



Institut pour l'égalité
des femmes et des hommes

ETUDE

Bonnes pratiques à l'étranger en matière de revalorisation des métiers du soin.

Le cas de quatre pays européens

Auteures

Christine Gard & Chloé Allen

| Laboratoire d'anthropologie prospective LAAP, UCLouvain



Financé par
l'Union européenne
NextGenerationEU

.be

Table des matières

Introduction	6
1. Les contextes	8
1.1 Le système de santé français.....	9
1.1.1 Généralités sur le système de protection sociale	9
1.1.2 Particularité du système de santé français.....	9
1.1.3 En Bref :	10
1.2 Les systèmes de santé espagnols : 3 systèmes parallèles.....	11
1.2.1 Le système de santé légal universel.....	11
1.2.2 Les mutuelles d'assistance sanitaire.....	12
1.2.3 La médecine et les soins privés : lieu des petites mains invisibles.....	12
1.2.4 En bref.....	13
1.3 Le système de santé néerlandais : un système d'assurance sociale combinant marché privé et supervision gouvernementale.....	14
1.3.1 Assurance maladie de base et assurance complémentaire.....	15
1.3.2 La première ligne de soin : les cabinets de généralistes	15
1.3.3 Les soins de longue durée et la réforme de 2015.....	16
1.3.4 En Bref.....	17
1.4 Le système de santé danois : un système décentralisé.....	18
1.4.1 Réforme de 2007 : renforcement de la première ligne, « super-hôpitaux » et télémédecine	19
1.4.2 Maladies chroniques et soins de longue durée	19
1.4.3 En Bref.....	20
2. Profils des formations et des soignant-es	21
2.1 Densité d'IRSG et d'AS en Europe	21
2.2 Profils des IRSG et des AS professionnel-les et étudiant-es en France.....	23
2.2.1 Profil des IRSG en France	23
2.2.2 Profil des AS en France.....	25
2.2.3 Les aidant-es proches en France.....	26
2.2.4 En bref pour la France.....	26

2.3	Profil des IRSG, AS, aidant-es proches et des formations en Espagne	27
2.3.1	Profil des IRSG en Espagne	27
2.3.2	La pénurie d'IRSG et d'AS en Espagne	28
2.3.3	Les études d'IRSG en Espagne	30
2.3.4	La formation d'auxiliaires d'infirmier (équivalent à AS)	31
2.3.5	Les aidant-es proches et les aidant-es à domicile.....	31
2.3.6	En bref pour l'Espagne.....	32
2.4	Profil des IRSG, AS et aidant-es proches aux Pays-Bas	32
2.4.1	Situation de pénurie et bureaucratie exacerbant l'épuisement	33
2.4.2	Buurtzorg : une piste qui émane de la société civile.....	34
2.4.3	Les études d'IRSG au Pays-bas : un modèle proche du modèle en Flandres.....	35
2.4.4	Les aidant-es proches et les aidant-es à domicile.....	36
2.4.5	En bref :	36
2.5	Profil des IRSG, AS et aidant-es proches au Danemark.....	37
2.5.1	Profil et formation	37
2.5.2	Crise de la profession	37
2.5.3	Pénurie et appel de main-d'œuvre sélective.....	38
2.5.4	Les aidant-es proches	39
2.5.5	En bref :	39
3.	Pistes de solutions proposées dans les 4 contextes décrits.....	40
3.1	Avis de l'OMS Europe : assurer l'accès à la santé pour tous, protéger les travailleur-ses	40
3.2	Propositions françaises : de nombreuses propositions sans discours commun.....	41
3.3	Propositions espagnoles	45
3.4	Propositions néerlandaises	46
3.4.1	Promesses et potentielles limites du modèle Buurtzorg	46
3.4.2	Des interrogations en contexte récent	48
3.5	Propositions danoises.....	49
4.	Que retenir pour améliorer l'attractivité des métiers du soin en Belgique ?.....	50
4.1	Soutenir les aidant-es proches et favoriser une répartition dégenrée du <i>care</i>	50
4.2	Penser l'accès aux soins à partir d'une première ligne forte, au plus près de la population	51
4.3	Augmenter le nombre de soignant-es pour leur donner la possibilité de réaliser leur travail selon leur code éthique et diversifier les profils	51
4.4	Soutenir les étudiantes et les étudiants AS et IRSG, orienter les formations en fonction des besoins de la population et veiller à la qualité des stages.....	53

Bibliographie	54
Articles et ouvrages.....	54
Documents de travail et rapports d'études.....	55
Sites internet et articles de presse en ligne.....	57
Annexe	59
Les systèmes de sécurité sociale en Europe.	59

Glossaire

Pour faciliter l'écriture et la lecture tout en évitant autant que possible de masculiniser une profession essentiellement féminine, mais qui refuse souvent de se définir comme féminine, nous avons opté pour l'utilisation autant que possible de termes abrégés neutres.

IRSG: infirmière ou infirmier responsable des soins généraux, de façon extensive dans tout le texte puisque c'est le titre accordé au niveau européen même si ce n'est pas le terme le plus utilisé dans le pays.

AS : aide-soignante ou aide-soignant ou une fonction similaire

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

Introduction

Les crises sanitaires de ces dernières décennies (COVID-19, SRAS, encéphalite spongiforme, etc.) n'ont pas de frontières. Elles montrent l'importance des enjeux de la santé dans l'espace européen¹.

La gestion difficile de l'épidémie de la COVID-19, les graves pénuries de personnel, le manque de moyens, le désarroi face aux malades qui étaient tenus isolés, l'impression de leur faire violence et les taux élevés d'infection et de décès de travailleur-ses européen-nes de première ligne durant la pandémie ont laissé des traces profondes. Durant la pandémie, en Europe pas moins de 9 membres du personnel infirmier sur 10 déclaraient leur intention de quitter leur emploi (OMS 2022), dégoûtés d'un métier dans lequel ils ne trouvaient plus de sens. Si depuis la fin de la pandémie le travail sanitaire a repris selon ses habitudes pré-pandémiques, le taux de personnel soignant effectivement présent pour réaliser les soins aux patient-es lui, par contre, ne se rétablit pas. Dans de nombreux pays européens, la carence en personnel est telle qu'un choix doit être fait, des lits et parfois des services hospitaliers entiers sont fermés, d'autres travaillent au ralenti.

La pénurie touche l'ensemble de l'UE et est considérée par l'OMS, comme une « bombe à retardement » qui pourrait provoquer une catastrophe sanitaire². Le problème le plus préoccupant est le faible taux de remplacement d'une population vieillissante de travailleur-ses soignant-es alors que les besoins en personnel augmentent³. La jeune génération est peu motivée par une carrière qui se fait connaître par l'épuisement de ses professionnel-les, leur santé mentale médiocre, leur perte de sens dans ce qui est demandé de faire, par des horaires pénibles de travail, un salaire peu attractif et un soutien professionnel inadéquat. L'aggravation probable de la pénurie de personnel soignant risque d'avoir de lourdes conséquences pour la santé de la population : augmentation des temps d'attente avant de recevoir un traitement, apparition d'une médecine à deux vitesses, avec d'une part une qualité médiocre des soins subventionnés et, d'autre part, le développement de soins de qualité, mais très chers, proposés par un secteur privé à but lucratif, accessible à ceux qui auront la possibilité de souscrire à des assurances privées.

Les difficultés ressenties par le personnel soignant européen dans l'ère post-COVID-19 révèlent des problèmes structurels multiples parfois spécifiques à certains pays ou sous-régions, parfois transversaux. Partout, des initiatives sont prises en contexte pour tenter de contrer la pénurie de

¹ Nous l'avons vu entre autres lors de pandémie de la COVID-19 : certains patients ont été transférés dans d'autres pays, faute de place dans des hôpitaux débordés. C'est aussi vrai pour le traitement de certaines pathologies qui ne peuvent être soignées que dans des services hyperspécialisés : des patients belges par exemple, sont parfois envoyés à Paris.

² Communiqué de presse de l'OMS du 14/09/2022 in : <https://www.who.int/europe/fr/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb--without-immediate-action--health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>

³ L'augmentation de l'espérance de vie, mais aussi les effets délétères des différentes crises sanitaires, environnementales, économiques et sociales ont pour conséquences une augmentation du nombre de personnes dépendantes d'aides et de personnes en situation sociosanitaire complexe et précaire.

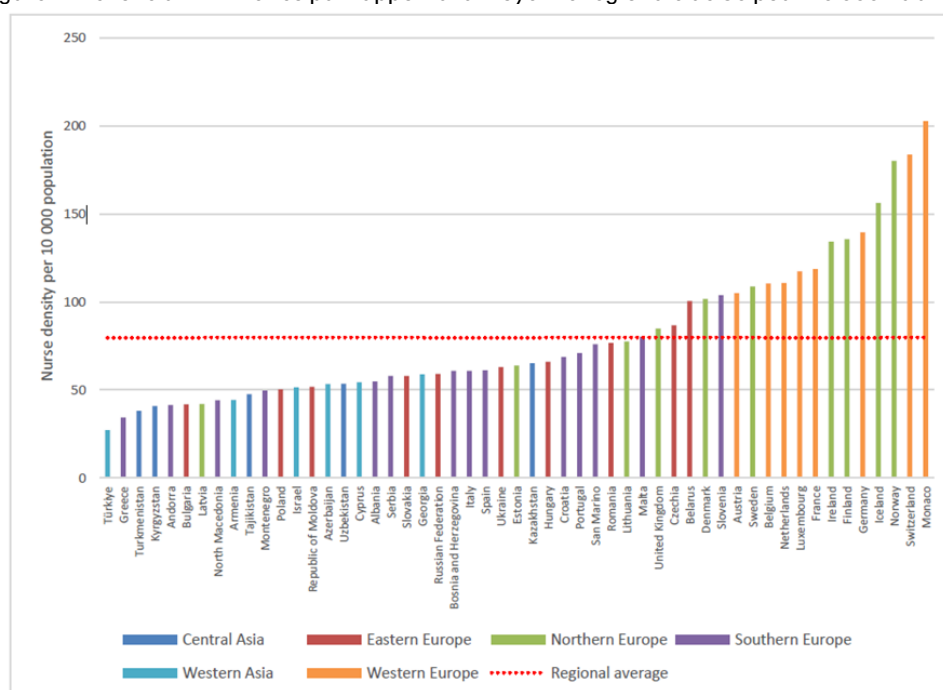
soignant-es. Pour cerner le contexte de cette pénurie, les enjeux et les pistes de solution existantes en Europe, cette recherche adopte une approche qualitative exploratoire basée sur une revue extensive de la littérature incluant des textes scientifiques, professionnels, des rapports de diverses organisations et des documents de l'Union européenne (UE), des évaluations, des communiqués de presse, des communiqués syndicaux, etc. Nous nous pencherons plus en détail sur les contextes, y compris de genre dans lesquelles des difficultés surgissent et des solutions sont proposées dans quatre pays : la France, l'Espagne, les Pays-Bas, et de façon plus ponctuelle le Danemark.

Ce texte tracera dans un premier temps les particularités de l'Europe de la santé et les systèmes de santé de chacun des quatre pays. Dans un deuxième temps, nous verrons les profils des soignant-es et des formations en tirant les fils des points forts à retenir et des difficultés qui y surgissent. Nous reprendrons en conclusion les grandes lignes des propositions qui nous semblent utiles dans le cadre de cette recherche.

1. Les contextes

Au-delà d'un cri d'alarme généralisé, il est important de noter que cette pénurie s'inscrit dans des contextes qui diffèrent parfois largement d'un pays à l'autre. Il existe ainsi une grande variété de situations et de profils des soignant-es en fonction des pays. À l'aube de la crise sanitaire, le personnel soignant avait globalement augmenté significativement en Europe entre 2010 et 2020 pour atteindre une moyenne de 80 IRSG/10.000 hab. En réalité, cette augmentation n'a pas eu lieu dans tous les pays de la zone euro. Alors qu'en Europe du Nord et de l'Ouest le nombre d'IRSG (Infirmières et infirmiers responsables de soins généraux) augmentaient de 8%, l'Europe de l'Est connaissait déjà une réduction de son personnel soignant de -9% (World Health Organization 2022). Le tableau ci-dessous, proposé par la World Health Organization, nous montre cette grande variété de réalité entre les pays de l'UE.

Figure 1: Densité d'infirmier-es par rapport à la moyenne régionale de 80 pour 10 000 habitants



Source : Tableau issu du rapport 2022 de la World Health Organization

Nous allons nous attacher dans cette partie à décrire les différents systèmes de santé dans les quatre pays que nous avons choisi d'étudier.

1.1 Le système de santé français

1.1.1 Généralités sur le système de protection sociale

Si le système français est au départ de logique bismarckienne, des principes beveridgiens⁴ ont peu à peu été introduits dans le système : couverture maladie universelle, contribution publique, compétence du parlement dans la gestion de la sécurité sociale. Les dépenses de protection sociale en France représentent 30,5% du PIB et les dépenses en santé 11,9% du PIB en 2022 (Dress 2023, p.140)⁵.

L'organisation administrative du système de protection sociale français est relativement complexe. Il existe une centaine de régimes regroupés en quatre grands blocs :

- Le régime général (qui couvre la plupart des salarié-es et d'autres catégories comme les étudiant-es)
- Les régimes spéciaux de salarié-es pour ceux qui ne sont pas dans le régime général (fonctionnaire, SNCF, EDF...).
- Le régime agricole qui englobe en deux gestions distinctes les exploitants et les salarié-es agricoles.
- Les régimes des non-salarié-es non agricoles.

Tous les régimes sont placés sous la tutelle du ministère des Affaires sociales sauf le régime agricole. La tutelle s'exerce au niveau décentralisé par l'intermédiaire des agences régionales en santé (ARS) qui renforcent les logiques de décentration du pouvoir et de transfert de compétences⁶ (Polton, 2022, p.122-128). Le régime général est composé de quatre branches : la branche maladie maternité, la branche accident du travail et maladies professionnelles, la branche vieillesse et la branche famille.

1.1.2 Particularité du système de santé français

Le principe du régime français est celui de l'assurance sur une base professionnelle. Il n'y a pas d'exemption de l'assurance. Les droits dérivés profitent au conjoint et aux enfants à charge sous certaines conditions. Les ascendants et descendants peuvent également bénéficier de l'extension de la protection sociale.

⁴ Voir annexe.

⁵ Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023, PANORAMAS DE LA DREES, paru le 20/09/2023

⁶ Il est intéressant ici de noter, que d'une part, on assiste à une nouvelle forme de centralisation au niveau départemental, donc encore très éloigné de nombreux citoyens et d'autres par dans certains départements, comme en Saône et Loire, cela a permis la création de centres de santé pluridisciplinaires à la fois proche des habitants et qui offrent un cadre de travail qui répond aux attentes des soignants : un bon salaire, de bonnes conditions de travail, d'équipement et une vie collective. Le recrutement de personnel s'est nettement amélioré (Polton, 2022, p. 128).

L'organisation de la médecine est libérale avec une rémunération des médecins et des IRSG libérales à l'acte selon un tarif fixé de manière centralisée pour les médecins et IRSG conventionnés. L'assuré choisit librement son médecin généraliste, son IRSG, les spécialistes qu'il désire consulter et de l'hôpital où il désire se faire soigner. Le choix de l'établissement public ou privé est libre. Le patient avance les frais d'honoraires et est remboursé selon le tarif conventionnel : 30% pour les frais d'honoraires et 20% pour les frais pour les soins hospitaliers. En cas d'hospitalisation, un forfait de 11 euros par jour est exigé. Il est supprimé à partir du 31^e jour d'hospitalisation ainsi que dès le premier pour certaines catégories de patient-es. La participation aux frais de médicaments est de 35% voire de 65% pour les médicaments destinés au soin de maladies peu graves. Il n'y a pas de remboursement pour les médicaments dits de confort. Les soins dentaires et optiques sont peu remboursés. Les prestations de soins et le transport en cas d'hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif conventionnel, moins le ticket modérateur qui est pris en charge la plupart du temps par un organisme complémentaire. La couverture maladie universelle, créée par la loi du 29 juin 1999, prend en charge 100% des frais des plus démunis. L'assurance maternité est organisée dans le cadre de l'assurance maladie. Le remboursement couvre 100% des soins médicaux, des examens pré et postnatals, des prestations médicales. Les femmes salariées ont droit à des indemnités journalières pendant 16 semaines (6 avant et 10 après) avec des possibilités de variation en cas de grossesses pathologiques ou d'arrivée au foyer du troisième enfant.

1.1.3 En Bref :

Forces du modèle français

1. Un système nettement dominé par des structures étatiques accessibles au plus grand nombre.
2. Des prix des soins et des médicaments souvent moins chers qu'en Belgique.

Points faibles du modèle français

1. Le système est orienté sur le soin et peu sur la prévention⁷ avec une logique hospitalo-centrée surtout dans les départements décrits comme des déserts médicaux (European, State of Health in the EU France, p. 3-10).
2. L'état de santé de la population est toujours parcouru par de fortes inégalités. Les citoyens français font partie des Européens présentant le plus de comorbidités à l'âge de 65 ans, générant de manière continue et inéluctable toujours plus de situations de soins complexes auxquelles le système fait de plus en plus difficilement face (Chauvin & Lepeltier, p. 87-89).
3. Les salaires des IRSG et des AS sont en dessous du salaire médiant français alors que dans de nombreux pays d'Europe il est similaire voir légèrement supérieur (Allemagne, Belgique).
4. Un vieillissement constant de la population soignante avec une moyenne de 40,3ans en 2010 qui passe à 45 ans en 2020. La demande croissante de soins de santé due à la

⁷ « Bien que le système de santé français assure un bon accès à des soins de grande qualité, la pandémie de COVID-19 a fait apparaître d'importantes faiblesses structurelles, notamment peu d'investissements dans la prévention, dans la santé publique et dans le personnel de santé »

croissance démographique et au vieillissement de la population a entraîné une augmentation de la demande de soins de santé qui a été mal anticipée. Cette pression accrue sur le système de santé a entraîné saturation des hôpitaux et des services d'urgence (*Ibid.*, p. 91).

5. La dégradation des conditions de travail est à l'origine d'une souffrance éthique chez les professionnel·les soignant·es n'ayant plus la possibilité de prendre le temps pour leurs patient·es (*Ibid.* p. 92-93).
6. La situation sanitaire en outre-mer est particulièrement alarmante et laisse présager, en l'absence d'initiatives fortes, de véritables catastrophes sanitaires (*Ibid.* p. 87 ; HCSP 2023).

1.2 Les systèmes de santé espagnols : 3 systèmes parallèles

1.2.1 Le système de santé légal universel

Le système espagnol de protection sociale a adopté une logique beveridgienne⁸ pour ce qui concerne la maladie, avec un service national de santé créé en 1986. Il est universel et presque entièrement financé par les impôts. La fourniture de soins est gratuite pour autant qu'ils soient repris dans les soins du panier de base, défini par le ministère de la Santé et à l'exception des médicaments prescrits aux personnes de moins de 65 ans à qui un ticket modérateur est demandé, le plus souvent 50%. Le système national de santé couvre totalement ou partiellement les prestations de base suivantes :

- Prévention, diagnostic, traitement et réadaptation dans le domaine sanitaire ou médico-social ;
- Transports sanitaires d'urgence
- Médicaments et dispositifs médicaux
- Orthèses et prothèses
- Produits diététiques
- Transports sanitaires non urgents, soumis à prescription médicale pour des raisons médicales.

Le système de santé espagnol est organisé à partir d'une première ligne de soin forte, concrétisée par l'implantation de zones sanitaires et de centres de santé de proximité multidisciplinaires dont les travailleur·ses sont des salarié·es du ministère de la Santé. Ces centres de santé fournissent des services de soins primaires (soins préventifs éducatifs et curatifs), de médecine générale, de soins infirmiers, de pédiatrie, de kinésithérapie et des services sociaux. Le principe est que les patient·es se rendent au centre de santé le plus proche de chez eux, normalement à moins de 15 minutes. Si les circonstances l'exigent, les professionnel·les se déplacent au domicile du patient. Pour bénéficier de la gratuité (pas d'argent à avancer), le patient doit d'abord consulter le médecin traitant d'un dispensaire proche. Le choix du médecin et du dispensaire de référence est donc limité par la proximité et souvent aussi par le fait que nombre de généralistes ont déjà atteint leur quota

⁸ Voir annexe.

de patient-es. Les soins spécialisés, s'ils sont nécessaires, se poursuivront obligatoirement au sein du service public, après référencement par le généraliste, et sont eux aussi gratuits. L'hôpital de référence est directement lié au dispensaire auquel le patient est rattaché (Cleiss, 2021).

L'organisation et la prestation de services de santé sont régionalisées de sorte que les dépenses de santé sont principalement décidées et financées par les administrations régionales, sous réserve du respect du budget global fixé au niveau national. Les collectivités locales se chargent de la santé publique en matière de prévention (lutte contre la toxicomanie, prises en charge médico-sociales) et de la santé environnementale.

