Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)

Ce que fait le capitalisme à la médecine hospitalière

Enquête sociologique sur le système de santé belge à la lumière des médecins qui quittent l'hôpital

Auteur : Charles Suttor-De Bodt
Promoteur : Professeur Sebastián Pérez Sepúlveda
Lectrice : Professeure Isabelle Ferreras
Année académique : 2025-2026
Master en sociologie et anthropologie (SOCA2M1)

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au **Code de déontologie pour les étudiant·es en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses** et savoir que le plagiat constitue une faute grave**. »**

« La mort de l'empathie humaine est l'un des premiers signes et le plus révélateur d'une culture sur le point de sombrer dans la barberie »

Hannah Arendt

« Il faut allier le pessimisme de la raison à l'optimisme de la volonté »

Antonio Gramsci

REMERCIEMENTS

Merci à toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce travail de fin d'étude.

Je tiens à remercier mon promoteur, le Professeur Sebastián Pérez Sepúlveda, pour son encadrement et ses conseils avisés.

Je souhaite remercier tout·e·s les participant·e·s qui ont accepté de partager leur expérience lors des entretiens. Merci pour les partages sincères et la richesse des échanges.

Enfin et surtout, merci à Valérie, Patrick, Jeanne, Camille et Eléonore pour tout le soin et l'amour que vous me portez. Sans vous, ce travail n'aurait tout simplement pas été possible.

ABSTRACT

Introduction : Le système hospitalier belge traverse une crise structurelle que l'on peut lire à travers les trajectoires de certains médecins qui choisissent désormais de quitter l'hôpital. L'enquête vise à analyser, par une approche pragmatique, l'influence des dynamiques socio-économiques sur l'expérience professionnelle de ces médecins, dans le but de proposer des pistes d'alternatives à visées émancipatrices.

Méthodologie : Suite à un recrutement par échantillonnage raisonné, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de six médecins ayant décidé de quitter l'hôpital. Les données récoltées ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive afin d'éviter d'imposer des catégories de pensée trop restreintes aux enquêtées.

Résultats : Les résultats révèlent des tensions professionnelles majeures influencées par l'organisation du travail hospitalier. Le rapport au travail du soin hospitalier, les relations avec les patient·e·s mais également entre soignant·e·s s'avèrent être largement impactées par les processus socio-économiques structurant l'hôpital. Si ces tensions ne justifient pas toujours explicitement les départs, les choix de reconversion sont marqués par une conception du soin et une organisation des pratiques alternatives.

Discussion : La discussion retrace d'abord la construction historique et sociale du pouvoir médical pour saisir comment les logiques économiques reconfigurent aujourd'hui ce pouvoir. Elle examine ensuite la réforme hospitalière belge 2026-2036 à la lumière des expériences recueillies, révélant la colonisation du monde vécu et la contradiction sociale qui en découle. Enfin, sans prétendre parler à la place des médecins enquêtées, elle esquisse, à partir de leurs trajectoires, les traits d'une médecine émancipée du capital et de l'État.

Conclusion : Cette recherche montre comment la rationalité économique capitaliste recompose le travail hospitalier et le pouvoir médical, en dialogue avec la réforme belge 2026-2036. Sur base des trajectoires des médecins enquêtées, elle esquisse une autre conception du soin : pensé comme base commune de santé, principe d'action émancipateur, et fondement d'une démocratisation directe des institutions de santé.

Mots clés : Médecine, capitalisme, néolibéralisme, soin, bifurcation, émancipation, travail.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 4

ABSTRACT 5

TABLE DES MATIERES 6

1 INTRODUCTION 8

1.1 La crise du système hospitalier belge 8

1.2 Une crise globale du soin 9

1.3 Capitalisme, rationalité économique et soin 10

1.4 La contradiction sociale du capitalisme 11

1.5 Approche pragmatique du capitalisme par le travail du soin 12

1.6 La réforme hospitalière 2026-2036 : *Changer pour préserver* 14

2 METHODOLOGIE 15

2.1 Comprendre le monde et en faire l'expérience 15

2.2 Le type d'analyse 15

2.3 L'échantillonnage et le recrutement 16

2.4 Le recueil et l'analyse des résultats 16

2.5 Les données socio-professionnelles 17

2.6 Note sur l'usage de l'écriture inclusive 18

3 RESULTATS 19

3.1 L'engagement en médecine hospitalière 19

3.1.1 La construction d'une vocation 19

3.1.2 L'hôpital comme espace d'expression de la vocation médicale 20

3.2 Les expériences relationnelles à l'hôpital 21

3.2.1 Les relations avec les patients 21

3.2.2 Les relations entre soignants 24

3.2.3 L'articulation de la vie privée à la vie professionnelle 25

3.3 La pratique hospitalière du soin 27

3.3.1 La performance instituée 27
3.3.2 La bureaucratisation 29
3.3.3 La rationalité économique 31

3.4 Les bifurcations professionnelles 32
3.4.1 L'épreuve du départ 32
3.4.2 Révolutions du soin 34

4 DISCUSSION 36

4.1 La remise en cause de la pratique hospitalière du soin 37
4.1.1 La professionnalisation comme processus socio-historique 37
4.1.2 La (re)configuration du pouvoir médical 38

4.2 Une conception du soin aux logiques capitalistes 42
4.2.1 Le rôle omnipotent de l'État 42
4.2.2 Le devenir capitaliste du monde vécu 45
4.2.3 Le déni de la démocratie 46

4.3 L'émancipation collective par le travail du soin 47
4.3.1 Une alternative désirable et réalisable 47
4.3.2 La santé comme base commune 48
4.3.3 Le pragmatisme soignant comme principe d'action 49
4.3.4 La démocratie directe comme revendication 50

5 CONCLUSION 52

BIBLIOGRAPHIES 54

ANNEXES 58

Guide d'entretien 58

1 Introduction

1.1 La crise du système hospitalier belge

« En fait, on est sur le Titanic, le navire est en train de couler, et nous, on fait de la musique jusqu'à la fin. Moi je n'ai pas envie d'être le musicien qui joue jusqu'à ce qu'il se noie ». La situation que décrit Patrick, ancien médecin urgentiste, est celle du système hospitalier belge. Pris dans un cadre budgétaire toujours plus contraint et soumis à des réformes organisationnelles successives, le monde hospitalier semble au bord du naufrage. En novembre 2025, le rapport annuel MAHA annonçait une « forte zone de turbulence » à venir dans le secteur hospitalier : en raison du manque de performance financière, plus des trois quarts des 80 hôpitaux généraux belges se trouvent en situation de fragilité structurelle[1], laissant présager une intensification de la pression exercée sur le travail du soin. Or, alors même que les capacités d'accueil se restreignent – d'après le SPF Santé Publique, entre 2021 et 2022, le nombre de lits fermés oscillaient entre 5,4% et 11% – l'activité hospitalière, elle, ne cesse de croître[2], contraignant les soignants et les soignantes à en absorber les effets, souvent au prix de leur propre épuisement. En témoignent le taux d'absentéisme record – 12,3% du personnel soignant en 2025, dont 4,5% sont des absences de longue durée[3] – et les risques psychosociaux auxquels ces travailleurs sont exposés : une enquête nationale menée entre janvier et mars 2025 a en effet révélé que 12,5% du personnel hospitalier est à risque de burn-out[4]. À cela s'ajoutent les nombreux emplois vacants au sein du personnel soignant (1 756 postes vacants en 2024)[5], ainsi que la dégradation des conditions de travail : seule la moitié des soignants envisage de rester à leur poste jusqu'à la retraite et 69% des soignants et soignantes estiment que leur travail a des répercussions négatives sur leur vie privée[6].

Cette crise du système hospitalier ne se manifeste pas uniquement au travers des indicateurs financiers et des statistiques organisationnelles ; elle se lit dans les trajectoires professionnelles des soignants et soignantes qui, comme Patrick, choisissent désormais de quitter l'hôpital. Alors

[1] Analyse MAHA 2025 – La santé financière du secteur hospitalier belge
[2] *Ibid.*
[3] *Ibid.*
[4] Enquête nationale Be.well.pro (janvier-mars 2025)
[5] Analyse MAHA 2025 : *op. cit.*
[6] Enquête Be.well.pro : *op. cit.*

que certains médecins constatent cette évolution depuis quelques années[7], le phénomène reste peu évalué. Ce déficit de connaissance est reconnu dans la presse professionnelle ; en août 2025, la revue d'actualité médicale belge *Le Spécialiste* titrait : « Départs des médecins : des chiffres en panne, un système aveugle »[8]. Pour Michèle Yerna, cheffe de service des urgences en région liégeoise, le constat est sans appel : la médecine hospitalière ne fait plus rêver[9]. Si ce constat semble partagé par les acteurs de terrain, les raisons qui conduisent certains médecins à quitter l'hôpital sont peu étudiées, y compris en sciences humaines (Garcia et al, 2025). C'est précisément cette question que cette recherche entend explorer.

