Equipes Populaires
8 rue du Lombard 5000 Namur

Contrastes

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE
Bureau de dépôt :
5000 Namur mail.
N° d'agréation : P 204078

▸ N° 194 Bimestriel ▪ Septembre-Octobre ▪ 2019 ◂

Interview
Jean-Philippe Cobbaut

Ethique médicale :
PARCE QUE TOUT N'EST PAS BON POUR LA SANTÉ

Adobe Stock.

LES HOPITAUX SOUS TENSION

UN PROFOND MALAISE

Pixabay

A l'heure où vous lisez ces lignes, vous aurez sans doute entendu la colère des blouses blanches exprimée dans les rues et les hôpitaux ce 24 octobre dernier.
Ce mouvement de grève et de manifestations a été lancé il y a quelques mois par la CNE, rejointe par d'autres syndicats, associations de professionnels de la santé, de défense des patients, mutuelles, regroupés au sein du *Collectif Santé en lutte*.

La mobilisation monte d'un cran mais la colère gronde depuis plusieurs années dans le secteur des soins de santé (hôpitaux, maisons de repos, soins à domicile…). En cause, un définancement récurrent alors que les besoins en matière de santé ne cessent de croître et une réforme des hôpitaux entamée par Maggie De Block en 2015 qui fait peser sur le personnel médical la rationalisation des infrastructures et des séjours en hôpital.
Comme en témoigne le personnel soignant, les conditions de travail deviennent très difficiles et la pénurie de personnel se fait sentir. Le *Collectif Santé en lutte* a rédigé un cahier de revendications qui sera le fil conducteur de ses futures actions auprès des pouvoirs publics et des directions d'hôpital.

La pression sur les blouses blanches a des conséquences inévitables sur la qualité des soins, le bien-être et le portefeuille des patients hospitalisés ; chacun d'entre nous a vécu ou a entendu autour de lui des témoignages confirmant cette réalité.
Avec l'augmentation des suppléments d'honoraires (et des assurances hospitalisation, les deux étant liés), c'est clairement la médecine à deux vitesses qui prend un coup d'accélérateur, avec la complicité affichée des hôpitaux qui misent sur ces suppléments pour compenser la baisse des subsides publics. Pour de nombreux acteurs de la santé, il faut revoir le système de financement des hôpitaux, et supprimer à terme les suppléments d'honoraires qui sont au cœur de la privatisation des soins de santé.

Pour Jean-Philippe Cobbaut, directeur du Centre d'éthique médicale de Lille, l'éthique clinique doit prendre en compte l'évolution des nouvelles technologies mais aussi le fonctionnement du système de soins et les pratiques de terrain. Elle doit également permettre de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les personnes n'ont pas accès aux soins et les porter à la connaissance des responsables hospitaliers et politiques.

Le ras-le-bol des blouses blanches répond à une exigence légitime et essentielle dans une société démocratique ; celle du respect de la vie et de la dignité humaine. Celles des patients comme celles des travailleurs du secteur.

Monique Van Dieren

Equipe de rédaction :
Claudia Benedetto, Paul Blanjean, Laurence Delperdange, Guillaume Lohest, Monique Van Dieren
Rédactrice en chef : *Monique Van Dieren*
Mise en page : *Hassan Govahian*
Editeur responsable :
Paul Blanjean, 8, rue du Lombard
5000 - Namur - Tél : 081/73.40.86
secretariat@equipespopulaires.be
Prix au n° : 2 €
Pour s'abonner (Contrastes + Fourmilière) :
Versez 15 € au compte BE46 7865 7139 3436
des Equipes populaires, avec la mention :
"Abonnement à Contrastes" + votre nom

Equipes Populaires

DES HÔPITAUX DANS LE PAYSAGE

La Chambre a adopté le 14 février 2019 un projet de loi visant à réorganiser le paysage hospitalier en 25 réseaux d'hôpitaux. Objectifs ? Rationnaliser et améliorer l'efficacité des soins. Comment cette réforme rencontre-t-elle les attentes et les inquiétudes des gens et du secteur ? Dans quel contexte s'inscrit-elle ?

Pixabay

On s'en souvient. Au plus fort des mobilisations des *Gilets Jaunes* en France, une revendication revient souvent : le maintien et le renforcement de services publics de proximité. Le démographe Hervé Le Bras a même montré que les Gilets Jaunes se sont surtout mobilisés dans ce qu'on appelle la « diagonale du vide », un ensemble de territoires traversant le centre de la France, du Sud-Ouest au Nord-Est, où beaucoup de services et d'activités économiques pourvoyeuses d'emploi ont disparu ces dernières décennies.

Une réorganisation (très) mal reçue

Le président français Emmanuel Macron avait ainsi logiquement voulu parer à cette inquiétude en promettant, au mois d'avril, qu'il n'y aurait plus aucune fermeture d'école ou d'hôpital jusqu'à la fin du quinquennat. Pas dupes de cet effet d'annonce, l'acte XXV des Gilets Jaunes, le 4 mai, avait été explicitement organisé en soutien au personnel des hôpitaux. C'est que Macron avait ajouté : « *Cela ne veut pas dire qu'il n'y aura pas de réorganisations, on le sait très bien, elles sont parfois indispensables ; cela veut dire qu'il n'y aura plus de disparitions.* » Mais ce jeu sur les mots ne trompe plus personne. Des services continuent de fermer. Suite à une promesse de prime mensuelle de la ministre de la Santé Agnès Buzyn, voici ce que répondaient deux aides-soignants d'un hôpital de Haute-Savoie : « *L'argent n'est pas la question centrale. On est mal payés, donc on ne va pas cracher sur une augmentation, mais on veut surtout des postes, et pouvoir s'occuper des gens dans de bonnes conditions. On veut que l'hôpital redevienne humain, et pas seulement "financier"*[1]. »

Et chez nous ?

En Belgique, les questions se posent-elles de la même manière ? Le secteur de la santé se mobilise-t-il pour les mêmes raisons (cf. article page 17) ? La réforme du paysage hospitalier, initiée en 2015 par Maggie De Block et impliquant tous les niveaux de pouvoir, prévoit-elle également des fermetures d'établissements ? Revenons un peu en arrière, en avril 2017. Au ▶

cabinet de la ministre De Block, on indique alors : « *Nous ne dirons pas aux hôpitaux 'vous devez fermer'. Nous les encourageons à s'organiser différemment et à coopérer, mais ils doivent réaliser cela eux-mêmes. Notre objectif est en effet d'aboutir à des réseaux d'établissements qui fournissent des soins de base et d'autres qui proposent des approches spécialisées, pour que moins d'hôpitaux se retrouvent dans le rouge*[2]. » Le commentaire du président des *Mutualités chrétiennes*, Luc Van Gorp, n'avait sans doute alors pas été de nature à rassurer ni les citoyens, ni les professionnels du secteur. « *Un hôpital sur quatre pourrait facilement fermer ses portes sans que cela ne porte atteinte aux prestations de santé ou à l'accessibilité aux soins*[3]. »

Enjeu budgétaire

Pourquoi cette réorganisation ? « *Le point de départ est l'évolution des besoins du patient,* peut-on lire sur le site de l'INAMI. *Le nombre de personnes âgées et de malades chroniques ne cesse de croître et, par ailleurs, les technologies médicales et les traitements personnalisés évoluent très rapidement. Des réseaux seront créés, entre autres, avec des hôpitaux de base, de référence et universitaires. Dans ce cadre, la technologique coûteuse, par exemple, pourra être attribuée à un réseau au lieu d'un hôpital en particulier.* » Qu'on ne s'y trompe donc pas, ce sont les ressources financières qui sont au coeur de cette réforme, comme ailleurs en Europe, comme partout, comme toujours depuis la fin des Trente Glorieuses, et davantage encore depuis le règle de l'austérité inaugurée vers 2008. « *Cette réforme est indispensable, car ces dernières années, de plus en plus d'hôpitaux ont clôturé leurs comptes dans le rouge*[4] », précise encore l'INAMI.

25 réseaux dès le 1er janvier 2020

« *La réforme permettra la réalisation d'économies* » : c'est encore ce que Maggie De Block soulignait lors de son adoption à la Chambre le 14 février 2019, majorité contre opposition. En pratique, tous les hôpitaux du pays, universitaires et non universitaires, seront regroupés au sein de 25 réseaux cliniques locorégionaux. Comment cela se concrétisera-t-il ? « *Au sein d'un réseau, chaque hôpital proposera les soins généraux, comme la chirurgie courante ou les hospitalisations de jour. À côté de cela, ils passeront des accords entre eux pour l'offre de soins spécialisés comme la maternité, les urgences ou encore les soins de bases des AVC.* » L'ensemble des missions de soins spécialisés sera donc proposé au sein de chaque réseau, mais pas dans chaque établissement. Seuls les soins les plus pointus, par exemple la chirurgie oncologique complexe ou la chirurgie cardiaque, seront centralisés dans des services hyper spécialisés. Enfin, « *les réseaux sont eux-mêmes responsables de l'organisation interne de leur offre de soins*[5] ».

Critiques syndicales, critiques médicales

Cette réforme aura évidemment un impact important sur l'emploi de nombreuses personnes. Pour Yves Hellendorff, de la CNE, plusieurs risques majeurs existent. Le plus important concerne les réaffectations géographiques ou professionnelles : « *Prenons l'exemple d'une accoucheuse. Si son service est supprimé/transféré à un autre hôpital, elle a deux choix. Soit elle doit changer de site, soit elle doit changer de métier, en devenant infirmière pédiatrique, par exemple. C'est la première de nos préoccupations*[6] ». Une autre inquiétude a trait aux statuts des employé.e.s, qui pourraient passer d'un hôpital public à un hôpital privé. Par ailleurs, il est évident que certains emplois logistiques ou administratifs seront purement et simplement supprimés, ce qui est l'objectif des économies d'échelle à réaliser grâce aux réseaux. « *On peut comprendre cette perte d'emploi,* poursuit Yves Hellendorf, *si le but est de mieux réaffecter les moyens. Mais on veut une garantie que ceux-ci seront investis dans les soins et le personnel* ». Enfin, le syndicat craint que la concertation sociale, qui reste cantonnée à l'échelle des établissements, soit outrepassée par des décisions qui se prendront surtout au niveau des réseaux.