Le ministère national de la Santé et de la Politique a autorité sur la législation relative aux produits pharmaceutiques et est garant du fonctionnement équitable des services de santé dans tout le pays (définition du panier de base des soins c'est-à-dire des soins qui seront remboursés, fixation de seuils minimaux pour les services de santé, qualité des soins et suivi des performances du système de santé). Les régions peuvent inclure la prise en charge de techniques ou de procédures qui ne font pas partie du panier de soins national si elles mettent en place les ressources financières nécessaires et informent le ministère national de santé des raisons de ces mesures.

1.2.2 Les mutuelles d'assistance sanitaire

Il s'agit un système privé de santé parallèle au système public, avec ses généralistes, ses spécialistes et des conventions avec des hôpitaux privés. Ces « mutuelles » fonctionnent sur base de contrats privés entre des compagnies d'assurance et des personnes. Elles sont souvent proposées par les entreprises à leurs travailleur-ses. Le montant des primes de ces contrats définit les prestations couvertes sans frais supplémentaires. Les médecins du secteur privé ne peuvent pas envoyer leurs patient-es vers des services de soins ou des hôpitaux publics. Aucun des soins de ce système n'est couvert par la sécurité sociale.

1.2.3 La médecine et les soins privés : lieu des petites mains invisibles

La médecine privée est constituée par l'ensemble des professionnel-les qui ne dépendent pas de la Sécurité sociale. Les frais de traitement sont entièrement à la charge du patient sans aucune possibilité de remboursement par la sécurité sociale. Les soins privés sont particulièrement importants en ce qui concerne l'accompagnement des personnes dépendantes : selon la confédération syndicale espagnole CCOO, alors qu'en ce qui concerne les soins de santé la gestion publique est assurée à près de 80%, les soins aux personnes dépendantes ne le sont qu'à 23%, le reste étant géré par le secteur privé (Carmona 2021).

Bien que les soins au sein de la famille participent d'une tradition établie de longue date en Espagne, le marché des soins a recruté plus de 600.000 personnes ces dernières années, dont 274.000 s'occupent des personnes âgées à domicile et 346.000 dans des maisons de retraite. Les travailleur-ses de ce secteur sont majoritairement des femmes (90%) le plus souvent d'origine

étrangère. Leur activité, pourtant d'un niveau professionnel, est invisibilisé et peu considéré. Leur salaire occupe le bas de l'échelle des salaires, leurs taux de travail à temps partiel sont plus élevés que la moyenne de toute autre profession, ce qui les plonge dans la précarité financière. Les risques physiques et psychologiques qu'elles encourent, pourtant nombreux, ne sont pas reconnus. Le statut de « soignant » a été officialisé en 2006, parallèlement à l'élaboration du projet de loi sur la prise en charge des personnes dépendantes, qui établissait pour la première fois le droit de toute personne à recevoir des soins jusqu'à ses derniers jours, mais la situation de ces travailleuses s'est peu améliorée. En 2021, face à la hausse de la demande de soins et à une main-d'œuvre de plus en plus difficile à trouver, le gouvernement espagnol a mobilisé entreprises et syndicats dans le cadre d'un plan choc (Plan de Choque). Il visait à remédier au manque chronique de financement de soins, moyennant un apport de 3,6 milliards d'euros au système de soins aux personnes dépendantes, pour augmenter le ratio de personnel.

1.2.4 En bref

Forces du modèle espagnol

1. L'organisation des soins se base sur une première ligne de soins forte, multidisciplinaire et bien organisée au plus près de la population. Les travailleur-ses sont salarié-es et non pas rémunéré-es à l'acte, ce qui permet de développer un travail de prévention ainsi que de promotion de la santé en plus des activités curatives.
2. La vision espagnole des soins et du prendre soin envisage la surmédicalisation comme un gaspillage, souvent néfaste. La prise en charge des patient-es part du principe que les racines de la santé et du bien-être se trouvent dans les communautés : le sentiment d'être relié à une communauté bienveillante est tout aussi important que les traitements médicaux et hospitaliers (Finnis, A & al, 2016).
3. Les IRSG sont formé-es au niveau universitaire avec un bagage théorique et pratique nettement plus orienté vers la première ligne de soins, et l'autonomie infirmière au sein de cette première ligne.
4. Les AS travaillent en collaboration étroite avec les IRSG.

Points faibles du système espagnol

1. Le secteur des soins en Espagne n'a jamais disposé d'un budget suffisant. Les dépenses publiques en santé en 2022 étaient d'à peine 6,5 % du PIB⁹, ce qui entraîne l'existence, dès sa naissance, de nombreuses carences. Ces dépenses de santé faibles sont expliquées par des salaires peu élevés pour les professionnel-les de santé et un taux de 6.3 IRSG/1000 habitants, l'un des plus faibles d'Europe (OCDE, 2023). Les IRSG sont surchargé-es de travail et de responsabilités (Bastin, 2022).
2. Les dispensaires de première ligne et les hôpitaux publics sont saturés et les listes d'attentes pour être reçu sont souvent longues (*Ibid.*)

⁹ In : en comparaison, les dépenses publiques françaises en santé sont de 11% (Bastin, 2022)

3. Les soins aux personnes dépendantes sont majoritairement assumés par des services privés qui sont en concurrence, les salaires des assistant-es de soins, très majoritairement des femmes, sont inférieurs aux salaires d'autres professions de même niveau et la charge de travail est très lourde, conditionnée par une recherche de rentabilité maximale.
4. Précarité des emplois : les IRSG et les AS ont difficilement un CDI. Lors des premières années, il est fréquent qu'ils et elles enchaînent de nombreux contrats au cours d'une même année, entrecoupés de périodes de chômage. Pour les professionnel-les de l'aide à domicile, la précarité est plus grande encore. L'opportunité d'avoir un CDI temps plein dans un autre domaine ou un autre pays amène certain-es soignant-es à délaisser les soins en Espagne.

Demandes du terrain

1. Limiter les contrats à temps partiel, pierre angulaire de la précarité.
2. Accorder davantage de CDI.
3. Augmenter effectivement les ratios d'affectation de personnel dans les maisons de soins comme cela est prévu dans le nouvel accord d'accréditation des institutions.
4. Les travailleuses et les syndicats soutiennent que la gestion de la santé et des soins aux personnes dépendantes devrait être publique. Les conditions de travail et les soins s'en trouveraient améliorés (selon une étude de l'université de Valence (Carmona, 2021), la différence de salaire entre un-e soignant-e publique et un-e soignant-e en sous-traitance peut atteindre 15 %).

1.3 Le système de santé néerlandais : un système d'assurance sociale combinant marché privé et supervision gouvernementale

Le système de santé des Pays-Bas est réputé comme l'un des meilleurs en Europe. Il a évolué en trois vagues de développement qui chacune marque de grands changements tant en ce qui concerne l'accessibilité que les limites et modalités de la couverture des soins de santé. Des années 1940 aux années 1970, il s'agit d'un modèle de régime universel d'assurance maladie pour tous les citoyens. Les années 1970 aux années 1990 sont marquées par l'adoption de politiques destinées à contenir l'augmentation des coûts de la santé. Enfin, dès le début du 21^{ème} siècle se met en place l'intégration d'un mécanisme de marché concurrentiel et de « concurrence dirigée » en vue d'une recherche d'efficacité du système de santé.

Le système comporte trois grands volets : l'assurance maladie de base, les soins de longue durée, et une assurance maladie complémentaire. Le système de soins de santé actuel aux Pays-Bas est caractérisé par une gouvernance partagée entre le gouvernement, les organisations professionnelles et les assureurs maladie (secteur privé). Le gouvernement joue essentiellement un rôle de superviseur et de facilitateur des marchés de la santé. Les municipalités doivent créer des services de santé municipaux et sont responsables de la prévention des maladies, de la promotion et de la protection de la santé (vaccinations, inspections sanitaires, dépistage préventif, épidémiologie, éducation sanitaire, santé mentale) (Cleiss, 2021).

1.3.1 Assurance maladie de base et assurance complémentaire

Le régime de soins de santé est financé par les cotisations ainsi que par des primes mensuelles versées par les assurés directement aux compagnies d'assurance privées. Tous les citoyens doivent souscrire à l'assurance sociale obligatoire qui couvre les soins de base et paient à la compagnie d'assurance de leur choix un montant conséquent (environ 1522 euros par an en 2022¹⁰). Ceux qui ne sont pas en mesure de le payer peuvent solliciter l'indemnité soins de santé (*zorgtoeslag*) auprès de l'Administration fiscale (*Belastingdienst*). L'indemnité accordée l'est en fonction des revenus de l'assuré. L'assurance de base couvre notamment les consultations de médecine générale et celles des IRSG à domicile (car elles assurent un rôle essentiel de premier contact), les autres soins médicaux (hospitaliers, consultation d'un spécialiste avec ordonnance médicale et certains soins en matière de santé mentale) ou encore les soins dentaires pour les jeunes de moins de 18 ans et les soins dentaires spécialisés et dentiers pour les adultes.

Quatre sociétés privées d'assurances se partagent le marché des assurances de base et couvrent les frais de santé de base de 90% de la population. Ces sociétés sont autorisées à faire un profit, mais sont obligées d'accepter tout nouveau demandeur sans discrimination d'âge ou d'état de santé. Les soins de santé doivent être accessibles à tous, mais c'est le marché libre qui détermine la qualité et les coûts. Pour compenser le risque élevé associé à certains individus qui pourraient coûter chers aux assureurs, le gouvernement a instauré un fonds de l'assurance maladie alimenté par un versement directement prélevé par l'employeur sur le salaire imposable des employés (5,45% ou 7,75 % du salaire de l'employé, suivant le type d'entreprise). Le fond est ensuite réparti entre les assureurs en fonction d'un système d'ajustement des risques. De nombreux soins sont gratuits, mais une franchise annuelle, *l'eigen risico*, de 385 € (montant 2022) est appliquée pour les soins médicaux, ce qui signifie que l'assuré (de plus de 18 ans) paie lui-même les soins et les médicaments jusqu'à ce plafond. Certains employeurs souscrivent, pour leurs travailleur-ses, une assurance privée qui prend en charge les coûts des soins de santé non couverts par le système étatique.

Dans ce cadre, nous pouvons noter l'importance de l'assurance complémentaire au Pays-Bas qui permet de couvrir les frais qui ne sont pas assurés par l'assurance de base. Bien qu'elle soit facultative, plus de 90% des résidents souscrivent à une de ces assurances.

1.3.2 La première ligne de soin : les cabinets de généralistes

Les Pays-Bas articulent la première ligne de soin autour du cabinet du généraliste devenu une organisation pluridisciplinaire dans laquelle collaborent plusieurs catégories de professionnel-les de la santé. La prise en charge d'un-e patient-e commence toujours par un rendez-vous au cabinet du médecin de famille qui dirige ensuite, au besoin, ses patient-es vers d'autres services spécialisés. Ce cabinet s'organise à minima autour d'un triptyque « médecin-IRSG-assitant.e médicale »

¹⁰ https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html

(Rosman, 2014). Dans le contexte de vieillissement de la population et de pénurie de personnel soignant, cette configuration maximise l'efficacité de la première ligne, permet une gestion efficace face à l'afflux de patient-es et désengorge les services d'urgences. Les IRSG jouent également un rôle primordial dans les soins de première ligne notamment via les soins à domicile. La distribution des tâches entre ces acteurs de première ligne suit une logique de « downgrading » (Charles-Jones et al., 2003) où les médecins délèguent des tâches médicales aux IRSG (suivi des patient-es chroniques, des personnes âgées, soins palliatifs, petite chirurgie), qui délèguent à leur tour une partie de leur travail aux assistantes (frottis, petits actes chirurgicaux – verrues –, contrôle de la tension artérielle, analyse de sang, d'urine) (Rosman, 2014). Ce système permet à la fois de trier les patient-es en fonction de facteurs organisationnels, de la gravité et l'urgence de leurs états. La place des IRSG dans ce système est valorisante puisqu'elles peuvent se former et se spécialiser ainsi qu'apprendre à effectuer des actes techniques qui auparavant étaient réservés aux médecins. Aux Pays-Bas, un médecin a en moyenne 2350 patient-es¹¹. Les Pays-Bas font partie des pays ayant le plus de visites chez le généraliste avec environ 8.4 visites par habitant/an.

1.3.3 Les soins de longue durée et la réforme de 2015

La prise en compte dans un budget spécifique des soins longue durée est une spécificité néerlandaise. Une analyse européenne avait prédit une augmentation des dépenses publiques néerlandaise de 4.1% à 7.5% du PIB à l'horizon 2060 (Tenand, M., Hussem, A., Bakx, P., 2020). En 2015, pour faire face au vieillissement de la population et l'augmentation des coûts qui y sont liés, les Pays-Bas ont mis en place une réforme importante¹². Cette réforme vise à maîtriser les coûts tout en cherchant à mieux coordonner les différents professionnel-les de l'aide à domicile (IRSG, mais aussi aides ménagères, et autres aides à la vie quotidienne). Une instance publique (*Zorgkantoren*) évalue les besoins des personnes dépendantes et délivre une "recommandation" de soins - à domicile ou en résidence - qui pourront être financés sur les deniers publics. Les soins non financés par ce système sont considérés comme des soins informels à charge des ressources financières personnelles et de l'aide via l'entourage du patient ou de la patiente (de Foucaud, 2023).

Plus d'un tiers des personnes âgées, soit 43.000 personnes, ont été renvoyées à domicile, puisque la prise en charge en institution ne concerne plus que les personnes lourdement dépendantes. Les 115.000 personnes restantes nécessitant de nombreux soins ont été placées dans de nouvelles structures spécifiquement adaptées (Alzheimer, soins palliatifs, etc.). Il s'agit d'organisations privées à but non lucratif qui doivent être conventionnées par les agences régionales de l'assurance sociale dépendance. Les tarifs varient en fonction du forfait de soins des bénéficiaires de leurs ressources (Tenand, M., Hussem, A., Bakx, P., 2020). Ce forfait mensuel varie entre un minimum de 174 euros et un maximum de 2 506 € par mois (chiffres de 2022). Les listes d'attentes sont souvent longues ce qui amène les personnes ayant plus de moyens financiers à se tourner vers des

¹¹ En Belgique en 2021 selon le SPF, la moyenne d'habitants par généraliste était de 658, in : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2021-statistiques-detaillees>.

¹² Auparavant, 6,6% des personnes âgées de plus de 65 ans vivaient en institutions selon les données de l'OCDE (2020) reprises dans l'article de Tenand, M., Hussem, A., & Bakx, P. (2020), p.4

structures privées nettement plus coûteuses. Le secteur privé développe une offre résidentielle qui couvre 10% des demandes de prise en charge résidentielle. Les prix dans ces cas-là sont élevés, entre 3000 et 7500 euros par mois (de Foucauld, 2023).

Si le ou la patient-e est soigné à domicile, un budget personnalisé lui est accordé. Le choix de soins au domicile ou en institution n'est plus du ressort des patient-es et de leur famille, mais ils gardent le choix des prestataires de soins. Les soins de longue durée sont réalisés par des prestataires de soins indépendants qui signent des contrats avec les assurances. Depuis la réforme de janvier 2015, les services de maintien à domicile sont transférés aux municipalités et les soins à domicile sont organisés et dispensés par les assureurs privés.

Ce nouveau système fournit une illustration de la difficulté à mettre au point des dispositifs permettant de concilier équilibre budgétaire, libre choix des patient-es et universalité de la prise en charge.

1.3.4 En Bref

Forces du modèle néerlandais :

1. Un système d'urgence efficace au plus près de la population, qui parvient à trier les demandes sans les balayer. Cela permet de désengorger les hôpitaux et donne plus de reconnaissance aux IRSG.
2. La considération des soins de longue durée comme une rubrique budgétaire à part entière est une particularité du système néerlandais. Elle peut servir d'inspiration dans des contextes de population vieillissante et d'augmentation des situations complexes. Ce budget spécifique facilite l'évaluation précise des coûts et des besoins, optimalise les soins en fonctions des disponibilités budgétaires et en assume que le ou la patient-e doit contribuer financièrement à ses soins. Ce système trace des perspectives pour une continuité des soins soutenable .
3. Les difficultés financières des personnes en précarité économique sont considérées et des mécanismes sont prévus pour faciliter leur accès aux soins de base.
4. La mise en concurrence des compagnies d'assurance les oblige à limiter les coûts tout en offrant les meilleurs services possibles.

Points faible du modèle néerlandais :

1. La logique d'un deuxième pilier d'assurance sous forme d'un complément d'assurance privée pour obtenir le remboursement forfaitaire et les suppléments de soins crée de facto une dualité d'accès à la santé entre ceux qui peuvent payer ces assurances facultatives et ceux qui n'en ont pas les moyens.
2. La franchise annuelle de 385 euros avant d'obtenir un remboursement est un montant élevé pour certaines personnes.
3. Ce modèle fonctionne, car la classe moyenne est très largement majoritaire. Il est fondé sur la capacité partielle de s'autoassurer, et moins comme un modèle pensé pour répondre au droit à la santé.
4. Le modèle est menacé par une pénurie de soignant-es qui augmente de façon vertigineuse. Les prévisions estiment que 135.000 postes seront vacants en 2031 contre 61.000 aujourd'hui. Les

besoins en soins vont augmenter, car la population est vieillissante. Or, quarante % des soignant-es quitteront le métier dans les deux ans pour cause de fin de carrière ou de réorientation professionnelle. La situation est d'autant plus critique que le nombre de jeunes postulant pour des écoles de formation en soins infirmiers s'érode d'année en année (de Foucaud, 2023).

5. De façon directe ou indirecte, le maintien à domicile de personnes dépendantes augmente les coûts financiers pour les patient-es et le temps consacré par des proches pour la réalisation des soins dits « informels » non couverts par le forfait accordé. Ces soins sont majoritairement à charge de femmes.
6. De nombreux-ses patient-es qui étaient pris en charge dans des maisons de repos sont retourné-es à domicile. Les questions qui surgissent : Vers quel « domicile » ces personnes ont-elles été redirigées ? Le leur ? Celui d'un proche ? Qui s'occupe à domicile de ces personnes dépendantes au quotidien en dehors des soins réalisés par des professionnel-les ?

1.4 Le système de santé danois : un système décentralisé

Le Danemark dispose d'un système d'assurance maladie universelle et repose sur un principe de solidarité nationale. Le système de santé danois est financé par l'impôt et décentralisé, la plupart des compétences relèvent des régions et des municipalités. L'État contrôle la qualité des soins et planifie la distribution des spécialistes au sein des hôpitaux. Toute personne ayant la qualité de résident au Danemark a droit aux soins de santé. Les prestations couvertes, en totalité ou partiellement, par le régime danois d'assurance maladie comprennent (Cleiss, 2020) les soins préventifs, curatifs, ambulatoires et hospitaliers, les soins d'urgence, dentaires, les médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que les soins de longue durée (dont les soins à domicile).

Les soins de santé sont gratuits pour toute personne officiellement résidente sur le territoire danois grâce à un système d'assurance universelle. Les personnes séjournant au Danemark de manière temporaire doivent avoir la carte médicale européenne pour bénéficier des soins gratuits. Si elles sont ressortissantes de pays hors Europe, elles ne bénéficient que de soins médicaux urgents. S'il n'est pas jugé raisonnable de rediriger vers la personne malade vers son pays d'origine en raison de son état de santé, une hospitalisation à ses frais est possible. Pour les personnes sans-papiers, la loi limite les prestations aux traitements urgents.

Les résidents de plus de 15 ans ont le choix entre deux options de couverture dans le système de santé publique. Dans le premier groupe, les patient-es choisissent leur généraliste dans un rayon de 15 kilomètres de leur domicile et toutes les consultations sont gratuites. Ces personnes ont accès sans prescription médicale à des spécialistes. Pour changer de généraliste, il faudra contacter les autorités locales. Le second groupe peut consulter n'importe quel généraliste ou spécialiste, mais doit prendre à sa charge tout dépassement de coût de traitement ou de consultation (Cleiss, 2020).

1.4.1 Réforme de 2007 : renforcement de la première ligne, « super-hôpitaux » et télémédecine

Le système de santé danois a la particularité d'avoir opté pour une réforme drastique en 2007 et une transformation profonde de sa gestion hospitalière. 21 « super-hôpitaux » à la pointe de la technologie ont été construits pour remplacer les 128 hôpitaux qui existaient précédemment. Les hôpitaux intégrant des services d'urgence ont été réduits de moitié et en parallèle, les soins ambulatoires et de première ligne ont été renforcés. La télémédecine, les consultations en distantiel, le partage de données médicales et l'utilisation d'intelligences artificielles sont de plus en plus utilisés dans le but de rationaliser les prises en charge, mais aussi de prévenir et anticiper les risques de comorbidité. La prévention est un facteur central de la prise en charge des patient-es (Cleiss 2020).

Cette réforme¹³ est à la fois structurelle et territoriale. Les compétences sont redistribuées entre l'État, les régions et les municipalités. Les municipalités sont compétentes pour les soins de première ligne, la prévention et pour les soins aux personnes âgées. Elles prennent également en charge l'accompagnement et les soins aux personnes handicapées ou à celles atteintes de maladies chroniques (y compris les troubles mentaux). Les régions sont responsables des hôpitaux financés par l'État et les municipalités. L'objectif de cette réforme est de réduire les prises en charge hospitalières des patient-es atteints de pathologies chroniques, les admissions dans les services d'urgence ainsi que les hospitalisations en général et les (ré)admissions pour cause de complications. La réforme, privilégiant les soins à domicile et les hospitalisations de jour, s'adapte aux besoins d'une population vieillissante en pleine pénurie de personnel soignant. Les principaux problèmes étant les listes d'attentes pour la chirurgie programmée, les maladies chroniques et les soins longue durée.

