



ESPACE  
SENIORS

*Quand l'environnement de travail  
des soignants influence la qualité  
de traitement des patients à l'hôpital*

*(Analyse)*

*« Avant que les patients ne perdent confiance, avant que les soignants ne renoncent, avant que l'hôpital ne sombre, il faut que son fonctionnement soit réformé, que l'industrialisation des procédures, dans une volonté aveugle d'imiter le secteur marchand, cède la place à de véritables soins ayant pour objectif la santé des patients, de chaque patient »<sup>1</sup>.*

## 1. Introduction

Le soin existe depuis toujours mais les valeurs qui lui sont associées évoluent au fil du temps. Au Moyen-âge, l'Église prédominant dans le contrôle de la société, c'est la **charité** vis-à-vis des malades et des pauvres qui justifie le développement de l'hôpital. Son financement s'effectue alors par voie de donation. Depuis cette époque, les sociétés ont beaucoup évolué et se sont laïcisées. L'hôpital public contemporain s'est développé parallèlement à l'essor de la sécurité sociale dans les années d'après-guerre. Le principe de **solidarité**, donnant un accès aux soins de santé aux riches comme aux plus démunis, permet le financement public des institutions hospitalières. La part de l'argent de la collectivité octroyée aux hôpitaux se mesure donc sur base de critères de santé publique. Avec la crise des années 80, l'Etat s'appauvrit et ne peut plus assurer ces financements. Dans ce contexte, l'hôpital public va subir un mouvement de libéralisation<sup>1</sup>. Ce mouvement se traduit par :

- **Une privatisation du secteur.** L'argent public ne pouvant plus assurer la gestion financière et organisationnelle de ces institutions, des groupes privés achètent de plus en plus d'hôpitaux publics.
- **Une redéfinition dans les contours organisationnels de l'hôpital.** Afin de limiter les dépenses jugées inutiles, des méthodes de gestion qui émanent du management des entreprises privées vont être mises en application dans le secteur hospitalier, dont la démarche « qualité ». Celle-ci tente de concilier rentabilité financière et qualité de soin.

Notre association côtoie un nombre important de soignants qui nous témoignent de leur difficulté à mettre en pratique la qualité des soins lorsque les moyens (matériels, humains, symboliques) ne suivent pas.

Pour réfléchir à ce constat, cette analyse consiste à faire un état des lieux sur les conditions de travail des soignants travaillant en service de gériatrie. C'est un fait avéré que l'environnement de travail des soignants influence la qualité des soins des patients. Il nous semble dès lors nécessaire de cibler les angles défectueux de cet environnement afin de proposer des recommandations visant son amélioration. L'analyse se limite aux unités de soins gériatriques, l'objectif prioritaire de notre association étant la défense du bien-être des seniors.

---

<sup>1</sup> Domin J-P, « Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu », in : Marchandiser les soins de santé nuit gravement à la santé, La revue du Mauss, n°41, Paris, 2013, p.35

## 2. L'environnement de travail du personnel soignant en gériatrie

Lorsque l'organisation hospitalière est uniquement dans une logique financière, la rencontre avec l'être humain soigné est mise à mal. Cette logique entraîne toute une série d'effets délétères pour le travailleur soignant comme pour la qualité de vie du patient.

Quels sont-ils ?

### a. La gestion du temps de travail

Comme le souligne Anne Perraut-Soliveres, cadre supérieur de nuit, « le rapport au temps est plus que jamais un problème dans une institution qui se met au service de la rentabilité »<sup>2</sup>. Effectivement, dans la logique financière, l'expression selon laquelle « le temps, c'est de l'argent » gouverne bien souvent les actes soignants. Le temps pris pour créer une relation de confiance avec le patient et son entourage, n'étant pas considéré comme rentable, peut être sacrifié pour des actes qui le sont plus (médications, pansements, alimentation...).

