

UN MANQUE GÉNÉRALISÉ

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

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

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

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

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

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

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

constate une difficulté réelle de recrutement dans de nombreux services.

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

Des effets réels sur la population

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

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

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

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

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

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

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

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

Un cercle vicieux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Travailler jusqu'à 67 ans ?

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

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

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

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

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

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