1.4.2 Maladies chroniques et soins de longue durée

Au Danemark, l'aide à domicile est un service public gratuit qui incombe aux municipalités¹⁴. Les politiques récentes vont dans le sens d'une entrée la plus tardive possible en maison de repos au profit de soins à domicile (après une évaluation des besoins individuels de la personne dépendante). Il est possible pour les personnes souffrant de maladies ou de douleurs chroniques de rester chez elles encadrées par une combinaison de services de jour. L'accompagnement de fin de vie peut aussi se faire à la maison. Par ailleurs, la commune doit prévoir un aménagement de l'appartement ou la maison de toute personne âgée qui éprouve des difficultés physiques dans son logement. Si ces modifications ne sont pas possibles, un logement adapté de superficie équivalente à proximité est proposé. Les frais mensuels d'un hébergement en maison de repos coûtent au particulier entre 1380 et 1880 euros par mois (Healthcare Denmark 2018). Pour les personnes précaires, une aide est prévue qui permet de réduire les coûts jusqu'à 175 euros par mois (HCFEA,

¹³ CRAPS, 2022, Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises., Paris. <https://www.thinktankcraps.fr/wp-content/uploads/2022/05/Livret-Danemark-VF-2405.pdf>

¹⁴ <https://www.lagazettedescommunes.com/737955/au-danemark-laide-a-domicile-est-un-service-public/>

2019). Une variété d'espaces existe aussi pour prendre en charge les personnes dépendantes : centres de soins psychiatriques, colocation de personnes âgées, appartements supervisés par du personnel soignant, résidences collectives et familles d'accueil (Cleiss, 2023).

Un lobby important comptant près d'un million de membres s'organise pour défendre les droits des personnes âgées : Ældre Sagen. Leur mot d'ordre « lutter pour une société dans laquelle chacun peut vivre longtemps et bien. Une société dans laquelle l'individu est plus important que son âge, où il est possible de vivre et de s'épanouir selon ses propres conditions, et où l'aide et les soins sont disponibles pour ceux qui en ont besoin »¹⁵. Quelque 20.000 bénévoles se rendent régulièrement chez des personnes âgées pour les aider et leur tenir compagnie.

1.4.3 En Bref

Force du système danois :

1. Des soins gratuits qui préviennent les inégalités sociales et territoriales
2. Une prise en charge des soins de première ligne par les municipalités le développement des soins à domicile gratuit et dans des structures adaptées permet de soulager le système hospitalier par tout en privilégiant les hospitalisations de jour.
3. Une prise en charge rapide des maladies chroniques et des soins de longue durée pour garder les personnes autant que possible en bonne santé le plus longtemps possible.
4. Une coordination du suivi médical transmis au niveau de la municipalité pour éviter une polypharmacie inadéquate et les interactions néfastes entre médicaments.
5. L'utilisation de la télémédecine et des consultations à distance permet de suivre plus de patient-es

Points faible du système danois :

1. La télémédecine est utilisée pour le calcul de pronostic de comorbidité, ce qui pourrait être récupéré par des assurances par exemple. Les téléconsultations créent un rapport plus technique et biomédico-centré. L'envoi de photo de lésions est par exemple possible. La récolte de données issues de perceptions et des émotions, d'expression corporelle, etc., comme lors d'une consultation et d'une conversation en vis-à-vis n'est cependant pas possible.
2. Le programme d'aide à domicile est intéressant, mais difficilement réalisable suite à la pénurie de personnel.

¹⁵ <https://www.aeldresagen.dk/in-english>

2. Profils des formations et des soignant·es

Un cadre européen détermine les profils minimaux de formation nécessaire pour permettre la libre circulation des IRSG au sein de l'UE. Depuis les années 2000, le cadre des études repose sur les Accords de Bologne et la directive européenne 2013/55/UE qui spécifient les critères qui permettent la reconnaissance de la formation IRSG. Il s'agit d'un cadre minimum de formation pour l'obtention d'un diplôme reconnu au sein de l'ensemble de l'UE. La formation doit être organisée sur trois années d'études minimum et la durée de l'enseignement théorique doit représenter au moins un tiers de la durée minimale de la formation, compter au moins 180 ECTS ou 4.600 heures d'enseignement théorique et clinique. La durée de l'enseignement clinique doit représenter au moins 2.300 heures au chevet du patient. Les connaissances et aptitudes attendues aux termes de la formation sont des connaissances étendues des sciences, à la base des soins infirmiers généraux, l'éthique de la profession, les principes généraux concernant la santé et les soins infirmiers, l'expérience clinique ou encore la collaboration avec d'autres professionnel·les¹⁶ (Grenier & Mossé, 2021). Dans trois des quatre pays étudiés comme en Belgique, les formations en soins infirmiers correspondent à ces critères et parfois les dépassent. Il manque par contre 400 heures de formation aux infirmier·es français·es.

Au-delà de ce cadre, les profils de formation et les tâches attribuées aux IRSG, et aux AS restent sensiblement différents d'un pays à l'autre. Il existe aussi parfois des profils intermédiaires de formations valables au niveau national, mais pas reconnus au niveau européen.

2.1 Densité d'IRSG et d'AS en Europe

Les statistiques Eurostat 2020 montrent que le nombre d'IRSG et d'AS par 100.000 hab. varient fortement d'un pays à l'autre.

- En Belgique il y a presque 2 IRSG pour 1 AS (1107 inf. et 629 AS/100.000hab.) alors qu'en Espagne les chiffres sont presque inversés : un peu plus de 1 IRSG pour 2 AS (610 IRSG pour 1096 AS), pour un total de personnel soignant/100.000 hab. presque égal (1736 en Belgique et 1706 en Espagne).
- En France, le nombre d'IRSG/100.000habitants est presque égal à celui de la Belgique (1134), mais le nombre d'AS est nettement plus élevé (1624) ce qui amène à un total de personnel soignant de 2758/100.000 hab. soit 59% de plus qu'en Belgique et le taux le plus élevé des 4 pays étudiés.

¹⁶ Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur («règlement IMI»)

- Au Danemark, le nombre d'IRSG/100.000 habitants (1013) est lui aussi assez proche de celui de la Belgique, mais le nombre d'AS y est nettement plus élevé (1590) ce qui amène un total de soignant-es lui aussi nettement plus important qu'en Belgique: 2603/100.000 hab., soit 49% de soignant-es/100.000hab. de plus.
- La situation des Pays-Bas est assez proche de celle du Danemark : 1107 IRSG et 1320 AS/100.000 hab. et un total de soignant-es de 2427/100.000 hab. (44,6% de plus qu'en Belgique).

Ces quelques chiffres montrent une grande variété de situations entre les pays lorsque l'on considère le personnel théoriquement disponible. La variable du ratio IRSG/AS induit une variable dans la répartition des tâches et des rôles face à des situations de soins semblables. En Belgique où le nombre d'AS est le plus faible proportionnellement, les IRSG sont amenés à réaliser certaines tâches qui sont déléguées aux AS dans d'autres pays. Mais au-delà de la répartition des tâches, c'est sans doute aussi la conception du travail d'équipe qui est influencée. En Belgique le travail va avoir tendance à se penser « entre IRSG » aidés des AS, alors que là où il y a 1AS/IRSG le travail aura tendance à se penser en binôme.

Nous pourrions nous attendre à une disparité significative de qualité des soins et de satisfaction de la population, mais les chiffres d'Eurostat dans les 4 pays que nous étudions nous montrent autre chose : le nombre de besoins non satisfaits en examens et en traitements est le plus élevé dans des pays qui ont le plus haut taux de personnel soignant. En France le taux de besoins non satisfaits atteint 3,2%, au Danemark 2,1%, en Espagne 1,2% en Belgique 1%, alors qu'aux Pays-Bas ce taux n'est que de 0,2%. (European commission 2021b, p. 15, HAS, 2021)

Le personnel soignant formé, statistiquement disponible, ne semble donc pas en relation directe avec le ressenti de la population en ce qui concerne la couverture des besoins en soins dans les 5 pays comparés. D'autres éléments expliquent cette différence : une inégale répartition territoriale du personnel sur le plan national et la présence de déserts médicaux (en France entre autres), des attentes différentes d'un pays à l'autre en fonction de ce que l'État déclare assumer et de ce qui est considéré comme des responsabilités individuelles non prise en charge par l'État (aux Pays-Bas par exemple), etc. Derrière ces chiffres et ces statistiques, se cache aussi une réalité disparate. Les travailleur-ses de la santé disponibles sont 5 fois plus nombreux-ses dans certains pays que dans d'autres, mais la disponibilité statistique de travailleur-ses diplômé-es ne signifie pas qu'ils et elles sont tous-tes disposé-es à travailler dans les secteurs du soin. Nombre de diplômé-es ont en effet changé de profession, ou réalisent un travail infirmier qui n'est plus un travail de soin (enseignement, cadre, etc.) ou ont opté pour un travail à temps partiel. Les femmes utilisent souvent le travail à temps partiel comme une stratégie pour équilibrer leurs responsabilités professionnelles et familiales. Elles sont aussi plus susceptibles de faire des pauses dans leur carrière pour réaliser un travail d'accompagnement et de soins de personnes dépendantes. Dans l'UE, 29 % des femmes déclarent que la principale raison de leur travail à temps partiel réside dans la prise en charge de responsabilités en matière de soins, contre seulement 6 % des hommes (Eurostat 2019). Dans tous les pays sans exception, le manque de personnel soignant est un problème majeur, même si les motifs de ce manque ne sont pas identiques. Ce manque de soignant-es nous amène à nous interroger sur ses conséquences sur les aidants proches, ceux-ci étant majoritairement des femmes de la famille. Ces soignant-es non officiel-les, souvent invisibilisé-es, investissent leur temps et leur

santé pour leurs proches (Flawinne & Perelman, 2021 ; Kaschowitz et Brandt, 2017). Ils et elles sont essentiels aux systèmes de soins, nous les introduisons donc dans les profils de personnes soignantes.

2.2 Profils des IRSG et des AS professionnel·les et étudiant·es en France

Selon la fédération des hôpitaux français, la France compte 354 000 postes d'IRSG et 287 000 postes d'AS. Cependant, chaque année, 100 000 postes sont à pourvoir (Medelse, 2022).

2.2.1 Profil des IRSG en France

L'exercice professionnel des infirmier·es est fondé sur un décret d'actes qui constitue, par son degré de précision, une spécificité française. Il est encadré par le Code de la Santé publique qui comprend une liste détaillée des actes relevant du travail infirmier. Ce système du décret d'actes présente l'avantage d'être univoque, mais il entre en tension avec l'évolution continue des besoins de santé, qui appelle au développement de missions plus globales de coordination ou de prévention, le développement de la pratique infirmière avancée (IPA), etc. (Fournier, Bézagu & al., 2022) Dans la pratique, les IRSG sont avant tout responsables des soins techniques et des soins délégués par les médecins. Les activités de soins d'hygiène et d'aide à l'alimentation sont déléguées aux AS.

- 764 000 infirmières et infirmiers exerçaient en France dont 135.000 en libéral (Drees 2022).
- Le système français est hospitalo-centré. Au 1er janvier 2021, plus de 63 % des IRSG travaillent en établissements de santé publics ou privés, 19 % sont à leur propre compte dans le secteur libéral, 6 % exercent en EHPAD (maison de repos et de soins) (*Ibid.*).
- La croissance du nombre d'IRSG et leur densité par rapport à la population augmentent depuis le début du XXI^e siècle, mais avec une répartition géographique inégale au profit des territoires du Sud et de l'Est.
- Le rapport de genre change peu au fil des ans : 87 % sont des femmes (*Ibid.*).
- Leur âge moyen augmente d'année en année, révélant le problème grandissant de remplacement. Il était en 2022 de 42 à 45 ans selon les sources, alors que l'âge moyen était de 40,3 ans en 2010 (*Ibid.*).
- Des problèmes d'attractivité et de fidélisation des professionnel·les notamment en établissement de santé apparaissent de plus en plus (MACSF, 2023 ; Fournier & Bézagu, 2022)
- Les IRSG diplômé·es entre 1989 et 2019 occupent de moins en moins souvent un emploi salarié, hospitalier ou non. Au bout de cinq ans de carrière, 87 % travaillent encore comme IRSG et 79 % au bout de dix années. Ces taux diminuent au fil des générations surtout dans les services hospitaliers : seuls 60% des IRSG qui ont commencé leur carrière à l'hôpital y travaillent encore 10 ans plus tard. Ce taux tombe à 50% en ce qui concerne les IRSG qui ont commencé à partir de 2004 (Pora 2023).
- Parmi les IRSG qui réorientent leur carrière, 11 % restent salarié·es, mais pour un autre type d'employeur, par exemple un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une administration publique ou en intérim, 7 % changent de métier mais restent dans le

secteur hospitalier (par exemple dans un emploi administratif), et 7 % changent de profession et de secteur (Fournier & Bézagu, 2022).

2.2.1.1 Une situation de pénurie proche de celle de la Belgique

En France, la difficulté des IRSG et des AS de concilier leur travail et leur vie personnelle et familiale est récurrente. Il manque de garderie compatible avec les horaires de travail à poses dans le milieu de travail ou proche de celui-ci. Les IRSG et AS, majoritairement des femmes, sont amenées à adopter des stratégies de contournement comme une réduction de leur temps de travail, le travail à contretemps avec le conjoint¹⁷ ou la garde des enfants assumée par les grands-parents. Les IRSG et AS françaises ne sont pas écartées lorsqu'elles sont enceintes comme c'est majoritairement le cas en Belgique. La législation française prévoit cependant la possibilité de travailler une heure de moins par jour (Lazzari Dodeler, & Tremblay, 2016).

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques française (DREES, 2020) relève que déjà avant la crise sanitaire, nombre d'IRSG diplômé-es en capacité d'exercer faisaient le choix de quitter la profession ou de changer de mode d'exercice. La situation s'est encore aggravée depuis. Les motifs relevés rejoignent ceux de la Belgique : le manque de possibilité de mobiliser leurs compétences et leurs connaissances, l'impression de mal faire leur travail et la dégradation de leurs conditions de travail du fait de l'augmentation des postes vacants. Le Conseil national professionnel des infirmières (CNPI) quant à lui alerte sur le découragement des « infirmières sous-payées, en sous-effectif, agressées par des patients et leurs familles et souvent victimes de maltraitances institutionnelles ». Les conséquences des départs des IRSG sont semblables aussi à ce qui se passe en Belgique : fermetures de lits, report de charges sur les soignant-es en postes, difficultés croissantes à encadrer les étudiant-es en stage, dégradation de la qualité et de la sécurité des soins et des liens hôpital-secteur non hospitalier.

2.2.1.2 Profil des études et des étudiant-es :

Il n'existe qu'une seule filière de formation en France préparant au diplôme d'État qui donne accès à la profession infirmière. Le nombre de places disponibles est limité et l'accès se fait sur dossier (Parcours Sup). Pour répondre à l'augmentation des besoins en soignant-es, le gouvernement français a progressivement augmenté le nombre de places en instituts de formation (plan Ségur de la santé). Les aides-soignant-es et les auxiliaires de puériculture conservent par ailleurs une voie d'accès spécifique au titre de la promotion professionnelle.

La formation dure trois ans, mais ne répond pas entièrement aux critères de reconnaissance européens. Elle comprend 180 ETCS qui se déclinent en 2100 heures de cours et 2100 heures de stages réparties sur les trois années. Il manque 400 heures de formation (200h théoriques et 200h pratiques). Au vu de la mise en demeure de la France par la Commission européenne, la proposition est de faire évoluer la formation tout en la maintenant en trois ans. Elle devrait comporter 2300 heures de formation clinique, stages et exercices de simulation en santé et 2300 heures d'enseignement théorique, dont 500 heures de travaux personnels et collectifs encadrés.

¹⁷ Par exemple travailler tôt le matin quand le conjoint travaille tard le soir et vice versa pour pouvoir assurer une présence à la maison lorsque les enfants sont là.

La formation infirmière reste très attractive en France, la demande est largement supérieure aux places disponibles : en 2020, 32450 étudiant-es ont été inscrit-es en première année sur les 100 000 candidat-es qui avaient postulé. Les étudiant-es perçoivent pour chaque semaine de stage une gratification qui est échelonnée selon le niveau d'études, ce qui participe certainement à l'attractivité des études. En 2020 ils recevaient : 36 euros/semaine en première année, 46 euros/semaine en deuxième année et 60 euros/semaine en troisième année.

Le profil des étudiant-es se modifie de façon notable ces dernières années : ils et elles sont de plus en plus jeunes et de moins en moins issu-es d'une formation secondaire scientifique. En outre, on observe une augmentation du nombre de boursiers mais aussi une augmentation du nombre d'abandons en cours d'études surtout en première année (Fournier et Begazu, 2022).

2.2.1.3 Spécialisations possibles et évolution de carrière

Comme dans tous les autres pays européens, il existe un lobbying important pour que la formation soit reconnue à un niveau universitaire et inscrit dans le schéma Licence, Master, Doctorat. L'accès aux spécialités est conditionné en France par l'expérience et la réussite d'un concours. Il est souvent nécessaire d'avoir déjà travaillé plusieurs années : infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmier puériculteur, cadre de santé, formateur dans un IFSI, directeur des soins, infirmier en pratique avancée¹⁸ en passant le DEIPA (diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée), assistant médical, infirmier coordinateur (IDEC) en maison de retraite ou se réorienter vers l'ostéopathie en bénéficiant de dispenses partielles de formation. Il faut avoir exercé trois ans en milieu hospitalier pour ouvrir un cabinet et s'installer en libéral (soins à domicile).

2.2.2 Profil des AS en France

90% des étudiant-es AS sont des femmes. Elles sont âgées, en moyenne, d'un peu plus de 28 ans et étudient souvent dans le cadre d'une reconversion professionnelle ou d'un retour à l'emploi (74% contre 35% pour les autres formations de santé). 84% bénéficient d'une aide financière pour réaliser leurs études.

L'admission dans les instituts de formation a lieu sur concours ou par le biais de la validation des acquis de l'expérience (VAE), sans exigence de diplôme au préalable. Le nombre des candidat-es au concours d'entrée en formation d'AS est lui aussi supérieur au nombre de places disponibles en institut de formation, mais le nombre de candidats a chuté de plus de 40% ces dernières années (Croguennec, 2019).

Le gouvernement propose de permettre aux AS ayant au moins trois ans de travail à temps plein de réaliser les études d'IRSG en deux ans au lieu de 3 ans. Cette mesure vise à pallier le manque d'IRSG. Elle est contestée par les syndicats et les associations professionnelles tant infirmières que des AS. Comme le relève Alexandra Luthereau (2018-a) la préoccupation principale des AS est de pouvoir

¹⁸ 4 options : pathologies chroniques stabilisées, oncologie et hémato-oncologie, maladies rénales chroniques, dialyse et transplantation rénale, psychiatrie et santé mentale.

exercer leur métier dans de bonnes conditions, en avoir le temps, et que leurs qualifications soient reconnues (Ibid.). De nombreuses associations comme Cefiec le Geracfas, le Ceepam et l'Andep¹⁹ demandent de repenser la formation d'AS en fonction des réalités concrètes du terrain. Elles demandent que les AS puissent suivre des formations pour améliorer leurs compétences et en acquérir de nouvelles, ce qui faciliterait leurs possibilités d'évolution de carrière et devraient être financièrement valorisées (Luthereau 2018-b).

2.2.3 Les aidant-es proches en France

En France, 11 millions d'aidants familiaux, majoritairement des femmes, accompagnent chaque jour un proche en situation de dépendance. Comme partout en Europe, leur rôle d'accompagnement des personnes dépendantes, mais aussi de renfort ou comme palliatif au manque de soignant-es est peu considéré. Il est pourtant essentiel à l'efficacité du système de soin. (Lahidely 2023). Les proches des soignant-es qui permettent aux IRSG et aux AS de faire face aux difficultés de conciliation vie privée-vie professionnelle, en particulier la garderie des enfants, peuvent aussi être considérés comme des aidants proches qui participent au fonctionnement du système de santé en l'absence de mesures concrètes permettant de soulager les familles. (Lazzari Dodeler, & Tremblay, 2016).

2.2.4 En bref pour la France

Des forces

1. L'existence d'un ordre infirmier.
2. L'existence d'un décret qui reprend la liste des actes infirmiers et permet leur reconnaissance.
3. Des études qui restent attractives.
4. Une rétribution financière durant les études d'IRSG.
5. Une formation unique et des passerelles des AS vers les études d'IRSG.