### b. Des horaires inconfortables

Les horaires des soignants sont connus pour leur caractère contraignant et avec le développement du management hospitalier, la situation s'aggrave. Se développe, par exemple, le principe des « horaires coupés » où une aide-soignante travaille sur une journée de 8h à 13h et de 17h à 20h. Les journées de 11h deviennent monnaie courante ou au contraire des soignants sont susceptibles de travailler par tranches horaires de 4h. S'y ajoutent les alternances jour/nuit qui déséquilibrent les cycles naturels. Assurant un service 24h/24, les travailleurs doivent s'adapter à des horaires changeant toutes les semaines, ce qui peut affecter l'articulation vie professionnelle/vie privée.<sup>3</sup>

### c. Une flexibilité accrue

Dans ce mode de gestion, les tâches des différents postes (médecin, infirmier, aide-soignant...) sont formellement définies mais au sein de ces postes, les individus doivent faire preuve de flexibilité. En d'autres termes, ils deviennent interchangeable et sont susceptibles de passer d'un service à un autre en fonction des besoins en main-d'œuvre. Les équipes soignantes mobiles et les travailleurs intérimaires augmentent. Cette interchangeabilité provoque chez les professionnels un sentiment qu'ils n'ont pas d'aptitudes propres. On constate aussi une diminution réelle des compétences développées dans l'expérience du travail d'un service unique.

En outre, le collectif et les valeurs qui y sont associées est ébranlé, le noyau stable des équipes étant effectivement diminué. Dans un tel contexte, les soignants se connaissent moins entre eux et on observe une individualisation du travail ainsi qu'une diminution de la solidarité pourtant indispensable dans ces métiers difficiles.

---

<sup>2</sup> Perraut-Soliveres A, « La nuit et l'institution, un mépris partagé », *Gérontologie et société*, 2006/1, n°116, p.98

<sup>3</sup> Leonard J-M., *Ibidem*

#### **d. Une hiérarchie qui se rigidifie**

Les codes de conduite qui responsabilisent chaque métier hospitalier dans sa fonction ne font qu'augmenter. Auparavant, il était courant qu'une infirmière vienne en aide à une aide-soignante pour une toilette, par exemple. Aujourd'hui, pour des raisons économiques, la gestion hospitalière impute à chacun de réaliser les tâches qui lui sont propres. La responsabilisation individuelle de chacun prend le dessus sur la coopération collective de l'équipe. Cette course à l'économie sclérose les relations entre les professionnels. Et se perdent les moments d'échanges informels (entraides, pause-café, repas d'équipe, discussions avec les patients...) si indispensables à la collaboration interprofessionnelle et au bien-être psychologique de chacun.

#### **e. L'augmentation de la dimension administrative**

Parallèlement à ce cloisonnement entre les métiers soignants, on assiste à un mouvement de « paperasserie » où les agents doivent noter toutes leurs actions.

Les chefs de service doivent alors reprendre ces notes pour les analyser dans des tableaux qui permettront l'évaluation quantitative du coût du service. En d'autres termes, le cadre de l'unité, qui auparavant travaillait avec ses employés pour la bonne gestion de son équipe, se retrouve enfermé dans un bureau pour répondre à ces principes de comptabilité. Les tâches des nouvelles exigences gestionnaires sont bien éloignées de sa fonction soignante de base, ce qui peut créer un non-sens à ses yeux.

Du point de vue des employés, l'exigence de traçabilité imposée par le management génère un sentiment de contrôle social. « Avec les tableaux, les cases à remplir afin de vérifier les actes quotidiens, nous entrons dans des logiques de contrôle, de comptabilité, qui prennent du temps et de l'espace psychique » témoigne un professionnel<sup>4</sup>. Une infirmière d'ajouter : « le plus pénible dans le quotidien, c'est la hiérarchie, le côté administratif, le fait de rendre des comptes par écrit... et une certaine infantilisation (ex : notez : « le patient m'a demandé un verre d'eau... ») pour qu'il y ait une traçabilité du travail »<sup>5</sup>.

De plus, cette logique n'encourage pas les soignants à agir dans le « bon sens », c'est-à-dire pour la qualité de soin du patient et sa subjectivité mais dans celui imposé par « les cases ». Or celles-ci ne correspondent pas toujours aux besoins singuliers du patient.

Ces grilles de gestion sont bien souvent éloignées de certaines réalités de terrain<sup>6</sup>. Partant du principe que tout est prévu d'avance, elles ne tiennent pas compte des imprévus, qui sont pourtant propres aux services de gériatrie (dégradation ponctuelle de l'état physique ou mental d'un patient, décès soudain, urgence inattendue...). L'équipe devra alors les gérer avec les moyens du bord. De telles normes imposantes sont difficilement attaquables. Lorsqu'une équipe ose s'insurger, l'institution se protège souvent derrière celles-ci : « si un autre service sait gérer avec le même type de patients, pourquoi pas vous ? ». Ce manquement de soutien est vécu comme une remise en cause du travail. Lorsqu'on quantifie les êtres humains, le risque est grand d'oublier le caractère singulier de chaque contexte de soin.