1.2 Une crise globale du soin

La situation hospitalière ne peut être réduite à une succession de dysfonctionnements organisationnels ou à une crise budgétaire conjoncturelle. Elle s'inscrit dans une transformation plus profonde des rapports entre État, marché et santé qui accompagne le développement du capitalisme. La philosophe politique Barbara Stiegler (2019) montre que le marché capitaliste n'est pas conçu comme un ordre spontané mais comme un projet politique nécessitant une intervention active de l'État. Les réformes néolibérales et les politiques d'austérité prennent place dans ce monde où individus et institutions doivent être continuellement adaptées aux flux de la concurrence marchande mondialisée. Dans le domaine de la santé, cette orientation se traduit notamment par une maîtrise du budget, une rationalisation organisationnelle et une quête de performance dans le but de « limiter les dépenses en santé et accroitre les recettes des hôpitaux » (Cousin, 2019 ; p. 36).

En cherchant continuellement à accroître l'accumulation de valeur par l'efficacité économique, le capitalisme tend à fragiliser les activités et les institutions qui assurent la reproduction de la vie sociale. Le système de santé en offre une illustration éclairante, au même titre que l'exploitation des forces naturelles : dans les deux cas, le capitalisme prélève sur des conditions qui lui permettent d'exister. À bien des égards, la pandémie de Covid-19 constitue un moment de vérité où ce caractère autodestructeur s'est dévoilé avec une évidence brutale. La situation sanitaire a révélé les conséquences de la rencontre entre dégradation écologique, inégalités

[7] Voir par exemple l'opinion de Pierre Dielsma paru le 22/02/2024 dans Mediquality, ou encore le tract de Stéphane Velut paru chez Gallimard en janvier 2020.
[8] Voir Le Spécialiste : « Départ des médecins : des chiffres en panne, un système aveugle » paru le 25 août 2025.
[9] Voir Alteréchos : « Les médecins étrangers, roues de secours du système de santé » paru le 02 février 2025.

sociales et fragilisation des institutions de santé – une convergence qui donne à voir la crise profonde de notre capacité à prendre soin.

1.3 Capitalisme, rationalité économique et soin

Le capitalisme est un mode de production économique qui suppose une division de classe entre propriétaires et producteurs. Les premiers possèdent les moyens de production – les entreprises – alors que les seconds fournissent la force de travail en échange d'une rémunération ou d'un salaire. Ce rapport social, permis par la propriété privée des moyens de production, engendre la création et l'accumulation continue de valeur (Marx, 1867). En d'autres termes, l'accroissement du capital découle de la non-rémunération d'une partie du temps de travail des producteurs et est, en ce sens, le fruit de l'exploitation du travail. La philosophe Nancy Fraser (2022) élargit cette conception en s'interrogeant sur ce qui la rend possible. Elle met ainsi en évidence l'importance des conditions extra-économiques nécessaires à la production capitaliste, c'est-à-dire « les formes d'approvisionnement, de *care* et d'interactions qui créent et font perdurer les êtres humains et les liens sociaux » (Fraser, 2022 ; p. 27). Les mécanismes de reproduction sociale constituent de la sorte une condition d'arrière-plan indispensable à la production des marchandises.

Nancy Fraser met en avant le concept de *care* dans ces mécanismes reproductifs. Issu de la littérature en psychologie, notamment des travaux de Carol Gilligan (1982 [2008]), le *care* est largement marqué par une dimension éthique et morale. Il peut être défini comme le souci de l'autre au sens large ; une forme de sensibilité à autrui centrée sur sa vulnérabilité (Brugère, 2011 [2025]). Pour Fraser, il englobe les activités de soin, d'éducation, de cuisine, de ménage et de soutien émotionnel nécessaires pour élever et faire vivre les individus. J'utilise la notion de « soin » comme une dimension particulière du *care*, davantage sociologique que psychologique. Le soin est une pratique exercée par des individus et qui nourrit les interactions, les relations et les rapports sociaux. Il fait partie intégrante du « monde vécu[10] » au sens où il constitue, selon la formule de Barreau (2026), « un vers-l'autre qui abolit tout rapport de domination ». Le travail du soin, et particulièrement sa forme hospitalière, sera étudié dans cette recherche.

[10] Le monde vécu correspond au monde informel, non administré et non marchand de la vie sociale.

Avec l'avènement du néolibéralisme dans les années 70 et 80, le capitalisme se mue en une nouvelle forme qui requiert l'implication active de l'État. Le désenchantement du monde (Weber, 1919) s'intensifie et le champ de la santé se voit progressivement colonisé par une dynamique de rationalisation fondée sur le calcul et l'efficacité. Habermas (1981) décrit cette colonisation comme une menace pour les ressources du monde vécu qui viennent à disparaitre, aspirées par les logiques du système capitaliste. Ainsi, la rationalité économique capitaliste fonctionne selon une logique instrumentale qui vise à tirer profit, en calculant les moyens les plus efficaces pour atteindre une fin qui, elle, n'est jamais mise en question. Ce processus s'accompagne d'un phénomène de bureaucratisation fondé sur l'autorité légale-rationnelle, l'impersonnalité des règles, la compétence technique et une hiérarchie stricte, garantissant l'efficacité maximale et l'élimination de l'arbitraire. Si « le capitalisme requiert la bureaucratie » (Weber, 1922, cité par Laurens 2021) c'est parce que les administrations ne sont pas un simple appareil au service de l'économie : elles participent activement à la structuration du champ économique dans la vie sociale (Laurens, 2021). L'hôpital et le travail du soin se voient alors progressivement alignés avec les intérêts capitalistes d'accroissement du capital.

1.4 La contradiction sociale du capitalisme

La crise du soin évoquée plus haut et la tendance générale qu'a le capitalisme de nuire à ses propres conditions d'existence forment une contradiction, appelée la contradiction sociale du capitalisme par Fraser (2022). En effet, le travail du soin permet la reproduction sociale qui permet elle-même la production économique capitaliste. Autrement dit, il n'y a « pas d'accumulation de valeur sans un travail de soin pour le monde et pour les choses dont le capital dépend » (Guilibert, 2023 ; p. 76). Historiquement, le travail du soin a été réalisé pour l'essentiel par des femmes et des personnes racisées. L'appropriation capitaliste de ces deux types de travail – domestique et servile – a toujours été nécessaire pour permettre le travail exploité (Fraser, 2022). Aujourd'hui, l'hôpital constitue l'une des principales institutions où s'organise le travail du soin et, avec le développement du capitalisme, il devient également un domaine privilégié pour permettre l'accumulation de valeur. Reste alors à comprendre comment cette orientation macro-sociale transforme concrètement les institutions et les pratiques instituées du soin.

Cette dynamique peut être interprétée, à la suite de Habermas (1981), comme une « colonisation du monde vécu par le système », c'est-à-dire un envahissement de la rationalité économique

capitaliste sur les autres formes de rationalité présentes au cœur de la vie sociale. À l'hôpital, les pratiques évoluent progressivement d'un mode de coordination basé sur le savoir et la compétence médicale vers des mécanismes fondés sur la performance financière et la coordination des activités. Cette perspective invite à considérer les bifurcations professionnelles des médecins comme des points d'observation privilégiés des transformations que traverse aujourd'hui l'hôpital.

Ces trajectoires professionnelles peuvent être comprises comme le symptôme micro-social d'une maladie macro-sociale, ou structurelle. Plus précisément, il s'agit d'une situation de rupture où l'idéal de pensée se confronte à la réalité éprouvée (Bessin et al, 2009). En ce sens, elle tient le milieu entre l'acteur et le système. Comme l'écrivait Balandier (1988) « l'idée de bifurcation (...) permet de situer des points de liberté, d'identifier des possibles ». Des possibles certes incertains, marginaux, ou imprévisibles, mais qui débouchent parfois sur des changements de plus ou moins grande ampleur (Grossetti et al, 2009). En prenant comme objet d'étude les bifurcations professionnelles des médecins, il est donc question de transformation sociale.

1.5 Approche pragmatique du capitalisme par le travail du soin

Cette recherche s'inscrit dans une perspective héritée de John Dewey (1927) qui rejette délibérément un point de vue surplombant sur les acteurs. L'enjeu n'est donc pas de réaliser une analyse macrosociologique du capitalisme mais de comprendre comment des logiques institutionnelles prennent forme, sont appropriées ou contestées dans les situations concrètes de travail. La société est comprise comme un ensemble de relations, de chaines d'interactions et des associations d'associations (Dewey, 1927), faisant émerger des formes relativement stabilisées d'organisation sociale. Ce travail conduit ainsi à considérer que le capitalisme n'est pas une structure extérieure aux acteurs mais un ordre social non seulement reproduit, mais aussi ajusté et parfois contesté dans les pratiques ordinaires. De la sorte, le paradoxe socio-reproductif décrit par Fraser (2022) peut être appréhendé comme une tension qui se manifeste concrètement dans les pratiques hospitalières. Dans cette perspective, le processus de colonisation du monde vécu par la rationalité économique (Habermas, 1981) ne demeure pas

abstrait : il prend corps dans le travail hospitalier chargé d'assurer la reproduction sociale[11]. Ces cadres théoriques ne sont pas mobilisés comme des structures explicatives à vérifier, mais comme des concepts sensibilisants permettant d'interpréter les tensions telles qu'elles se donnent à voir dans l'expérience des acteurs.