Des difficultés

1. Le maintien à tout prix de la formation d'IRSG en trois ans, alors qu'elle est souvent plus longue dans de nombreux autres pays européens, limite la possibilité d'élargir les compétences et de l'amener à un niveau universitaire. Une formation qui ne correspond pas complètement aux exigences de l'UE.
2. L'existence d'une liste d'actes inscrite dans un décret limite la capacité d'adaptation du travail et de renouvellement de ces actes en fonctions des évolutions des besoins du terrain.

¹⁹ Cefiec : Comité d'entente des formations infirmières et cadres, Geracfas : Groupe d'Études de Recherche et d'Action pour la Formation d'Aides-soignants, Ceepam : comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance, Andep Association Nationale des Directeurs d'École Paramédicale.

3. Le développement de l'intérim comme moyen de compenser le manque de soignant-e a des effets sur l'organisation globale du travail.
4. Des salaires peu attractifs.
5. Des conditions de travail démotivantes, qui ne laissent plus le temps de mettre en œuvre les compétences relationnelles qui font le sens et sont au cœur du métier.
6. Une augmentation des abandons en cours d'études et des postes hospitaliers.
7. Des difficultés pour les IRSG et les AS de concilier vie privée/familiale avec le travail, ce qui les amènent à réduire leur temps de travail ou à se réorienter.
8. Une inégalité de salaire qui semble liée au genre : en France, selon la Dares, les infirmières et sage-femmes gagnent 7 % de moins que leurs collègues masculins²⁰.
9. L'alourdissement de la prise en charge des soins des personnes dépendantes par les aidant-es proches sans compensation ni reconnaissance significative pour les soutenir.

2.3 Profil des IRSG, AS, aidant-es proches et des formations en Espagne

2.3.1 Profil des IRSG en Espagne

La profession infirmière est structurée par un conseil de l'ordre et fonde sa conception des soins en tant que valeur humaine basés sur les besoins de la vie. Elle est née de la fusion de deux domaines d'études : une formation orientée vers le biomédical en 1857 (« Praticien et sage-femme ») et une formation lancée dès 1915, plus axée sur le prendre soin, déjà appelée « infirmière » (del Pino Casado & Martinez Riera, 2007, cités par Galbany 2023). Les IRSG en Espagne ont de multiples compétences reconnues, entre autres celle de pouvoir prescrire certains médicaments et certains actes infirmiers sans devoir passer par un médecin. Ils et elles réalisent aussi certaines consultations essentiellement à but éducatif et préventif. Depuis une vingtaine d'années, le développement de la profession met l'accent sur les aspects biomédicaux, comme de nombreux pays européens dans un contexte de rationalisation des soins. De nombreuses activités anciennement considérées comme faisant partie intégrante du métier, liées à la notion de « prendre soin » sont exclues des tâches infirmières reconnues. (Galbany 2023).

²⁰ « Cet écart s'explique pour partie par le temps de travail des femmes, souvent plus fractionné et davantage à temps partiel » comme le souligne la Dares. Mais au-delà de cette différence de temps de travail, les associations professionnelles notent que les infirmières n'échappent pas à cette discrimination même si, avec un écart de salaire de - 7 %, l'inégalité salariale est nettement moins marquée que dans la population générale (Vlaemynck 2017).

« À qualification et diplôme équivalents, les professions majoritairement féminines sont toujours moins bien considérées et, de fait, toujours moins bien valorisées sur le plan salarial que celles typiquement masculines ou mixtes, explique Jean Vignes, secrétaire général Sud santé sociaux. Plus l'on monte dans la hiérarchie hospitalière, moins les femmes sont proportionnellement présentes. Du côté des infirmières libérales, point d'inégalité de revenus puisque hommes et femmes sont rémunérés à l'acte. Cependant, comme l'indique Catherine Kirdinis, présidente du syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (Sniil), « les infirmières étant aussi souvent mamans, elles font le choix de moins travailler pour s'occuper des enfants et cette situation engendre au final un écart de revenus entre hommes et femmes ». « Un choix » qui se paye cash la retraite venue, puisque salariées et libérales ayant moins cotisé durant leur carrière, leurs pensions sont de facto plus faibles que celles de leurs collègues masculins » (*Ibid.*).

En ce qui concerne le genre, et dans une perspective de carrière, les femmes donnent priorité à l'accès à une spécialité en restant dans une perspective de soins, tandis que les hommes choisissent plus souvent de s'ouvrir à d'autres professions ou d'entamer d'autres études.

La projection à cinq ans après la fin des études montre que les femmes attachent plus d'importance que les hommes à la stabilité d'emploi. Cela pourrait refléter leur souci de se construire une base solide d'expériences pratiques et d'acquérir une première sécurité d'emploi dans le cadre de leur développement professionnel. Les hommes ont plus tendance à s'intéresser à des domaines susceptibles d'impliquer davantage de responsabilités de direction et de coordination. Ces domaines pourraient être considérés comme plus stratégiques et offrant des possibilités d'influence. Dans les hiérarchies infirmières, il reste une grande disparité genrée d'opportunité. Il y a plus d'hommes aux postes de direction. Ces différences peuvent refléter une orientation de carrière différente. Les femmes pourraient être plus orientées vers la pratique des soins directs et l'interaction avec les personnes soignées, tandis que les hommes pourraient être intéressés par l'exploration de rôles tels que la recherche et la gestion. Ces différences existent dans un contexte traditionnel de perceptions et de conditionnement des rôles. Ils peuvent influencer les préférences professionnelles et les possibilités d'accès aux différents emplois les possibilités d'accès à différents lieux de travail. Les femmes ont encore souvent un double rôle, elles réalisent de nombreuses tâches ménagères et d'aidant-es proches, en plus de leur travail d'IRSG ou d'AS. Les hommes sont moins impliqués dans le quotidien ménager et de la famille. Ils disposent plus souvent d'un espace-temps pour s'épanouir, se reposer ou réaliser des compléments de formation indispensables pour obtenir des promotions (Corominas, 2017).

2.3.2 La pénurie d'IRSG et d'AS en Espagne

Les soins infirmiers en Espagne ont gagné en autonomie dans les établissements de santé en termes d'organisation et par rapport à la profession médicale. Cependant, les activités infirmières comme la prise en charge émotionnelle des patient-es et de leurs familles, les stratégies créatives de soins liés au confort, à l'intimité, au soulagement et à la douleur et au maintien de relations de confiance restent déconsidérées (Huércanos Esparza, 2012). À l'inverse, les aspects techniques qui peuvent être protocolés et mesurés, associé au biomédical, plus souvent placé du côté du masculin, sont facilement évaluables économiquement et bénéficient d'une reconnaissance sociale (Huércanos Esparza, 2010). Cette asymétrie de reconnaissance, présente dans de nombreux autres pays, révèle de manière particulièrement marquée en Espagne, la dimension symbolique accordée aux personnes et aux professions qui les effectuent. Elle reflète aussi l'asymétrie de pouvoir qui continue d'exister en Espagne en termes de profession et de genre.

Les changements dans le concept de soins sont aussi liés aux transformations du système de santé, aux réductions budgétaires, à la réduction des séjours hospitaliers et à un nombre toujours plus grand de patient-es par infirmière parmi l'un des plus élevés en Europe. Ils se matérialisent par la protocolisation des soins suivant un schéma biomédical et l'augmentation du travail bureaucratique des soignant-es (Galbany 2023).

En Espagne en 2022, il y avait 625 IRSG/100.000 habitants alors que les recommandations européennes sont de 827IRSG/100.000 habitants. Cette situation est aggravée par le fait que plus de la moitié des IRSG, soit environ 150 000 professionnel·les, envisageaient de quitter leur profession au cours de l'année 2022. C'est entre autres la conséquence de leur épuisement suite à la gestion de la pandémie, mais aussi parce qu'une partie d'entre elles et eux aura atteint l'âge de la pension. Le problème majeur en Espagne est donc un ratio particulièrement bas d'IRSG/100.000 habitants et un nombre particulièrement élevé de patient-es/IRSG au regard des ratios nationaux et européens. L'aggravation de la pénurie d'IRSG en Espagne est en lien avec un vieillissement de la population plus rapide et plus important que dans la majorité des autres pays européens. Selon l'Institut national des statistiques (INE), en 2022, un cinquième de la population espagnole avait 65 ans ou plus, et les personnes âgées de plus de 80 ans représentaient 6 % de la population espagnole totale. En outre, les projections de l'INE montrent que le pourcentage de citoyens âgés de plus de 65 ans augmentera de 50 % et atteindra son maximum en 2040. Dans ce contexte, selon le rapport, le secteur des soins infirmiers est celui qui souffre le plus d'une pénurie de personnel par rapport aux autres secteurs de la santé. Pour combler l'écart entre l'Espagne et l'Union européenne en matière de personnel infirmier, il serait nécessaire d'incorporer 127.000 IRSG avant 2030 (INE 2022).

L'augmentation des besoins en soins n'est pas le seul problème. Le vieillissement du personnel infirmier est aussi plus important que dans le reste de l'Europe. Environ 45 % d'entre elles et eux ont atteint l'âge de la retraite ou prendront leur retraite dans les années à venir, et le nombre de places ouvertes dans les universités est insuffisant pour pallier le déficit annoncé. Pourtant il y a des candidat·es, mais les places offertes ne couvrent que 21 % de la demande de celles et ceux qui souhaitent étudier les sciences infirmières. Des promesses d'amélioration des ratios d'IRSG ont été faites, mais les associations professionnelles et les syndicats avertissent que même avec l'augmentation des postes structurels annoncée par le ministère de la Santé en avril 2023, la moyenne espagnole d'IRSG par habitants n'a pas été atteinte et les réserves de recrutement sont chroniquement vides. Les différentes universités ont augmenté le nombre de nouveaux et nouvelles diplômé·es en soins infirmiers pour tenter de résoudre cette pénurie. Mais, bien au-delà d'avoir un nombre plus important d'IRSG, ce qui pose question est la capacité réelle de les incorporer dans le système national de santé et autres lieux où les infirmie-res sont nécessaires. Un engagement politique ferme de créer des postes structurels de travail supplémentaires et de les entériner par des dotations budgétaires est indispensable pour amener le ratio d'IRSG par patient-es proche des moyennes européennes.

Ces chiffres sont cependant à relativiser : en Espagne, il y a un nombre important d'AS (TCAE ou TMSCA) qui ont aussi des fonctions élargies à quelques soins infirmiers de base (distribution des médicaments per os, prélèvements non sanguins, pose d'aérosol, etc.). La question n'est peut-être pas celle du nombre de personnes soignantes, mais de la qualification de celles-ci. Les IRSG ont l'une des meilleures formations en Europe, mais sont amenés à faire équipe avec des professionnel·les AS en nombre qui ont une formation limitée.

Enfin, il existe une instabilité professionnelle instituée conduisant à la fuite des professionnel·les. En Espagne, les emplois dans les services publics sont limités et les IRSG ne peuvent espérer avoir un poste stable que plusieurs années après leur entrée en service. Le personnel soignant enchaîne les contrats, souvent pour quelques jours, voire quelques heures. Cette situation est source de stress,

d'insécurité et d'anxiété (IEFS 2023). En raison de la précarité d'emploi, le nombre d'infirmier-es formées en Espagne qui sont allées travailler dans un autre pays a doublé, passant de 572 en 2021 à 1 100 en 2022. La Norvège, le Royaume-Uni et l'Irlande sont, dans l'ordre, leurs principales destinations (CGE in IEFS 2023, ibid.).

2.3.3 Les études d'IRSG en Espagne

Les IRSG se préparent soit dans des universités, soit dans des écoles universitaires bien que le diplôme délivré soit identique. Les études sont placées sous la tutelle des Universités et du ministère de la Santé. La *Diplomatura de Enfermería* est délivrée après quatre années de formation. Les universités publiques recrutent en fonction d'un examen d'entrée (*Note de Corte*) et du nombre de places disponibles. Les cours sont divisés en cours communs, en matières optionnelles qui diffèrent d'une région à l'autre, et en cours optionnels non obligatoires laissés au choix de l'étudiant. Des formations spécialisées sont organisées dans les universités. Elles amènent à réaliser des masters et des doctorats de recherche.

Les études sont payantes, proches des normes européennes pour les universités publiques (environ 1000 euros), mais il y a peu de places disponibles. Les universités privées et les écoles universitaires sont, elles, très chères, entre 5000 et 15000 euros/an. Les étudiant-es ne reçoivent aucune compensation financière durant leurs stages.

La pédagogie se déploie sur un accompagnement attentif et empathique des étudiant-es tant par les enseignant-es que par les professionnel·les sur le terrain. Le respect des uns et des autres en est le fil. Le principe en stage est un travail en binôme, un stagiaire/IRSG ce qui permet une formation pratique de grande qualité. La difficulté d'obtenir une place dans une université publique et le coût important des études dans une université privée explique sans doute aussi en partie le faible taux d'abandon des études (environ 80% de réussite alors qu'en Belgique le taux de réussite est d'un tiers des étudiant-es qui commencent les études).

Une étude publiée en novembre 2023 (Ferrús Estopà, Gutiérrez Martí & Sanchez Rueda, 2023) relève l'importance que donnent les étudiant-es et les professionnel·les de la génération Z à la reconnaissance de leur autonomie et de leurs compétences. La possibilité de formation continue et de développement professionnel, la reconnaissance économique et professionnelle de la diversité dans les fonctions de soins, l'incorporation de la recherche et de l'innovation, et le leadership dans le travail quotidien des infirmier-es y sont aussi relevés comme des éléments clés. La nécessité d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée est soulignée en insistant sur la possibilité d'avoir des horaires de travail réguliers et planifiés sur un long terme. Ces propositions émanant de la génération Z rejoignent globalement celle de cette même génération dans d'autres pays. Elles s'inscrivent dans un contexte d'une plus grande conscience de la pénibilité des métiers soignants. Même si en Espagne, les candidat-es aux études de soignant-es sont plus nombreux que les places disponibles, les attentes de la génération Z nous semblent marquer un basculement dans les attentes des jeunes et des étudiant-es qu'il faudra impérativement prendre en compte pour éviter la désertion des postes de travail.

2.3.4 La formation d'auxiliaires d'infirmier (équivalent à AS)

Les *Auxiliaires d'infirmier*, officiellement dénommé *Técnico Medio Sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TMSCA)* sont aussi appelés Techniciens en soins auxiliaires d'infirmier TCAE. La formation comprend 1400 heures, dont 410 de stages, soit environ 18 mois (educaweb 2023).

Leur travail correspond à celui des AS en Belgique (hygiène et alimentation) auquel on ajoute aussi, sous supervision d'IRSG, la préparation et l'administration de médicaments, la prise de paramètres, la réalisation de certains pansements et le prélèvement de certains échantillons biologiques. Ces dernières activités correspondent à la formation complémentaire des AS en Belgique depuis 2020.

2.3.5 Les aidant-es proches et les aidant-es à domicile

En Espagne, la prise en charge des personnes dépendantes a toujours été liée aux familles et, plus récemment, aux prestataires de soins d'origine immigrée (Jiménez-Martín & Vilaplana-Prieto, 2012 ; Ibáñez & León, 2014). 80% de ces aidants familiaux sont des femmes âgées de 45 à 65 ans. Ce n'est que dans 20 % des cas que la prise en charge incombe à un membre masculin de la famille ou à d'autres personnes. 12 % seulement de l'ensemble des soins prodigués le sont par du personnel de santé. S'occuper d'un membre de la famille est en Espagne historiquement inhérent à la condition féminine et considéré comme une obligation morale pour les familles au-delà des projets de vie (Rodríguez Rodríguez et al., 2017). L'arrivée de travailleuses étrangères en Espagne est vue comme une opportunité en réponse aux difficultés et à la fatigue d'assumer le *care* familial, surtout pour les femmes salariées de classe moyenne et des femmes au foyer de classe élevée qui peuvent ainsi maintenir leur statut à travers des pratiques distinctives qui les situent dans la hiérarchie sociale, sans que soit remise en cause la répartition inégale et genrée des tâches entre les hommes et les femmes. Ces travailleuses migrantes souvent invisibles ne sont donc pas un résidu marginal d'un système de stratification de sexe et de classe, mais au contraire le moyen qui permet sa reproduction sans le questionner (Oso, 2000). Cette aide à domicile est acceptée institutionnellement, canalisée et promue par l'État espagnol à travers des actions politiques. Elle permet de pallier le manque de solutions face au vieillissement de la population, facilite l'accès à un travail rémunéré aux femmes qui assumaient traditionnellement le *care* familial, et ceux sans que l'État ne doive investir lui-même dans ce *care*, nécessaire à son équilibre socio-économique²¹(Rodríguez Rodríguez et al., 2017).

²¹ Pour couvrir les soins prodigués par les aidants familiaux avec du personnel professionnel, il faudrait que 650.000 personnes soient employées à temps plein en Espagne (Rodríguez Rodríguez et al., 2017).

2.3.6 En bref pour l'Espagne

Des forces

1. Les IRSG en Espagne ont une liste de tâches reconnues plus larges que dans de nombreux autres pays, entre autres celles de pouvoir prescrire certains médicaments et certains actes infirmiers. Elles réalisent aussi de façon autonome certaines consultations essentiellement à but éducatif et préventif.
2. En Espagne, les IRSG ont une très bonne formation.
3. Les AS sont deux fois plus nombreuses que les IRSG et la liste officielle de leurs tâches est élargie à la préparation et distribution des médicaments per os, la prise de paramètres, le contrôle de la glycémie, etc. qui sont des activités strictement infirmières en Belgique.
4. De nombreux étudiant-es sont intéressés par la formation IRSG.

Des difficultés

1. Un écart grandissant entre une demande croissante de professionnel·les qualifié·es et l'offre de travailleur·ses qualifié·es.
2. Les IRSG et les AS sont épuisé·es face au nombre de patient·es à prendre en charge.
3. L'instabilité d'emploi favorise la fuite des infirmier·es vers d'autres pays européens ou leur réorientation vers d'autres professions.
4. Le vieillissement du personnel soignant est plus important et rapide que dans le reste de l'Europe.
5. Traditionnellement, les aidants proches (majoritairement des femmes) ou leur substitut, (souvent des femmes migrantes), gardent une place importante dans la prise en charge des personnes dépendantes.
6. Plus globalement, les inégalités liées au genre restent importantes et liées à des évidences culturelles souvent très prégnantes liant le *care* au genre. Elles sont favorisées par l'invisibilisation des personnes qui réalisent le *care* domestique, y compris par des femmes qui en sont les bénéficiaires.

2.4 Profil des IRSG, AS et aidant-es proches aux Pays-Bas

Il existe aux Pays-Bas six niveaux de compétences soignantes. Ils permettent une répartition efficace des tâches :

- Niveau 1: (*zorghulp*) assistant.e de soin qui correspond en Belgique aux aides logistiques. Cette personne ne soigne pas le ou la patient·e elle-même, elle fait la cuisine, le ménage, etc.
- Niveau 2: (*helpende*) aidant.es qui correspond en Belgique aux aides-soignant-es sans qualification complémentaire. Cette personne aide le personnel à soigner le ou la patient·e, mais elle n'est pas autorisée à faire des actes réservés aux IRSG comme la prise de médicaments ou les injections.
- Niveau 3: (*verzorgende*) soignant.es qui correspond aux aides-soignantes ayant fait un complément de formation leur donnant accès à certains actes infirmiers. Cette personne s'occupe des patient·es, peut leur donner leurs médicaments, mais ne peut accomplir que certains actes réservés. Elle n'est pas autorisée à faire des perfusions, par exemple.

- Niveau 4: (*MBO-verpleegkundige*) infirmière correspond au HBO 5 flamand et proche des brevetés en Wallonie.
- Niveau 5: (*HBO-verpleegkundige*) infirmière de niveau universitaire.

Les personnes qui figurent au niveau 4 et 5 portent de titre d’infirmier et sont reconnues comme telles par la loi, ont la même fonction, mais n’ont toutefois pas la même formation. Généralement le personnel infirmier HBO doit être capable de travailler dans des situations plus difficiles et inattendues où aucun protocole n'est disponible alors que la formation des *MBO verpleegkundigen* est davantage axée sur les protocoles. Le personnel infirmier du niveau 5 a aussi directement accès à un master permettant de faire une spécialisation (Niveaux 6).

2.4.1 Situation de pénurie et bureaucratie exacerbant l'épuisement

La pénurie touche l'entièreté du personnel soignant y compris les médecins. Dans un entretien avec le journal RFI²², un médecin en grève explique que le travail administratif exigé à la fois par l'État et les assurances privées est lourd, décourageant de nombreux·ses soignant·es.

On observe une moyenne inquiétante de 2350 patient·es par généraliste et des listes d'attente interminables dans les hôpitaux et les centres de soins psychiatriques. Malgré une coordination étroite avec des IRSG et assistants médicaux de première ligne qui réalisent le tri des patient·es et désengorge les cabinets, la situation reste difficile. La collaboration avec les IRSG devient cruciale pour soulager le médecin dans l'exercice de ses fonctions quotidiennes, mais les IRSG manquent aussi à l'appel. Beaucoup d'IRSG à la retraite ne sont pas remplacé·es et le taux de démission et de reconversion professionnelle pour cause de burn-out est élevé. Aux Pays-Bas, environ un IRSG sur dix ne travaille pas dans le domaine des soins infirmiers un an après l'obtention de son diplôme (KOX, 2020 ; Statistics Netherlands, 2019).