Dans le monde médical, des inquiétudes spécifiques portent sur le déséquilibre probable, au sein des réseaux, entre des centres de référence et les plus petits hôpitaux. Sur base des réformes du même genre menées dans d'autres pays, notamment aux U.S.A., le docteur Philippe Devos avertit : « *Les centres de référence sont déjà en général plus attractifs pour les patients et les soignants, ont un marketing et une communication désormais débridés, un contrôle des coûts plus efficient et des économies d'échelles plus aisées. À terme, si un centre de référence voit le réseau comme un grand aspirateur de patients, il ne laisse aux petits hôpitaux que les soins urgents ou des patients indigents incapables de se déplacer jusqu'au grand centre. Ceci finit par mener les petits hôpitaux à la faillite*[7]. » Plus immédiatement, certains s'alarment de la disparition de services de proximité pourtant performants à cause de seuils

LE FINANCEMENT FORFAITAIRE DES PRESTATIONS

Outre la restructuration du réseau hospitalier, la réforme du financement des hôpitaux comprend un deuxième volet qui consiste à les financer de manière forfaitaire pour les actes médicaux les plus courants et dont les risques et les coûts sont mesurables. (exemple : un accouchement, la pose d'une prothèse…).

L'objectif est de limiter les prestations et le temps d'hospitalisation pour éviter les surprestations. Avec le risque cependant d'une standardisation des soins, et celui de renvoyer un patient à domicile sans aide ni suivi médical.

Ce nouveau système de financement a également des conséquences sur les conditions de travail du personnel médical puisque les hôpitaux ne gardent en leur sein que des malades aigus, mais avec le même quota de personnel.

Pixabay

quantitatifs trop exigeants dans la réforme : il faudrait par exemple un certain nombre d'opérations par an pour justifier du maintien d'un service. Le présupposé derrière cette idée est qu'un nombre trop faible de cas traités entraîne une moins bonne qualité du service. Vision réductrice selon Serge Markiewicz : « *Nous sommes convaincus que la centralisation des soins ne sera bénéfique que si elle dépasse ce critère de volume pour suivre les indicateurs du KCE (NDLR : le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) et tenir compte de l'humain. Le nombre de patients pris en charge n'est pas seul garant de qualité*[8] *!* »

D'un paysage de papier à la réalité de terrain

Entre l'apparente évidence des chiffres, la noblesse des intentions et le vécu des gens, il y a souvent un écart. Sur papier, la réforme du paysage hospitalier semble logique : on regroupe des hôpitaux en réseaux dans l'objectif d'améliorer les spécificités de chaque établissement, de faire des économies et, *in fine*, d'améliorer les soins. Mais les patients ne vivent pas dans un paysage de papier : dans la vraie vie, ils auront à choisir un hôpital plutôt qu'un autre. Ainsi, souligne Florence Daury, l'organisation en réseaux « *serait pleine de bon sens si les hôpitaux, de par leur autonomie budgétaire et dans certains cas, leur interdépendance à une commune ou une intercommunale, n'avaient pas à entrer en concurrence les uns avec les autres. Les décisions de rapprochement sont entre les mains de conseils d'administration qui naviguent à vue, entre les bénéfices de la mutualisation des infrastructures et le risque de perdre leurs services les plus lucratifs et/ou de garder les plus déficitaires*[9]. » Et cette concurrence a un effet dans les deux principaux leviers de financement, à la fois via le BMF (Budget des Moyens Financiers, dépendant du SPF Santé publique, calculé sur base de forfaits et représentant environ 40% du financement) et les honoraires (environ 40% également, et dont les suppléments peuvent être très variables d'un médecin à l'autre et d'un hôpital à l'autre).

Cette réforme n'est pas en elle-même porteuse de l'ensemble des problèmes qui touchent le secteur hospitalier. Sans doute même peut-elle en résoudre quelques-uns. Mais il n'empêche : elle s'intègre à une tendance lourde, celle qui dessine la carte des évolutions depuis un point de vue technico-comptable qui place le respect des contraintes budgétaires au sommet de la hiérarchie des priorités. Or ce n'est qu'un élément parmi d'autres. Les gens, patient.e.s et personnel hospitalier, ont sûrement d'excellents conseils à donner, un autre ordre de priorités à établir depuis un autre point de vue. Comment les hôpitaux s'agencent dans un paysage global, ils n'en ont cure au fond. Ce qui compte pour eux, n'est-ce pas la qualité et l'accessibilité du soin, qualité qui n'est pas seulement technique mais aussi relationnelle, humaine ? Et au niveau sociétal, comme le rappelle à juste titre Florence Daury, les soins de santé font partie d'un système de solidarité, la sécurité sociale, dont on fait peser certains ajustements budgétaires sur le fonctionnement des hôpitaux. C'est grave. Car « *notre système de solidarité est aussi le fruit d'un constat : quand les citoyens craignent pour leur santé, leurs comportements et leurs votes sont dictés par la crainte. La menace qui en découle est autrement plus grave qu'un déficit de la sécu.* »

Autrement dit, respecter le budget, c'est raisonnable, mais l'ajuster, ce qui est indispensable pour la vie et pour la solidarité collective, c'est au fond encore plus raisonnable. Et comme disait le général de Gaulle, *a fortiori* s'il a nié l'avoir dit et même jamais pensé : « *l'intendance suivra* ». Il s'agissait de libérer la France. C'était d'une première importance. Soigner les gens ne l'est pas moins. L'intendance budgétaire, en la matière, est essentielle mais doit forcément rester seconde.

Guillaume Lohest

1. Thomas Clerget, « Les urgentistes dénoncent de nouvelles fermetures de lits dans les hôpitaux cet été », Basta-mag, 3 juillet 2019.
2. « Les fermetures d'hôpitaux sont possibles, pas obligatoires », Communiqué Belga, 5 avril 2017.
3. Idem.
4. https://www.inami.fgov.be/fr
5. « Réseaux hospitaliers dès 2020 : feu vert de la Chambre », explications sur le site du *Guide Social*, 15/02/19, https://pro.guidesocial.be.
6. « Réforme des réseaux hospitaliers : l'inquiétude des syndicats ! », Le Guide Social, 19/02/19, https://pro.guidesocial.be.
7. « Carte blanche : comment éviter les dysfonctionnements de la réforme hospitalière », dans *Le Soir*, 13/06/2017, par le Dr Philippe Devos, chef de Service des Soins intensifs, président du Conseil Médical CHC Liège, administrateur fédéral ABSYM/BVAS.
8. Lettre ouverte à Maggie De Block : « Pas de centralisation des soins à tout prix », par le Dr Serge Markiewicz, chef du service de chirurgie abdominale des Cliniques Saint-Joseph (CHC), 11/01/2019 sur *Medi-Sphère*, https://www.medi-sphere.be/fr
9. « Réforme du paysage hospitalier : la loi de la jungle », une opinion de Florence Daury, chargée de la gestion du Centre d'études et de recherches en administration publique (CERAP) à l'ULB, dans *La Libre*, le mardi 30 juillet 2019

SOIGNER UN ÊTRE HUMAIN, CE N'EST PAS RÉPARER UNE VOITURE...

Karim Brikci est, depuis quatorze ans, brancardier à l'hôpital Brugmann à Bruxelles[1]. Engagé au syndicat CGSP (Services Publics), il est en contact avec de nombreux travailleurs du secteur des soins de santé. Il est membre du récent collectif Santé en lutte et a participé aux premiers Mardis des blouses blanches. Il nous dresse un état de ce qui se vit au sein d'un hôpital aujourd'hui.

Pixabay

Le CHU Brugmann, c'est 2.800 travailleurs répartis sur 3 sites : une grosse structure dont le management est en lien avec ce type d'établissement, c'est-à-dire bien loin d'un management « familial ». La vie quotidienne dans ce grand hôpital est source de stress. Cela s'explique, entre autres, par les coupes drastiques au niveau des budgets alloués aux hôpitaux, par le précédent gouvernement. Il a donc fallu réduire les coûts. Et ces économies ont des retombées concrètes sur le terrain.
Parmi celles-ci : un manque de personnel et un raccourcissement de la durée des séjours. Les hôpitaux doivent être des structures rentables, comme n'importe quelle autre entreprise. On comprime donc les dépenses, ce qui se répercute sur le quotidien du personnel soignant et des patients.[2]

« *Il faut faire plus en moins de temps. On ne soigne plus bien nos patients. Aujourd'hui, il y a de moins en moins de personnel à leur chevet et cela a un impact important sur la qualité des soins fournis* », explique Karim Brikci.

Concurrence entre hôpitaux. Attractivité ? Rentabilité ?