Pour appréhender la rationalité économique, Cousin (2019) propose de la considérer comme une composante du travail hospitalier et d'analyser comment les médecins s'en préoccupent. Dans ce travail, il s'agira de saisir comment cette rationalité intervient dans l'organisation des pratiques de soin, et d'évaluer comment elle est susceptible d'affecter le rapport au travail hospitalier. Cette rationalité économique se conçoit à travers les notions d'optimisation, de performance, d'efficience et de rentabilité (Cousin, 2019). Ces catégories sont intégrées dans les modes de gestion hospitaliers, notamment sous l'effet des réformes qui renforcent les exigences d'efficience, de maîtrise budgétaire et d'évaluation des performances. Cette approche donne au système capitaliste une matérialité permettant de la concevoir du point de vue du travail.

Cette recherche fait l'hypothèse que la rationalité économique capitaliste transforme les pratiques de la médecine hospitalière et produit des tensions avec les conceptions qu' ont les médecins de leur pratique. **Ces médecins ne participent pas aux prises de décision liées à ces transformations, ce qui entraine une perte de pouvoir, de sens et d'autonomie menant à l'altération ou, du moins, à la reconfiguration du soin – jusqu'à engendrer une rupture avec celui-ci**. Afin de mieux comprendre ce processus de spoliation, il apparait nécessaire de se plonger dans le savoir expérientiel des médecins et d'en saisir la critique, tout en essayant de dégager les alternatives proposées par leur trajectoire disruptive.

Voici la question de recherche qui guidera ce travail : **comment le capitalisme organise-t-il le travail du soin hospitalier à la lumière des médecins qui quittent l'hôpital ?**

[11] Les conceptions habermassienne et fraserienne du capitalisme sont ici mobilisées sans toutefois être confondues. Pour Habermas, le problème du capitalisme est qu'il déborde de son domaine légitime – le « système » – et que sa logique vient régir les sphères communicationnelles du « monde vécu ». Fraser a une conception marxiste élargie du capitalisme (exposée au point 1.3).

1.6 La réforme hospitalière 2026-2036 : *Changer pour préserver*

L'intérêt de cette recherche réside dans sa résonance avec l'actualité. En effet, dans le contexte de fragilité structurelle, déjà évoqué en introduction (1.1), un groupe d'experts indépendant remet, en décembre 2025, un rapport à la Conférence Interministérielle Santé Publique (CIM) en vue de réformer en profondeur le paysage hospitalier belge sur une période allant de 2026 à 2036. Ce rapport a abouti à une proposition de principe en juin 2026 qui servira de base commune aux ministres pour affiner les modalités de la réforme avant son adoption définitive en septembre 2026. Animé par la volonté de « changer pour préserver » (Conférence ministérielle santé publique, 2025), ministres et experts insistent sur « l'urgence d'adapter le système » face à des soins devenus complexes, marqués par une augmentation des maladies chroniques et un personnel soignant trop dispersé. Cette réforme vise donc à restructurer l'organisation des institutions de soin afin d' « améliorer le déploiement du personnel » et ainsi offrir des soins de meilleure qualité à toute la population. Si le diagnostic fait consensus et les objectifs affichés semblent difficilement contestables, les modalités proposées reposent néanmoins sur une logique d'optimisation des ressources qui interroge la possibilité d'améliorer les soins dans un contexte de restrictions croissantes.

Cette réforme intervient effectivement dans une période marquée par le contrôle budgétaire, le gouvernement souhaitant économiser 10 milliards d'euros d'ici 2029[12]. En outre, dans le courant du mois de juillet 2026, l'Inami a publié un document évoquant 6 milliards d'euros d'économies potentielles dans les soins de santé « sur le dos des malades et des soignants[13] » (rouge-rood média, 2026). Cette concomitance entre restructuration hospitalière et politiques d'austérité invite à interroger les tensions liées aux impératifs budgétaires et aux objectifs affichés en termes d'amélioration des conditions de travail et de la qualité des soins. Le rapport du groupe d'experts ainsi que la proposition de la CIM seront dès lors questionnés dans cette étude afin de réfléchir à la direction que prend notre système de santé, au regard des expériences des médecins ayant choisi de quitter l'hôpital.

[12] RTBF « Le gouvernement fédéral s'accorde sur un effort de 10 milliards d'euros d'ici 2029 et tiendra un conclave budgétaire fin septembre » paru le 10 juillet 2026.

[13] Parmi les mesures, on retrouve l'instauration de 500 euros de franchise médicale pour tous les patients, une limitation de l'indexation des honoraires des professionnels de santé, une limitation à l'obtention du statut BIM, l'augmentation du prix du ticket modérateur, une intensification du contrôle sur les malades de longue durée et la diminution de la croissance du budget en santé.

2 Méthodologie

2.1 Comprendre le monde et en faire l'expérience

En tant que jeune médecin diplômé en 2022, j'ai tout d'abord entamé une spécialisation en chirurgie avant d'y mettre un terme après deux ans en hôpital. L'organisation du travail hospitalier, les rapports entre soignants et les relations avec les patients, les hiérarchies et les violences qui en découlent, ont teinté mon expérience d'incompréhension, de frustration et de souffrance.

C'est donc de l'expérience qu'est né mon intérêt pour la question du soin ; ses nécessités et ses contradictions. Je me suis alors questionné sur les dynamiques responsables de la situation actuelle. À travers maintes discussions et de nombreuses lectures, j'ai eu l'occasion de découvrir que la situation me dépassait largement. J'ai ainsi souhaité questionner les mécanismes socio-économiques à l'origine d'une telle perversion de notre capacité à prendre soin des un·e·s et des autres.

2.2 Le type d'analyse

Afin de s'intéresser à la contradiction sociale du capitalisme (Fraser, 2022) et à sa traduction concrète dans le travail du soin hospitalier, j'ai décidé d'étudier le parcours de médecins ayant choisi de quitter l'hôpital. J'ai opté pour une étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le but de recueillir l'expérience complexe et singulière de chaque médecin interrogé. Leurs expériences de travail, les raisons de leur départ et leur choix de réorientation peuvent éclairer les dynamiques socio-économiques à l'œuvre au sein des institutions hospitalières. Au-delà d'identifier ce que fait le capitalisme à la pratique du soin hospitalier, il s'agit d'essayer de comprendre **ce que dit cette pratique de notre conception de la médecine et du soin**.

De plus, ces parcours discursifs apparaissent **comme une critique et une proposition** (Blondiau-Lebeau, 2023). Ce double aspect de résistance et de construction se révèle heuristique et nourrit la réflexion sur les transformations possibles de telles institutions. Ce travail vise ainsi à diagnostiquer les contradictions de notre système de santé pour en faire sortir des possibilités normatives, dans le but de servir la justice sociale et l'émancipation collective.

Cette sociologie critique s'appuiera sur l'histoire, la philosophie, l'anthropologie ou encore l'économie politique pour mieux saisir les dynamiques liées à la pratique hospitalière du soin ainsi que les remises en cause qui lui sont adressées.

2.3 L'échantillonnage et le recrutement

Le recrutement a été effectué via un échantillonnage raisonné par critères. Les critères d'inclusions étaient d'être médecin et d'avoir eu une pratique hospitalière suivie d'une bifurcation professionnelle. Une diversité de profil a été recherché en termes d'âge, de genre, d'années d'expérience hospitalière et post-hospitalière. Malheureusement, la diversité des spécialités médicales représentées est fortement limitée. Ce constat constitue déjà un résultat sociologique en tant que tel au regard du nombre de médecins urgentistes représentés et de la difficulté de recruter d'autres spécialistes, certes avec des moyens restreints.

Le recrutement s'est fait par bouche-à-oreille au départ puis par une approche en boule-de-neige en récoltant les coordonnées d'autres participants à la fin de chaque entretien. Tous les médecins ont été recrutés par l'envoi de courriers électroniques. Au total, onze médecins ont été contactés mais je n'ai pu m'entretenir qu'avec huit d'entre eux. Deux participants n'ont pas été retenu pour l'étude car ils présentaient un profil trop différent (année du retrait de l'hôpital avant 2000). Avec six entretiens, la saturation des données a été approchée avec certaines limites. Dès lors, le statut du présent travail reste exploratoire et invite à un approfondissement futur.

2.4 Le recueil et l'analyse des résultats

Huit entretiens ont été réalisés du 15 avril au 21 mai 2026. Tous les entretiens ont été effectués en présentiel sauf un qui a eu lieu en distanciel pour des facilités logistiques à la demande de la participante. Toutes les retranscriptions ont été effectuées en anonymisant les données des intervenants. Les enregistrements audios ont été supprimés après leur retranscription.

