sont soumis à une forme de contrôle social avec une augmentation de la formalisation des structures et des pratiques (augmentation du *reporting*, traçabilité avec le dossier patient informatisé, normes qualité/sécurité).

Le processus de judiciarisation des soins de santé engendre également une tension supplémentaire sur le dos des travaillant qui doivent prouver leur acte en cas de procédure judicaire.

De plus, à travers le processus d'accréditation[26], les directions des hôpitaux francophones sont incités à formaliser davantage leurs pratiques mettant ainsi une pression supplémentaire sur les travailleurs (logique top-down). En effet, le Gouvernement wallon se fixe comme objectif « de préparer et accompagner le

[23] La durée moyenne de séjour est en recul de 1,8%. Source : Belfius, « Analyse sectorielle des hôpitaux généraux : étude Maha 2018 », Communiqué de presse, 10 octobre 2018, p.6.

[24] KCE, « Performance du système de santé belge », Rapport 2019, p. 51.

[25] Professions Santé Infirmier Infirmière, « Pourquoi les soignant(e)s quittent le métier », n°59, novembre 2004, p.8.

[26] « L'accréditation des établissements de santé est une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soin apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalises et présentées sous forme de manuel, le référentiel, préconisé par un organisme d'accréditation ». Source : Fédération Wallonie-Bruxelles, « L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil », 31 octobre 2013, p. 12.

déploiement du processus d'accréditation »[27] dans le cadre du plan wallon « qualité des soins » (2013) et du « Plan Marshall Horizon 2022 » (mesure 13).

Certes, le diagnostic évoqué présentement n'est pas neuf. Par contre, l'émergence du mouvement social wallon et bruxellois est lui récent et pourrait être considéré comme une « construction sociale d'un groupe et d'un rapport de forces et de sens »[28].

La mobilisation francophone fait également écho au mouvement de grève du personnel soignant, en France, lancé début 2019. Récemment, une manifestation nationale était organisée le 2 juillet 2019 à Paris afin de revendiquer, haut et fort, une « hausse de 300 euros de salaire, des effectifs supplémentaires et un moratoire sur les fermetures de lits »[29].

Vers une déshumanisation des contions de travail

De nombreux témoignages[30] et travaux de recherche[31] corroborent la dégradation des conditions de travail au sein des entreprises de services[32], en particulier au sein des hôpitaux. Pour le sociologue Alain Ehrenberg, le malaise peut être considéré comme un « affaiblissement du lien social et se montre dans la souffrance psychique des individus. Cette souffrance est une forme d'expression obligatoire, c'est-à-dire attendue, du mal social (Mauss, 1921) »[33].

En France, une étude sociologique[34], menée dans dix hôpitaux durant trois ans, a analysé empiriquement les liens entre qualité des soins, performance des établissements de santé et bien-être des personnels soignants. Les résultats de cette recherche-intervention montrent clairement que l'absentéisme est une des manifestations les plus tangibles du malaise du personnel soignant (souffrance psychique, stress).

[27] Dominique GAINVORSTE, « L'accréditation des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles »,16 février 2016, Assemblée générale union professionnelle des médecins spécialistes en soins intensifs, PAQS asbl, p. 39.

[28] Erik NEVEU, « Sociologie des mouvements sociaux », Paris, Editions La Découverte, Collection Repères, 2015, p.49.

[29] Le Monde, « Grève aux urgences : manifestation nationale à Paris pour maintenir la pression », mise en ligne le 2 juillet 2019.

[30] Nicolas LATTEUR, « Travailler Aujourd'hui. Ce que révèle la parole des salarié », Editions Cerisier, 2017.

[31] Julie DONATO, « Une perception dégradée des conditions de travail. Epuisement, stress, risques d'erreurs … : malaise à l'hôpital », Santé et travail, 2009, n°66, p. 31-33 ; Madeleine ESTRYN-BEHAR, « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », Presses de l'EHESP, 2008 ; Alexandre MANOUKIAN, « La souffrance au travail. Les soignants face au burn-out », Editions Lamarre, 2009.