On peut imaginer qu'un hôpital qui assure des soins de qualité et un bon accompagnement des patients jouira d'une bonne réputation. Or, actuellement, ce critère est loin d'être prioritaire. Et le personnel, sans doute poussé à bout, a décidé d'exprimer ses difficultés : « *On assiste à une libération de la parole. Si on a choisi ce métier, c'est parce que l'humain est au centre. Or, aujourd'hui, on atteint une li-*

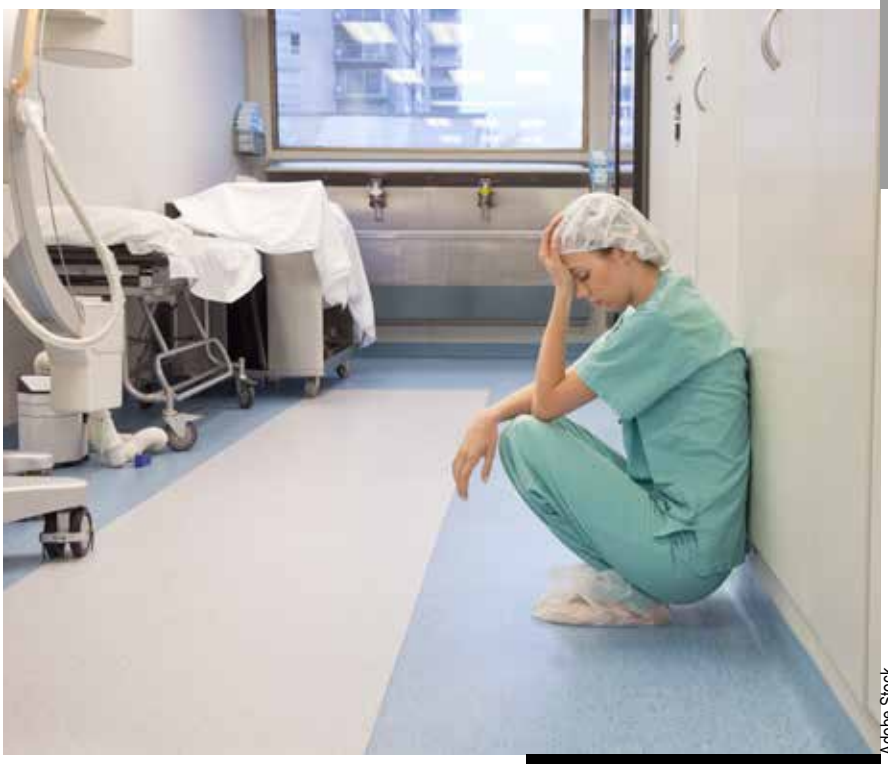
mite. On est en perte de sens. Ce qui compte, ce sont les chiffres, les statistiques pour justifier les financements futurs. La priorité est mise sur la gestion. L'accompagnement social et psychologique des patients est donc relégué au second plan. On passe énormément de temps à encoder des données à l'ordinateur. » Cela se vérifie également dans les petits hôpitaux où il n'est pas rare de voir une infirmière encoder des données sur l'ordinateur situé dans le couloir donnant sur les chambres. En outre, les demandes administratives augmentent. Pour un même acte, il arrive de devoir utiliser cinq logiciels différents. Du temps volé aux échanges avec les patients. « *Prendre soin de son patient, c'est quelque chose qui n'existe plus. On laisse de côté cet aspect essentiel.* »

Le manque d'accompagnement du patient, parfois très ou trop vite renvoyé chez lui, n'est pas sans conséquences sur sa guérison future. Sait-on s'il sera entouré, s'il pourra assurer seul les tâches quotidiennes nécessaires à son bien-être ? Le peu de temps laissé aux échanges ne permet sans doute pas de pouvoir anticiper sur l'après… « *On vise la rentabilité. Et cela peut avoir des conséquences graves sur le patient. Il faut savoir que si tel* hôpital *prévoit deux jours d'hospitalisation pour tel type d'intervention, un autre hôpital qui jugerait que trois jours sont nécessaires, devrait s'aligner, la norme devenant la durée la plus courte. Les jours supplémentaires seront alors à charge de l'hôpital qui ne respecterait pas celle-ci. On peut donc imaginer la pression qui règne au sein du secteur.* »

On constate aussi sur le terrain que le recours à la médecine de première ligne ne cesse d'augmenter. Cela montre la nécessité d'un accompagnement de proximité afin que l'hôpital puisse être l'endroit où l'on traite les pathologies les plus graves. Malheureusement cette médecine de première ligne est assez défaillante aujourd'hui avec le manque de maisons médicales de proximité ou de médecins traitants dans les quartiers. Cela a un impact sur les services des urgences qui voient, en règle générale, leur activité augmenter fortement alors que le personnel, lui, n'a pas augmenté.

Du côté des « gestionnaires »

Il est intéressant de constater qu'aujourd'hui, certaines directions d'hôpitaux ont décidé d'exprimer que la situation n'est plus tenable. « *Jusqu'ici, ils avaient fait le choix d'agir comme de bons petits soldats du gouvernement. Actuellement, certains prennent la parole dans les médias et dénoncent des restrictions budgétaires qui ne permettent plus d'assurer des soins de qualité.* » Reste à joindre les paroles aux actes. « *Il faudra être vigilant quant à l'attribution d'un refinancement des hôpitaux. Sera-t-il consacré au bien-être des équipes et donc, des patients ?* , fait remarquer Karim Brikci. *Aujourd'hui une pression énorme pèse sur le personnel parce que les hôpitaux sont inscrits dans une logique marchande. On pointe comme grand responsable, le gouvernement fédéral mais on ne peut pas éluder la question des autres responsabilités. Jusqu'il y a peu, beaucoup de gestionnaires niaient les impacts des mesures sur les soins dispensés.* »



Adobe Stock.

Certains hôpitaux du réseau CHIREC s'acheminent vers une médecine à deux vitesses, les objectifs de rentabilité primant. Cela crée donc des clivages au niveau du public fréquentant ces hôpitaux. Il s'agit d'un débat de société qui concerne tous les citoyens qui, un jour ou l'autre, seront peut-être amenés à fréquenter l'hôpital. Des années de restrictions budgétaires ont aussi pour conséquence, le peu d'attractivité des professions médicales. La durée moyenne d'un emploi dans le secteur hospitalier est de cinq ans. Cela s'explique, entre autres, par la difficulté croissante de concilier vie professionnelle et vie privée ; s'ajoute à cela le peu de reconnaissance du personnel hospitalier.

Il est clair que quelque chose a changé : notre système de sécurité sociale serait-il un modèle qui a fait son temps ? On constate en tous cas, qu'il a été attaqué par les gouvernements successifs. Beaucoup d'hôpitaux affichent un déficit important. Raison pour laquelle certains plaident aujourd'hui pour un changement radical qui ne peut se construire qu'à ▶

LA TECHNOLOGIE AU SECOURS DU PERSONNEL SOIGNANT ?

"Les avancées technologiques ne soulagent pas le travail humain. Elles contribuent à le complexifier. Par exemple dans l'unité de soins intensifs, les patients arrivent parfois avec plusieurs pathologies, ce qui nécessite de gérer seul un grand nombre d'appareils. On mesure peu la charge morale et psychosociale que cela entraîne. Pour s'en sortir, il n'y a pas beaucoup de solutions : soit on se durcit, soit on craque et c'est le cas de beaucoup ; ce qui ne résout rien puisqu'il faut remplacer la personne."

Gauche anticapitaliste.org

▶ partir d'une réflexion sérieuse sur l'hôpital, les soins de santé en général. « *Une logique de profit est-elle compatible avec le secteur des soins de santé* », interroge Karim Brikci. Une réflexion qui s'étend d'ailleurs à l'industrie pharmaceutique. « *Est-il normal qu'une entreprise comme GSK paie très peu d'impôts ?* » Il s'agit là d'un choix politique assumant étrangement un énorme manque à gagner… Il y a là de grands enjeux de société que les citoyens doivent questionner.

Construire des hôpitaux marchands

Karim Brikci : « *La réduction des effectifs s'est accentuée ces dernières années, ce qui signifie que la charge de travail a augmenté, au lieu d'adapter le nombre d'effectifs à la charge de travail. A temps de travail identique, une infirmière aujourd'hui fait beaucoup plus qu'il y a 10 ans. On grappille à gauche, à droite. Aujourd'hui, il y a une infirmière de nuit pour 30 patients. On a aussi supprimé un jour de congé par an, la prime de fin d'année, les petits repas lors des prestations de nuit. Il devient de plus en plus difficile de prendre un jour de congé. Une infirmière preste deux week-ends par mois. Il est donc évident que tout cela impacte les soins et que cela peut créer des situations problématiques. Une aide-soignante doit pouvoir travailler jusqu'à 67 ans. Or, si elle souffre d'un problème de santé lié à sa profession, la tendance est de la licencier en invoquant le fait qu'on ne peut lui trouver un poste de travail adapté à son problème. Elle se retrouve donc licenciée "pour raisons médicales" et ne pourra pas bénéficier d'une pension complète. Ce scénario est un comble dans un secteur dont la santé est la mission.* »

Pour les médecins d'hôpitaux, la parole se libère moins vite mais la charge semble aussi lourde. Ceux-ci multiplient les consultations mais cela ressemble vite à un travail à la chaîne qui engendre des frustrations. Quant aux stagiaires, ils subissent eux aussi des pressions constantes.

On peut aussi se demander si le personnel soignant ne risque pas de jouer les lampistes, lorsqu'un problème surgit ; ce qui contribue sans doute à rendre encore moins attractif un secteur en pénurie… ? « *Du côté des réponses à apporter, il serait sans doute utile de revoir le mode de management. « Le management s'est développé sur un mode autoritaire* », questionne Karim Brikci.

Et les patients ?

La plupart des patients semblent aujourd'hui bien conscients des difficultés auxquelles sont confrontés les soignants, se rendant bien compte combien ils sont sollicités. Ils témoignent le plus souvent d'une solidarité envers eux. La libération de la parole ayant permis d'éclairer ce qu'ils vivent. Dans le même temps, la crainte d'être hospitalisé gagne du terrain ; une crainte liée aussi au fait qu'en tant que patient, on reçoit peu d'informations et que la prise en charge est lacunaire. Là aussi se dessine la menace d'une médecine à deux vitesses, délaissée par les personnes vivant dans la précarité. Et c'est là que la médecine de première ligne prend tout son sens. Un médecin généraliste sera souvent plus rassurant, davantage à l'écoute.

Les maisons médicales sont peut-être une réponse à cette nécessité d'avoir des infrastructures médicales accessibles au plus grand nombre, en termes géographiques et de moyens financiers. Dans une société où la précarité gagne du terrain, se soigner devient, pour certains, de plus en plus difficile. Or, rien n'est réfléchi pour répondre à ces réalités nouvelles.