L'analyse des données a été effectuée selon la méthode d'analyse thématique par codage inductif. Le choix de l'analyse thématique par codage inductif découle directement de la posture pragmatiste adoptée dans ce travail (voir point 1.5). Dans la mesure où l'enjeu n'est pas de

vérifier depuis le haut des catégories théoriques préétablies, mais de comprendre comment les logiques institutionnelles sont concrètement appropriées, ajustées ou contestées par les acteurs dans leurs situations de travail, il importait de laisser émerger du matériau les catégories pertinentes plutôt que de les imposer *a priori*. Le codage inductif permet ainsi de rester au plus près du savoir expérientiel des médecins interrogés, en évitant de réduire prématurément la complexité de leurs récits aux seuls concepts issus de la littérature

2.5 Les données socio-professionnelles

Tableau 1 : Données socio-professionnelles des médecins interviewés

	Âge	**Spécialité exercée**	**Durée de la pratique hospitalière (hors stage)**	**Durée de la pratique post-hospitalière**	**Année du retrait de l'hôpital**	**Activité post-hospitalière**
Patrick ♂	43 ans	Urgence	16 années	1 mois°	2026 (juillet)	Non-médicale
Camille ♀	30 ans	Urgence	1 année	4 années	2022	Médicale
Valérie ♀	50 ans	Urgence	13 années	0 année‘’	2026 (juin)	Médicale
Jeanne ♀	61 ans	Urgence	20 années	1 année	2025	Médicale
Babette ♀	57 ans	Urgence	26 années	1 année°	2026 (juillet)	Médicale
Éléonore ♀	32 ans	Urgence/gériatrie	0,5 année	4 années	2022	Médicale

° : Il y a une période de chevauchement entre les pratiques hospitalière et post-hospitalière de Patrick (4 mois) et Babette (1 année).
‘’ : Au moment de notre entretien, Valérie n'avait pas encore quitté l'hôpital et elle n'avait pas non plus entamé sa pratique post-hospitalière.

Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-professionnelles des six médecins participants à l'étude. L'échantillon de cette enquête se compose principalement de femmes (5 sur 6) ayant toutes exercées au sein de services d'urgences de différents hôpitaux bruxellois et wallons (5 hôpitaux différents au total). Les âges s'étendent de 30 à 61 ans. La durée de la pratique hospitalière varie de 6 mois à 26 années. La durée de la pratique post-hospitalière varie de quelques mois à 4 années. Deux des participants, Patrick et Babette, ont entamé leur activité post-hospitalière alors qu'ils travaillaient encore à l'hôpital à temps partiel. Enfin, trois des médecins interrogés (Patrick, Babette et Valérie) n'avaient pas encore quitté l'hôpital au moment de notre entretien. Valérie prépare son projet post-hospitalier depuis trois ans mais elle

est la seule à ne pas l'avoir commencé au moment de notre entretien. La totalité des enquêtés poursuivent une pratique dans le secteur de la santé et Patrick est le seul à ne plus travailler comme médecin.

2.6 Note sur l'usage de l'écriture inclusive

Partant du principe qu'il faut habituer son œil au changement pour le voir advenir en tant qu'évidence, j'ai pris l'aphorisme du philosophe Ludwig Wittgenstein à la lettre : « les limites de notre langage sont les limites de notre monde ».

Afin de faciliter la lecture, je m'inspire de Jeanne Mermet et de Aurélien Barreau en faisant le choix de ne pas utiliser l'écriture inclusive de manière homogène. J'utilise une diversité de tactiques de langage (inclusif) en fonction de la justesse que je leur accorde : des points médians, des professions féminisées pour désinvibiliser ou bien l'emploi du masculin seul pour souligner l'occupation dominante de certaines fonctions. Lorsque je parle des personnes interrogées pour mon enquête, j'utilise le féminin étant donné que 5 médecins sur 6 sont des femmes.

3 Résultats

3.1 L’engagement en médecine hospitalière

3.1.1 La construction d’une vocation

Chez plusieurs médecins rencontrés, l'entrée dans la profession médicale s'inscrit dans un contexte familial favorable à cette orientation. Cette influence prend des formes variables, allant de l'attente explicite pour Camille : « on m’a mise dans cette case là (...) je pense que mon père s’imaginait toujours qu’il y aurait un autre médecin dans la famille », à des encouragements plus implicites pour Patrick : « il y avait un peu d’insistance parentale. Ce n’était pas dit clairement mais tu sentais quand même que ça jouait (...) mon père est dans la magistrature, tu sentais qu’il y avait quelque chose là-dessous ». Néanmoins, des formes de prise de distance apparaissent vis-à-vis des attentes familiales. Il ne s'agit pas d'un rejet de l'héritage parental mais d'une tentative de se réapproprier ce choix en l'inscrivant dans une trajectoire singulière. Ainsi, Camille explique avoir choisi de s’orienter en médecine hospitalière afin de « ne pas suivre la même trajectoire que mon père ». Cette prise de distance se retrouve également chez Valérie qui est « issue d’une famille d’ingénieurs, on a besoin de comprendre, de faire les choses, d’aider les gens » mais qui admet s’être engagée en médecine justement « parce que ce n’était pas ingénieur ».

Au-delà de la famille, l'institution scolaire apparaît comme un second espace de construction du choix professionnel. Les enquêtés décrivent des trajectoires scolaires marquées par la réussite, comme Camille : « et puis, je pense que j’ai toujours eu des facilités à l’école », ou encore Babette : « je travaillais bien à l’école, j’aimais beaucoup, j’ai toujours aimé l’école. J’étais toujours dans mes bouquins, toujours à lire ». Ces capacités sont reconnues par l’entourage éducatif de Camille : « depuis que je suis petite, tout le monde me disait « tu vas faire comme ton père, tu seras médecin », et de Patrick : « il y avait les profs aussi qui me disaient “tu devrais faire médecine” ». Cette reconnaissance contribue progressivement à naturaliser l'orientation vers la médecine, s’exprimant sous la forme d’une évidence biographique chez Babette : « au plus loin que je me souvienne, j’ai toujours voulu être médecin », et chez Eléonore « j’ai toujours été portée par la volonté d’accompagner les gens dans la prise en charge de leur santé ».

3.1.2 L’hôpital comme espace d’expression de la vocation médicale

Les participants décrivent l'hôpital comme une institution porteuse d'une mission qu'ils présentent comme une forme de justice sociale. Jeanne souligne ainsi : « je pense que la Belgique fait partie des pays dans le monde qui s’occupent le mieux des gens, et des gens de tous les niveaux sociaux. Pouvoir venir à l’hôpital alors qu’on n’a pas un sou en poche et avoir tous les soins, un scanner, une chimio, c’est quand même incroyable ». Valérie associe plus particulièrement cette mission à l'hôpital public : « il mettait en avant l’accès aux soins par rapport aux bénéfices de l’hôpital. Il y avait une politique CPAS (...) et donc, c’est l’hôpital où je retrouvais le plus cette pratique d’accès aux soins que je recherchais ». L'hôpital apparaît ainsi comme l'espace où les valeurs ayant motivé l'entrée en médecine trouvent leur traduction concrète. Les participants associent cette institution à la possibilité d'agir directement sur la santé des patients tout en participant à une mission de service public, comme l’exprime Camille : « on se dit un peu qu’on va se retrouver à l’hôpital et que tous les jours on va sauver dix mille personnes », ou encore Babette qui a « la volonté d’avoir un impact très concret ». Dans le même ordre d’idées, Patrick explique s’être « naturellement (...) orienté vers l’hospitalier » car c’est là qu’il pourrait exprimer pleinement sa volonté de « porter secours », vocation qui l’anime depuis qu’il a rejoint les pompiers en tant que bénévole dès ses 17 ans. Eléonore vient appuyer l’importance de l’hôpital au regard de son expérience pendant la crise sanitaire : « j’ai beaucoup aimé parce que je me sentais utile. C’était de l’aigu, ça apportait de l’humain dans toute la crise que c’était ». Ainsi, plus qu'un simple lieu d'exercice, l’hôpital représente l'espace où l’idéal du métier de médecin — fondé sur l'utilité sociale, l'engagement auprès des patients et le service à la collectivité — semble pouvoir s'accomplir pleinement.

Cette représentation et ce rapport avec l'hôpital constitue un point d'appui essentiel pour comprendre les trajectoires des enquêtés et l’intensité de leurs remises en question.

3.2 Les expériences relationnelles à l'hôpital

3.2.1 Les relations avec les patients

- *Une hospitalité débordée*

Les urgentistes rencontrés estiment qu'une part importante de leur activité relève désormais de soins qui devraient être assurés ailleurs. Par exemple, Babette explique : « il y a une ruée vers les urgences de plus en plus. Il y a des choses qui peuvent être gérées par le médecin généraliste et ce n'est pas le cas (...) soit par manque de disponibilité du médecin généraliste, soit par le patient qui ne veut pas attendre ». Patrick partage exactement le même constat : « je fais de très grandes études pour tous les gens qui n'arrivent pas à avoir un médecin généraliste (...) c'est ce qui fait 80 % de mon travail, et ce n'est pas pour ça que j'ai fait cette formation ». Jeanne formule également cette idée : « les patients veulent être pris en charge pour le moindre petit bobo. Ils accourent aux urgences pour tout ». Babette rappelle néanmoins que les urgences doivent accueillir tous les patients : « tous les patients, on les accepte. Ça peut être les petits cas (...) comme ça peut être un arrêt cardiaque ». Les entretiens suggèrent ainsi que les services d'urgences tendent à absorber des besoins de santé qui excèdent leur mission initiale, devenant progressivement un lieu de recours général qui compense les défaillances du système de santé.