Les raisons de désertions de la profession infirmière identifiées aux Pays-Bas sont :

- En ce qui concerne principalement les nouvelles IRSG (KOX, 2020) : un désenchantement de la profession lié à un écart entre ce qu'ils et elles avaient imaginé du métier et la réalité, faisant perdre la motivation et la passion pour le métier, un sentiment de manque de compétences, d'encadrement, et d'isolement ou d'insatisfaction face à la charge trop lourde de travail.
- Dans le milieu hospitalier, pour l'ensemble des IRSG et des AS, les démissions sont liées à un environnement de travail hiérarchisé et violent. L'épuisement émotionnel y est principalement associé aux exigences liées au temps de travail et aux situations d'agression ou de conflit avec les patient·es et la hiérarchie.
- Dans les centres et institutions prenant en charge des personnes dépendantes, les facteurs de burn-out sont liés à la charge mentale concernant le bien-être de leurs patient·es. Pendant la Covid 19, en plus de la surcharge de travail, beaucoup d'IRSG ont été inquiet·es

²²<https://www.rfi.fr/europe/20220702-aux-pays-bas-les-m%C3%A9decins-g%C3%A9ralistes-en-gr%C3%A8ve-face-%C3%A0-la-surcharge-de-travail>

des effets de la solitude, de l'isolement et de l'abandon de leurs patient-es (De vos et al., 2016). Certains souffrent ainsi de stress post-traumatique (De Wijn et al., 2022).

2.4.2 Buurtzorg : une piste qui émane de la société civile

Face à cette frustration de la part du personnel soignant aux prises d'enjeux bureaucratiques et d'une charge de travail excessive, un nouveau modèle de soin à domicile est lancé en 2007 par un infirmier, Jos de Blok. Cette initiative, qui émane de la société civile, propose de mettre l'accent sur un accompagnement plus humain des patient-es à domicile grâce à une autre forme d'organisation des soins : de petites équipes d'IRSG auto-administrées et assistées par des coaches. Chaque équipe est indépendante et les IRSG se coordonnent avec les médecins pour choisir les soins et les durées de visites adaptées dans une optique d'autonomie de décision. Les équipes sont libres de recruter de nouvelles personnes, d'organiser leur travail, de choisir leurs clients et les zones qu'elles desservent. Les équipes soignantes membres de *Buurtzorg* sont connectées entre-elles par un intranet, ce qui leur permet d'échanger sur leurs pratiques (Mouzon, 2018).

L'accent est mis sur un management horizontal qui permet, selon le fondateur, de faire des économies de temps et d'argent et aux soignant-es d'effectuer leur travail dans des conditions décentes. Le gain de temps est obtenu par la réduction d'une grande partie de la bureaucratie et du management intermédiaire, ainsi que par la mise en place d'une facturation simplifiée. Proposant un tarif unique, et non plus une tarification à l'acte, ce modèle correspond à une transformation profonde du système des soins à domicile. Ce tarif unique établi en collaboration avec les assurances privées correspond à une visite à domicile, quelle que soit sa durée, la nature et le nombre ou le type d'actes prodigués aux patient-es. Il permet d'améliorer la relation patient-e-professionnel-le, de réaliser un travail d'éducation et de responsabilisation du patient ou de la patiente en vue d'améliorer l'autonomie. Ce système permettrait d'économiser jusqu'à 3000 euros par patient-e par rapport à une prise en charge classique. Ce modèle répond aux réclamations et aux problèmes récurrents des professionnel-les de la santé : l'horizontalité répond aux risques de violences liées aux hiérarchies et réduit le risque de burn-out au travail tandis que le temps gagné par la facturation simplifiée et la réduction de la bureaucratie donnent aux personnes soignantes l'opportunité de faire leur travail dans des conditions décentes et de remettre les relations humaines au cœur de leur pratique. En 2023, Buurtzorg représente 70% des soins à domicile aux Pays-Bas, compte environ 10.000 IRSG qui couvrent plus de 70.000 patient-es (Institut Montaigne, rapport février 2023, p.26). Cette initiative est une solution pour un métier en crise, mais il ne questionne pas ni ne propose de repenser globalement le système de santé basé sur une logique marchande tout en cherchant à être aussi égalitaire que possible. La tension qui apparaît aux Pays-Bas entre le libre choix, le maintien à domicile et la maîtrise des dépenses publiques liées à la dépendance montrent la difficulté de mettre au point des dispositifs permettant de concilier libre choix et universalité de la prise en charge. Le risque des modèles privatisés est celui d'un recul de l'État social au profit de régime d'assurances privées à but lucratif et d'une « startupisation » du soin et du social (Célérier & Arfaoui, 2021). La startupisation du social et des politiques d'action publique sont comprises au sens d'un « encastrement de la start-up dans la bureaucratie » comme l'explique Célérier et Arfaoui (2021), qui « contribue essentiellement à un renouvellement, plutôt qu'à une subversion, de la conduite bureaucratifiée de l'action publique ». En d'autres mots, les propositions

émanant de la société civile, qui proposent des modèles innovants, tels que Buurtzorg, ne révolutionnent pas le système, mais le déplacent (*ibid.*). Les forfaits à domicile et les prestations monétaires permettent aux personnes âgées de bénéficier d'une prise en charge globale tout en restant théoriquement à son domicile. Mais les résultats et les contraintes de ce type de prise en charge sont à ce jour peu documentés. Il apparaît qu'il existe un partage des coûts entre les services publics et les bénéficiaires. Ces financements semblent contribuer autant au maintien à domicile qu'au développement d'établissements privés non conventionnés, c'est-à-dire à but lucratif. Cela participe au développement d'un système de prise en charge à deux vitesses qui remet en cause l'équité dans la prise en charge et dans son financement qui sous-tend l'assurance sociale dépendance néerlandaise (Tenand, Hussem, & Bakx, 2020).

2.4.3 Les études d'IRSG au Pays-bas : un modèle proche du modèle en Flandres

Il existe deux parcours d'études donnant accès au titre d'infirmier aux Pays-Bas. L'étudiant.e se dirige soit vers un bachelier en soins infirmiers dispensé par une des 15 universités de sciences appliquées du pays (*Hoger Beroepsonderwijs, HBO*), soit vers une formation professionnelle dans l'un des 41 établissements d'enseignement supérieur professionnel (*Middelbaar Beroepsonderwijs, MBO*). Le bachelier universitaire (HBO) se fait en 4 ans et offre la possibilité de faire un master en 1 ou 2 ans. Les études infirmières en MBO se font en 3 ans et offre une possibilité de masters non universitaires qui s'inscrit dans une trajectoire professionnelle pendant laquelle l'étudiante doit obligatoirement avoir un travail (Rosman, 2014). Aux Pays-Bas, il n'y a pas de principe de sélection à l'inscription comme cela se passe dans le système français. Tout étudiant ayant satisfait à la formation exigée et obtenu un diplôme de fin d'études secondaires quel qu'il soit, peut prétendre à être admis dans la formation supérieure de son choix. Mais, les institutions peuvent cependant exiger des connaissances spécifiques.

Le caractère professionnel des formations dispensées dans les *hogescholen*, plus courtes et en prise directe avec le monde de l'emploi, exerce un fort attrait auprès des étudiant-es, d'autant plus que la tendance actuelle est à la rationalisation du système d'enseignement supérieur, pour diminuer les coûts, améliorer la qualité des formations et leur adaptation au marché de l'emploi.

En raison de la pénurie d'infirmières, les organismes de soins de santé néerlandais souhaitent recruter des IRSG y compris en dehors de l'Europe (par exemple, l'Indonésie, l'Afrique du Sud). Le gouvernement néerlandais n'encourage toutefois pas cette politique et préfère recruter au sein de l'Union européenne. L'équivalence n'est accordée qu'aux IRSG de l'UE et il n'existe pas d'équivalence de diplôme pour les IRSG provenant de pays hors UE. Ils doivent passer des examens et sont éventuellement contraints à recommencer une partie de leur parcours. Par ailleurs, la maîtrise du néerlandais est indispensable pour pouvoir pratiquer en tant que soignant-es dans le Pays.

2.4.4 Les aidant-es proches et les aidant-es à domicile

Aux Pays-Bas, suite à la réforme de 2015 qui a conduit à la fermeture des maisons de repos, une coordination entre les assurances, les régions et les municipalités s'est organisée pour faciliter une meilleure prise en charge des soins à domicile au sens large (IRSG, AS, aide-ménagère, etc.). Les personnes dépendantes et leurs familles ont plusieurs choix. L'un d'entre eux est d'opter pour un budget personnalisé (*Persoonsgebonden, ou PGB*) que la personne dépendante peut choisir d'utiliser pour employer les professionnel·les qu'elle souhaite, ou pour rémunérer avec un contrat en bonne et due forme une personne aidante proche. Cette option vise à laisser aux personnes âgées la possibilité de faire un choix en fonction de leurs préférences, tout en réduisant les coûts (Tenand, Hussem & Bakx, 2020). Les aidant-es proches non rémunéré-es par la personne qu'ils ou elles aident peuvent recevoir une aide de l'état relativement faible et ne pouvant remplacer un salaire (200 euros par an). S'ils ou elles sont au chômage, ils et elles peuvent être exempts de recherche d'emploi.

Bien que l'intégration des aidant-es proches ait été pensée lors de la réforme, quelques questions subsistent. Cette tentative de désinstitutionnalisation axée à la fois sur un désir de réduction des dépenses publiques tout en offrant aux patient-es les choix de leur encadrement semble présenter le risque de déplacer la charge mentale et l'épuisement des soignant-es vers des proches contraints d'interrompre leur carrière de prendre un congé sans solde. D'autre part, la signature d'un contrat formel octroyant un salaire à l'aidant-e ne risque-t-elle pas de réduire à une relation professionnelle, une relation qui est fondamentalement de solidarité informelle et familiale ?

2.4.5 En bref :

Des forces

1. Les cinq niveaux de compétences soignantes permettent une répartition des tâches et l'accès à une profession du care accessible à un public très large d'étudiant-es.
2. La considération du coût du vieillissement de la population comme un problème économique à résoudre permet de prévoir les budgets nécessaires et de mettre en place des stratégies de prises en charge.
3. Des initiatives émanent de la société civile, telles que Buurtzorg qui proposent des pistes, remettent le soin et le sens au cœur des pratiques infirmières en proposant de nouveaux modèles de soin (Creten et Nève, 2023).

Des difficultés

1. La répartition du travail de soins en cinq niveaux de compétences présente le risque d'un saucissonnage du travail en tâches restrictives si le travail n'est pas pensé en équipe pluridisciplinaire inclusive et dans un esprit d'entraide.
2. Une grande pénurie de soignant-es.
3. La montée de l'extrême droite et des discours insécurisant les travailleur·ses d'origine étrangère.

4. L'invisibilisation des aidant-es proches malgré leur place très importante dans le système de soin de santé à domicile.
5. L'augmentation de la précarité de la classe moyenne et la diminution du sentiment de sécurité qui dans les enquêtes de terrain réalisées se manifestent entre autres à une difficulté de plus en plus grande à l'accès au logement (achat ou location) précarise le système.

2.5 Profil des IRSG, AS et aidant-es proches au Danemark

2.5.1 Profil et formation

La formation infirmière au Danemark est un cursus universitaire en 3 ans et demi (4600 heures selon l'accord de Bologne) composé de cours théoriques et de stages cliniques. Plusieurs masters et une possibilité de doctorat sont ensuite possibles si la personne souhaite se spécialiser. Pour avoir l'autorisation d'exercer, il faut s'enregistrer auprès du Conseil national de la santé. La majorité du personnel infirmier (jusqu'à 2/3) travaille dans les hôpitaux.

En 2015 (OCDE, 2017), le ratio d'IRSG par médecin est assez bon par rapport à d'autres pays (4.6 IRSG/médecin) et les chiffres sont élevés pour le nombre d'IRSG par habitant (14/1000 hab)²³. Cependant, ces chiffres officiels cachent une autre réalité. Beaucoup d'IRSG (1 sur 8)²⁴ quittent la profession à cause des conditions de travail dans le secteur public. Entre novembre 2021 et novembre 2022, environ 14% des IRSG ont démissionné et ne sont pas les seul.es, tout le personnel médical est touché. Cela pourrait être le résultat d'un épuisement postpandémie, mais aussi d'un ras-le-bol des IRSG insatisfait-es par les résultats des accords salariaux suite à la grève de 2021.

Les femmes composent l'essentiel du personnel infirmier et aide-soignant au Danemark. Véritable colonne vertébrale du système de soin de santé, elles et ils s'organisent dès 2008 pour revendiquer une hausse de salaire. Ce pays pourtant loué pour son état providence et ses politiques d'égalité n'offrait pas une indexation suffisante (les soignant-es dans le privé gagnaient d'ailleurs 27% de plus à formation égale). En outre, bien que le Danemark soit réputé pour ses politiques en matière d'égalité, les infirmières danoises perçoivent un salaire de 10 à 20 % inférieur à celui des professions à prédominance masculine exigeant un niveau d'éducation similaire²⁵.

2.5.2 Crise de la profession

Au-delà des revendications salariales, la profession infirmière fait face de hauts risques d'abandon et de burn-out à cause de la pénurie. Pendant la pandémie, en 2020, la DNO révèle que neuf IRSG

²³https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-56-fr.pdf

²⁴ <https://www.thelocal.dk/20230620/almost-one-in-eight-nurses-leave-danish-health-service>

²⁵ <https://theconversation.com/why-nursing-in-denmark-pays-less-than-professions-dominated-by-men-158912>

sur dix dans les municipalités et les régions envisagent de quitter leur emploi. Dans une note d'orientation du Conseil International des Infirmières, plus d'un tiers des IRSG exprimaient l'envie de quitter la profession complètement. Au Danemark les revendications principales des IRSG concernent l'augmentation des salaires pour revaloriser la profession et fidéliser les nouvelles recrues qui quittent en masse la profession durant leurs premières années. Malgré les efforts mis en place par le gouvernement pour encourager les nouvelles inscriptions universitaires, le soutien structurel à l'hôpital reste insuffisant.

La situation au Danemark semble tendue entre les IRSG (représentée par le DSR - Danish Nurses Council) et le gouvernement. Ces deux acteurs n'arrivent pas s'accorder sur la magnitude du problème de la pénurie. Pour le gouvernement, le nombre d'IRSG augmente alors que le DSR dénonce une augmentation de soignant-es inférieure à l'augmentation de la charge de travail et des besoins en main-d'œuvre. Cette augmentation de la charge est due non seulement au vieillissement de la population, mais aussi du glissement des tâches des médecins et de différents acteurs de soins vers les IRSG (Attree, M., Flinkman et al., 2011). A cela s'ajoute encore une augmentation inquiétante de l'âge moyen des infirmier-es danoises qui laisse craindre des départs massifs.

2.5.3 Pénurie et appel de main-d'œuvre sélective

Dès le début de la pénurie de médecins, d'IRSG et d'AS, le gouvernement opte pour un développement du travail intérimaire et fait appel à la main-d'œuvre étrangère²⁶. Dans un article, l'économiste Christelle Meilland discute l'ambivalence des politiques migratoires à deux vitesses ainsi qu'une crise de pénurie de main-d'œuvre traversant les secteurs à la fois publics et privés au Danemark. En 2019, la Première ministre annonce vouloir faire du Danemark un pays sans demandeur-ses d'asile (mais non pas sans migrant-es pour raison de travail). Pourtant la pénurie est grave, le syndicat du secteur public *Forbundet af Offentligt Ansatte (FOA)* avertit dans son rapport de 2020 que 40 000 travailleur-ses sociaux-les et de la santé (SOSU) manqueront d'ici 2029. Quand au syndicat danois des infirmières (*Dansk Sygeplejeråd*), il anticipe un manque de 6000 infirmier-es d'ici 2025 (Meilland, 2022).

Le Danemark est un pays dépendant de médecins et d'IRSG venant d'autres pays. En 2021, selon l'OCDE, 9,54 % des médecins et 1,84% des IRSG avaient suivi une formation à l'étranger. Ce pays favorise par ailleurs la migration de personnel hautement qualifié en fonction de barèmes de salaires élevés, même si l'obligation de parler danois et la lourdeur des procédures bureaucratiques freinent la motivation de certain-es professionnel·les étrangers²⁷.

L'effet de la pénurie de personnel est un problème majeur, les délais d'attente des patient-es ont augmenté de 50 % depuis 2019. Ici aussi, le recrutement à l'étranger pose des questions éthiques

²⁶ <https://www.thinktankcraps.fr/sante-le-danemark-les-enseignements-dune-reforme-aboutie/>

²⁷ <https://www.courrierinternational.com/article/2007/10/18/des-medecins-venus-d-inde-en-passant-par-la-finlande>

à l'échelle globale puisqu'elle draine les médecins et ISRG en pénalisant d'autres systèmes de santé en Afrique, Asie, Amérique latine, au Moyen-Orient, ou encore au sud et à l'est de l'Europe.

2.5.4 Les aidant-es proches

Au Danemark, les municipalités offrent la possibilité d'octroyer une compensation financière à une personne aidante-proche pendant une durée maximale de 6 mois. Ces financements sont notamment utilisés en fin de vie pour un accompagnement palliatif. Cependant, ces prestations rémunérées enferment parfois le membre de la famille, souvent des femmes, dans un rôle difficile et fatigant (un enfant ou conjoint-e qui devient soignant-e) (Gimbert & Malochet 2012).

2.5.5 En bref :

Des forces

1. Une formation infirmière en 3 ans et demi qui correspond au critère de l'Union européenne et qui ouvre la possibilité de faire un master et un doctorat.
2. Une organisation forte et dynamique des infirmier-es et qui travaille à l'amélioration de la profession.
3. Une aide temporaire aux aidant-es proches.

Des difficultés

1. Une grande pénurie et un taux d'abandon du personnel soignant élevé.
2. Un échec du dialogue entre l'État et le personnel soignant : frustration et épuisement du personnel médical lors des négociations étatiques pour la revalorisation économique de la profession.
3. Une disparité importante entre le salaire des ISRG qui travaillent pour le secteur public et des ISRG qui travaillent pour le secteur privé.
4. Une bureaucratie lourde qui freine l'embauche de personnel soignant étranger.
5. La montée d'un populisme qui prône la fermeture des frontières en particulier pour les demandeurs et demandeuses d'asile. Au-delà du besoin de travailleur-ses de la santé, limiter grandement les possibilités d'immigration réduira le renouvellement d'une population vieillissante et rendra à moyen terme plus problématique le financement de sa sécurité sociale.

3. Pistes de solutions proposées dans les 4 contextes décrits

Nous proposons ici de reprendre les grandes lignes des propositions trouvées. Ces propositions sont peu traduites par des décisions politiques et organisationnelles concrètes. Elles donnent cependant à comprendre les lignes souhaitables et l'ampleur des mesures qu'il est urgent de prendre. L'avis de l'OMS et l'exemple français que nous développerons plus largement le montrent clairement : une foison d'idées toutes intéressantes, mais encore souvent sous forme de recommandations.

3.1 Avis de l'OMS Europe : assurer l'accès à la santé pour tous, protéger les travailleur·ses

EN 2022 de l'OMS relevait que tous les pays de la région européenne sont confrontés à de graves problèmes liés à leur personnel de santé et de soins. Cette situation critique est liée à l'évolution des besoins sociétaux en matière de santé et de professionnel·les de la santé, qui découlent du vieillissement des populations, de l'augmentation de la multimorbidité et des maladies chroniques. Elle est aussi la conséquence du vieillissement de la main-d'œuvre soignante, de la lourdeur des métiers et de l'augmentation du coût de la vie depuis le milieu de l'année 2022. Les salaires peu attractifs ont un impact sur les taux d'attrition et l'attrait des professions soignantes. Ces problèmes ne sont pas nouveaux, mais ils augmentent. La pandémie de COVID-19 les a exacerbés. Pour faire face aux besoins en santé des populations européennes, les compétences des professionnel·les de la santé devront être plus développées ou plus spécifiques. Les professionnel·les devront être à même de réaliser plus de soins complexes curatifs, préventifs et éducationnels en interdisciplinarité, non seulement dans des structures de soins, mais aussi à domicile et dans les communautés.

Une planification stratégique des investissements est cruciale pour assurer un nombre de professionnel·les de la santé suffisant pour assurer des soins de santé pour tous et toutes, tout en protégeant aussi la santé de ces travailleurs et travailleuses (Kluge, 2022).

L'OMS insiste pour que les pays européens donnent priorité à leurs travailleur·ses de la santé et à leur bien-être, étant au centre de la société et des systèmes de santé. Ils sont indispensables à la reprise économique et sociale. Pour le permettre, l'OMS dresse une liste de mesures politiques urgentes :

1. Accroître les investissements publics dans l'éducation, le développement et la protection des travailleur·ses de la santé.
2. Optimiser l'utilisation des fonds grâce à des politiques innovantes en matière de recrutement, de formation et de protection des travailleur·ses de la santé.