[32] Anne-Marie DUJARIER, « L'idéal au travail », PUF, Collection Quadrige, 2006, p. 101-107.

[33] Alain EHRENBERG, « La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie », Editions GREUPP, Adolescence, 2011/3, n°77, p. 55.-570.

[34] Laurent BRAMI, Sébastien DAMART, Frédéric KLETZ, « Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants », Management Prospective Editions, Revue Management et Avenir, 2013/3, n°61, p. 168-189.

L'INAMI estime le coût de l'incapacité de travail à 7,1 milliards d'euros en 2017 pour 400 000 personnes indemnisées dont 28 000 personnes pour cause de burn-out et 60 000 personnes pour cause de dépression (données disponibles uniquement sur l'incapacité de travail de longue durée, soit après un an et un jour d'incapacité de travail)[35].

Concrètement, un travailleur sur six est menacé par le burn-out. Pour François Perl, Directeur Général du Département de l'Assurance invalidité (Inami) : « Si le secteur de la santé (médecins généralistes et infirmières) a longtemps connu une plus forte prévalence de burn-out, aucune profession n'y échappe réellement aujourd'hui »[36].

Dans l'accord interprofessionnel 2017-2018, les partenaires sociaux interprofessionnels reprenaient le burn-out dans leur défis sociétaux « afin d'apporter plus d'explications et d'informations, de travailler sur la sensibilisation (p.ex. campagne d'information…) »[37].

Le personnel médical et paramédical des hôpitaux est un public à risque. En effet, leur métier de première ligne nécessite un engagement professionnel important et implique de grandes responsabilités (traitement et prise en charge des patients) avec « des risques d'épuisement émotionnel et mental, lié à un surmenage au travail de longue durée »[38].

Pour la psychologue Mireille Monville (CHU de Liège), les conditions de travail difficiles, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance et la pression économique sont des risques du burn-out. De manière complémentaire, une étude quantitative menée dans un bloc opératoire d'une institution hospitalière Montoise[39] montre que la justice organisationnelle[40] est une ressource face à l'épuisement professionnel et ce, à travers deux dimensions :

---

[35] « Les cas de burn-out et de dépressions ont souvent une durée inférieure à un an. Or nous ne possédons aucune information sur la pathologie des personnes dont la durée d'incapacité ne dépasse pas 1 an (période d'incapacité primaire). Les chiffres ci-dessus ne reflètent donc qu'une image partielle. Aucun instrument de mesure valide ne recueille actuellement un consensus pour diagnostiquer le burn-out. C'est pourquoi, il n'est actuellement pas possible de donner des chiffres complets sur la survenance du burn-out. Les chiffres sur le nombre de titulaires invalides dans le contexte de l'assurance Indemnités (régimes des travailleurs salariés et indépendants) en raison d'un burn-out sont donc des estimations. Les fonctionnaires statutaires ne sont pas couverts par l'assurance indemnités ; ils ne sont donc pas repris dans les chiffres ci-dessus ». Source : INAMI, « Incapacité de travail de longue durée – Statistiques sur les invalides qui souffrent de burn-out et de dépression », mise en ligne le 29 mai 2019.

[36] La Libre, « 28 000 Belges touchés par le burn-out », mise en ligne le 29 janvier 2018.

[37] Conseil National du Travail, « Accord interprofessionnel 2017-2018 », Bruxelles, 2 février 2017, p.5.

[38] Le Patient, « Quand soigner rend malade … », Magazine CHU de Liège, n°17, octobre 2017, p. 6.

[39] Giordano WALTER, « La justice organisationnelle, une ressource face à l'épuisement professionnel : une étude quantitative auprès des professionnels de santé exerçant au bloc opératoire », Faculté de santé publique, Université Catholique de Louvain, 2018.