- *La gestion du flux*

La relation au patient apparait constamment subordonnée à une logique de gestion des flux. Les médecins ne peuvent pas se concentrer exclusivement sur le patient qu'ils ont devant eux, ils doivent simultanément anticiper les patients en attente et hiérarchiser les priorités. Babette résume particulièrement bien cette tension : « on n'a pas que le patient devant nous auquel on doit penser. On doit aussi penser à gérer le flux qui arrive et voir ce qui est urgent, ce qui est un peu moins urgent (...) il faut aller vite parce que si on met du temps, il y a beaucoup d'autres patients aussi qui sont là, qui attendent (...) il faut vider cette salle d'attente ». Pour elle, la principale contrainte reste directement liée aux patients : « la contrainte c'est que les patients n'attendent pas trop non plus. En fait, c'est ça. C'est par rapport aux patients ». Jeanne décrit le même phénomène du point de vue infirmier : « les infirmiers sont responsables du flux, ils sont impliqués dans le parcours du patient (...) ils doivent gérer le flux, et il faut que ça aille

vite, parce qu'il y a déjà des gens qui attendent. (...) On n'a pas le temps de se consacrer très longtemps à quelqu'un ». Camille évoque également cette pression permanente : « il faut jongler entre parfois 5 à 10 patients en même temps (...) Et ça, c'est vraiment catastrophique. On n'a pas de répit. (...) Il n'y a pas un moment où on se pose et où on se dit : "OK, là, je peux réfléchir calmement ».

- *Des temporalités incompatibles*

Les entretiens montrent que les conflits entre médecins et patients prennent fréquemment racine dans un décalage entre les attentes de rapidité des patients et les capacités de prise en charge des médecins. Patrick résume cette attente : « les patients, eux, ils veulent que ça aille vite. Tout de suite. Mais avec le staffing qu'on a, c'est impossible. Donc tu as souvent des gens mécontents ». Camille décrit les conséquences directes : « je me retrouve avec des patients qui me crient dessus (...) ce n'est pas à moi de poser la perfusion (...) mais c'est sur moi qu'on crie ». Elle souligne cependant qu'elle comprend leur réaction : « je comprends les patients (...) ils ont mal (...) et en même temps je me dis que, de notre côté, on essaye de faire de notre mieux ». Elle insiste aussi sur la vulnérabilité des patients : « généralement, quand ils viennent aux urgences, c'est qu'ils ne se sentent pas bien (...) quand on ne fait pas les choses avec une certaine rapidité (...) cela aboutit à des relations très conflictuelles avec des patients qui peuvent être agressifs, insultants ». Patrick raconte également le cas d'un patient ayant attendu six heures avant d'être vu pour un AVC finalement diagnostiqué : « le monsieur fait une plainte (...) et moi, je me retrouve convoqué pour me justifier de ça ». Les médecins rencontrés comprennent souvent l'impatience des patients mais ils soulignent que celle-ci s'explique largement par des contraintes structurelles qu'ils ne maîtrisent pas. Les conflits décrits ne relèvent pas de difficultés relationnelles, ils traduisent la rencontre de deux temporalités difficilement conciliables : celle des patients, marquée par la douleur et l'urgence ressentie, et celle des médecins, contrainte par la charge de travail et les limites organisationnelles.

- *Une responsabilité individualisée*

Les entretiens montrent que les plaintes des patients occupent une place importante dans la relation de soin mais qu'elles sont souvent vécues comme un facteur d'insécurité professionnelle. Patrick nuance d'abord son propos : « il (le patient) a le droit de se plaindre. Il

a le droit d'analyser ce qui s'est passé. C'est une bonne chose (...) souvent, quand tu analyses les plaintes, il y a un fond de choses à prendre en compte ». Mais il critique ensuite la gestion institutionnelle : « ils ont remboursé la consultation (...) ça donne raison aux patients (...) alors que ma collègue a fait ce qu'elle devait faire ». Il rapporte également les propos de la direction : « on préfère qu'il n'y ait pas de bruit et on préfère rembourser pour que les gens continuent à venir chez nous ». Dans un autre cas, il décrit le harcèlement subi par sa collègue : « il (le patient) écrit sur les réseaux sociaux, il téléphone dans le service (...) il harcèle ma collègue (...) pour moi, la direction aurait dû attaquer ce monsieur ». Valérie décrit une logique similaire lors d'un décès : « On est dans une situation où il y a énormément d'intérimaires, où un infirmier de deux ans d'expérience devient responsable de nuit. Il se passe un évènement grave (...) ce n'est pas un problème individuel, c'est inhérent au fonctionnement du service (...) les responsables hiérarchiques n'assument pas le problème structurel (...) il y a eu un mort, quelqu'un a été renvoyé : l'affaire est classée ». Elle ajoute : « toute l'équipe infirmière travaille avec cette peur (...) leur hiérarchie ne les soutiendra pas s'ils commettent une erreur ». Les soignants distinguent les plaintes légitimes du manque de soutien institutionnel qu'ils ressentent lorsqu'ils deviennent personnellement exposés.

- *L'agir soignant*

Enfin, malgré les contraintes organisationnelles décrites, les entretiens montrent une forte volonté de répondre aux besoins des patients et une compréhension de leur vulnérabilité. Camille insiste à plusieurs reprises : « les patients douloureux (...) je les comprends (...) généralement, quand ils viennent aux urgences, c'est qu'ils ne se sentent pas bien ». Jeanne rappelle le sens de son métier : « ils viennent parce qu'ils ont une plainte. Et moi, je suis là pour répondre à cette demande. C'est mon travail et ma responsabilité ». Babette justifie l'accélération du rythme au nom des patients eux-mêmes : « la contrainte c'est que les patients n'attendent pas trop non plus ». Les médecins ne décrivent pas un conflit opposant deux catégories d'acteurs. Ils interprètent au contraire les tensions comme le produit de contraintes organisationnelles qui affectent simultanément les patients et les soignants. L'agressivité exprimée par certains patients apparaît ainsi moins comme une remise en cause de la relation thérapeutique que comme la conséquence d'un système hospitalier sous tension.

3.2.2 Les relations entre soignants

- *Négociations permanentes*

Les entretiens montrent que la coopération entre soignants ne va pas de soi. Elles prennent la forme d'une négociation permanente, où les demandes de prise en charge doivent être justifiées, voire défendues. Valérie décrit d'abord une organisation institutionnalisant cette négociation : « on a trois couleurs de papier : les roses, les bleus et les blancs. Le rose, c'est dans la semaine. Le bleu, c'est dans les quinze jours. Le blanc, c'est indéterminé. (...) Et ce petit papier-là, ça s'appelle une « prière »». Le terme même de « prière » traduit le caractère incertain de l'accès aux spécialistes. Cette négociation se poursuit ensuite directement entre confrères : « parfois, je m'arrange, puis j'ai mon collègue au téléphone : ‘‘Ah, pourquoi tu m'as fait ça ?’’ Je lui réponds : ‘‘Parce qu'il doit être vu.’’ ‘‘Ah, tu es sûr ?’’ Et du coup, ça se répercute parce que vous, vous avez besoin qu'il soit vu pour pouvoir faire un bon soin. Et votre collègue, lui, va avoir davantage de patients ». Accepter un patient signifie augmenter sa propre charge de travail. Camille décrit exactement le même phénomène à propos des hospitalisations : « et maintenant, il y a aussi des spécialités où il faut plutôt les convaincre. Et là, c’est tout un… Là, on sait qu’on doit prévoir tout un moment pour commencer à discuter : ‘‘Oui, le patient a ça, ça, ça, ça. Est-ce qu’on peut l’hospitaliser ?’’». Ou encore Babette : « tout le monde croule sous le travail (...) quand on a un patient qu’on doit mettre dans un service, l’un dit ‘‘ce n’est pas pour moi’’. L’autre dit : ‘‘ce n’est pas pour moi non plus’’». Enfin, Valérie montre que cette difficulté d'accès est devenue structurelle : « le service de dermatologie est devenu quasiment inaccessible (...) pour qu'un médecin le voie dans les quarante-huit heures, il faut vendre sa mère et son père ». L’enquête montre que la coordination du soin repose largement sur une succession de négociations portant sur la prise en charge des patients. Celles-ci ne portent pas toujours sur l'évaluation clinique du patient mais sur les conséquences organisationnelles qu'implique sa prise en charge.

- *Violences ordinaires*

Concernant la gestion collective du travail, les enquêtés décrivent des tensions pouvant prendre la forme d'agressivité entre soignants. Patrick l’explicite clairement : « cette agressivité (...) tu l’as aussi beaucoup avec les confrères (...) on a fait des campagnes d’affichage dans l’hôpital

(...) ‘‘La violence envers les soignants n’est jamais tolérée’’ (...) moi, j’avais envie de prendre un marqueur et de barrer le mot ‘‘envers’’ pour écrire ‘‘entre’’ en grand ». Il donne un exemple : « combien de fois je me fais agresser verbalement par des confrères (...) quand je suis de garde la nuit et que je dois téléphoner après 22 heures, je compose le numéro quatre fois avant d’appeler. Parce que je sais que la personne va être désagréable, va m’engueuler. Parfois c’est de la mesquinerie, parfois de l’agressivité verbale, parfois ça crie ». Néanmoins, Patrick interprète lui-même cette violence comme une conséquence des conditions de travail plutôt qu’un comportement individuel : « c’est parce que tout le monde souffre et donc chacun développe ses mécanismes (...) je comprends mes collègues, leur attitude me blesse souvent mais je comprends pourquoi ils en sont arrivés là (...) il y a beaucoup de stress, beaucoup de pression ». Babette fait également le lien entre conflits et charge de travail : « il y a toujours des couacs (...) parfois l’activité fait qu’il y a un peu plus de tension par-ci, par-là (...) quelqu’un dit ‘‘il y a ça qui ne va pas bien’’, l’autre répond : ‘‘là, je suis déjà occupée par pas mal de choses’’. C’est la surcharge ». Jeanne exprime également que tous les soignants partagent les mêmes contraintes : « pas tout le monde est exactement sur la même longueur d’onde que moi mais tout le monde est un peu dans la même contrainte ». Camille prolonge cette interprétation en attribuant ces comportements au cadre hospitalier lui-même : « l’hôpital est un milieu d’agression (...) je pense que c’est parce que, finalement, on doit rentrer dans un rôle quand on est dans le milieu hospitalier ». Les entretiens décrivent ainsi des relations professionnelles marquées par des formes ordinaires d'agressivité que les enquêtés rapportent moins aux personnes qu'aux contraintes organisationnelles auxquelles ils sont collectivement confrontés.