3. Mettre l'enseignement en phase avec les besoins de la population et les impératifs des services de santé.
4. Renforcer le développement et le perfectionnement professionnel pour doter les travailleur-ses de nouvelles connaissances et compétences.
5. Élaborer des stratégies pour recruter et maintenir en poste des travailleur-ses de la santé dans les zones rurales et éloignées
6. Créer des conditions de travail qui favorisent l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée
7. Protéger la santé et le bien-être mental du personnel
8. Renforcer les capacités de leadership en matière de gouvernance et de planification des effectifs
9. Renforcer les systèmes d'information sur la santé pour améliorer la collecte et l'analyse des données
10. Recourir davantage aux outils numériques qui aident les travailleur-ses

3.2 Propositions françaises : de nombreuses propositions sans discours commun

En France, les mesures à court terme n'ont pas eu d'impacts décisifs sur la pénurie d'IRSG. Le recrutement reste difficile, les départs prématurés restent fréquents et le mécontentement des soignant-es reste important, car les conditions de travail n'ont pas été significativement améliorées. De nombreuses suggestions intéressantes existent, mais semblent dispersées. Le gouvernement ne semble pas souvent les reprendre dans ses propositions.

Les mesures gouvernementales proposées pour améliorer le quotidien des soignants passent principalement par la revalorisation salariale (augmentation des salaires des soignant-es comme mode de reconnaissance et de rétention, et majoration des primes pour les heures supplémentaires et le travail de nuit), la promotion des professions (campagne pour susciter des vocations, faciliter la reconversion professionnelle en direction des filières soignantes) et l'augmentation des places dans les instituts de formation (Ségur de la santé 2021).

L'augmentation du salaire et des primes est nécessaire, mais ne permettra pas d'endiguer les départs prématurés si les conditions de travail ne sont pas en même temps améliorées (alléger la charge de travail, pouvoir réaliser un travail relationnel, améliorer les possibilités de concilier vie professionnelle et vie privée). L'augmentation des places disponibles dans les instituts de formation est certainement une bonne idée mais nécessite des places en stages suffisantes pour garantir un apprentissage pratique de qualité.

Au niveau de la formation, celle-ci ne correspond plus aux attentes des étudiants pour la FNESI (Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers). Elle propose une refonte complète des programmes, une transformation pédagogique, une approche par bloc de compétences et la délivrance par les universités d'une licence universitaire²⁸ aux IRSG. La délivrance d'une licence

²⁸ La licence française correspond au baccalauréat universitaire en Belgique.

universitaire permettra aux étudiants qui le désirent de continuer en master et doctorat sans les obstacles administratifs actuels. La FNEI propose aussi la mise en place d'un tronc commun de cours théoriques entre différentes formations en santé²⁹ et la possibilité de passerelles entre les différentes formations (Langlois 2023).

Le CNPI (le Conseil national professionnel des infirmières, 2023) propose aussi la reconnaissance de l'expérience utile (VAE) des AS qui entament des études d'IRSG et le développement d'un apprentissage adapté qui tienne compte de l'expérience acquise, mais contrairement à l'association des étudiants, le CNPI met l'accent sur la finalité des études. Il affirme que l'enjeu consiste à regarder les compétences et les connaissances dont on a besoin et d'adapter le temps de formation initiale en fonction de ces besoins. Cela va de pair avec une refonte des interventions des infirmier-es et des interfaces interprofessionnelles. Pour lui, les leviers de fidélisation concernent plus les conditions de la pratique du métier que le salaire, là où les principales priorités du SNPI (syndicat des professionnels infirmiers) sont l'augmentation des salaires pour les aligner sur la moyenne européenne et l'alignement des ratios de patients par infirmier-e aux normes internationales (6-8 patients par IRSG).

La proposition FNEI s'inscrit dans un malaise identitaire de la profession et dans la recherche de reconnaissance, mais pas dans une perspective de répondre aux besoins du terrain et des patient-es. La proposition d'universitarisation des études et sa reconnaissance au même niveau que d'autres formations paramédicales ouvrent aussi la possibilité de progression de carrière, ce qui est le point de rencontre entre les besoins du terrain et les besoins des étudiant-es. Ce besoin de reconnaissance et d'évolution de formation et de carrière est aussi souvent formulé en Belgique. Elle correspond aux attentes de la génération Z et devrait être prise au sérieux. Le débat non résolu en France, concernant la possibilité d'évolution raisonnable de carrière en fonction de l'expérience utile aux AS est une piste importante pour avoir des IRSG motivé-es au chevet des patient-es, quand beaucoup d'étudiant-es IRSG issu-es de filières classiques affirment, à la fin de leurs études, ne pas vouloir y être.

Les institutions de soins et de formation proposent de programmer le nombre d'admissions d'étudiant-es en première année d'études d'IRSG en prenant en compte les taux de diplomation, de réorganiser la formation pour la rendre conforme aux exigences européennes, de valoriser la fonction de tuteur de stage tout en diversifiant l'offre de stages en regardant plus vers l'extrahospitalier et de faciliter (via une plateforme par exemple) la collaboration entre les écoles et les institutions de soins afin de maximiser les capacités d'accueil et améliorer l'accompagnement des stagiaires. Elles proposent également d'achever l'intégration universitaire du cursus infirmier en allant vers une diplomation universitaire et de faire la distinction entre deux niveaux de formation : une formation initiale IRSG à redéfinir pour répondre aux besoins du terrain ; et des compléments de compétences des IRSG par des certifications complémentaires et accessibles, autant que possible, par la validation des acquis de l'expérience (Fournier, Bézagu & *al.*, 2022). Elles demandent également de mettre en place des conditions-cadres qui favorisent le maintien du personnel existant : octroyer légalement un pouvoir de prescription aux IRSG en lien avec les

²⁹ Les cours théoriques représentent 75% des heures en première année d'études en soins infirmiers

missions qui leur sont attribuées (comme cela se fait déjà en Espagne et au Royaume-Uni), mais aussi donner aux IRSG et AS la possibilité de passer du temps auprès des patients en développant des systèmes précis de mesure de la charge de travail réel effectué, incluant les temps d'écoute active et éducative dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail.

La proposition française de l'association « Soignons Humain » SoHu trace des pistes intéressantes. Elle préconise la prise en charge holistique des patient-es grâce à des pratiques collaboratives, la reconnaissance des pratiques souvent invisibilisées de coordination. Elle s'inspire de l'entreprise néerlandaise Buurtzorg³⁰ et place le travail en équipe au centre de son organisation. Fin 2020 SoHu comptait déjà une quarantaine IRSG réparties en sept équipes, avec une patientèle d'environ 400 personnes dans le département du Nord (5 742 km) (Cristofalo & Dariel, 2021). L'expérience de SoHu a aussi remis en cause la facturation à l'acte tout comme Buurtzorg l'a fait aux Pays-Bas. Depuis mai 2019, grâce au soutien des autorités publiques, SoHu participe à l'expérimentation qui propose une dérogation au financement à l'acte dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale. Cette initiative nommée « Équilibres » permet aux équipes SoHu, mais également à des infirmier-es libéral-es (seul-es ou en cabinet) de tester le paiement au forfait horaire en remplacement du paiement à l'acte (*Ibid.*). Ce financement horaire permet de revaloriser le travail infirmier autonome (soins d'hygiène, écoute active, éducation, promotion de la santé, etc.) sous financés dans les financements à l'acte, et permet à chaque IRSG engagé-e dans ce projet de s'occuper de moins de patient-es et de les accompagner comme il ou elle pense devoir le faire (Cristofalo & Dariel, 2021, Cristofalo, Dariel & Durand, 2019).

Pour tenter d'inverser le déséquilibre du système de santé français, le HSCP (le haut conseil de la santé publique français) affirme qu'il faut réduire le poids des maladies chroniques. Il propose une stratégie nationale sur 10 années permettant d'évoluer vers un nouveau modèle qui agit sur les inégalités sociales et territoriales de santé. La proposition met l'accent sur la prévention et la promotion de la santé et non plus sur des politiques hospitalo-centrées, grâce à une démarche de repérage prenant en compte les déterminants de santé, individuels et environnementaux. Il suggère la mise en place de « Rendez-vous prévention » à différents âges de la vie, pour repérer, interroger, éduquer la population aux mesures de bien-être individuelles et environnementales. Ces actions s'adresseront à tous et de façon intensive aux plus fragiles et aux plus éloignés du système de santé. Cette stratégie devra être soutenue dans toutes les politiques par le biais d'une coordination interministérielle (Chauvin & Lepeltier, 2023, p. 6-7).

La réorganisation des soins de santé et le développement d'un axe fort de prévention et de promotion dans l'espoir de diminuer le nombre de malades chroniques pourraient avoir un effet à long terme. Repenser les priorités politiques en santé est indispensable mais ne résoudra pas les problèmes à court terme ni ne permettra d'éviter l'aggravation de la problématique dans les dix années à venir. Les mesures concrètes à court et moyen terme pour améliorer le quotidien des IRSG

³⁰ Les deux modèles ne sont cependant pas superposables, car les contextes nationaux sont différents. Aux Pays-Bas, c'est l'absence d'autonomie qui a motivé la création de Buurtzorg. Il n'y existe pratiquement pas d'IRSG libérales (indépendantes), la plupart des soins à domicile étant délivrés par des infirmières salariées dans des structures privées. À l'inverse, les IRSG qui travaillent à domicile en libéral en France ont déjà une pratique autonome, et c'est davantage le travail en équipe qui a justifié la création de SoHu.

et AS et leur redonner le goût de leur profession semblent faibles. De nombreuses pistes sont évoquées, mais rarement traduites en mesures concrètes sauf l'augmentation des salaires.

Le gouvernement (Segur, 2021) propose également de développer l'utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la santé. Par exemple, la télémédecine permettra aux IRSG de réaliser des consultations à distance sans l'obligation d'une présence physique constante afin de réaliser plus de contact patient. Soulager les IRSG de leur présence répétée au chevet des patient-es par des moyens techniques et des consultations à distance et leur permettre de prendre en charge plus de patient-es semble une fausse bonne idée. D'une part, la présence au chevet des patients est l'un des motifs principaux qui donne sens au métier (diminuer encore cette présence risque donc de frustrer plus encore nombre d'IRSG), d'autre part, si l'objectif est de permettre aux IRSG de suivre plus de patient-es, la charge de travail ne sera pas allégée et risque d'être plus lourde et administrativement plus complexe. Enfin, il propose d'attirer et faciliter l'intégration des IRSG issues d'autres pays³¹ grâce à des accords bilatéraux avec certains pays non UE et simplifier les démarches administratives. Il existe également des recommandations transfrontalières visant à renforcer la coopération et éviter la concurrence. L'objectif de recommandations³² est de générer une réflexion sur la pénurie de soignants à partir de projets transfrontaliers pour identifier les mesures innovantes ayant fait leurs preuves dans les pays voisins. Parmi celles-ci, nous retiendrons dans le cadre de cette recherche :

- La participation et la prise d'avis de tout le personnel et non pas seulement le cadre de direction.
- L'amélioration des conditions de travail, notamment sur les questions d'organisation des temps de travail et de conciliation travail/vie familiale.
- La mise en place d'une mutualisation du personnel de plusieurs établissements.
- Une stratégie de renforcement de la mobilité transfrontalière dans le domaine de la santé, pour exploiter les potentiels de complémentarités existants tout en évitant de provoquer un exode des IRSG et AS vers les pays voisins et que des établissements ne soient privés des ressources humaines dont ils ont besoin.
- L'ouverture transfrontalière aux cursus de formation aux métiers de la santé des pays voisins tout en garantissant le retour sur investissement des coûts de formation.

Faciliter l'arrivée d'IRSG d'autres pays européens ou non européens peut effectivement pallier partiellement la pénurie, mais au prix – peu éthique – de l'aggravation de la pénurie dans les pays d'origine de ces IRSG. En revanche, les coordinations transfrontalières représentent une piste

³¹ Cette proposition est éthiquement discutable. La France accueille entre autres de nombreux IRSG libanais attirés par un salaire largement supérieur à celui du Liban où le salaire des IRSG a été divisé par 10 suite à la crise économique que traverse le pays. La pénurie de soignant-es au Liban est en premier lieu liée à la fuite des soignant-es diplômé-es vers des pays européens, le Canada et les États-Unis.

³² Concertation menée dans le Rhin supérieur (France, Allemagne et Suisse), in : https://www.conference-rhin-sup.org/fr/sante/telechargements.html?file=files/assets/Gesundheitspolitik/docs_fr/Publications/Etude%20sur%20le%20manque%20en%20personnels%20qualifies%20dans%20le%20secteur%20de%20la%20sante%20dans%20le%20Rhin%20superieur.pdf

intéressante, surtout si elles permettent l'échange d'information, le réseautage pour les formations et de, limiter le risque de vider une région de ses soignant-es au profit d'une région voisine³³.

La possibilité de déplacer des personnes d'une institution à une autre en fonction des besoins est aussi une fausse bonne idée. Exiger la mobilité des IRSG et des AS entre différents services et entre différentes institutions en fonction des besoins aura pour conséquence d'une part, la perte de l'esprit d'équipe et de solidarité qui font partie du bien-être au travail et d'autre part, compliquera encore plus la vie privée des IRSG et des AS. Des horaires prévus à long terme, dans une rythmique répétée permettraient aux soignants d'organiser leur vie privée.

3.3 Propositions espagnoles

La proposition espagnole la plus originale est d'appuyer ses stratégies de soins sur une première ligne de soins forte et incontournable. La santé est pensée à partir des principes d'interdépendance, de communauté et de solidarité, en impliquant les proches. Ce travail de santé communautaire, déjà implantée de longue date, a fait ses preuves comme moyen d'assurer l'accès au système de santé de la population avec un nombre relativement restreint de travailleur-ses de la santé. Cette approche s'appuie sur le double constat espagnol de l'irrationalité de prétendre satisfaire nos besoins sur une base individuelle et de l'efficacité des soins de proximité pour le maintien et la promotion de la santé (Turabián & Pérez Franco, 2007). Comme en France, le manque de soignant-e n'est pas dû à un manque de candidat-es soignant-es, le nombre de personnes qui désirent entreprendre les études d'IRSG est largement supérieur à l'offre de places. La pénurie est en partie liée au nombre limité de places dans les IFSI, mais aussi au nombre réduit de postes subventionnés par le ministère de la Santé. Les IRSG nouvellement diplômé-es enchaînent les intérim et sont dans une précarité d'emploi à laquelle s'ajoute une charge de travail très importante. En conséquence, nombre d'IRSG partent travailler dans d'autres pays d'Europe, vers le Canada et les États-Unis. Les équipes espagnoles de recherche proposent ainsi :

- D'augmenter le nombre de places disponibles dans les écoles et les universités pour les formations en santé.
- D'attirer et de fidéliser les professionnel-les déjà en exercice en augmentant les salaires et les avantages sociaux du personnel soignant.
- De simplifier les démarches administratives et d'établir un partenariat et des accords bilatéraux avec d'autres pays, afin de faciliter l'arrivée de professionnels étrangers sur le territoire espagnol.
- De faciliter la reconversion professionnelle des personnes intéressées par les métiers du soin.
- De favoriser l'utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la santé, par exemple la télémédecine pour suivre certain-es patient-es à distance.

³³ Comme c'est le cas en Belgique entre la province de Luxembourg qui perd de nombreux soignants au profit du Grand-Duché de Luxembourg.

- De fidéliser les IRSG et leur donner envie de rester au pays en favorisant le développement de parcours d'enseignement et professionnels personnalisés et en informant les étudiant-es IRSG des différentes options de carrière et de formation disponibles après l'obtention du diplôme (Ferrús Estopà, Gutiérrez Martí & Sanchez Rueda, 2023).

3.4 Propositions néerlandaises

La spécificité néerlandaise met en lumière quatre éléments particulièrement intéressants :

1. Les professions soignantes sont étalées sur 5 niveaux allant de l'aide logistique au master en soins infirmiers et aux spécialités, chacune de ces professions ayant un rôle et des tâches spécifiques. La différenciation de fonction et les différentes filières d'accès au titre d'IRSG, l'une universitaire et l'autre professionnelle permet d'élargir l'éventail de personnes obtenant la qualification d'IRSG.
2. Le travail de première ligne est incontournable et les IRSG y travaillent en collaboration étroite avec un généraliste et un assistant médical. Les IRSG sont employé-es, mais ont une large autonomie et peuvent réaliser des visites pour décoder des situations d'urgence et orienter les patient-es.
3. Un budget particulier est prévu pour les soins de longue durée et les aides étatiques accordées le sont en fonction de ce fond. Ce modèle adapté à la logique par assurance soulève les questions des modalités d'accès aux soins fixées par des assurances à but lucratif et de la possibilité de ceux qui n'ont pas d'assurance complémentaire de recevoir tous les soins qui leur sont nécessaires.
4. Le modèle Buurtzorg est révolutionnaire dans la réduction des coûts pour les patient-es et l'État en conduisant les personnes dépendantes vers l'autonomie. Mais il explique peu comment il prend en charge les personnes n'ayant plus accès aux maisons de repos et dont l'état physique ou mental se dégradera jusqu'à ce qu'elles soient dans les conditions requises pour une prise en charge spécialisée.

3.4.1 Promesses et potentielles limites du modèle Buurtzorg

Le modèle Buurtzorg met en évidence l'intérêt d'une implication active des soignant-es dans l'identification de leurs besoins et des moyens de les intégrer dans l'élaboration de réformes étatiques. Il souligne l'importance de penser le *care* et le bien-être au sein des équipes infirmières, d'un cadre de travail sain et soutenant qui limite les violences induites par la hiérarchisation des soins. Il rappelle l'importance de limiter le nombre de patient-es par IRSG et AS. Ce modèle qui fonctionne sur une collaboration étroite entre AS, IRSG et médecins valorise le rôle des IRSG. Le *turn-over* est presque nul dans ces équipes. Il met en évidence quatre objectifs fondamentaux pour la pérennisation des soins :

- Permettre aux IRSG et AS de prendre soin des patient-es en leur accordant le temps de le faire et en diminuant la bureaucratie.

- Favoriser un travail d'éducation et de promotion de la santé pour diminuer les coûts à moyen et long terme.
- Accorder des revenus décents aux soignant-es pour qu'ils et elles continuent à effectuer leur profession. Une rémunération à la visite ou à la prise en charge et non plus à l'acte apparait comme une piste intéressante.
- Mettre en place des forums de discussions et de débats entre soignant-es

Si le modèle Buurtzorg est inspirant il soulève cependant des questions quant à sa possible reproduction :

- Celle des limites sur la taille réduite des équipes : l'organisation sous forme de petites équipes peut entraîner des difficultés de planification pendant les congés. En dehors des Pays-Bas, les pays ayant essayé le modèle, les équipes Buurtzorg ont eu besoin d'être relayé par d'autres équipes qui ne travaillent pas suivant ce même modèle (Cristofalo, Dariel & Durand, 2019).
- Celle des rôles et les tâches des AS, peu analysés.
- Celle du rôle et de l'implication prépondérants du ou de la patient-e et de l'aidant-e qui sont peu explicités. Le modèle met l'accent sur le rôle des réseaux informels et notamment des aidant-es. À l'heure actuelle, peu d'étude analyse l'impact de cette participation à la prise en charge du patient-e et le risque de surcharge de travail qu'il représente. Il ne décrit pas leur tâche ni qui ils ou elles sont. Comment s'organisent les pratiques du réseau de bénévoles du quartier et au sein des familles ? Sur qui s'appuyer quand le réseau d'aidant-es est faible, voire quasiment inexistant ?
- Celle de l'accessibilité de ces soins a tout un chacun puisque les ISRG du modèle Burtzorg peuvent choisir leurs « clients ». N'y a-t-il pas un risque que les personnes disposant de peu de moyens et les personnes aux pathologies chroniques les plus lourdes ou aux dépendances sur le temps long soient laissées pour compte ?
- Celle du risque lié à la formule de sous-traitance et de « startupisation » de la santé à but lucratif qui pourrait entraîner un délitement de l'État social au profit d'initiatives privées (De Soubeyran et al., 2021, p. 53-55).
- Celle de la pédagogie sur laquelle s'appuie le modèle Buurtzorg pour mettre en pratique une mise en mouvement des patient-es dans une position d'acteurs. Y a-t-il différents échelons permettant aux patient-es de prendre de plus en plus de pouvoir ? Comment le modèle Buurtzorg propose-t-il de répondre à des patient-es qui refusent d'être dans l'auto-soin ou de prendre une position d'acteurs ?
- Comment les questions d'ordre culturel et de représentations sociales sont-elles intégrées, notamment sur les questions d'elderspeak ?
- Celle de la fracture numérique. Comment le modèle qui s'appuie sur l'informatique pour la coordination et le suivi des soins s'assure-t-il que les patient-es ou leurs aidant-es disposent des compétences nécessaires pour utiliser le système mis à leur disposition (De Soubeyran et al., 2021, p.55) ?

3.4.2 Des interrogations en contexte récent

Dans un contexte de vieillissement de la population, de crise économique et de recherche de moyens pour répondre aux besoins en soins tout en réduisant les coûts, deux propositions de loi nous interpellent. Elles se placent à l'intersection entre le poids sur la sécurité sociale de citoyens dépendants et l'invocation du libre choix des personnes dans leur choix de vie.