[40] Il s'agit d'un concept portant sur les perceptions des individus face au traitement reçu dans l'organisation, aux réactions comportementales issues de ces perceptions. Source : Caroline MANVILLE, « Les perceptions de justice organisationnelle des salariés atypique : des spécificités et des incidences sur les pratiques de gestion des ressources humaines », 2007, Université des Sciences Sociales de Toulouse.

1. **La justice distributive**[41] : favoriser ce sentiment issu du supérieur hiérarchique permettrait de prévenir l'épuisement émotionnel

2. **La justice procédurale**[42] : favoriser ce sentiment issu du supérieur hiérarchique permettrait de prévenir la dépersonnalisation

A la demande du SPF Santé publique et du SPF Emploi, la KU Leuven et IDEWE asbl[43] ont réalisé une étude empirique sur le burn-out menée auprès de 1 198 médecins et 4 635 infirmiers dans 37 hôpitaux. Les résultats sont les suivants :

1. Environ 6,6% d'entre eux souffrent de burn-out et de 13,5% appartiennent au groupe à risques ;

2. Les cas de burn-out sont plus importants chez les infirmiers (6,9%) que chez les médecins (5,4%) mais les médecins sont plus à risques (17,8% contre 12,4%).

Les conséquences du burn-out peuvent être de deux types : d'une part, l'absentéisme des travailleurs avec un coût au niveau de l'INAMI et d'autre part, un impact sur la qualité des soins aux patients (risques d'erreurs médicales, incidents cliniques et sur la sécurité des patients, déshumanisation des soins et du travail).

A cet égard, le film documentaire « Burning out. Dans le ventre de l'hôpital » illustre brillamment la souffrance au travail du personnel dans une unité chirurgicale d'un hôpital parisien (médecin, infirmier, technicienne de surface, cadre) avec des rythmes effrénés, des exigences d'efficacité, de la pression sur les travailleurs et finalement une urgence constante.

Au niveau politique, mettons en exergue une situation paradoxale. La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique soutient des initiatives sur la prévention du burn-out sur le lieu de travail[44] alors même qu'elle élabore une réforme du paysage hospitalier aux dimensions libérales et communautaires impactant négativement les conditions de travail.

Ajoutons que le gouvernement fédéral sortant, auquel fait partie la Ministre De Block, a mené une politique d'austérité en défaveur des travailleurs (allongement des fins de carrières, dispositif crédit-temps fin de carrière plus contraignant, non reconnaissance de la pénibilité de la fonction d'infirmière, cumuler deux emplois notamment comme indépendant pour joindre les deux bouts).

---

[41] Il s'agit des perceptions relatives aux rétributions reçues suite à une allocation de ressources confronté à ce que les travailleurs croient mériter et basée sur une comparaison à autrui (effort vs récompense). Pour pus d'information : Leventhal, G.S., « The Distribution of Rewards and Resources in Groups and Organizations »,in Berkowitz et Walster (ed.), Advances in Exprimental Social Psychology, Equity Theory: Toward a General Theory of Social Interaction, NewYork, 1976.

[42] Il s'agit de la perception juste du processus décisionnel (exprimer son avis avant jugement, sentiment de contrôler la procédure décisionnelle). Pour plus d'information : Thibaut, J., et Walker, L., « Procedural Justice: A Psychological Analysis », Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1975.

[43] Service externe pour la prévention et la protection au travail.

[44] Maggie De Block, « Prévention du burn-out : projets pilotes sur le lieu de travail », Communiqué de presse, 19 janvier 2019.

Bref, la Ministre De Block tente de prévenir l'épuisement professionnel, à travers douze projets pilotes développés en 2018 par l'agence fédérale des risques professionnels (Fedris), alors que ses collègues du gouvernement fédéral vont en sens inverse.