---

<sup>4</sup> Bourg S., « On ne cause pas, monsieur, on compte... », *Empan*, 1/ 2006, n° 61, p.88.

<sup>5</sup> Cintas C., « « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas psychiatrique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007/2, n°4, p.225.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p.222

#### **f. L'augmentation de la charge physique**

L'alourdissement de la charge physique est certainement corrélé à l'augmentation de la charge de travail imposée par les mesures gestionnaires mais pas uniquement. En effet, avec l'avancée des technologies médicales, les personnes âgées vivent plus longtemps mais pas forcément en bonne santé ce qui augmente leur degré de dépendance. Cela alourdi par conséquent la charge physique portée par son aidant. On estime, par exemple, qu'un aide-soignant en gériatrie porte en moyenne 2 tonnes par jour. Pour prendre un autre exemple, ce même travailleur marche quotidiennement entre 7 et 18 km en fonction de la disposition du service.

#### **g. Les exigences psychiques peu reconnues**

On observe une augmentation de la mortalité dans les services gériatriques qui est liée à la médicalisation croissante de la fin de vie. En outre, parallèlement à la crise socioéconomique, l'hôpital devient un refuge pour les personnes nécessitant un accompagnement social (sans-abris, personnes isolées socialement, personnes vivant sous le seuil de pauvreté). Faute de trouver des centres adaptés (dans ces secteurs aussi, les resserrements budgétaires s'imposent), ils sont orientés vers les hôpitaux. Les infirmiers et aides-soignants doivent se transformer, contre leur gré et sans bagage professionnel, en travailleurs sociaux. De plus, nous l'avons vu, l'environnement de travail actuel ne leur octroie que peu de temps pour cela. Le développement de tensions relationnelles et de déséquilibres psychologiques risque alors d'apparaître. Or peu de lieux existent à l'hôpital pour que ces souffrances soient déposées et surtout entendues.

#### **h. Le manque de reconnaissance sociale des services gériatriques**

Les images de la vieillesse véhiculées dans notre société, marquées par le jeunisme et le productivisme, sont largement connotées négativement. Elles participent à l'exclusion d'un grand nombre de seniors. Les personnes âgées sont encore trop souvent vues comme « séniles », « inactives », « lentes »... Ces images sont d'autant plus puissantes à l'hôpital qu'elles sont associées à la maladie, la non guérison ou encore la mort (grand tabou de notre société occidentale). Dans le monde du soin, il est alors communément admis que travailler en gériatrie est moins valorisant socialement que de travailler en chirurgie, par exemple. Dans notre société qui prône les valeurs de technicité médicale, de jeunisme et d'utilitarisme, aider une personne âgée paraplégique dans sa toilette relève de la domesticité alors que contribuer à la réussite d'une intervention chirurgicale relève de l'héroïsme. Toutes ces associations d'images jouent un rôle symbolique fort dans le sens que les soignants donnent à leur travail. L'intériorisation de ces images provoque une baisse de l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et de leurs compétences professionnelles.

#### **i. La pénurie du métier**

Au vu de cette détérioration des conditions de travail, on ne s'étonne pas de remarquer la démotivation des jeunes à intégrer les écoles de soin et encore moins les options gériatriques. Il s'ensuit une pénurie des métiers soignants. Des plans gestionnaires (bien souvent désavoués) sont développés pour récupérer une main-d'œuvre « bon marché » dans les pays du tiers-monde ou en crise (Portugal, Espagne, Pologne...). Ces travailleurs migrants sont attirés par l'offre d'un salaire plus attractif que celui perçu dans leur pays d'origine. Leur pays subissent alors une fuite des compétences pourtant indispensables pour leur développement socioéconomique. Du côté du pays d'accueil, la collaboration entre

soignants, aux représentations culturelles du soin diversifiées, n'est pas toujours facile à gérer<sup>7</sup>.