Les décisions politiques de la ministre des affaires sociales et de la santé Maggie De Block[3] vont à l'encontre de cela puisqu'elles visent à rationaliser le secteur en réalisant des économies d'échelle qui risquent d'entraîner la fermeture de certains services ou de certains hôpitaux « trop peu rentables » à l'horizon 2020. *La Ligue des Usagers des Services de Santé*[4] (LUSS) qui fédère plus de 90 associations de patients et de proches, soutient la mobilisation des "Mardis des blouses blanches" et indique dans son mémorandum 2019, que « *l'accès aux soins et services de qualité rencontre différents*

types d'entraves : des entraves aussi bien financières qu'administratives, mais aussi au niveau de la répartition géographique de l'offre de soins et services, des entraves liées à une offre de soins ou de services insuffisante ou peu adaptée à des situations particulières (maladies rares, …), des entraves liées à la pénurie des professionnels de la santé (notamment en milieu rural), des entraves liées à l'interculturalité… »

Elle insiste également sur la nécessité d'améliorer et de développer l'information vers les patients pour permettre l'ouverture aux droits. « *En matière de santé, la participation des patients dans les lieux de concertation et de décision au sein des institutions de soins permet de mieux prendre en considération les besoins de chacun* ». La LUSS relaie les points de vue des patients qui constatent que « *le manque de personnel engendre des soins de moindre qualité et mettent en péril l'accessibilité des soins de santé dans les hôpitaux. Cela signifie concrètement qu'il est souvent impossible de pouvoir poser des questions, être informé, décider avec l'aide du soignant des soins à envisager. Les consultations sont extrêmement rapides, et rencontrer le médecin en charge de son cas devient très difficile. L'épuisement et le mal-être des soignants engendrent un manque de coordination et des tensions au sein du personnel et avec les patients. Les soins et les traitements sont réalisés en vitesse, de manière inadaptée et, parfois, ne sont pas réalisés du tout. Cette accélération généralisée met à l'épreuve les soignants et leurs relations avec les patients* ».

La résistance s'organise

La naissance du collectif *Santé en lutte* permet de mettre la pression sur le monde politique. Le 3 juin, ils étaient environ quatre-cents devant les bureaux de la direction des hôpitaux publics de Bruxelles. En février déjà, les brancardiers, le personnel des soins intensifs, des urgences des hôpitaux publics avaient manifesté, rejoints en juin par le personnel des autres hôpitaux du réseau. En parallèle, les "Mardis des blouses blanches" étaient lancés dans le privé. Le ras-le-bol est donc généralisé... « *Notre ras-le-bol se concrétise dans une forme de solidarité face à la souffrance. Une vidéo témoigne du mal-être du personnel hospitalier qui se vit comme maltraitant vis-à-vis de ses patients. Nous devons, en tant que représentants syndicaux, viser le bien-être des travailleurs et donc, dans la même logique, le bien-être des patients.* »

Des travailleurs qui tous portent une revendication essentielle : le respect de la vie humaine ; celle des patients et celle des travailleurs du secteur. Nous sommes tous concernés. Quand les politiques comprendront-ils que les citoyens attendent une perfusion générale qui rende la confiance et la santé à l'hôpital ?

Propos recueillis par Laurence Delperdange

1. Hôpital public qui fait partie du réseau Iris qui rassemble le CHU Saint-Pierre, l'Institut Bordet, les Hôpitaux Iris Sud, Huderf répartis sur onze sites. www.iris-hopitaux.be
2. Voir : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_ras-le-bol-dans-les-hopitaux-publics-bruxellois-les-temoignages-glacants-de-travailleurs-epuises?id=10237303
3. https://www.lecho.be/dossiers/le-bilan-du-gouvernement-michel/sante-maggie-de-block-laisse-un-chantier-de-reformes-inacheve/10083631.html
4. https://www.luss.be/classement/memorandum

UNE FIN DE GROSSESSE MOUVEMENTÉE

Le 28 février 2017 avait lieu, à la maternité de Nivelles, le dernier accouchement. Raison invoquée de la fermeture : trop peu d'accouchements. Les futurs bébés « portés » à Nivelles allaient dorénavant voir le jour à Jolimont, Braine-l'Alleud, Gosselies, Ottignies ou Bruxelles.

En décembre, après avoir appris cette volonté de fermer ce service, des habitants s'étaient joints au personnel soignant souhaitant infléchir cette décision. La maternité employait vingt-cinq sages-femmes dont quelques-unes seraient affectées aux consultations pré et postnatales maintenues dans l'établissement. De nouveaux services seraient ouverts après que l'hôpital de Tubize qui comptait soixante lits soit transformé en hôpital de jour. Un groupe de citoyens (parmi lesquels des militants des Equipes Populaires) ont pu, un an plus tard, saisir combien cette fermeture pouvait peser sur le moral et la sérénité de celles qui, prêtes à accoucher, n'ont pas forcément d'entourage pour les accompagner le moment venu.

Thérèse, réfugiée politique, s'est installée à Nivelles fin 2017, enceinte de son cinquième enfant et accompagnée de ses deux filles. Quelques jours avant la date prévue de son accouchement, elle craignait de ne pouvoir compter sur personne pour l'emmener à l'hôpital de Jolimont situé vingt kilomètres plus loin. A la demande du CPAS, très vite, s'est constitué un petit groupe de personnes établissant une répartition des plages horaires de jour comme de nuit pour pouvoir, l'une emmener Thérèse, et l'autre garder ses enfants lorsque l'arrivée de bébé serait imminente. Sans cette solidarité citoyenne, on se demande comment Thérèse et ses enfants auraient vécu ce moment fort, dans un pays dont ils ne connaissaient ni les usages autour de la naissance, ni des personnes vers qui se tourner pour être accompagnés. Le départ, précipité, vers la maternité a eu lieu en ambulance… Et une certaine pagaille régnait… Un soir de mars 2018 naissait le petit *Merci Christ*…

UNE MÉDECINE À PORTEFEUILLE VARIABLE

Pourquoi les patients sont-ils amenés à payer de plus en plus cher les consultations et les séjours en hôpital ? La question des suppléments d'honoraires des médecins est au cœur du débat, tant pour le portefeuille du patient que pour le financement des hôpitaux. Il est urgent de freiner la spirale inflationniste.

Pixabay

Face au manque de financements publics et à l'exigence légitime d'une médecine de qualité, de nombreux hôpitaux ont tendance à multiplier le nombre de prestations médicales remboursées par l'INAMI et encouragent la pratique des suppléments d'honoraires réclamés par les médecins, sur lesquels les hôpitaux perçoivent un pourcentage.

Pour faire simple, trois éléments font varier le montant de la facture d'hôpital à payer par le patient : le choix du médecin, le choix de la chambre et le choix de l'hôpital. Sans compter le fait de bénéficier ou non d'une assurance hospitalisation, qui influence le choix des trois premiers…

Le choix du médecin

Tout d'abord, le choix du médecin et sa spécialisation sont déterminants en ce qui concerne le coût des soins ambulatoires et des consultations (en cabinet privé comme à hôpital).

Un prestataire de soins conventionné qui adhère à la convention[1] s'engage à respecter les tarifs officiels fixés par l'INAMI. Un prestataire non conventionné demande généralement des suppléments d'honoraires. Certains prestataires sont entièrement conventionnés, d'autres ne le sont que partiellement. Dans tous les cas, le montant remboursé par l'Assurance soins de santé et indemnités reste identique. Cela signifie que les éventuels suppléments d'honoraires sont à charge du patient.

Les gagnants de la course aux suppléments d'honoraires ?

- La plupart des médecins spécialistes ;
- Les hôpitaux qui pratiquent des tarifs élevés en sélectionnant la clientèle ;
- Les assureurs privés (quoique…).

Les perdants ?

- Les hôpitaux qui tentent de maintenir un accès aux soins (en refusant de pratiquer des suppléments d'honoraires élevés) ;
- Les patients qui n'ont pas d'assurance hospitalisation ;
- La sécurité sociale qui doit faire face à une forte augmentation du coût des actes médicaux.

Dans de nombreuses spécialisations (ophtalmologie, radiologie…), les médecins ne sont pas conventionnés, ce qui leur permet de pratiquer des tarifs élevés lors des consultations ambulatoires.
Ce qui est compliqué pour les patients, c'est qu'au sein d'un même hôpital, nombre de spécialistes pratiquent un conventionnement partiel : à certaines heures ou certains jours, ils consultent avec le statut de conventionné ; à d'autres moments, ils consultent « en privé », c'est-à-dire au tarif non conventionné. La différence pour le patient ? Le coût de la consultation est plus cher, mais en contrepartie le délai d'attente pour avoir un rendez-vous est beaucoup plus court. Le principe étant que si le patient doit attendre quatre mois pour un rendez-vous en horaire conventionné, il va être tenté (si ses moyens le permettent) de demander un rendez-vous « en privé » (à l'hôpital ou à son cabinet particulier) dans le mois qui suit…

Selon le Dr Marco Schetgen[2], « *la grande majorité des médecins gagne extrêmement bien sa vie. Le problème, c'est que pour certaines spécialités, faire des consultations privées rapporte tellement plus, en particulier celles où il y a des actes techniques (par les gastro-entérologues, les cardiologues, les radiologues…). C'est le gros problème pour les hôpitaux qui essaient de fonctionner de manière plus sociale. Ils ont des difficultés à les recruter et sont obligés d'augmenter leur salaire pour qu'ils acceptent de travailler chez eux. Conséquence, ça fait des mécontents au sein même du corps médical de l'hôpital (ex. Un dermatologue va se plaindre de gagner deux fois moins qu'un radiologue). L'hôpital argumente en disant que le cardiologue rapporte plus à l'hôpital et que ça contribue à son équilibre financier… Soyons clairs, tous les médecins en Belgique sans exception gagnent très bien leur vie, y compris les généralistes, qui sont parfois considérés comme les parents pauvres.* » Jean Hermesse, Secrétaire général des Mutualités chrétiennes, le confirme. « *Nos spécialistes sont parmi les mieux payés d'Europe. Et n'oublions pas que ces rétributions élevées sont payées avec les moyens collectifs de la sécurité sociale…* ».