Ces différents changements nous incitent à penser que les professionnels de la santé sont confrontés à une tension permanente entre d'une part, l'exigence de standardisation liée aux normes professionnelles (qualité, sécurité, TIC) et d'autre part, à la personnalisation du service liée aux prescriptions de type « savoir-être ».

En effet, il est attendu que le personnel soignant assure des actes techniques de qualité tout en développant de l'écoute active, de l'empathie et de la disponibilité pour le patient. De la sorte, les professionnels « prennent sur eux » la normalisation et l'individualisation du travail[45]. Ils intériorisent ces contradictions du travail prescrit (faire plus et mieux avec moins).

Dans son étude menée dans des hôpitaux psychiatriques, le sociologue américain Anselm Strauss, analyse les interactions entre les professionnels et non professionnels (patients) et la manière dont l'ordre se maintient face aux changements inéluctables alimentés par des facteurs internes et externes à l'hôpital.

Concrètement, il indique que les professionnels de la santé sont impliqués, de manière continue, dans un processus de négociation avec les parties prenantes (patient, collègue, direction) afin de « mener à bien leurs projets personnels et mettre en œuvre – dans la division du travail établie – des objectifs institutionnels énoncés soit clairement, soit vaguement »[46].

Concernant le mouvement des « blouses blanches », nous considérerons que le processus de négociation entre les parties prenantes est accentué sachant que le personnel soignant doit faire face à des impératifs professionnels de plus en plus quantitatifs.

Les évolutions sectorielles modifient donc le rapport et la relation « professionnel-patient » avec un changement de paradigme. Du point de vue sociologique, nous passons de la division *sociale* du travail[47] à une division *morale* du travail[48] dans le sens où le travailleur intériorise les conflits sociaux.

Pour la sociologue française Marie-Anne Dujarier, le personnel soignant pourrait développer quatre postures face aux prescriptions du travail [49] :

[45] Didier VRANCKEN, Claude MACQUET, « Le travail sur soi. Vers une psychologisation de la société ? », Editions Belin, Paris, 2006.

[46] Anselm STRAUSS, « La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionniste », Editions L'Harmattan, Paris, 1992, p.15.

[47] Emile DURKHEIM, « De la division du travail social », Paris, PUF.

[48] HUGUES, E.C., « Studying the nurse's work », American Journal of Nursining, 51, 1951, p. 294-295.

[49] Anne-Marie DUJARIER, « L'idéal au travail ». Collection Quadrige, PUF, 206, p. 80-81. Par exemple, les prescriptions sont les suivantes : « en même temps que l'obéissance et l'adaptation relationnelle, les dirigeants prescrivent à leurs salariés d'être autonomes, responsables et capables d'initiatives. Cette attitude doit être produite en masse, rapidement, avec un maximum de rotation ».

1. **L'héroïque :** tend à la réalisation de l'idéal ce qui est fréquent chez les cadres et les premières lignes afin d'obtenir une reconnaissance sociale ;

2. **Le pratique :** maintient son activité routinière en réduisant son implication au travail, il se conforme et ne dénonce pas cette exigence ;

3. **L'enchanteur** : prône l'exigence abstraite de l'idéal et normalise l'idéal via des chartes et des projets. Ce sont souvent des directeurs et des experts ;

4. **Le résistant :** dénonce la norme d'idéal impliquant une posture de confrontation.

En adaptant la théorie d'Anne-Marie Dujarier au mouvement des « blouses blanches », nous pourrions considérer que l'attitude du personnel soignant est passée d'un comportement « héroïque » à un comportement « résistant ».

La posture initiale des infirmiers consiste en un investissement total et sans compter dans leur mission au service du patient et ce, en intériorisant les conflits et les contradictions professionnelles (« héroïque »). Ensuite, les travailleurs ont décidé d'exprimer publiquement leur frustration en dehors de l'enceinte hospitalière à travers le mouvement social (« résistant »).

La sociologue du travail Isabelle Ferreras parle de la dimension expressive du travail[50] complémentaire aux dimensions publique[51] et politique[52]. Effectivement, le travail est source de sens, d'engagement et animé par une volonté de justice.