3.2.3 L’articulation de la vie privée à la vie professionnelle

L'ensemble des entretiens converge d'abord vers l'idée que le travail hospitalier ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital. Il continue d'affecter la vie privée par la fatigue physique, la saturation cognitive ou le rétrécissement des autres espaces de vie. Patrick décrit une forme d'indisponibilité psychique qui persiste après sa journée de travail : « je rentre chez moi le soir, et je sais pas... ma femme, ma famille dit que (...) je suis là, mais je suis pas là (...) ils me parlent, et en fait, je vois les lèvres qui bougent, et j'arrive pas à comprendre ». Jeanne établit également un lien entre cette fatigue et la qualité des relations familiales : « mon fils m’a reproché pendant des années (...) parce qu’il disait que je n'étais pas aussi disponible que je devrais l'être, parce qu'on est un peu exténué par le travail ». L'épuisement produit une incapacité à redevenir pleinement disponible pour les proches. Cette idée est renforcée par Camille : « je n'avais plus

d'activités, j'étais tout le temps à l'hôpital (...) dès que je sortais de l'hôpital, tout ce que je voulais faire, c'était dormir (...) je ne voyais plus grand monde ». Le travail finit par absorber presque toute l'existence sociale. Le propos d'Éléonore élargit cette observation : « souvent les soignants ne sont pas que épuisés à cause de leur travail, ils sont épuisés parce qu'ils sont parents de jeunes enfants, parce qu'ils veulent être la meilleure épouse, parce qu'ils ont un téléphone dans la poche qui fait qu'on doit être systématiquement disponible H24 ». Ces différents témoignages décrivent finalement une même réalité : la principale difficulté réside moins dans le temps passé à l'hôpital que dans la difficulté à redevenir disponible pour les autres sphères de la vie.

Face à cette emprise du travail, les médecins ne restent pas passifs. Les entretiens montrent au contraire un important travail d'organisation visant à maintenir une vie privée malgré les contraintes professionnelles. Babette insiste sur le rôle central de l'entourage : « j'ai eu mes trois enfants en étant urgentiste. Comment on s'en est sortis ? Avec l'aide de la famille. Beaucoup d'aide de la famille (...) il faut de l'aide, de toute façon. Tout dépend de l'entourage, vraiment ». Jeanne insiste également sur ce point malgré des difficultés : « j'ai eu la chance d'avoir eu un mari qui reconnait mon travail. Bien que... voilà, il n'était pas toujours content que je ne cuisine pas beaucoup ». Cette solidarité familiale est complétée par le recours à des aides rémunérées : « il faut vraiment s'organiser, il faut prévoir. Tout est prévu. (...) On s'aide d'une personne extérieure, des aides ménagères, des choses comme ça ». La possibilité de poursuivre une carrière hospitalière repose ici sur la possibilité d'externaliser une partie du travail domestique. Patrick évoque une stratégie différente. Selon lui, « ce qui est en train de devenir la norme dans le service des urgences, c'est de faire du 6/10e comme temps plein. Parce qu'en fait, tu sais pas faire plus ». Jeanne met quant à elle en avant un type d'ajustement axé sur les frontières symboliques entre les deux sphères : « le temps que j'étais à la maison, j'ai essayé de vraiment être là (...) j'ai vraiment essayé de ne pas penser à ça à la maison (...) donc je n'ai absolument pas parlé de mon métier à la maison ». Ainsi, loin d'opposer vie professionnelle et vie privée, leur articulation repose sur un travail continu d'organisation et d'ajustement mobilisant des ressources familiale, économique et organisationnelle.

3.3 La pratique hospitalière du soin

3.3.1 La performance instituée

- *La compétition comme mode de socialisation*

Plusieurs intervenants montrent que l'exigence de performance est présente dès les premiers stages et constitue une véritable modalité de socialisation au monde hospitalier. Eléonore situe très explicitement cette origine : « j'ai l'impression que ça se joue très, très jeune, quand on est stagiaire (...) c'est à ce moment-là qu'on comprend qu'on ne va pas avoir droit à la parole, ou alors qu'il faut être beaucoup plus fort que les autres et s'affirmer énormément ». Elle décrit ensuite la manière dont cette socialisation s'accompagne d'une logique compétitive : « ça devient une compétition : faire le plus de gardes, publier le plus possible (...) tout le temps prouver que je suis la meilleure, que je suis corvéable. C'est comme ça que tu obtiens de la considération ». Camille retrouve cette même logique : « il y a aussi (...) cette nécessité d'être toujours très performant et aussi d'être le meilleur, de montrer qu'on est le plus intelligent. Et en fait, quand on se retrouve entre médecins, on se retrouve avec des personnes qui ont toujours été les premiers de la classe, qui ont toujours eu des facilités à l'école, qui ont toujours été très intelligentes et qui ont toujours eu de très bonnes capacités. Et quand on se retrouve dans ce milieu-là, on peut très facilement perdre confiance en soi aussi. C'est un milieu… C'est difficile ». Ici, la performance est un critère de reconnaissance et d'appartenance au groupe professionnel. Valérie associe cette intensification de la performance à un moment historique particulier : « on voit vraiment une rupture avec le numerus clausus. (...) si j'avais commencé mes études aujourd'hui, c'est simple, je ne serais probablement pas devenue médecin comme je le voulais. Le numerus clausus oblige les jeunes à étudier sans arrêt, à travailler, à être performants ». Elle donne un exemple : « aujourd'hui, certains étudiants refusent de transmettre leurs notes. Pire encore : ils font circuler de faux cours, de faux examens, de fausses questions. C'est quoi, ça ? C'est l'esprit de compétition ». Là où Éléonore et Camille insistent sur le processus de socialisation intra-hospitalier, Valérie souligne le rôle des réformes institutionnelles dans l'intensification de cette logique concurrentielle.

- *La performance comme norme professionnelle*

Les entretiens convergent vers une même représentation des exigences du travail hospitalier. Jeanne le décrit : « ben disons, à l'hôpital, il faut travailler (...) les horaires sont... voilà... parce qu'on a un dossier à finir, parce qu'il y a encore une chose à faire... donc il faut travailler. Disons, on rentre, on est fatigué ». Babette la rejoint : « le travail était dur (...) la pratique en tant que telle (...) ce n'est pas évident du tout, mais on y allait, on faisait notre boulot ». À l'hôpital, Patrick exprime également qu'il faut travailler, peu importe les conditions, malade ou non : « le médecin, il ne lâche pas, il vient avancer ». Un travail abondant et continu occupe donc les médecins une fois passé la porte de l'hôpital. Valérie l'identifie clairement : « une fois qu'on est à l'hôpital, on appartient à l'hôpital. On mange dans le service, on bouge dans le service, on vit dans le service, on est appelable à n'importe quel moment pour une urgence. Voilà, ça c'est le principe ». Et Babette insiste, à son tour, sur la relation forte qui la lie à l'hôpital : « voilà, on a signé un contrat, on travaille et on représente l'institution. Et on fait tout pour que cette institution marche. C'est notre maison. Donc on fait tout pour que notre maison fonctionne (...) comme on dit : agir en bon père de famille ».

L'exigence de performance structure également les interactions quotidiennes. Camille explique que le moindre signe d'incertitude est susceptible d'être sanctionné : « quand j'étais avec eux (les collègues médecins), j'avais même peur de leur poser une question. Parce que, tout de suite, dès qu'on pose une question, on est répertorié comme quelqu'un qui ne connaît rien ». Elle poursuit : « il y a un peu un rapport de pouvoir (...) comme s'il fallait à chaque fois se montrer, montrer qu'on a les compétences, essayer de se faire une place aussi ». Cette nécessité de démontrer continuellement ses compétences rejoint très directement le constat d'Éléonore selon lequel il faut constamment « prouver » sa valeur pour obtenir de la reconnaissance. Mais les effets de cette norme apparaissent aussi dans les pratiques quotidiennes. Camille explique qu'elle préfère parfois solliciter un spécialiste extérieur plutôt que ses collègues immédiats : « je préférais parfois appeler les spécialistes (...) plutôt que de demander à mes collègues urgentistes (...) parce que je savais que ça les énervait (...) je travaillais efficacement. Je faisais ce qu'il fallait ».