Le choix de la chambre

En cas d'intervention nécessitant une hospitalisation, c'est le choix de la chambre qui est déterminant, car la plupart des spécialistes (conventionnés ou non) exigent des suppléments d'honoraires importants pour les patients qui choisissent une chambre individuelle. La plupart du temps, les patients qui font ce choix bénéficient d'une assurance hospitalisation.

CHAMBRES AVEC VUE SUR MER

80% des Belges sont couverts par une assurance hospitalisation privée, que ce soit via leur employeur, leur mutuelle ou une assurance privée. 39% le sont via leur assurance-groupe (employeur), 26% via une assurance privée commerciale et 35% via les assurances complémentaires mutuellistes[3] . Il reste donc 20% des Belges qui n'ont de facto pas droit à une chambre individuelle, car le montant des suppléments d'honoraires en chambre peuvent être exorbitants.

Les mauvaises surprises touchent les personnes qui n'ont pas d'assurance mais aussi celles qui en ont une, mais ne connaissent pas bien les conditions de remboursement des frais. En effet, selon le type d'assurance, celles-ci couvrent des prestations et des montants différents, qui peuvent varier de 100 à 300% de la facture. L'augmentation constante des suppléments d'honoraires se répercute sur le montant des primes à payer par les patients. La marge bénéficiaire des assureurs est également atteinte, au point que certaines compagnies (DKV par exemple) se sont vues obligées par la Banque Nationale d'augmenter leurs tarifs.

Outre les suppléments d'honoraires des médecins liés au choix d'une chambre individuelle, l'hôpital facture bien évidemment au patient (ou à son assurance) un supplément pour la chambre elle-même. Alors qu'auparavant, la norme était la chambre à deux lits, toutes les nouvelles constructions prévoient un minimum de 50% de chambres individuelles (jusqu'à 70% pour le Chirec). C'est évidemment plus rentable pour les hôpitaux qui misent sur les deux tableaux : une surfacturation pour la chambre individuelle, et un pourcentage sur les suppléments d'honoraires des médecins pratiqués en chambre individuelle. Environ 10% des suppléments d'honoraires sont reversés à l'hôpital.

Le troisième tableau sur lequel misent les hôpitaux pour assurer leur équilibre financier, c'est la multiplication des prestations et examens médicaux remboursés par l'INAMI. « *Sur les tarifs officiels de l'INAMI, une moyenne de 40% des rémunérations des médecins atterrit dans les mannes financières des hôpitaux. Conséquence, ceux-ci tendent à multiplier les examens médicaux, générant une surconsommation de soins au détriment du budget de la sécurité sociale.*[4]»

On assiste donc à un système de vases communicants : l'INAMI sous-finance les hôpitaux à la source, mais ces derniers favorisent une surconsommation de soins qui coûte à l'INAMI. Malgré cela, « *la situation du secteur hospitalier n'est pas brillante : 40% des hôpitaux sont en déficit* (étude Belfius, 2018). *Médecins et gestionnaires hospitaliers ont donc un intérêt économique à augmenter les suppléments d'ho-* ▶

noraires »[5]. Le problème, souligne Jean Hermesse, interrogé dans *Le Vif*, c'est que « *ni les fédérations d'hôpitaux, ni le SPF Santé ne sont capables de fournir des chiffres à cet égard. Des hôpitaux autorisant 300% de suppléments d'honoraires sont en difficulté financière et d'autres sont à l'équilibre avec seulement 100% de suppléments* ». C'est dire si la gestion financière des hôpitaux est peu transparente…

Le choix de l'hôpital

Le choix de l'hôpital est également un critère déterminant dans la facture à charge du patient. Certains hôpitaux font de gros efforts pour permettre aux personnes les plus défavorisées d'être aidées sans aucun coût (ou avec un coût le plus faible possible). L'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles est un exemple en la matière, d'autres pratiquent au contraire une politique de sélectivité maximale.

Pour les personnes qui ne sont pas affiliées à une mutuelle (notamment les demandeurs d'asile), ou dont les revenus ne permettent pas de faire face à une facture imprévue, c'est le CPAS qui décide s'il couvre financièrement l'intervention, en fonction du dossier médical et de la pathologie. « *Outre le stress engendré par la perspective d'une hospitalisation, c'est l'inquiétude principale des personnes les plus précaires* », confirme Marco Schetgen. Si le CPAS ne donne pas le feu vert pour une hospitalisation, l'hôpital est obligé de demander l'intervention financière du patient.

Pour lui, « *c'est clairement le choix de l'hôpital qui fait la différence de prix. Il y a des hôpitaux dans lesquels les médecins sont totalement indépendants dans leur statut, c'est-à-dire qu'ils peuvent demander le prix qu'ils veulent. Et on est arrivés à de tels excès… Certains médecins n'acceptent de soigner que les patients qui prennent une chambre individuelle, car cela leur permet de gonfler leurs honoraires jusqu'à 300% du prix de base* ».

Sur le plan médical également, « *il serait logique que tous les patients soient logés à la même enseigne, estime Marco Schetgen. Si on devait mettre en place un système idéal, il faudrait que tout le monde ait une chambre seule avec remboursement intégral par la mutuelle. C'est plus confortable et meilleur en termes de soins ; moins de risques d'infections, les nuits sont meilleures après une opération, etc. Notre médecine hospitalière est de bonne qualité, le système est efficace de ce point de vue. Nous avons du bon matériel et de bons spécialistes. Mais il faut être honnête, pour assurer cette qualité, ça coûte de plus en plus cher et les subsides ont, quant à eux, tendance à baisser* ».

Mettre fin aux suppléments d'honoraires

L'absence de régulation des suppléments d'honoraires a également d'autres conséquences pour les hôpitaux. « *Des médecins se tournent vers des hôpitaux offrant des suppléments plus élevés, et des services risquent de se retrouver en manque de personnel médical parce qu'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas suivre l'escalade des rémunérations.* »[6]

Un des nœuds du problème est donc bien celui des suppléments d'honoraires. Pour les mutuelles comme pour de nombreux acteurs de la santé, il est clair qu'il faut s'atteler à leur régularisation, qui concerne non seulement le système de rémunération des médecins mais aussi la clé de financement des hôpitaux.

L'accord médico-mutuelliste 2018-2019 proposait de geler l'augmentation des suppléments d'honoraires jusque fin 2019, mais ce sont principalement les fédérations d'hôpitaux qui ont fait blocage. Avec des nuances, les mutualités défendent une solution encore plus radicale à long terme : supprimer les suppléments d'honoraires et réinvestir le montant versé par les patients et les assurances à l'INAMI, qui répartirait cette somme de manière équitable entre les hôpitaux et les médecins. « *Faisons de la chambre particulière la norme, interdisons tous les suppléments d'honoraires. Cela permettrait de refinancer les hôpitaux et de corriger les écarts de rémunération* », estime Jean Hermesse. *Cependant, ce n'est envisageable à terme que si les suppléments d'honoraires sont interdits. Nous ne voulons pas de soins de santé à deux vitesses, avec des chambres individuelles qui ne sont accessibles qu'à ceux qui peuvent se le permettre financièrement.* »

Monique Van Dieren

COMBIEN ÇA COÛTE ?

- La pose d'un pacemaker dans un hôpital coûte en moyenne 179€ au patient. Du moins s'il opte pour une chambre double ou commune. S'il choisit une chambre individuelle, il lui faudra débourser 1.731€, soit près de dix fois plus.
- Un accouchement en chambre double ou commune coûte en moyenne 181€ à la patiente, contre 1.390€ en chambre individuelle.
- La pose d'un stent revient en moyenne à 254€ en chambre double ou commune, alors que la facture atteint 2.074€ en chambre individuelle.
- Dans le top 10 des hôpitaux les plus chers, on retrouve une toute grande majorité d'hôpitaux bruxellois.

Source : Baromètre Mutualité chrétienne 2018.

Pour comparer le prix des hôpitaux, consulter la cartographie sur :

https://www.mc.be/actualite/articles/2018/cartographie-tarifs-hopitaux

1. La convention est un accord conclu régulièrement entre les mutualités et les représentants des prestataires de soins. Elle fixe les honoraires des différentes prestations.
2. Marco Schetgen est médecin généraliste, professeur de l'Université (ULB), responsable académique de la chaire Santé et précarité.
3. Hôpital, le business de la chambre privée, *Le Vif* n°37, 12/09/2019.
4. Hôpitaux : vers une privatisation des soins ? *Alter Echos* n°463, avril 2018.
5. *Le Vif* n°37, 12/09/2019.
6. *Idem.*

Ethique médicale :

PARCE QUE TOUT N'EST PAS BON POUR LA SANTÉ

Jean-Philippe Cobbaut dirige le Centre d'éthique médicale de l'Université de Lille[1]. Nous avons voulu mieux comprendre comment il envisage l'action collective en santé dans un contexte où les politiques d'austérité font craindre de ne plus placer l'humain au centre des préoccupations en matière de santé.

Equipes Populaires

■ **Contrastes : Chacun se fait une vague idée de ce qu'est l'éthique médicale. Quelles sont les différentes approches qui sous-tendent la discipline aujourd'hui ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : On a souvent une représentation de l'éthique médicale comme étant liée à des prises de décision, telles que débrancher les appareils qui maintiennent en vie des personnes en état de mort clinique ou délimiter les conditions d'accès aux procréations médicalement assistées (PMA). A l'Université de Lille, nous nous inscrivons dans une vision à la fois plus large et plus quotidienne de l'éthique médicale qui n'est pas une notion neuve puisqu'elle plonge ses racines dans le serment d'Hippocrate[2] ; cela signifie que nous nous intéressons à la pratique quotidienne de la médecine et pas seulement aux aspects liés à l'apparition des nouvelles technologies en médecine, cela s'apparentant davantage à la notion de bioéthique. Nous visons donc la pratique médicale dans son ensemble et au quotidien.