Cette dimension expressive du travail est d'autant plus évocatrice pour le personnel soignant qui est en contact direct avec les patients. Leur travail procure un sentiment d'utilité et d'autonomie, une expérience d'insertion sociale et un sentiment de faire partie d'une communauté et d'une forme de corporation professionnelle.

Le travail est donc plus qu'un simple acte technique conditionné, standardisé et déshumanisé. La question du sens au travail pour le personnel soignant nous semble d'autant plus pertinente sachant que la tendance actuelle prône un management par objectif, une approche « qualité », une exigence accrue de *reporting* et de tableaux de bord tant pour les services médicaux qu'administratifs.

[50] Isabelle FERRERAS, « Critique politique du travail. Travailler à l'heure de la société des services », Presses de Sciences Po, Paris, 2007.

[51] Concernant la nature publique du travail, Isabelle Ferreras montre la tension permanente entre le régime domestique promu par le management et le régime civique auquel aspirent les caissières. Le régime domestique favorise un rapport privé et se réfère à la soumission face au « client roi » et à la hiérarchie alors que le régime civique correspond à la volonté d'égalité de statut.

[52] Concernant la nature politique du travail, il s'agit d'évaluer la relation au travail selon des critères de justice où le travail est une expérience continue d'insertion et de positionnement dans des collectifs.

Pour conclure… « Arrêtons de presser le citron ! »

En Belgique francophone, le monde hospitalier est actuellement en pleine mutation. Effectivement, le secteur des soins de santé, pilier de l'économie belge[53], devra relever de nombreux enjeux à moyen et long terme (« vision macro ») :

- **Au niveau sociétal** : le vieillissement de la population francophone[54], la paupérisation croissante[55], l'accessibilité des soins aux patients et le développement durable dans les entreprises[56] ;
- **Au niveau technologique :** l'informatisation des processus cliniques et administratifs[57] et le Plan e-Santé 2019-2021[58] sont des tendances sectorielles ;
- **Au niveau politique** : la réforme du paysage hospitalier[59] caractérisée par des dimensions communautaires et libérales, le financement régional des infrastructures hospitalières par l'AVIQ[60] (2,34 milliards pour 2019-2023)[61], le financement par groupe de pathologie (« cluster ») pour les soins à faible variabilité[62] et le virage ambulatoire[63] sont des défis auxquels les travailleurs hospitaliers seront confrontés ;
- **Au niveau de l'entreprise** : l'augmentation des épuisements professionnels (burn-out)[64], les nouvelles formes d'organisation de travail (NWOW)[65] et les processus d'accréditations impacteront les conditions de travail.

---

[53] Les hôpitaux généraux, tant public que privé, représentent un payroll de 95 000 ETP avec un bilan de 19,9 milliards d'euros en 2017. Emploi direct dans le secteur des hôpitaux généraux, y compris les intérimaires mais sans tenir compte des médecins indépendants qui ne figurent pas dans le payroll des hôpitaux généraux.

[54] « En Wallonie, selon les perspectives du Bureau fédéral du Plan, la part des 65 ans et plus devrait atteindre 25,8 % en 2071 contre 18,3 % actuellement ». Source : IWEPS, « Population des 65 ans et + », Population et santé, Fiche D009-POP.65+, 01/06/2019.

[55] « En Wallonie, le risque de pauvreté concerne plus d'un citoyen sur quatre (26,6 %), et plus d'une personne sur cinq (21,2 %) vit sous le seuil de 1.115 euros par mois pour un isolé ou 2.341 euros pour un ménage de deux adultes et deux enfants ». Source : Le Soir, « Un Belge sur cinq concerné par la pauvreté », mise en ligne le 16/10/2018.