- *Un principe d'organisation du travail*

L'autonomie et la performance exigées ne relève pas uniquement d'une culture professionnelle exigeante, elles sont produites par des contraintes organisationnelles conséquentes. Jeanne rend compte de cette fatalité : « c'est parce qu'il y a beaucoup de gens qu'il faut être efficace et rapide ». Elle précise ailleurs : « on arrive le matin à 8 heures, puis on part toujours plus tard que prévu (...) disons, on rentre, on est fatigué ». Valérie décrit une activité particulièrement intense : « on a à peu près 300 patients par jour (...) la charge est assez lourde. Et donc, dans ce cadre-là, on dit : bon ben, on tient par 10 heures ». Dans ce contexte de forte charge, la disponibilité des seniors pour accompagner les jeunes devient limitée. Camille relie explicitement l'absence de supervision à cette surcharge : « il n'y avait simplement pas d'accompagnement parce qu'ils étaient tous épuisés et préoccupés par leurs propres problèmes ». Elle raconte avoir demandé de l'aide pour réaliser un acte difficile et invasif : « je lui ai demandé de l'aide et il m'a simplement répondu : "Tu te débrouilles." (...) Je me suis retrouvée à regarder une vidéo dans les toilettes ». Il s'agit donc d'une caractéristique professionnelle exigée et façonnée qui est devenue une nécessité organisationnelle pour le bien fonctionnement institutionnel.

3.3.2 La bureaucratisation

- *Intensification administrative*

Les entretiens mettent en évidence l'importance du temps consacré à la production et la gestion des dossiers. Babette souligne ainsi qu' « on doit penser à faire un bon dossier, effectivement, ça prend beaucoup de temps (...) il faut que tout soit retranscrit ». Jeanne observe une influence sur la répartition du temps de travail : « je vois un patient (...) peut-être 5, 7, 10 minutes, et après derrière ça, je fais le double du temps en administratif, donc c'est très contraignant », tout comme Valérie : « un tiers patient, deux tiers papier ». Cette inflation administrative déborde sur le temps de travail officiel. Patrick explique qu'il reporte fréquemment les dossiers sur son temps personnel : « le seul truc que je vais parfois sacrifier, c'est les notes et les dossiers. Quand je n'ai pas le temps de les faire sur place, je les fais chez moi. C'est le temps que je peux ''récupérer'' pour le donner aux discussions avec les patients, les collègues, les soignants ». De son côté, Camille décrit une forme d'intériorisation particulièrement forte de cette exigence

administrative : « je voulais que mes dossiers soient parfaits (...) je terminais à 22 heures, mais je restais parfois jusqu'à 1 heure du matin pour relire tous mes dossiers et être certaine qu'ils étaient impeccables ». Les tâches administratives ne sont pas décrites comme un simple complément du travail du soin mais comme une activité à part entière qui tend à structurer l'organisation quotidienne du travail.

- *Contrôle bureaucratique*

Au-delà de la quantité de travail administratif, les participants décrivent la traçabilité comme un critère central d'évaluation du travail du soin. Patrick résume cette évolution en affirmant que « ce qui est écrit dans l'ordinateur a été fait, ce qui n'est pas écrit n'a pas été fait », avant de souligner le décalage entre le soin réellement prodigué et sa reconnaissance institutionnelle : « tu peux avoir été irréprochable avec ton patient : l'avoir vu immédiatement, l'avoir bien soigné, lui avoir sauvé la vie... mais si tout n'est pas parfaitement noté dans le dossier informatique, à posteriori, tu passes pour un mauvais médecin. À l'inverse, quelqu'un peut ne quasiment rien faire mais tout encoder parfaitement. Alors là (...) c'est nickel ». Eléonore fait le même constat lorsqu'elle évoque des « normes de plus en plus restrictives et de plus en plus brimantes (...) il faut rendre des statistiques, des quotas, il faut répondre à des critères, tout consigner » et le fait que « comme on doit tout consigner (...), il n'y a plus de confiance entre les équipes. Il faut chaque fois tout référer là-dessus ». Les dispositifs standardisés apparaissent par ailleurs souvent éloignés des réalités cliniques. Valérie évoque ainsi qu' « on devait cocher des choses absurdes. Je faisais un constat de décès, j'étais obligée de cocher "arrêt cardiaque". Or, pour nous, ce n'est pas la même chose. (...) Donc il y a des contraintes car c'est mal pensé au départ (...) ça augmente mon niveau de stress, ça me prend du temps. Et quand je vais au patient suivant, je ne suis pas sereine ». Cette logique de contrôle s'accompagne enfin d'une insécurité médico-légale croissante. Patrick explique qu'il « ne pratique plus de manière relaxe. Je me dis : ''Il faut que je fasse ça, parce que sinon je pourrais avoir une plainte'' ». Les entretiens convergent ainsi pour montrer que la bureaucratisation ne consiste pas seulement à produire davantage de documents, elle transforme les critères d'évaluation du « bon travail », désormais fondés sur la conformité aux procédures.

- *Managérialisation du soin*

Enfin, les médecins interrogés interprètent la bureaucratisation comme la manifestation d'une rationalité gestionnaire qui tend à réorienter les finalités de l'hôpital. Éléonore explique qu' « il faut tout dire à des machines pour faire des stats, voir si on travaille suffisamment, si on est rentable », estimant que cette logique constitue « un des grands facteurs de la déshumanisation des soins » puisqu'elle prive les soignants du temps qu'ils souhaiteraient consacrer aux patients. Patrick partage largement cette analyse tout en nuançant son propos : « les outils informatiques pourraient être utiles (...) mais ils servent surtout des logiques de rentabilité, de facturation, d'accumulation de données. Beaucoup moins des logiques de soin ». Valérie exprime cette tension à partir des valeurs qui fondent sa pratique : « moi, je ne peux plus soigner. Je ne peux plus soigner comme je veux. On a reçu des notes disant qu'un patient social ne pouvait plus rester à l'hôpital s'il n'était pas médicalement justifié (...) moi, ma médecine, c'est accessible à tous ». Enfin, Camille traduit les effets subjectifs de cette organisation en déclarant qu'elle avait « l'impression d'être une machine et qu'il fallait que la machine fonctionne ». Les témoignages convergent ainsi vers une interprétation de la bureaucratisation comme l'expression d'une rationalité gestionnaire entrant en tension avec les valeurs du soin comme la disponibilité auprès des patients, l'autonomie et l'accessibilité des soins.

3.3.3 La rationalité économique

Les entretiens montrent que les médecins interrogés ne perçoivent pas tous avec la même acuité les dimensions économiques qui structurent leur travail hospitalier. Camille par exemple explique ne jamais avoir ressenti d'incitation à être rentable quand bien même elle travaillait énormément : « je n'étais pas du tout disposée à parler ou à comprendre toute l'économie derrière le fonctionnement de l'hôpital. Donc, c'est vrai que je n'étais pas… oui, j'étais au charbon ». Jeanne quant à elle préfère insister sur la bonté intrinsèque à notre système de santé qui, selon elle, offre des soins « à tous les niveaux sociaux ». Et Babette se sentait relativement « indépendante » vis-à-vis des exigences organisationnelles, se contentant de « faire fonctionner l'institution ». Certains médecins évoquent peu les dimensions économiques qui structurent l'organisation hospitalière. Celles-ci semblent demeurer relativement invisibles ou périphériques dans leur manière de rendre compte de leur expérience professionnelle.

- *Quantification du soin*

À contrario, les discours de Valérie et Patrick convergent vers montée en puissance de la rationalité économique qui se traduit par une gestion de plus en plus fondée sur des indicateurs d'activité et des objectifs de performance. Patrick explique ainsi que « toutes les semaines on reçoit un tableau avec les pourcentages de fréquentation des urgences (...) quand c'est moins de 100 %, ça apparaît en rouge et quand c'est plus de 100% ça apparait en vert (...) quand on est à 98 % ou 99 %, on est rappelé à l'ordre ». Cette logique quantitative se retrouve également dans l'évaluation de l'activité des services lorsqu'il rapporte avoir été « convoqué parce qu'on avait hospitalisé 64 patients de moins que l'année précédente », la direction leur demandant « ce qu'on peut mettre en place pour faire remonter les chiffres ». Valérie décrit une dynamique similaire : « on demande désormais un taux d'occupation des lits de 90 %. Quand il y a trop de patients, les lits débordent. Quand il n'y en a pas assez, on ferme une unité ». Elle décrit également un nouveau mode d'organisation du travail médical : les médecins travaillant désormais en « pool » doivent « fournir une certaine rentabilité annuelle (...) par exemple, en pédiatrie, ils avaient dix minutes par patient » afin de satisfaire ces critères d'activité. Par ailleurs, Patrick souligne un effet paradoxal : « donc les patients qui n'ont rien à faire aux urgences, en fait, il faut quand même qu'ils viennent parce que c'est ça qui finance le service ». Valérie prolonge cette analyse en constatant une évolution profonde de la culture hospitalière : « on n'a plus des patients, on a des clients. Et on essaie d'en tirer le maximum ». L'ensemble de ces extraits montre que les impératifs économiques ne se limitent plus au financement de l'hôpital mais tendent à redéfinir le travail du soin et les priorités de l'hôpital.