La définition peut aussi faire référence à un débat sur le type d'approche de l'éthique. Si par éthique, on vise la question de l'orientation que l'on donne à l'action. Il y a plusieurs manières de concevoir et de pratiquer l'éthique : l'une très liée à de grands principes, que l'on appelle l'approche "principliste" qui met en exergue les principes d'autonomie, de bienfaisance ou de "non malfaisance", de justice… et qui amène souvent à une démarche descendante, d'application de ces principes, par des experts de l'application de ces principes.

Une autre vision de l'éthique est celle qui part de l'interrogation des acteurs de la santé aujourd'hui et que l'on peut qualifier de contextuelle : elle se construit à travers la réflexion des acteurs sur le contexte d'action et sur les remèdes à envisager face aux problèmes qui se posent sur le terrain. Elle se construit donc en fonction du terrain et des pratiques de terrain. Ce qui ne veut pas dire ▶

1. Il est aussi Professeur à la Faculté de santé publique de l'Université Catholique de Louvain. Co-auteur d'un article dans l'ouvrage collectif récemment paru (coordonné par Alain Loute) « Le soin : une action collective au cœur de l'économie de l'attention »

2. Hippocrate, médecin dans la Grèce antique. Quatrième siècle avant Jésus-Christ. Sa vision humaniste de la médecine guide toujours notre approche de la médecine. Son serment est la référence en matière de pratique médicale. Pour Hippocrate, l'anthropos (être humain) prime. Le reste (statut social, sexe, peuple) est secondaire. « Avoir dans les maladies deux choses en vue : être utile ou du moins ne pas nuire. »

qu'elle s'adapte. Elle est réflexive et peut être critique par rapport aux mutations constatées par les acteurs sur le terrain.

■ **Si l'on considère ces différentes manières d'envisager l'éthique médicale, où situez-vous votre approche ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : Par rapport à l'approche dominante, il y a lieu de développer une analyse critique qui se situe dans la perspective de solutions à apporter face à des dilemmes éthiques à résoudre dans des situations réputées complexes. On a assisté à l'émergence d'une approche éthique, dite narrative, s'appuyant sur les récits des acteurs du système et sur leur expérience. Un de mes prédécesseurs à Lille, Bruno Cadoré, a accentué cette approche de relecture de situations difficiles pour les acteurs en parlant d'éthique contextuelle, qui se fixe pour objectif de mieux prendre en compte et comprendre le contexte dans lequel émergent les questions mais aussi d'envisager les relations, les modes d'organisation de la pratique médicale ou des interventions de santé. Dans ce cadre, l'éthique est à envisager comme une démarche participative et émancipatrice à travers laquelle les individus développent une conscience des problèmes, de leur contexte et des raisons de leur émergence. A partir de là, ils peuvent envisager des solutions leur paraissant plus adéquates et peuvent tenter de faire changer les raisons structurelles des difficultés rencontrées, que ce soit des problèmes d'accès aux soins, de réticences par rapport aux traitements envisagés… Ce type de démarche éthique permet aussi de mieux comprendre les questions posées par l'appartenance culturelle, le genre, la racisation… Il peut y avoir un fossé entre la manière dont un médecin et les soignants en général envisagent les choses et la manière dont le patient reçoit cela. Il peut y avoir des visions très différentes de ce qu'il y a lieu de faire dans telle ou telle situation. En effet, les soins touchent à la fois à l'intime de la personne, à son intégrité physique et psychique mais aussi à sa situation sociale et il est important d'être attentif à prendre ces aspects en compte.

■ **Comment entre-t-on en dialogue sur ces questions ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : Cette évolution de la démarche d'éthique a permis de mieux mettre à jour la pluralité des points de vue entre les soignants, entre soignants et patients, avec l'entourage des patients… C'est une démarche qui tient compte de la complexité des situations.

■ **Les restrictions budgétaires auxquelles on assiste aujourd'hui dans le secteur des soins de santé, font craindre que l'on s'achemine vers une santé à deux vitesses. L'éthique a-t-elle quelque chose à dire en matière d'égalité dans l'accès aux soins ? Si oui, comment ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : Certainement. L'éthique médicale a eu à se pencher sur la question de l'accès aux soins ces dernières années. Cela a été particulièrement le cas aux Etats-Unis où les systèmes de protection sociale sont beaucoup plus limités qu'en Europe. Dans ce contexte, on peut craindre d'ailleurs que l'éthique clinique devienne un moyen pour les HMO (Health Maintenance Organizations - Organismes à la fois assureurs et prestataires de soins) de faire passer la pilule des restrictions d'accès aux soins.

Aujourd'hui, cette problématique se complexifie, entre autres, avec le développement rapide de la médecine axée sur l'introduction de technologies nouvelles, de nouveaux types de traitements qui sont très chers. Parallèlement, les restrictions budgétaires et leurs traductions à différents niveaux du système

CHERCHEUR ET ENSEIGNANT

Vous menez à la fois un travail de recherche et d'enseignement en faculté. Comment l'un influe-t-il sur l'autre ?

Notre travail de base consiste à faire de la recherche avec et à partir des démarches d'éthique contextuelle menées avec les acteurs. Ces démarches, souvent alimentées par l'analyse à froid de situations de soins qui ont soulevé des questions aux soignants ou aux patients, permettent de mettre en lumière un certain nombre d'éléments. Ils sont liés aux relations entre les soignants ou avec les patients, à l'organisation des soins, aux contraintes institutionnelles ou économiques sur lesquelles il faudrait agir pour répondre ou remédier aux problèmes soulevés.

Pour mener nos recherches-actions, nous établissons des partenariats avec les institutions, les services ou les soignants qui le demandent. Souvent, la demande qui nous est adressée consiste, pour les institutions, à être accompagnées pour mettre en place une démarche éthique en leur sein. Nous ne fonctionnons pas dans des comités d'éthique mais nous mettons plutôt en place des programmes éthiques au sein desquels plusieurs types d'activités sont menés : de la for-mation, de l'éthique clinique, des réflexions thématiques… Il peut y avoir des liens entre ces démarches et un niveau que l'on peut appeler politique au sein des institutions de soins car les démarches d'éthique clinique ou les réflexions thématiques sont communiquées aux instances de l'hôpital et peuvent comporter des recommandations. Le résultat de ces démarches peut aussi être communiqué aux pouvoirs politiques, qu'ils soient régionaux ou nationaux, aux ordres professionnels. Ce fut le cas récemment avec les questions éthiques soulevées par le numérique en santé.

de soins rendent les choses difficiles. De nombreux travaux montrent qu'au-delà de l'égalité d'accès garanti par des couvertures sociales de plus en plus universelles, il reste de très nombreux obstacles à un accès effectif aux soins pour des raisons financières (augmentation des tickets modérateurs), des raisons administratives (non-recours aux droits), des raisons de manque d'information (compréhension du fonctionnement du système), des raisons culturelles... L'éthique clinique, c'est-à-dire une démarche éthique menée à partir de situations cliniques, permet de faire apparaître ces obstacles, de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les personnes n'ont pas accès ou ne bénéficient pas pleinement des soins, de chercher des solutions, de porter ces problèmes et certaines solutions à la connaissance des responsables hospitaliers et, ensuite éventuellement, des responsables politiques.

Ce genre de démarches permet également de se rendre compte du caractère trop restrictif des approches de la santé et des conditions dans lesquelles il est possible pour les personnes d'accéder à un meilleur niveau de santé, à bénéficier des nouvelles technologies et des nouveaux traitements mais aussi des conditions pour que celles-ci soient réellement bénéfiques aux personnes pour qu'elles puissent avoir plus de prise sur leur santé et les aspects de leur vie qui conditionnent celle-ci. Les conditions dans lesquelles elles peuvent avoir accès à leur médecin traitant, bénéficier de consultations dont la durée permet réellement d'expliquer quelle est la situation, d'être accompagnées et soutenues dans la gestion de leur santé et des situations de vie difficiles qui ont un impact majeur sur la santé.

■ **Comment se situe l'éthique par rapport à ces réponses nouvelles en matière de soins et de technologies dans le domaine de la médecine ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : Pour que l'éthique médicale rencontre ces nouveaux défis, il faut permettre aux acteurs de la santé de co-élaborer les réponses ou de développer des stratégies de résistance par rapport à certaines évolutions qui paraissent dégrader leur situation. Les questions, les défis, les enjeux éthiques qui émergent aujourd'hui sont très liés au fonctionnement du système de soins, à l'organisation des soins de santé, aux réseaux qui configurent le système. Il faut intégrer cela dans la réflexion éthique. L'éthique médicale est encore confinée à la relation de soins alors que celle-ci est largement tributaire des organisations dans lesquelles elle prend place : soins à domicile, plateforme de soins palliatifs, hôpital…
La complexité des systèmes de soins et les problèmes qui émergent tant au début de la vie, que dans différents domaines comme la cancérologie, la neurologie, la gériatrie... demandent que les politiques publiques soient capables de mieux et plus rapidement les prendre en considération. Il faut pouvoir prendre en compte ces réalités, mettre en œuvre des expérimentations pour remédier aux problèmes rencontrés par les acteurs et mettre en place des mécanismes pour permettre que ces expérimentations soient considérées au niveau politique ; ce qui ne veut pas dire simplement généraliser des solutions qui semblent fonctionner mais configurer un système qui soit plus réactif aux réalités de terrain et aux enseignements qui en émanent.

Il faut donc envisager comment la structuration du système de soins peut être plus réceptive et réactive par rapport aux dispositifs, aux pratiques de soins et à leurs enjeux. Il faut tenir compte des enjeux qui émanent des interactions quotidiennes entre les différents partenaires du soin : les patients (cf. le projet patients partenaires et enseignement de l'interprofessionnalité en santé de la Faculté de santé de l'Université de Montréal), les soignants et, plus généralement, l'ensemble des travailleurs de la santé, les instances de l'hôpital qui s'ouvrent aux patients, de plus en plus considérés comme partenaires à part entière.