#### **j. Le vieillissement des professionnels soignants**

En tant qu'association de défense des droits des seniors, nous ne pouvons pas passer à côté de cette thématique. Pour répondre à la pénurie de ces métiers mais aussi maintenir les compétences acquises par l'expérience, les infirmiers et aides-soignants aux grands âges sont fortement encouragés à prêter une carrière complète jusque l'âge de 65 ans. Ceux-ci sont doublement pénalisés : les conditions de travail se détériorent et leur vieillissement biologique augmente<sup>8</sup>. Il est effectivement démontré que la pénibilité de ces métiers s'accroît au fil de la carrière. Des facteurs d'ordres sociaux, physiologiques et psychologiques expliquent ce phénomène<sup>9</sup>. Soulignons toutefois que ce secteur est en Belgique le mieux lotis en termes d'aménagement de fin de carrière (droits à dispense de prestations, congés supplémentaires, crédits-temps). « Après presque 10 années d'application, on constate que l'allègement du temps de travail sous forme de congés est reçu positivement tant par les travailleurs que par les employeurs »<sup>10</sup>. Le taux de « turn over » chez les infirmière a d'ailleurs diminué depuis l'application de ces mesures.

#### **k. Soignante, une profession précaire et féminisée**

Les professions soignantes sont encore largement féminines. En Belgique en 2010, 89,5 % des postes d'aide-soignant sont occupés par des femmes<sup>11</sup>, en 2012 on en compte 93%<sup>12</sup>. Ce taux s'élève à 88,2% pour les infirmiers en 2010. Ces professions se sont même féminisées puisqu'au début des années 90 ces taux s'élevaient respectivement à 82,3 % et 87,8%. Notons que le taux de femmes issues de l'immigration ne fait qu'augmenter aussi dans ces secteurs. Elles sont donc touchées par une double discrimination : de genre et culturelle<sup>13</sup>.

### **3. Quelles conséquences ?**

Différents symptômes peuvent apparaître en réaction à ces facteurs de pénibilité professionnelle. Les plus fréquents sont les suivants :

#### **a. Burn out**

L'épuisement professionnel survient lorsque le travailleur en surmenage n'arrive plus à trouver de sens dans sa fonction<sup>14</sup>. Il concerne davantage les soignants des établissements pour personnes âgées où 41,8% d'entre eux sont jugés à risque<sup>15</sup>.

<sup>7</sup> Leonard J-M., « Les conditions de travail du personnel soignant », Santé conjugulée , janvier 2009, n° 47, p.35

<sup>8</sup> On distingue différentes formes de vieillissements : biologique, psychologique, juridique, social, culturel... L'âge biologique est « l'âge du corps ». Ce vieillissement fragilise l'individu à partir d'un certain moment parce que les réserves d'énergie diminuent au niveau de la plupart des systèmes physiologiques.

<sup>9</sup> Pour plus d'information, voir : Curchod C., « Vieillir en soignant – soigner en vieillissant. Vers une nécessaire réorganisation des soins et une meilleure gestion des compétences », Recherche en soins infirmiers, 2012/1, n°108, p.6-21.

<sup>10</sup> Hubin-Dauby M. (Conseiller juridique à la Fédération des institutions hospitalières), « Aménagement du temps de travail à partir de 45 ans dans le secteur des soins de santé. », 05/11/10

<sup>11</sup> <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/emploi/professions/>

<sup>12</sup> <http://www.laurette-onkelinx.be/production/content.php?ArticleId=8&ActiviteRepresentationId=112>

<sup>13</sup> Pour plus d'information, voir analyse FPS « marché du travail et femmes issues de l'immigration » : <http://www.femmesprevoyantes.be/outils-publication/etudes/droit-asile/Pages/Marchedutravail.aspx>

<sup>14</sup> Delbrouck M., *Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel*, De Boeck, Bruxelles, 2004

<sup>15</sup> Amyot, J-J, « Les soignants sont-ils maltraités ? », actes du colloque « A l'écoute des soignants du grand âge », Cep-âge, 29 mars 2012, p.61

### **b. Stress au travail**

L'augmentation du contrôle des responsabilités et de la traçabilité des actes accentue le stress ressenti dans le travail. Il se définit comme « un déséquilibre entre la perception qu'a un professionnel des contraintes liées à son lieu de travail et les ressources qu'il a pour y répondre »<sup>16</sup>.

### **c. Turn over**

Un nombre élevé de soignants décident de quitter leur emploi bien avant l'âge légal de départ à la retraite. Notons que, pour ces départs prématurés, la Belgique se situe dans une meilleure moyenne que la plupart des pays européens. Elle enregistre, par exemple, un plus faible taux d'intention d'abandonner la profession (8,8%) que l'Italie (20%)<sup>17</sup>. Il n'empêche que 36,8% des soignants invoquent les conditions de travail comme cause première de turn over<sup>18</sup>.