3.4.2.1 La réforme qui a amené à fermeture des maisons de repos en 2015

Cette réforme est avant tout mue par un besoin drastique de repenser les soins longue durée pour une économie viable. Les soins spécialisés, dont les soins sur le long terme (LTC), sont parmi les plus coûteux. Par ailleurs, le nombre de personnes âgées passera de 1 million en 2015 à 2 millions en 2030. La désinstitutionnalisation et la remise à l'autonomie sont les maîtres mots pour désengorger les structures. Ne risque-t-elle pas de mettre en marge du système les personnes les plus démunies et les moins entourées ? Si des mécanismes de financement compensatoires existent, la responsabilité des soins et de leur qualité incombe aux assurances privées qui contractent des organisations de soins, aux réseaux sociaux locaux formels et aux aidant-es proches. Les ressources sociales et familiales deviennent essentielles pour garantir la viabilité des systèmes de soins de longue durée. Or dans une société vieillissante, le nombre d'aidant-es proches potentiels, souvent des femmes d'une cinquantaine d'années aux Pays-Bas, diminue d'année en année. Des mesures gouvernementales structurelles devraient être introduites pour les soutenir et les protéger, en particulier si elles et ils sont amenés à diminuer leur temps de travail (Janssen, Jongen & Schröder-Bäck, 2016).

3.4.2.2 La proposition de loi facilitant le suicide assisté des personnes âgées de plus de 75 ans « pour vie accomplie »

L'augmentation des critères d'inclusion autorisant l'euthanasie (accessible aux personnes handicapées, en souffrance psychique et physique, etc.) et l'introduction d'une proposition de loi facilitant le suicide assisté pour des personnes âgées de plus de 75 ans³⁴, sans motif médical, pour "vie accomplie" nous interpellent dans un contexte d'ambivalence entre le choix individuel prôné (et le droit à une fin de vie et une mort digne), et de réformes budgétaires où les coûts liés au vieillissement de la population sont considérés comme un problème à gérer. Cette proposition de loi pose la question de la place des personnes âgées ou dépendantes dans nos sociétés occidentales, y compris dans les pays qui, comme les Pays-Bas, ont un PIB par habitant-e parmi les plus élevés du monde (15^e place pour les Pays-Bas)³⁵.

³⁴ 4.1 % de la population meurt d'euthanasie, il y a même eu quelques cas d'euthanasie de couples âgés. Les critères sont de plus en plus larges et ne se limitent plus uniquement aux personnes dépendantes ou atteintes de maladies incurables, en grande souffrance.

³⁵ <https://www.lalibre.be/debats/opinions/2020/09/02/aide-au-suicide-pour-vie-accomplie-quelle-place-pour-les-personnes-agees-dans-nos-societes-occidentales-aisees-V3MQ4P26SJDPTOXEFAPGAO35UU/>

3.4.2.3 Un repli identitaire

La situation de pénurie d'IRSG aux Pays-Bas nous interpelle aussi dans le contexte politique actuel marqué par une augmentation importante de l'extrême droite³⁶. Les soins de santé sont au cœur de ces enjeux politiques. Dans un contexte de population vieillissante, la migration joue un rôle important de renouvellement. Geert Wilders, leader de l'extrême droite hollandaise, déclarait vouloir fermer les frontières intérieures et limiter la migration aux migrations intraeuropéennes uniquement pour répondre aux besoins des métiers en pénurie. Loin de l'idéal libéral et égalitaire pour lequel les Pays-Bas étaient connus auparavant, le pays semble se replier sur lui-même dans un contexte de crise économique, énergétique et sanitaire (Holligan, 2023).

3.5 Propositions danoises

Plusieurs propositions sont intéressantes à retenir au niveau du système danois :

- Alors que le Danemark et les Pays-Bas ont des populations vieillissantes et des niveaux de vie similaires, on observe différentes manières de gérer l'accompagnement des personnes âgées. Il semblerait que le Danemark porte une attention particulière à leur bien-être. Un lobby fort milite pour leurs droits à vivre bien et longtemps et avoir accès à des soins appropriés. De nombreuses alternatives aux maisons de repos sont envisagées. Les prises en charge des personnes dépendantes sont coordonnées par les municipalités : soins à domicile, colocation de personnes âgées, aménagement d'appartement aux frais de la municipalité, rééducation à la maison, maisons de repos, villages d'accueils intergénérationnels. Autant de projets et d'alternatives pensés à l'échelle administrative de proximité qui semble la plus appropriée : la municipalité. Alors que les Pays-Bas pensent le maintien à la maison et les soins à domicile comme une tentative de remise en autonomie pour soulager un système de santé en crise, l'approche danoise semble axée sur une prise en charge plus holistique.
- Un système de santé décentralisé qui assure les soins de santé de base gratuits pour tous et toutes. Ceci est rendu possible par une régulation des fonds alloués par l'Etat aux régions en fonctions de leurs besoins spécifiques et de la prise en compte des disparités et inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.
- Un système qui ose des réformes intéressantes qui vont dans le sens du bien-être de la population. Cependant, il est en difficulté à cause d'une pénurie de personnel. Les soignant-es sont en souffrance et la population insatisfaite. En effet, ce modèle ambitieux ne peut fonctionner sans un personnel soignant conséquent qui travaille dans de bonnes conditions. Il y a un décalage entre le projet et sa réalisation sur terrain dans une situation complexe.
- Les soins à distance et la télémédecine représentent aussi une proposition intéressante. Elle permet aux soignant-es d'agir rapidement tout en ayant accès aux données médicales privées de leurs patient-es. Ce système à distance ne peut en aucun cas remplacer les consultations en présentiel, mais peut résoudre des urgences ponctuelles.

³⁶ Il est intéressant de noter que les demandes de changement structurel formulées par le personnel soignant semblent récupérées par le leader du parti populiste qui s'affirme parfois solidaire avec certaines demandes. L'idéal libéral d'un accès à la santé pour tous devient une forme de protectionnisme médical rendant les demandeurs d'asile responsables de l'effondrement des soins de santé.

4. Que retenir pour améliorer l'attractivité des métiers du soin en Belgique ?

4.1 Soutenir les aidant-es proches et favoriser une répartition dégenrée du *care*

La crise de la COVID-19 en Europe a montré à quel point les activités de soins sont essentielles pour le fonctionnement de la société et de l'économie. L'importance d'une répartition plus équitable de cette fonction vitale reste pourtant souvent sous-estimée en Europe. 92% des femmes de l'UE réalisent des activités de soins non rémunérées au moins plusieurs jours par semaine, contre 68 % des hommes. Ce travail permet de réduire les dépenses à charge des systèmes de protection sociale comme l'a démontré l'exemple des Pays-Bas suite à la fermeture des maisons de repos. Presque toutes les femmes salariées de l'UE (94%) sont impliquées dans des activités de soins non rémunérées plusieurs fois par semaine, contre 70% des hommes salariés (Eurofound 2018). Au-delà d'habitudes culturelles, les revenus plus faibles des femmes, leurs contrats de travail plus souvent précaires (comme c'est le cas en Espagne), ou une grande instabilité d'horaire des IRSG et des AS (comme c'est le cas partout en Europe), les amènent aussi plus souvent que les hommes à renoncer à un emploi rémunéré à temps plein pour réaliser des tâches de *care* non rémunérées, ce qui impacte leurs perspectives de carrière et leur pension. Cette double tâche et cette précarité touchent de nombreuses soignantes professionnelles. Elle limite leur possibilité de crever les plafonds de verre pour accéder à des postes à responsabilités ou mieux payés. Elle participe aussi à leur épuisement et leur burn-out lorsque leur travail rémunéré s'alourdit et le rythme de travail s'accélère.

Les États européens se soucient des aidant-es proches d'une manière très variable d'un pays à l'autre. Schématiquement, il est possible de distinguer quatre approches :

- Celle du Danemark l'un des modèles les plus généreux envers les aidant-es. Il se positionne comme garant de leurs droits sociaux et propose un panel de services publics pour répondre aux besoins liés à la perte d'autonomie.
- Celle de l'Espagne, avec un modèle centré sur la famille. Les valeurs traditionnelles font peser une lourde responsabilité sur les épaules des familles et très majoritairement sur celles des femmes. Peu d'aides étatiques sont prévues.
- L'approche des Pays-Bas avec un modèle assurantiel, où la perte d'autonomie est appréhendée comme un risque à anticiper, notamment via les assurances, approche libérale où la prise en charge de la dépendance est majoritairement assurée par le marché et financée par les familles, avec un filet de sécurité limité aux plus démunis

- En France, la sécurité sociale est complexe et amène une approche hybride, avec des aides segmentées selon l'âge, la nature et le degré de dépendance et une approche dissociée entre handicap et vieillesse.

Des aides étatiques aux aidant-es proches non rémunérés sous forme de garantie des droits sociaux, d'aide financière, de prise en compte de ce travail dans le calcul de la pension, d'accès effectif à des aides à domicile apparaissent comme nécessaires.

4.2 Penser l'accès aux soins à partir d'une première ligne forte, au plus près de la population

De façon générale il apparaît indispensable de penser les soins à partir des besoins d'une population vieillissante, de travailler à rendre possible une complémentarité des différents acteurs en définissant les missions et rôles de chacun à partir des besoins de la population.

Il s'agit d'établir une première ligne de soins forte (soins de santé primaire envisagés comme un ensemble de services sanitaires à rendre à la population en proximité). Cela signifie aussi ne plus organiser le système de soins selon les intérêts des opérateurs de soins en concurrence (publics, libéraux, généralistes, spécialistes, médicaux, non médicaux) (Bourgueil 2020).

L'exemple du modèle d'organisation de soin de première ligne danois apparaît comme une piste intéressante. La première ligne de soin est pensée au niveau des municipalités, comme organe administratif de proximité. Pour que ce système fonctionne, il faut néanmoins contrer le grave problème de pénurie de personnel soignant qui sévit partout en Europe.

4.3 Augmenter le nombre de soignant-es pour leur donner la possibilité de réaliser leur travail selon leur code éthique et diversifier les profils

Dans les quatre pays étudiés, la première demande des soignant-es est de pouvoir réaliser leur travail dans une perspective holistique et de care, et d'avoir du temps pour le faire. Pour cela il apparaît important de façon consensuelle :

1. D'améliorer les conditions de travail par la diminution de la charge de travail en soulageant les IRSG et les AS de certains soins, mais aussi en ayant moins de patient-es à prendre en charge.
2. De rendre visible, en tant que travail professionnel, le prendre soin holistique. Il convient de mettre en évidence le travail de soin autonome des soignant-es comme résultat de formations spécifiques et non plus comme un travail essentiellement délégué. Cela rendra les professions soignantes plus attrayantes tant dans les milieux soignants que dans le grand public.

3. De revaloriser la profession d'AS, en leur donnant entre autres une part entière reconnue dans l'équipe soignante et une liste d'actes spécifiques comme il en existe en France et en Espagne, et comme cela commence à s'implanter en Belgique via des formations complémentaires.
4. De développer le travail en collaboration et de déhiérarchiser les acteurs des équipes pluridisciplinaires en reconnaissant les expertises spécifiques de chacun-e, quel que soit leur rôle. Le travail en duo AS-IRSG est aussi une piste importante. L'exemple espagnol montre que ce travail réalisé en binôme augmente la satisfaction des AS et des IRSG.
5. D'octroyer une rémunération adéquate des IRSG et des AS, non plus à l'acte, mais au temps nécessaire pour réaliser les prises en charge holistiques des patient-es, incluant un travail d'accompagnement, de prévention, de promotion de la santé et de réalisation de soins spécifiques.
6. De planifier les horaires de travail longtermes à l'avance pour permettre au personnel de prévoir et d'organiser leur vie privée sans stress inutile.
7. D'augmenter la diversification des profils des soignant-es, depuis l'aide logistique jusqu'au doctorat, en passant par les différentes formes de spécialisation à tous les niveaux et la possibilité de passer d'une formation à l'autre grâce à des passerelles raisonnables, ce qui donnera de belles perspectives d'évolution de carrière (Pays-Bas, Danemark).
8. De favoriser et définir les limites d'un travail autonome sans nécessaire prescription médicale et les prescriptions infirmières comme cela existe aux Pays-Bas.
9. De favoriser et de déterminer le cadre de la téléconsultation infirmière telle qu'elle existe au Danemark.

Les initiatives comme le modèle Buurtzorg aux Pays-Bas et SoHu en France montre clairement que ces propositions sont réalisables. Elles proposent des modèles qui inversent les logiques et un pourcentage plus grand d'hommes y participent. L'autonomie, l'autogestion, le travail en coopération au niveau de l'équipe, mais aussi d'autres acteurs de soins, la reconnaissance locale de la valeur du travail effectué, la reconnaissance politique et économique de ces initiatives et un salaire suffisant font partie des raisons de leur succès, au-delà de spécificités nationales. En Belgique, quelques initiatives sont aussi inspirées du modèle Buurtzorg, souvent à partir de maisons médicales qui ont déjà comme principe de réaliser un travail d'éducation et de promotion de la santé, d'accompagner les patient-es dans leur contexte et selon leurs attentes (par exemple, CitiSen, Zoom Seniors ou encore Senior Solidarité à Bruxelles (Creten & Nève, 2023)). C'est aussi ce type d'initiatives que le fond Dr De Coninck « quartiers solidaires » soutient.

4.4 Soutenir les étudiantes et les étudiants AS et IRSG, orienter les formations en fonction des besoins de la population et veiller à la qualité des stages

De façon générale il apparaît aussi indispensable de penser les formations à partir des besoins de la population et du renforcement de la première ligne de soins, entendue comme des soins de santé primaire de proximité. L'organisation de formations infirmières par le Buurtzorg aux Pays-Bas va dans ce sens.

Comme en Belgique, la question de la reconnaissance professionnelle et scientifique des IRSG est au cœur des propositions issues des formateurs et formatrices en soins infirmiers, des associations professionnelles et des associations étudiantes. La logique de rendre la formation universitaire est considérée comme ce qui permettra une plus grande reconnaissance de la profession infirmière. Cependant, l'universitarisation a tendance à éloigner les IRSG du chevet des patient-es, dans les pays étudiés comme en Belgique.

Nous observons donc deux tendances qui sous certains aspects apparaissent opposées : d'une part des IRSG et des AS qui désirent réaliser leur travail dans une perspective holistique du *care*, au plus près des patient-es et de leur lieu de vie (SoHu, Buurtzorg ,etc.), d'autre part un nombre important d'étudiant-es IRSG issus de hautes écoles qui, en fin d'études, désirent se détacher du chevet de patient-es. La façon dont la formation est pensée est majeure dans cette proximité ou cette distanciation. En Espagne, les étudiantes et les étudiants ont une formation qui donne une grande importance à la première ligne de soin. Dans les dispensaires, les IRSG et AS quand il y en a, ont une place spécifique dans une équipe soignante.

Leur fournir un soutien financier comme cela se fait en France, en Suisse, en Allemagne et d'une certaine façon en Flandres est une proposition qui pourra améliorer l'attraction des études surtout au sein d'une population moins financièrement aisée. Le soutien financier devrait être étendu à tous-tes les étudiant-es soignant-es, AS ou infirmiers, la réalisation des stages représentant souvent un coût important pour ces étudiant-es.

Nombre d'AS aimeraient, non pas devenir IRSG, mais mettre leur formation en perspective avec des possibilités de spécialisations spécifiques et financièrement reconnues (gériatrie, soins intensifs, chirurgie, médecine du travail, santé communautaire, etc.). Ces formations spécifiques existent déjà en Espagne, mais n'y sont pas ou peu financièrement valorisées. Elles pourraient être étendues à tous les pays et obtenir une reconnaissance européenne.

Les AS qui désirent devenir IRSG devraient pouvoir le faire via une passerelle sous forme de crédits acquis par les études et l'expérience comme cela se fait en France. Les infirmier-es formé-es dans des filières techniques devraient pouvoir, comme aux Pays-Bas, obtenir une même reconnaissance et pouvoir effectuer une passerelle raisonnable (1 an) vers un titre de niveau 5 et une possibilité d'accéder aux masters de spécialisation.

Bibliographie

Articles et ouvrages

- Attree, M., Flinkman, M., Howley, B., Lakanmaa, R.-L., Lima-Basto, M., & Uhrenfeldt, L., 2011. "A review of nursing workforce policies in five European countries : Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom*/England.", *Journal of Nursing Management*, 19(6), 786-802. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01214.x>
- Bourgueil, Y., 2020, «Focus », *Les Tribunes de la santé* 13-21. <https://doi.org/10.3917/seve1.066.0013>.
- Carmona M.-J., 2023 , « Une valeur élevée, à prix cassé : le secteur des soins en Espagne », *Equaltimes*, in <https://www.equaltimes.org/une-valeur-elevee-a-prix-casse-le?lang=fr>.
- Célérier, L. & Arfaoui, M., 2021. La start-up comme nouvel esprit de l'action publique : Enquête sur la start-upisation de l'action publique et ses contraintes. *Gouvernement et action publique*, OL10, 43-69. <https://doi.org/10.3917/gap.213.0043>
- Corominas C., 2017, « Raquel Rodríguez Llanos: Las mujeres enfermeras tienen peor salud », in : <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/-las-enfermeras-tienen-una-doble-desigualdad-social-y-de-genero--2529>.
- Creten, A. & Nève, H., 2023, « Vers un nouveau modèle de l'aide à domicile », *Santé conjugulée* n°103.
- Cristofalo, P. & Dariel, O., 2021, « Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile », *Santé Publique*, 33, 527-536. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0527>
- Cristofalo P, Dariel O, Durand V., 2019, « How does social innovation cross borders? Exploring the diffusion process of an alternative homecare, service in France », *J Innov Econ Manag*.
- De Soubeyran, A., Moalic, L, Mme Buet, M. & Kallumanni, M, 2021, *Revue de littérature sur le modèle Buurtzorg. Étude et évaluation des transformations organisationnelles de services à domicile en équipes locales et autonomes*, CNSA, in : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ag2r_revue_de_litterature_sur_le_modele_buurtzorg.d_cx.pdf
- De Vos, J. A., Brouwers, A., Schoot, T., Pat-El, R., Verboon, P., & Näring, G., 2016, « Early career burnout among Dutch nurses : A process captured in a Rasch model » *Burnout Research*, 3(3), 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.06.001>
- De Wijn, A. N., Fokkema, M., & van der Doef, M. P., 2022, « The prevalence of stress-related outcomes and occupational well-being among emergency nurses in the Netherlands and the role of job factors : A regression tree analysis », *Journal of Nursing Management*, 30(1), 187-197. <https://doi.org/10.1111/jonm.13457>.
- Flawinne, X., & Perelman, S. (2021), « Les aidants proches sacrifient-ils leur santé ? » <https://e-publish.uliege.be/50ans/chapter/les-aidants-proches-sacrifient-ils-leur-sante/>
- Finnis, A et al., 2016, « Realising the value. Empowering people, Engaging Communities » *The Health Foundation*. www.realisingthevalue.org.uk; www.health.org.uk/realising-the-value
- Grenier C. & Mossé Ph., 2021, « des formations infirmières mises au défi, comparaison internationale », in, Le Boul Gimbert, V. & Malochet, G. (2012). Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes ? Un tour d'horizon international. *Vie sociale*, 4, 129-145.
- Huercanos Esparza, I., 2010, « El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera », *Biblioteca Lascasas*, en ligne: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>.

- Huércanos Esparza, I., 2012, « El cuidado invisible de la enfermera ». *Archivos de la Memoria*. 2012, en ligne: <http://ciberindex.com/c/am/e9415>.
- Ibáñez, Z. & León, M. (2014). "Early Childhood Education and Care Provision in Spain". In: León, M. (ed.). *The Transformation of Care in European Societies*. Palgrave Macmillan, pp.276-300.
- Janssen, D., Jongen, W., & Schröder-Bäck, P. 2016. The impact of austerity-driven policy reforms on long-term care quality: evaluating the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands using European quality benchmarks. *Journal of Aging Studies*, 38, 92-104.
- Jiménez-Martín S. & Prieto C.V. (2012). The trade-off between formal and informal care in Spain. *Eur J Health Econ*, 13(4), pp. 461-90. doi: <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0317-z>
- Kaschowitz, J., Brandt, M., 2017, « Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach », *Social Science & Medicine*, 2016, 173 (2017), pp. 72-82.
- Kox, J.H.A.M., Groenewoud, J.H., Bakker, E.J.M., Bierma-Zeinstra, S.M.A., Runhaar, J., Miedema, H.S., - Roelofs, P.D.D.M., (2020) Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach, *Nurse Education in Practice*, doi: <https://doi.org/10.1016/>
- Lahidely, M., 2023, « Montpellier : l'école de gériatrie s'ouvre aux proches aidants », *Actusoins*, in : <https://www.actusoins.com/381538/montpellier-lecole-de-geriatrie-souvre-aux-proches-aidants.html>.
- Langlois, G., 2023-a, « Réforme des études infirmières : la contribution de la Fnesi bouscule tout », *ActuSoins*, en ligne : <https://www.actusoins.com/381579/reforme-des-etudes-infirmieres-la-contribution-de-la-fnesi-bouscule-tout.html>.
- Lazzari Dodeler, N. & Tremblay, D-G, 2016, « La conciliation emploi-famille/vie personnelle chez les infirmières en France et au Québec : une entrée par le groupe professionnel », *Revue Interventions économiques*, in : <http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/2700>.
- Meilland, C., 2022, « Pénurie de main-d'œuvre et immigration ultra sélective », *Chronique Internationale de l'IRES*, 178, 24-35. <https://doi.org/10.3917/chii.178.0024>
- Mouzon, C. (2018). Buurtzorg transforme les soins à domicile. *Alternatives Économiques*, 2(376), p. 58.
- Oso, L., 2000, « L'immigration en Espagne des femmes chefs de famille », *Les cahiers du CEDREF* [En ligne], 8-9 | 2000, mis en ligne le 21 août 2009, consulté le 24 novembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/cedref/191>.
- Rosman, S., 2014, « Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des Nurses practitioners néerlandaises », *Recherche et formation*, 76 | 2014, 79-92.
- Polton, D., 2022, « Nouveau Regard sur « Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères ». *Regards*, 60, 120-128. <https://doi.org/10.3917/regar.060.0120>.
- Tenand, M., Hussem, A., Bakx, P., 2020, Encourager le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par des modalités alternatives de financement public ? L'expérience récente des Pays-Bas. (hal-02985777)
- Turabian, J. L., & Pérez Franco, B., 2007, « Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: el modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias ? » *Revista Atención Primaria*, 39(5), 261-264.