■ **Des défis nouveaux se profilent et il semble parfois difficile d'y apporter des réponses rapides ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : Il est clair que les systèmes de soins et les dispositifs de protection sociale qui les accompagnent dans nos pays sont de grosses machines qui évoluent lentement. Cependant, il y a un certain nombre de leviers à partir desquels les choses peuvent changer. Les rôles évoluent : celui des médecins dont la profession est en pleine mutation, du personnel soignant mais aussi du secteur médicosocial (maisons de repos, accompagnement des personnes en situation de handicap…), des soins à domicile. La formation doit elle aussi être questionnée. Dans les cursus, l'ampleur et la place de l'éthique et des sciences humaines et sociales n'a pas beaucoup évolué.

Certains enjeux persistent en Belgique. Par exemple, il existe encore une forte hiérarchisation entre les professions. Il faudrait aller vers une transformation des formations et une moins grande hiérarchie entre les professions de manière à ce que les relations soient plus horizon- ▶

« L'éthique clinique permet de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les personnes n'ont pas accès ou ne bénéficient pas pleinement des soins, de chercher des solutions, de les porter à la connaissance des responsables hospitaliers et, ensuite éventuellement, des responsables politiques. »

tales, ce qui faciliterait la collaboration. A Montréal, il existe un bureau du patient partenaire et de la formation interprofessionnelle. Cette question ne peut se régler par un simple changement au niveau des « techniques » ; il faut aller jusqu'à régler les interfaces entre soignants.

■ **Les restrictions budgétaires dans le secteur de la santé et des hôpitaux, n'agiraient-elles pas comme un frein au développement de l'éthique pour les acteurs de terrain ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : La recherche de l'efficience et les contraintes économiques en matière de santé ont des répercussions sur tous ces espaces de réflexion, de créativité et d'expérimentation. Ces démarches prennent du temps et le temps c'est de l'argent. Même si nous cherchons au maximum à les intégrer dans la vie et les projets des institutions de soins, développer une réflexion éthique à partir de ce que vivent les acteurs et de leurs interrogations concernant les développements technologiques, les restructurations organisationnelles, les mesures politiques nécessite du temps, des moments de rencontres et de discussions, un travail de synthèse, des présentations de ce travail aux instances concernées...
Les mesures prises pour restructurer le système sont souvent justifiées au nom de la recherche d'un maximum d'équité. Cependant, compte tenu des évolutions actuelles, si on ne permet pas aux acteurs d'échanger sur les conséquences de ces mesures et de s'interroger sur leur pertinence et les aménagements nécessaires, on risque de voir les conditions de travail des soignants et les conditions d'accès aux soins se dégrader.

On peut prendre l'exemple de la numérisation galopante des hôpitaux. Celle-ci comporte des avantages et des inconvénients. On peut craindre qu'à la vitesse où va cette évolution, il n'y ait plus suffisamment de temps et d'espace pour penser, repérer, adapter ces nouveaux outils numériques aux pratiques et aux besoins des patients et des soignants. Ce qui serait très problématique. La numérisation a entraîné une automatisation d'une série de procédures auxquelles les personnes n'ont plus qu'à se soumettre, avec le risque d'être exclues ou moins prises en compte par le système si elles ne rentrent pas dans les bonnes cases. Pour les patients, il n'est pas forcément facile d'interroger un système numérique, de demander des explications… et cela fait courir le risque de rendre l'accès plus difficile, de marginaliser, voire d'exclure. Par exemple, en ce qui concerne le dossier informatisé du patient : être acteur de la gestion, de l'utilisation de ce dossier n'est pas simple. Les informations devraient être accompagnées d'une discussion, d'explications… Sans cela, des patients plus éloignés de l'outil informatique seront pénalisés.

■ **Quels éléments permettraient d'apporter des réponses positives à la situation actuelle ?**

☐ **J.P. Cobbaut** : Les nouvelles pharmacopées et technologies médicales pourraient avoir des effets bénéfiques en matière de qualité des soins. Mais cela doit s'accompagner d'une meilleure information, d'une plus grande participation de tous les acteurs à la conception et à l'aménagement du système pour que ces nouvelles technologies soient réellement au service de l'humain. Il faut y mettre les moyens et prendre le temps de construire les usages autour de ces nouveaux dispositifs. Sinon, ces « avancées » seront des facteurs d'exclusion et de marginalisation…

■ **En tant que chercheur et enseignant en éthique médicale, quel est votre pouvoir d'action** ?

☐ **J.P. Cobbaut** : Je pense qu' une éthique de situations et de résolution de dilemmes éthiques ne suffit pas. Cela doit s'articuler à l'action collective. Il faut privilégier un travail éthique des organisations qui alimentent ce que certains appellent un expérimentalisme démocratique. C'est clairement un objectif de justice sociale qui a amené à la création de la sécurité sociale et à l'assurance maladie. Aujourd'hui, le système de soins est devenu un système qui se développe selon une logique industrielle qui doit, en même temps, faire droit à une logique de santé publique et une logique communautaire. Dans ce cadre, l'éthique peut jouer un rôle critique visant à ce qu'une de ces logiques ne prenne pas le pas sur les autres. Pour cela, elle doit s'appuyer sur les soignants et les patients et en faire de véritables interlocuteurs des organisations participant à l'évaluation et à la reconstruction d'un système en perpétuelle évolution.

A cet égard, nous n'agissons pas comme des lanceurs d'alerte mais plutôt comme les leviers d'une dynamique de questionnements et de capacitation des acteurs à mettre en cause et à faire des propositions à l'égard des dérives du système, notamment tout ce qui risque d'exclure ou de fragiliser les personnes les plus vulnérables.

Propos recueillis par
Paul Blanjean et Laurence Delperdange

BLOUSES BLANCHES EN LUTTE

CSC

Depuis quelques mois, le secteur de la santé se mobilise pour garantir la qualité des soins et de meilleures conditions de travail pour le personnel soignant.
Les "Mardis des blouses blanches" ont pour objectif de remettre le focus sur une situation qui se dégrade.

Les nombreuses mobilisations du secteur non marchand auxquelles ont participé les travailleuses et travailleurs de la santé depuis quelques années ont débouché sur des améliorations considérables des conditions de travail et des salaires du personnel soignant.

Mais, dans ce secteur, comme dans les autres, les avancées sont fragiles. Des dispositions spécifiques ainsi que des modifications légales ont entrainé des régressions multiples. Un exemple assez éclairant est sans nul doute la mesure de « raccourcissement » de la durée d'hospitalisation prise par Maggie De Block, ministre de la Santé. En effet, comme l'explique Yves Hellendorff[1], le turn-over des patients augmente la charge de travail dans tous les secteurs des hôpitaux depuis les services administratifs jusqu'aux actes médicaux en passant par le nettoyage des chambres.
De plus, le sous-financement des hôpitaux entraine des risques de rationalisation voire de délocalisation de services. Cela passe par exemple par le rassemblement des services techniques ou l'externalisation de la préparation des repas. Et, quand un service n'est plus intégré à l'hôpital, le personnel qui y travaille n'est plus considéré comme du personnel hospitalier et ne bénéficie plus du même statut.
Raccourcir la durée de l'hospitalisation n'est pas, en soi, une mauvaise chose mais nécessite de le faire dans de bonnes conditions. Cela signifie, entre autres, qu'il faut prendre en considération les conditions d'habitat et de vie et permettre aussi qu'il y ait un passage fréquent du personnel médical et des interventions pluridisciplinaires coordonnées. Cela demande de pouvoir intégrer les inégalités sociales et culturelles dans ce type de dispositif. Or, les projets politiques sont linéaires et n'intègrent pas les autres aspects. En effet, les réformes voulues sont essentiellement de nature budgétaire. La progression annuelle du budget dédié au secteur est de 1% alors que, principalement à cause du vieillissement, les praticiens du secteur estiment, tout comme le Bureau du Plan, qu'elle devrait être d'au moins 2,5%. Cela risque d'amener à moyen terme une catastrophe sanitaire comportant un risque accru de sélectivité des soins rentables en faveur de patients solvables, installant une logique de nature commerciale se substituant à la solidarité et à la protection sociale. ▶

Mobilisations d'hier…

La mobilisation du secteur de la santé n'est pas nouvelle. Si elle a été aussi spécifique et sectorielle, elle s'est aussi souvent inscrite dans le combat global du secteur non marchand. Ces luttes ont permis d'obtenir des avancées et améliorations tant des conditions de travail que du volume de l'emploi, améliorant ainsi la couverture des besoins de la population. Mais les politiques de régression sociale imposée par le gouvernement Michel, qui s'ajoutent à des mesures antérieures, ont engendré des reculs sévères. L'exemple des fins de carrière est éclairant. Les combats avaient abouti avec l'instauration de mesures de dispenses de prestation en fin de carrière et du « plan tandem ». L'image cycliste est parlante pour cette disposition. Il s'agit, en effet, de partager un emploi entre un travailleur qui arrive en fin de carrière et un nouveau. Le premier pouvait réduire dès 50 ans son temps de travail et recevait pour le mi-temps cédé un paiement du fonds social du secteur et un complément de l'ONEm. Aujourd'hui, les mesures prises par le gouvernement sortant ont entrainé d'importants reculs qui, par exemple, rendent quasi impossible les RCC[2] et repoussent à 60 ans la possibilité de disposer d'un plan tandem. C'est dans ce cadre de régression sociale que se développent les nouvelles mobilisations.