### **d. Maltraitance**

Les caractéristiques de contrôle, de comptabilité, de rentabilité que revête le secteur hospitalier contemporain peuvent amener le soignant à agir de manière routinière et non réfléchie. Cela risque de déshumaniser la relation qu'il entretient avec les personnes âgées. Face à l'épreuve de ces mauvaises conditions de travail, le professionnel est effectivement en proie à développer des attitudes défensives : « rigidité le plus souvent acquise, résistance excessive au changement, attitudes négatives ou pessimistes, pseudo-activisme inefficace. »<sup>19</sup>. « Le soignant se sent « vidé » intérieurement, éprouve des difficultés à entrer en relation avec l'autre »<sup>20</sup>. Il peut alors, même si c'est encore occasionnel, devenir maltraitant à l'égard de la personne soignée.

## **4. Quelles solutions ?**

Pour améliorer les conditions de travail des soignants en gériatrie, voici les différents axes sur lesquels nous proposons d'agir :

### **a. Promouvoir un encadrement d'équipe de qualité**

La qualité telle que nous l'entendons ici n'est pas seulement mesurée selon des cadres de gestion préétablis mais aussi en fonction des données du terrain de travail. Pour ce faire, il est important de réintégrer les cadres de santé dans les équipes de soins afin de rétablir le compagnonnage et la transmission des compétences<sup>21</sup>.

### **b. Agir sur la pression temporelle**

Les imprévus doivent être considérés comme faisant partie intégrante du travail soignant. Le temps passé auprès du patient doit l'être tout autant. Une augmentation des effectifs est à prévoir à cet effet. De plus, nous l'avons vu, les temps d'arrêt, de repos, d'échange informel

---

<sup>16</sup> Karasek cité par Amyot, Ibidem, p.60

<sup>17</sup> Estryn-Behar M. et al., Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants, Recherche en soins infirmiers, 2010/4, n°103, p.33

<sup>18</sup> Ibidem, p.34

<sup>19</sup> Amyot, Ibidem, p.68

<sup>20</sup> Ibidem

<sup>21</sup> Docteurs blouses, « L'hôpital malade de l'« efficacité » », in : Marchandiser les soins de santé nuit gravement à la santé, La revue du Mauss, n°41, Paris, 2013, p66

sont non-négligeables. Il est évident que la question des finances se pose à cet égard. En tant qu'association du secteur mutualiste, nous n'arrêterons pas de rappeler l'importance de notre système de sécurité sociale. Par la répartition des richesses qu'il préconise et son caractère non-marchand, il assure une égalité d'accès à la santé et se prémunit de tomber dans la dérive de la marchandisation des soins.

#### **c. Combattre la pénurie du travail**

La Fédération des Maisons Médicales estime que 60.000 postes devront être créés d'ici les dix prochaines années pour assurer la charge administrative et les soins octroyés aux personnes âgées. Il faut agir sur les causes qui provoquent la pénurie des métiers soignants (notamment en les rendant plus attractifs).

#### **d. Lier l'enseignement aux besoins du terrain**

Actuellement les étudiants infirmiers qui ressortent de l'option « soins intensifs » sont deux fois plus nombreux que ceux de l'option gériatrique. Or, avec le vieillissement de la population, la demande de main-d'œuvre dans les unités pour personnes âgées va croître continuellement. Des actions de sensibilisation sont à mener pour déconstruire les images peu valorisées associées à ce service hospitalier autant dans les écoles, le réseau de l'éducation permanente que dans celui de la culture. Les responsables politiques des secteurs de l'éducation et de la culture ont évidemment un rôle à jouer dans ce domaine.

#### **e. Agir sur les horaires**

Le développement de moyens qui permettent de concilier vie professionnelle/privée et de régulariser les horaires, le respect des cycles du corps humain (pas d'obligation d'alternance jour/nuit), la suppression des horaires coupés, sont autant d'axes sur lesquels il semble élémentaire d'agir pour améliorer la qualité du travail des soignants.

#### **f. Reconnaître et contrôler les maladies professionnelles et accidents du travail**

Il faut favoriser la prévention sanitaire en organisant, par exemple, des formations en ergonomie et manutention pour prévenir les maux physiques tels que les lombalgies, les arthroses... Du point de vue psychologique, les difficultés propres au travail d'accompagnement dans la maladie et la mort doivent être prises en considération. Des programmes d'écoute psychologique sont dès lors à développer.