Documents de travail et rapports d'études

- Bastin, C., 2021, « le système de santé espagnol », in : <https://alliancesolidaire.org/2022/03/29/le-systeme-de-sante-espagnol/>

- Chauvin F. et Lepeltier D., 2023, « Rapport relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé 2023 -2033, *Collection Avis et Rapports*, https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20230328_strnatdesanconduhauc_ondelasanpub.pdf, consulté le 6 nov 2023.
- Cleiss (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale), 2021, « Le système de santé espagnol », in : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/espagne.html>.
- Cleiss, 2020, « le Système de santé au Danemark », in : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/danemark.html>.
- Cleiss, 2021 « le Système de santé néerlandais » <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/pays-bas.html>
- Cleiss, 2022 « Le régime néerlandais de sécurité sociale (salariés)» https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html
- CRAPS, 2022, Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises., Paris. <https://www.thinktankcraps.fr/wp-content/uploads/2022/05/Livret-Danemark-VF-2405.pdf>
- Croguennec Y., 2019, « Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits », *Études et Résultats*, DREES, n° 1135, décembre.
- De Foucaud, I., 2023, « Les Pays-Bas, royaume de l'autonomie des seniors où il n'y a plus de maisons de retraite », *Challenge Europe du 15 juin 2023*, https://www.challenges.fr/monde/europe/les-pays-bas-royaume-de-lautonomie-des-seniors-ou-il-ny-a-plus-dehpad_858616.
- Eurofound (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail), 2018, Enquête européenne sur la qualité de vie 2016 — Qualité de vie, qualité des services publics et qualité de la société, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2018, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/fourth-european-quality-of-life-survey-overview-report>
- European commission, European observatory on health systems and policies, 2021, *State of Health in the EU · France · Profil de santé par pays 2021*, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_fr_french.pdf
- European commission 2021b., *State of Health in the EU · Belgique · Profils de santé par pays 2021*, in : https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_be_french.pdf
- Eurostat, 2019, « Pourquoi les gens travaillent-ils à temps partiel ?», (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190918-1>)
- Ferrús Estopà, L., Gutiérrez Martí, R., Sanchez Rueda, G., 2023, *Prioritats i expectatives professionals de les estudiants del grau en infermeria a catalunya*, ed. Fudació Salut i eveliment, UAB.
- Fournier, V., Bézagu, Ph., & al., 2022, « Rapport Igas N°2022-030r/Igesr N°21-22 275a, Évolution de la profession et de la formation infirmières », Inspection générale des affaires sociales (IGAS), in https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-030r_-_rapport_infirmiere.pdf
- Galbany, P., 2023, PP de présentation lors du colloque « par-dessus les épaules des stagiaires », UCLouvain.
- HAS, 2021, *Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs*, in : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf.
- Institut Montaigne, *Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel*, rapport février 2023. https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/rapport_virage_ambulatoire_virage_domiciliaire_fra_n%C3%A7ais_120x165%20%284%29.pdf

- Lahidely, M., 2023 « Montpellier : l'école de gériatrie s'ouvre aux proches aidants » *Actusoins*, in : <https://www.actusoins.com/381538/montpellier-lecole-de-geriatrie-souvre-aux-proches-aidants.html>.
- Luthereau, A., 2018-a, « amélioration des conditions de reclassement des aides -soignants », *Actusoins*, <https://www.actusoins.com/304514/plan-sante-2022-amelioration-des-conditions-de-reclassement-des-aides-soignants-une-mesure-suffisante.html>.
- Luthereau, A., 2018-b, « Plan Santé 2022 : redéfinition du référentiel formation des aides-soignants », *actusoins*, <https://www.actusoins.com/303808/plan-sante-2022-redefinition-du-referentiel-formation-des-aides-soignants-reactions-du-cefiec.html>https://www.conference-rhin-sup.org/fr/sante/telechargements.html?file=files/assets/Gesundheitspolitik/docs_fr/Publications/Etude%20sur%20le%20manque%20en%20personnels%20qualifies%20dans%20le%20secteur%20de%20la%20sante%20dans%20le%20Rhin%20superieur.pdf.
- MACSfn, 2023, Infirmières : les chiffres clés de 2022, L'équipe éditoriale MACSf, <https://www.macsf.fr/actualites/infirmieres-chiffres-cleset>
- Medelse, 2022, Pénurie de soignants : quelles sont les causes et solutions in : <https://www.medelse.com/actualites/penurie-de-soignants-causes-et-solutions/>.
- Pora, P. 2023, « Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière », *études et résultats*, DREES, n° 1277, publié le 24/08/2023. in : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/pres-dune-infirmiere-hospitaliere-sur-deux>.
- Rodríguez Rodríguez, P., Ramos Feijóo, C., García Mendoza, A., & al., 2017, la atención en domicilios y comunidad, a personas con discapacidad y personas mayores, Guía de innovación según el Modelo AIC, Guías de la Fundación Pilares para la autonomía personal - N° 2, en ligne: <https://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-guia02-domicilios-comunidad-2017.pdf>.
- Simon M., 2023, « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 1266, mai.
- Statistics Netherlands, 2019, « Zorg; werkgelegenheid, beroepen in zorg en welzijn, zorgaanbieders [Care; employment, occupations », in: *care and welfare, care providers*]

Sites internet et articles de presse en ligne

- Site internet de l'organisation DaneAge, <https://www.aeldresagen.dk/in-english>
- Apolitical, 2018, <https://apolitical.co/solution-articles/fr/pas-de-gestionnaires-sans-bureaucratie-comment-les-pays-bas-ont-ameliore-les-soins-pour-moins>.
- Actusoins, 2019, <https://www.actusoins.com/321473/aides-soignants-de-moins-en-moins-de-candidats-a-lentree-en-formation.html>.
- BBC, Anna Holligan, 2023, <https://www.bbc.com/news/world-europe-67526768>.
- Diplomatie du gouvernement français, 2018, https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/2018_10_pays-bas_fiche_curie_es_cle4c63c1.pdf.
- Educaweb, 2023, <https://www.educaweb.com/estudio/titulacion-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>.
- Eurostat 2019, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10246902/3-22112019-AP-FR.PDF/36cd7593-d608-0b26-74e3-133f73b930cf>.

- [Expat.com, 11 novembre 2023, "Infirmiers : ces pays ont besoin de vous !"](https://www.expat.com/fr/expat-mag/8387-quels-sont-les-pays-qui-tentent-de-recruter-des-infirmiers-etranagers.html)
- [Fonds Dr De Coninck, 2020, « quartier solidaires »,](https://kbs-frb.be/fr/zorgzame-buurten-minder-mazen-meer-net)
- [IEFS, Instituto Español de formadores en salud, Fuga de enfermeras en España, ed. 23 avril 2023,](https://iefs.es/fuga-de-enfermeras-en-espana/)
- [Infirmier.com, 2016,](https://www.infirmiers.com/profession-ide/actualite-sociale/hausse-significative-des-indemnites-de-stage-pour-les-esi) paru le 28/07/2020.
- [Infirmier.com, 2023, « le déroulement des études en soins infirmiers »,](https://www.infirmiers.com/etudiants/admission-et-cursus-en-ifsil/le-deroulement-des-etudes-en-soins-infirmiers)
- [La Tribune, édition du 26 Mai 2022, « Pénurie de soignants dans les hôpitaux : le gouvernement promet des mesures avant l'été », in:](https://www.latribune.fr/economie/france/penurie-de-soignants-dans-les-hopitaux-le-gouvernement-promet-des-mesures-avant-l-ete-919296.html)
- [Le monde international, 2022,](https://www.lemonde.fr/international/article/2022/07/27/crise-des-systemes-de-sante-en-europe-la-grande-penurie-de-soignants_6136283_3210.html)
- [Le Monde, Anne-Françoise Hivert, 23 février 2022, "Le Danemark en mal de main-d'œuvre étrangère"](https://www.lemonde.fr/economie/article/2022/02/23/le-danemark-en-mal-de-main-d-oeuvre-etrangere_6114916_3234.html)
- [New York Times, Marlise Simons, 31 octobre 2000, "Family Doctors In Netherlands Stage a Protest"](https://www.nytimes.com/2000/10/31/world/family-doctors-in-netherlands-stage-a-protest.html)
- [OCDE, 2023, Données, in:](https://data.oecd.org/fr/healthres/titulaires-d-un-diplome-d-infirmiere.htm#indicator-chart)
- [Opalsolutions, « L'exode des infirmiers en France et en Belgique : comment remédier à la pénurie ? »](https://opalsolutions.be/fr/exode-infirmiers-remedier-penurie-belgique-france-solutions/)
- [Ségur de la santé, 2021, Ministère français de la Santé et de la prévention, in:](https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions#:~:text=19%20milliards%20d'euros%20d,de%20la%20sant%C3%A9%20des%20Fran%C3%A7ais)
- [SNPI, 2023, Pénurie de soignants, SOS hôpital,](https://www.syndicat-infirmier.com/Penurie-de-soignants-SOS-hopital.html)
- [SOS EHPAD, 2023, « Pays-Bas, une révolution silencieuse pour le bien-être des seniors », in:](https://sosehpads.com/pays-bas-une-revolution-silencieuse-pour-le-bien-etre-des-seniors/6142/)
- [CRAPS, 2022, « Le Danemark : Les enseignements d'une réforme aboutie »,](https://www.thinktancraps.fr/sante-le-danemark-les-enseignements-d-une-reforme-aboutie/)
- [Vlaemÿnck, F., 2017, « À travail égal, salaire \(toujours\) inégal », Espace infirmier.fr, in:](https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170307-a-travail-egal-salaire-toujours-inacgal.html)
- [World Health Organization 2022, « Rapport dans la Région européenne de l'OMS sur la base des données disponibles fournies par les pays en 2022 », *Health and care workforce in Europe : time to act.* Copenhagen,](https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339)

Annexe

Les systèmes de sécurité sociale en Europe.

Il n'existe pas de sécurité sociale européenne ni de politique européenne de la santé, mais des propositions stratégiques et un devoir de coopération³⁷. Les dispositions du traité sur l'Union européenne n'ont pas introduit de caractères normatifs en matière de santé pour répondre à des thématiques convergentes parmi les États membres. Les stratégies de l'UE en santé sont discutées au niveau de la Commission européenne. Elles sont essentiellement orientées vers la protection de la santé publique, la mobilité des patient-es et la mobilité du personnel. L'organisation des soins de santé reste un domaine qui relève avant tout de la compétence de chaque État membre et les disparités sont grandes entre les pays. Considérer l'assurance maladie comme un problème domestique à chaque État est néanmoins réducteur, l'Union européenne pouvant compléter leur action. Elle dispose d'une marge de manœuvre limitée, qui tend cependant à s'élargir face aux défis sanitaires mondiaux tels que la pandémie de COVID-19. Au-delà de la crise sanitaire que nous avons traversée, l'ensemble des États membres se heurtent aussi aux mêmes défis : vieillissement de la population, augmentation constante des coûts liés à une qualité des soins plus élevés, un manque chronique de personnel soignant, la nécessité de maintenir la part d'investissements publics à un niveau compatible avec la concurrence internationale.

L'UE promeut une méthode ouverte de coordination pour favoriser la mise en œuvre des réformes relatives à l'assurance maladie avec un symbole fort, depuis le 1er juin 2004 : la concrétisation de la carte européenne d'assurance maladie (Garabiol, 2006).

Le champ d'intervention de l'UE en matière de santé est précisé dans l'article 168 traitant de son fonctionnement (TFUE) :

- Amélioration de la santé publique ;
- Information et éducation en matière de santé ;
- Prévention des maladies et des causes de danger pour la santé physique et mentale ;
- Lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ;
- Surveillance, alerte et lutte contre les menaces transfrontières graves sur la santé
- Réduction des effets nocifs de la drogue sur la santé (Gaillard & Palluet, 2022).

La construction européenne favorise l'amélioration des systèmes de protection sociale européens sans que ceux-ci ne soient harmonisés. Il existe toujours une variation de l'importance donnée aux différents risques selon les pays. Selon les données d'Eurostat, en 2017, les dépenses de protection sociale dans l'Union européenne (UE) étaient de 29% du PIB. Mais cette moyenne de l'UE masque de fortes disparités entre les États membres, même s'ils sont confrontés aux mêmes défis qui

³⁷ Article 152 du traité de Nice.

réclament des réponses convergentes. En 2017, ces dépenses s'élevaient à 34% du PIB en France, 32% au Danemark, 29% aux Pays-Bas et seulement 23,4 en Espagne, bien en dessous de la moyenne européenne. La Roumanie était le pays au pourcentage de PIB le plus bas investi pour la protection sociale (14%).

Les systèmes de protection sociale des différents États membres de l'UE sont influencés par leur histoire spécifique et les choix nationaux qui sont à leur origine. Trois modèles types sont à l'origine des différents systèmes de sécurité sociale présents dans l'UE.

Les modèles de sécurité sociale dits "beveridgiens" sont mis en place après de la Seconde Guerre mondiale. Ce sont des systèmes nationaux de solidarité face aux risques sociaux. Ils sont fondés sur le droit inconditionnel des citoyen-nes, quels qu'ils soient, à la protection en ce qui concerne des besoins jugés normaux. Ils sont ouverts et généralisés à toute la population. Ces systèmes sont financés par l'impôt sans lien proportionnel avec les cotisations sociales. Ils sont gérés par un service public sous la responsabilité d'un ministère. Le budget est voté par le Parlement, qui en assure le financement. Ils existent de façon centralisée au Royaume-Uni, en Irlande, en Finlande, en Suède et au Danemark et de façon décentralisée (régionalisée) en Italie, Grèce, Espagne et Portugal (Senn, 2006).

Les modèles de protection sociale dits « bismarckien » apparaissent en Europe à la fin du XIX^e siècle en réaction à l'apparition d'une misère ouvrière importante et du développement de risques sociaux liés à l'industrialisation (accidents du travail, maladie, chômage, etc.) Leur principe est une solidarité professionnelle face aux risques sociaux. La protection sociale est limitée à ceux qui s'ouvrent des droits à prestation par leur travail. Elle est financée par des cotisations sociales proportionnelles aux salaires de façon paritaire par les employeurs et les salarié-es. Ces modèles sont à l'origine des systèmes de santé allemand, belge, français, luxembourgeois, danois, autrichien et néerlandais³⁸ (Europaong 2016). Sous l'effet conjugué d'un chômage important, d'une volonté des législateurs d'instaurer une égalité entre tous et toutes les citoyen-nes d'accès aux soins et de logiques libérales, la plupart de ces systèmes ont évolué dans le sens d'une plus grande intervention de l'État via des fonds publics pour permettre l'instauration d'une couverture maladie universelle (CMU) déconnectée de la notion de travail. Les cotisations sont désormais uniformisées. Les caisses d'assurances sont mises en concurrence et généralement laissées au libre choix tant aux travailleur-ses qu'aux employeurs, sauf lorsqu'il s'agit de la fonction publique (Senn, 2006).

Les modèles inspirés du modèle socialiste de service national de santé, préconisé par le Dr Semashko, ministre de la Santé de l'URSS dans les années vingt. Il concerne les pays qui ont appartenu à l'URSS. Souvent sous-financés, ces modèles sont caractérisés par une forte centralisation des activités de santé, un financement public, des services sanitaires entièrement dirigés par l'État, et la prédominance de l'hôpital au détriment des soins primaires. Dès la chute du Mur de Berlin, les huit pays de l'ex-URSS qui ont intégré l'UE s'éloignent de ce modèle pour se référer

³⁸ Cette formule fut reprise par l'Autriche (1888), le Danemark (1891) et la Belgique (1894). Dès 1945, le principe des assurances sociales obligatoires est généralisé à tous les travailleurs, salariés ou non et à leur famille proche (sauf en Allemagne).

au système bismarckien articulé autour de caisses d'assurance maladie (Duriez & Lequet-Slama 2004 ; Gabriol, 2006).

Chacun de ces modèles présente des avantages et des failles : soit la maîtrise des coûts est assurée au détriment de la qualité des soins, soit, à l'inverse, la priorité donnée à la qualité des soins se fait au détriment de l'équilibre budgétaire. Dans les pays de l'Europe Centrale et de l'Est, il existe un "marché gris", qui consiste en un supplément de rémunération pour obtenir des soins de qualité ce qui, de facto, crée un différentiel d'accès. Dans l'ensemble de l'Europe, une tendance au développement d'une médecine privée dont le prix est à charge totale des patients se développe, créant au sein de la population un différentiel d'accès et de qualité des soins en fonction des capacités économiques (Senn, 2006).

De manière générale, les systèmes de protection sociale des pays européens ont des modes de financement et d'accès qui restent différents, même si des convergences se construisent pour tendre vers un accès universel à la santé au sein de l'UE. Ils prennent des formes diverses et résultent souvent d'une combinaison particulière des principes bismarckiens et beveridgiens, reflétant les particularismes économiques et sociaux nationaux. On retrouve toutefois toujours les quatre grands risques : maladie, vieillesse, chômage, famille.

En ce qui concerne l'organisation de l'assurance maladie, l'assuré ne paie presque jamais directement son médecin (sauf en Belgique, Irlande, Luxembourg, Suède et France). L'assurance maladie ne couvre en général pas l'entièreté du coût de soins et l'assuré doit participer aux frais médicaux.

Les pays d'Europe du Nord et tous les pays s'étant dotés récemment d'un système de protection sociale (Italie, Espagne, Portugal, Grèce) ont choisi un système de sécurité sociale. Seules l'Allemagne, la France, la Belgique et l'Autriche ont fait le choix d'un système d'assurance sociale. Une assistance sociale existe dans presque tous les pays pour pallier les dysfonctionnements et aux insuffisances des systèmes obligatoires (Europaong, 2016). Des différences importantes existent aussi dans l'organisation générale et les modes de financement des systèmes de protection sociale. Si en moyenne dans l'Union européenne, les cotisations sociales (salariales et patronales) représentent 60,9% du financement, contre 35,4% pour les impôts, en Belgique, en Espagne, en France et en Allemagne, la part du financement par cotisations sociales est plus élevée et atteint plus de 65%. Au Danemark et en Irlande, par contre, le financement est majoritairement par l'impôt avec un taux de plus de 60%.

Dans tous les pays, la tendance est à l'augmentation des contributions publiques et à la diminution des cotisations sociales, principalement en raison de politiques de lutte contre le chômage par la baisse des prélèvements sur le travail (Garabiol 2006). De grandes disparités existent aussi entre les pays lorsque l'on considère les dépenses de protection sociale par habitant, exprimées standards de pouvoir d'achat (SPA). Les dépenses par habitant les plus élevées sont enregistrées au Grand-Duché de Luxembourg. En ce qui concerne les 4 pays étudiés et en comparaison de la Belgique, le Danemark a les dépenses de protection sociale les plus élevées en termes de standard de pouvoir d'achat (11,7 SPA), suivi des Pays-Bas (11 SPA), puis de la France (10,8 SPA), puis de la

Belgique (10 SPA). L'Espagne affiche un chiffre nettement inférieur (6,2 SPA) ce qui peut partiellement expliquer son manque de moyen pour améliorer l'accès aux services de santé.

Colophon

Étude finalisée janvier 2024.

EDITEUR RESPONSABLE

Michel Pasteel, Directeur de l'Institut pour l'égalité des femmes et hommes

INSTITUT POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES

Place Victor Horta 40
B-1060 Bruxelles
T +32 2 233 44 00

egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be

iqvm-iefh.belgium.be

Les fonctions, les titres et les grades utilisés dans cette publication font référence aux personnes de tout sexe ou toute identité de genre.

Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.



Institut pour l'égalité
des femmes et des hommes

igvm-iefh.belgium.be

Place Victor Horta 40
1060 Bruxelles
T +32 2 233 44 00
egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be

.be