… et d'aujourd'hui

Le gouvernement fédéral étant l'interlocuteur principal pour de nombreux pans du secteur de la santé, cela peut paraître étrange qu'une mobilisation s'effectue dans une période dite d'affaires courantes alors qu'il n'y pas de fumée blanche à l'horizon quant à la mise en place d'un nouvel exécutif. Mais le mouvement de contestation veut que les questions qu'il porte soient à l'agenda. Il s'exprime aussi au sein des institutions en cherchant à allier toutes les catégories professionnelles en utilisant une diversité d'expressions qui convergent au sein du mouvement « Les Mardis des blouses blanches ». Ces actions ont parfois pris des formes très originales, comme en témoigne celle des moutons amenés devant l'hôpital Erasme à Bruxelles pour signifier le refus de se faire tondre.

Parmi les actions, nous pouvons aussi relever la lettre aux parlementaires leur proposant de venir, durant une semaine, examiner le quotidien des travailleurs du secteur de la santé. Les différentes professions expriment le sentiment de ne pas être entendues dans leurs réalités et leurs souffrances et décrivent de façon précise les manquements d'un travail qui s'effectue de plus en plus souvent au pas de course, au détriment de la qualité des soins. Ils insistent aussi sur la nécessité de revaloriser l'attraction des métiers de la santé et tout spécialement pour les infirmier·ère·s et les aides-soignant·e·s. Cette revalorisation n'est possible que si elle s'inscrit dans un accroissement budgétaire et un changement du regard sur les professions en considérant que tous les métiers de la santé sont importants et complémentaires.

La pression s'intensifie

Dans la foulée des « Mardis des blouses blanches » s'est tenue le 13 septembre dernier une première grande assemblée du **collectif Santé en lutte**[3]**.** Une centaine de personnes y ont participé afin de définir leurs revendications, établir un plan d'action et détailler leur organisation interne. Des participants, infirmières, médecins, patients,

LES REVENDICATIONS DU COLLECTIF SANTÉ EN LUTTE

1. Un refinancement des soins de santé avec une transparence sur l'utilisation du budget.
2. L'engagement de plus de personnel pour assurer des soins de qualité à toutes et tous.
3. Une revalorisation salariale de tous les métiers de la santé.
4. Un arrêt de la précarité des emplois.
5. Une amélioration de nos conditions de travail : sortir de la logique d'actes à la chaine et revenir à une prise en charge humaine des patient·e·s dans leur globalité.
6. Une véritable politique d'attractivité pour les métiers de la santé.
7. Être associé, patient et personnel de la santé, à toutes les grandes décisions concernant le secteur.
8. Une réduction collective du temps de travail sans perte de salaire et avec embauches compensatoires.
9. Une révision des normes d'encadrement.
10. Une véritable politique de bien-être au travail et un arrêt du management inhumain et autoritaire qui traite le personnel et les patient·e·s comme des chiffres et des statistiques.
11. Des mesures pour lutter contre les différents types de harcèlement et de discrimination.
12. Une diminution de l'âge de la pension.
13. Un accès à des soins de santé dignes et humains pour toutes et tous, indépendamment de nos origines sociales et/ou culturelles.
14. Un développement de la prise en charge et des soins de première ligne via le système des maisons médicales.
15. Un arrêt de l'hyperflexibilité forcée.
16. Une prise en considération du temps de change.
17. Une véritable protection de la maternité.
18. Un arrêt de la dynamique de marchandisation des soins.
19. Un arrêt du recours au privé via l'externalisation des services.
20. Une amélioration de l'accès aux études de soignant·e·s, ainsi qu'un arrêt de l'utilisation des stagiaires comme main d'œuvre gratuite pour les institutions.

personnel ouvrier ont témoigné de leurs difficultés. Le constat : nous sommes face à un système qui ne remplit plus sa mission : celle d'offrir des soins de qualité pour toutes et pour tous. Un système qui ne traite plus convenablement ses travailleur·euse·s, les épuise, les pousse à bout, les empêche de faire correctement et humainement leur métier.

Une vingtaine de revendications ont été adoptées. Celles-ci sont articulées autour de trois grandes questions : pallier le manque de moyens, améliorer le statut et les conditions de travail et plus globalement repenser le secteur (voir encadré).

Pallier le manque de moyens s'entend à la fois au regard des aspects financiers mais aussi du personnel qui doit être en suffisance pour assurer la qualité des soins et prévenir l'augmentation croissante des patients. L'amélioration du statut et des conditions de travail est aussi, bien entendu, au cœur des revendications du front commun syndical du secteur. Cela passe par l'arrêt d'un management inhumain et autoritaire, la sortie de la logique de rentabilité et des améliorations concrètes des conditions de travail intégrant une politique de bien-être pour tout le personnel, une réduction collective du temps de travail ou encore une diminution de l'âge de la pension. Repenser le secteur ne peut se faire qu'en associant l'ensemble des catégories concernées mais aussi les patients. Cela passe par un arrêt de la logique de marchandisation des soins et de l'externalisation des services. Si une série de revendications sont adressées au pouvoir politique, on voit que les directions des hôpitaux sont aussi concernées par une partie d'entre elles.

Ces revendications s'ajoutent à celles du **Front Commun Syndical** ou encore à celles de **la Plateforme Santé et Solidarité** qui défend 99 propositions à mettre en œuvre.[4] Cette plateforme insiste, en premier lieu, pour une approche globale de la santé qui ne soit pas considérée simplement comme une absence de maladie car elle est influencée par des déterminants de nature économique, sociale et culturelle (logement, revenus, éducation, genre…). Elle estime que 90% des problèmes de santé peuvent être résolus en première ligne mais que, pour plus d'efficacité et d'efficience, il faut une approche coordonnée des soins de première ligne, des hôpitaux et de la médecine spécialisée. Une politique de santé au service des patients n'est possible qu'en améliorant les conditions de travail du personnel (normes d'encadrement, horaires…) en concertation

cgspacodbrugmann.blogspot.com

avec les premiers concernés et les syndicats. La formation des travailleurs du secteur doit intégrer l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité. Tout cela nécessite un financement suffisant.

La plateforme intègre également la dimension européenne pour rappeler les dangers d'une logique accrue de concurrence et de services privés commerciaux et plaide, au contraire, pour l'assurance d'une accessibilité pour tous.
Les **mutualités** portent aussi une série de revendications dans l'intérêt des patients et d'une médecine de qualité. C'est ainsi que le mémorandum que la Mutualité Chrétienne (MC) a porté avant les élections de 2019[5] intégrait des revendications pour des soins de santé durables, qualitatifs, accessibles et humains, basés sur un financement suffisant, stable et solidaire. Pour la (MC), le modèle de financement actuel de l'assurance Soins de Santé fédéral est insuffisant et instable. Pour l'augmenter, la MC soutient un système aussi solidaire que possible, lié aux revenus et basé sur un mix de contributions dans le cadre d'une assurance sociale et de subventions provenant d'une fiscalité équitable et solidaire.

Et demain ?

Outre les revendications et les actions, nous pouvons retenir l'esprit et la dynamique des mouvements en cours. Il s'agit d'apporter des améliorations à l'ensemble du secteur, pour toutes les catégories professionnelles et d'accroître la qualité des soins dispensés aux patients. Les actions interpellent les structures hospitalières mais aussi le monde politique en lui rappelant que les questions portées doivent figurer à l'agenda et qu'elles contribuent à une réelle amélioration du bien-être de la population.

Paul Blanjean

1. Yves Hellendorff est Secrétaire national de la CNE pour le Secteur non marchand. Un merci tout particulier pour toutes les informations qu'il nous a communiquées en vue de la rédaction de cet article.
2. RCC : Régime de Chômage avec Complément d'entreprise remplaçant le système des prépensions.
3. https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/sante-en-lutte-le-personnel-medical-livre-ses-revendications.html
4. Pour plus de détails voir Marie-Agnès GILOT : « Soins de santé - Une alternative est réellement possible » in *Le Droit de l'Employé,* CNE, Mai 2019, pp 12-13.
5. Voir « Pour une approche globale de la santé ! » Mémorandum MC dans le cadre des élections de 2019.

Sommaire

Edito
Un profond malaise 2

Le ras-le-bol des blouses blanches répond à une exigence légitime et essentielle dans une société démocratique ; celle du respect de la vie et de la dignité humaine. Celles des patients comme celles des travailleurs du secteur.

Structures hospitalières
Des hôpitaux dans le paysage 3

La Chambre a adopté le 14 février 2019 un projet de loi visant à réorganiser le paysage hospitalier en 25 réseaux d'hôpitaux. Objectifs ? Rationnaliser et améliorer l'efficacité des soins. Comment cette réforme rencontre-t-elle les attentes et les inquiétudes des gens et du secteur ? Dans quel contexte s'inscrit-elle ?

Conditions de travail
Soigner un être humain, ce n'est pas réparer une voiture 6

Karim Brikci est, depuis quatorze ans, brancardier à l'hôpital Brugmann à Bruxelles. Il est membre du récent collectif Santé en lutte et a participé aux premiers Mardis des blouses blanches. Il nous dresse un état de ce qui se vit au sein d'un hôpital aujourd'hui.

Suppléments d'honoraires
Une médecine à portefeuille variable 10

Pourquoi les patients sont-ils amenés à payer de plus en plus cher les consultations et les séjours en hôpital ? La question des suppléments d'honoraires des médecins est au cœur du débat, tant pour le portefeuille du patient que pour le financement des hôpitaux. Il est urgent de freiner la spirale inflationniste.

Interview
Ethique médicale 13

Jean-Philippe Cobbaut dirige le Centre d'éthique médicale de l'Université de Lille. Nous avons voulu mieux comprendre comment il envisage l'action collective en santé dans un contexte où les politiques d'austérité font craindre de ne plus placer l'humain au centre des préoccupations en matière de santé.

Mobilisation
Les blouses blanches en lutte 17

Depuis quelques mois, le secteur de la santé se mobilise pour garantir la qualité des soins et de meilleures conditions de travail pour le personnel soignant. les "mardis des blouses blanches" ont pour objectif de remettre le focus sur une situation qui se degrade.

Nos derniers Contrastes

Notre prochain Contrastes

ISI informatique
Wallonie
FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES
Digitec SOLUTION