#### **g. Organiser des lieux de parole et d'échange collectif**

Dans ces lieux, l'ensemble des professions médicales et soignantes pourraient échanger sur leurs pratiques et leurs connaissances respectives des patients. Il est démontré que « les troubles de la santé mentale sont plus importants chez les soignants qui ne peuvent pas débattre des questions professionnelles dans leur service (35,9%) que chez ceux pouvant en délibérer (20%) »<sup>22</sup>. Ces relations interprofessionnelles ne doivent pas être cloisonnées par des protocoles qui justifient une hiérarchie de rapport de pouvoir mais bien organisées par un principe de collaboration égalitaire (même si les responsabilités sont différentes).

---

<sup>22</sup> Amyot, Ibidem



#### **h. Donner des opportunités de développement professionnel**

Cela pourrait notamment se traduire par plus d'accès aux formations permettant la réflexion sur la pratique professionnelle et de (re)trouver le sens donné au travail du soin.

#### **i. Concilier cadres théoriques et réalités pratiques**

Nous rejoignons le collectif des « Docteurs blouses » lorsqu'ils préconisent « que l'évaluation des services ne doit plus être réduite à une enfilade de tableaux de bord, de chiffres d'activité et de recettes, qui reflètent très mal ce qui est réellement fait, d'autant plus que certains préfèrent soigner ces artefacts plutôt que de se consacrer aux malades »<sup>23</sup>. En d'autres termes, le malade doit être pris en charge dans la singularité de son histoire de vie et de ses choix librement consentis plutôt que sur base de critères des coûts qu'il représente.

#### **j. Masculiniser les professions soignantes**

Les associations trop rapides construites entre domesticité/femme/soin naturalisent les inégalités de genre. Nous l'avons vu, la situation est loin de s'améliorer puisque le secteur du soin se féminise au fil du temps. La sensibilisation publique et politique aux stéréotypes de genre associés à ces métiers est fondamentale.

### **5. Conclusion**

Nous avons bien conscience du caractère quelque peu dispersé et « utopiste » des recommandations proposées ci-dessus dans un contexte où la crise économique bat son plein. L'hôpital soumis à des contrôles de rentabilité n'est plus celui du temps où il était susceptible d'être en perte sans que cela ne pose de problème. Ce contexte ne doit toutefois pas alimenter le fatalisme ambiant, que du contraire. Il nous semble que l'orientation prise par le secteur hospitalier dépendra de choix politiques. Dans quelle société voulons-nous vivre ? Une société qui priorise la santé pour tous, l'éducation et la répartition des richesses ou une société dans laquelle la santé ne serait accessible qu'aux plus riches ? En outre, seul un état des lieux issu de témoignages de terrain et d'enquêtes théoriques a pu être dressé dans cette analyse. Il reste encore à réfléchir à la manière dont les soignants en gériatrie ainsi que les patients pourront s'approprier ces données et augmenter leur pouvoir d'action sur les dégradations de leur terrain de travail et de soin qu'implique la privatisation du secteur. Enfin, nous rappelons aux politiques qu'il est essentiel d'allouer les moyens financiers à l'hôpital en fonction des besoins sanitaires, dans une logique de santé publique et non financière<sup>24</sup>. Pour ce faire, une consolidation des budgets attribués au système mutuelliste est entre autre nécessaire. La mutuelle représente incontestablement le seul rempart contre les modes de sélection des patients et les dégradations des conditions de travail des soignants engendrés par la gestion privée des hôpitaux.

---

<sup>23</sup> Docteurs blouses, « L'hôpital malade de l'« efficacité » », in : Marchandiser les soins de santé nuit gravement à la santé, La revue du Mauss, n°41, Paris, 2013, p66

<sup>24</sup> Ibidem

### **Qui sommes-nous ?**

*Espace Seniors est une association d'éducation permanente faisant partie du réseau Solidaris, active sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.*

*Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors, promouvoir leur participation active et leur intégration sociale, favoriser leur bien-être, leur santé et leur épanouissement sont quelques-uns de nos objectifs.*

*Pour cela, nous organisons des actions de proximité (groupe de soutien, formations...) et des actions d'information, de sensibilisation et de prévention (campagnes, conférences, brochures...).*

**Retrouvez toutes nos analyses sur [www.espace-seniors.be](http://www.espace-seniors.be) !**