[56] Premier baromètre des 17 objectifs de développement durable consacrés aux entreprises belges : « 87% ont conscience de ces nouveaux enjeux, 63% d'entre eux disent agir sur les objectifs soit en les introduisant dans leur organisation, soit à travers des partenariats, ce qui situe les Belges à un niveau élevé dans les comparaisons internationales ». Source : L'Echo, « Les entreprises belges se soucient-elles du développement durables », mise en ligne le 23/10/2018.

[57] Par exemple : la télémédecine, le dossier patient informatisé, la business intelligence

[58] Maggie De Block, « Protocole d'accord : Plan d'action e-Santé 2019-2020 », 04/02/2019, 220 p.

[59] Maggie De Block, « Réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. En route vers le cadre légal », Communiqué de presse, 30/03/2018.

[60] Agence pour une Vie de Qualité est un organisme d'intérêt public (OIP) autonome compétent pour les matières santé, bien-être, accompagnement des personnes âgées, du handicap et des allocations familiales.

[61] Wallonie, « 2,34 milliards d'euros pour les hôpitaux wallons », mise en ligne le 02/04/2019.

[62] INAMI, « Séjours hospitaliers pour des « soins à basse variabilités » : Pour quels patients ? », mise à jour le 20/05/2019.

[63] Le Journal du Médecin, « Le virage ambulatoire et le surréalisme à la Belge », mise en ligne le 25/01/2018.

[64] Université de Liège - UGent, « Recherche sur le burn-out au sein de la population active belge », 2013 ; KCE, « Le burn-out des médecins généralistes : prévention et prise en charge », 2011.

[65] « New World Of Work » : espaces de travail partagé, télétravail à domicile, coworking, management participatif.

Sur le court terme, force est de constater que la mobilisation du personnel soignant sur l'espace public a mis en lumière les réalités de terrain vécues par les professionnels de la santé (« vision micro »).

A cet égard, la parole d'une infirmière nous éclaire sur les conséquences de la dégradation des conditions de de travail : « Je trouve que l'on fait face à une certaine déshumanisation de notre travail. Il y a le fait que l'on passe plus de temps devant notre PC qu'avec le patient quand on distribue les médicaments. Il y a également tout le travail administratif à réaliser […]. Il y a trois ans, j'ai fait un burnout pendant six mois. […]. Des examens cardiaques ont révélé qu'étant donné mon stress, toutes mes collatérales au niveau cardiaque se resserraient et provoquaient des douleurs dans la poitrine et des lancements dans le bras. C'était une première alerte […].

Les lits étaient plus hauts, on devait porter les patients, les déposer sur les chaises percées et ensuite sur leurs fauteuils, etc. C'était épuisant. J'avais des douleurs à la nuque. Je n'arrivais plus à dormir. Mes jambes étaient tout le temps endormies […]. En plus, il y a aussi la pression des patients qui pestaient à attendre dans leur lit pour être pris en charge. On recevait leur agressivité alors que je n'avais aucune prise sur les horaires et sur ce qui se décidait pour eux »[66].

Dès lors, la prise de conscience du désenchantement des hôpitaux par les parties prenantes (population, politique, association, mass media) est une première étape.

Tout le challenge sera de savoir comment le pouvoir exécutif régional mettra en œuvre concrètement ces discours d'intention en tenant compte des revendications des travailleurs : quelles seront les mesures concrètes pour améliorer les conditions de travail et revaloriser le métier d'infirmier ?

Pour conclure, le mouvement des « blouses blanches » nous conforte dans l'idée que la mobilisation syndicale et la concertation sociale sont des leviers importants, d'une part, pour maintenir le rapport de force à l'égard du patronat et des autorités compétentes et d'autre part, pour défendre activement les droits et les intérêts de travailleurs et des travailleuses.

[66] Nicolas LATTEUR, « Soins aigus : Viviane, 60 ans, infirmière », in *Travailler Aujourd'hui. Ce que révèle la parole des salariés*, Editions Cerisier, 2017, p. 127-134.