3.4 Les bifurcations professionnelles

3.4.1 L'épreuve du départ

- *Souffrance*

Les expériences recueillies montrent que la souffrance au travail prend des formes émotionnelles, psychiques et physiques qui témoignent d'une implication professionnelle poussée jusqu'à l'épuisement. Jeanne explique notamment que dès le début « ça a été très difficile, j'ai beaucoup pleuré. Je rentrais à la maison, je pleurais ». Chez d'autres, cette

souffrance prend des formes plus extrêmes. Camille revient sur une semaine où l'emprise du travail a été très loin : « pendant ces six jours-là aux urgences, je dormais tellement peu que je commençais à halluciner à l'hôpital. J'étais dans ma chambre et j'avais l'impression qu'il y avait des patients à prendre en charge. Je me retrouvais à descendre aux urgences alors que je n'étais plus de service pour m'occuper de patients qui n'existaient même pas. Donc oui, j'hallucinais complètement ». Patrick revient sur un épisode qu'il décrit comme décisif dans sa décision de quitter l'hôpital : « j'ai été malade pendant une garde. J'ai travaillé en gerbant, personne ne me remplaçait. Je me suis chié dessus dans ma chambre de garde. Enfin, c'était… enfin, c'est horrible, quoi, tu vois ». Pour Eléonore, cette souffrance des soignants est rendue possible parce qu' « on nous a dit qu'on était les sachants, qu'on était des sauveurs. On s'est engagés (...) souvent pour sauver, en tout cas initialement. Du coup, on a tendance à complètement s'oublier pour nos patients ». Lorsque l'engagement dans le travail implique un dépassement, voire un oubli, de soi-même, quitter l'hôpital devient un moyen pour préserver son intégrité physique et psychique.

- *Culpabilité*

Si la souffrance constitue un moteur important de la bifurcation professionnelle, elle ne fait pas disparaître l'attachement des médecins à l'institution hospitalière. Les entretiens révèlent au contraire un sentiment de culpabilité largement partagé au moment de quitter l'hôpital. Patrick l'exprime de manière particulièrement claire : « maintenant que je me rends compte que c'est fini (...) j'ai vraiment l'impression de devenir un déserteur. J'ai l'impression vraiment d'abandonner, d'abandonner le champ de bataille. C'est vraiment la vision que j'ai, et c'est dur à vivre ». Jeanne rationnalise ce sentiment : « j'étais très attachée à l'hôpital, c'est clair (...) ça fait partie de la conscience humaine probablement depuis la nuit des temps, quand on quitte un groupe, on a mauvaise conscience ». Camille décrit une forme trahison vis-à-vis de son engagement en médecine : « je me disais : "est-ce que je vais abandonner ma place ?" (...) j'avais l'impression que c'était l'aboutissement de toutes mes années de médecine (...) et surtout, je me disais qu'il y a plein de personnes qui n'ont pas eu la chance d'avoir la spécialité, et moi, je me retrouve à l'avoir et je la jette presque à la poubelle ». La rupture avec l'hôpital n'est donc pas totale. Éléonore indique avoir récemment repris un travail à temps partiel aux urgences afin de « faire la paix » avec cette part de la médecine. Patrick évoque également la possibilité d'un retour à l'hôpital s'il l'estime un jour nécessaire.

3.4.2 Révolutions du soin

- *Repenser la pratique du soin*

Même si les participants ne rejettent pas l'hôpital, certains choix de réorientation sont marqués par une volonté de soigner autrement, via une pratique inclusive et davantage centrée sur la personne plutôt que sur la seule prise en charge de la pathologie. Pour Babette, « tout est lié, les douleurs sont liées au stress, le stress est lié à la douleur, ou à la vie de famille, ou aux contraintes qu'on n'exprime pas assez (...) voilà, il faut mettre le tout ensemble ». La pratique de l'acupuncture lui permet de tendre vers une approche globale : « c'est soigner (...) l'esprit et le corps. Ce qu'on n'a pas tellement le temps de faire à l'hôpital parce que c'est vraiment soigner les pathologies (...) c'est vraiment cette globalité qui est intéressante ». Eléonore rejoint l'idée de l'importance d'une approche holistique : « je me suis rendue compte qu'on n'a pas appris à accompagner l'humain dans sa globalité. On a appris à soigner la pathologie, mais pas l'humain dans tout son contexte ». Elle a alors entrepris de se former « en naturopathie pour avoir les bases de l'hygiène de vie (...) en coaching, en neurosciences, pour pouvoir faire de l'entretien motivationnel », ce qui lui a permis « d'avoir une posture beaucoup plus accompagnante, bienveillante, plutôt que de "savante" qui conseille ». Les médecins interrogés estiment que la pratique hospitalière privilégie le traitement de la maladie au détriment de l'accompagnement de la personne. Jeanne formule également cette idée de décentrement par rapport à la logique médicale : « mon intérêt principal, là-dedans, ce ne sont pas les aspects médicaux, ce sont les gens (...) ce qu'ils font, leur parcours, leurs centres d'intérêt, ce qu'ils font pour eux (...) donc c'est vraiment une autre manière de soigner ». Avec la médecine générale, Camille a elle aussi changé son rapport au soin : « ça m'a vraiment appris le sens clinique, ça m'a vraiment appris comment choisir mes examens cliniques (...) il y a beaucoup de prévention (...) j'accompagne vraiment les patients ». Les parcours de réorientation montrent une redéfinition du rôle de soignant. Plusieurs médecins décrivent le passage d'une posture centrée sur l'expertise biomédicale à une posture orientée vers l'accompagnement et la construction d'une relation avec le patient dans sa globalité.

- *Agir sur le système de santé*

Outre la recherche d'une pratique du soin globale centrée sur l'humain, une volonté de transformer ou d'améliorer le système de santé traverse les réorientations des participants. Les bifurcations ne traduisent donc pas un retrait mais un déplacement vers d'autres espaces d'action. Eléonore explique : « moi j'ai l'énergie et le moteur pour lancer une dynamique qui va aider sur le long terme ». Elle a effectivement décidé de créer « une association (...) qui rassemble tous les soignants qui ont envie de prendre soin d'eux, du vivant et de l'individu, en le considérant comme étant vraiment un acteur de sa santé (...) la plupart de mes accompagnements, ce sont des soignants qui ont envie de changer les choses. Et c'est comment les accompagner pour que ce soit facile à faire (...) sans se brûler les ailes ». Selon une logique similaire, Patrick a rejoint le SPF Santé publique où : « ma mission numéro un, c'est d'aider, de coacher, de soutenir les opérateurs (de la centrale 112 de Bruxelles). Donc je suis toujours dans cette dimension d'aider l'autre. Et puis après, pour les patients, j'ai toujours cette idée d'aider des gens mais plus à travers ce que j'organise ». Selon lui, à propos de « l'hôpital (...) il n'y a pas beaucoup de marge de manœuvre », il s'est donc orienté vers le préhospitalier car : « là-dessus, je peux avoir un peu de marge de manœuvre ». Il reste donc cohérent par rapport à sa conception du soin orientée sur le « secours », tout comme Valérie reste alignée avec sa volonté de pratiquer une médecine accessible : « moi, j'ai décidé que je mènerais mon propre projet, que je resterais fidèle à ma conception de l'accès aux soins, parce que je n'arrive plus à la mettre en œuvre à l'hôpital dans les conditions actuelles ». Elle décide donc d'ouvrir « un cabinet de médecine d'urgence au milieu de ce désert médical. Je vais consulter deux heures le matin, deux heures l'après-midi et deux heures le soir ». De son côté, Camille a réalisé sa thèse de médecine générale sur l'expérience des médecins femmes racisées afin de « mettre en lumière l'imbrication des rapports sociaux de genre et de ''race'' et d'analyser leur influence, tant sur l'exercice de la pratique que sur la construction des trajectoires professionnelles »[14]. Un travail qui interroge les structures qui traversent la profession médicale et qui propose des pistes à visée inclusive. Les entretiens montrent ainsi que les bifurcations professionnelles ne consistent pas simplement en un changement de lieu d'exercice. Elles s'accompagnent, chez plusieurs médecins, d'une volonté de retrouver une capacité d'agir sur les conditions et sur l'organisation du soin, que ce soit à travers des initiatives associative, organisationnelle, territoriale, voire académique.

[14] Extrait de sa thèse (non citée afin de respecter l'anonymat de Camille).

4 Discussion

La première partie de cette discussion sera consacrée à la remise en cause de la pratique hospitalière du soin. Celle-ci repose sur des théories critiques plus larges interrogeant les notions de pouvoir et de professionnalisation médicale qui naissent en Occident dans le courant du 18ème siècle. Cette mise en perspective historique permet de situer les évolutions récentes de la profession médicale dans sa dynamique sociale, politique et économique afin d'en saisir les conditions et les contradictions de son développement. La manière dont les logiques économiques pénètrent dans le travail (Cousin, 2019) sera aperçue à travers la reconfiguration du pouvoir médical qu'elles impliquent.

La dénonciation de la conception moderne du soin, la critique du capitalisme et ses liens avec l'État seront exposés dans la deuxième partie. Le rapport du groupe d'experts concernant la réforme hospitalière sur la période 2026-2036 ainsi que la proposition de la Conférence interministérielle Santé Publique (CIM) seront examinées et interrogées à la lumière des expériences des médecins ayant quitté l'hôpital. L'investissement de la santé par le capital rendra compte de la colonisation du monde vécu (Habermas, 1981) et de la contradiction sociale qu'elle engendre (Fraser, 2022).

Enfin, j'essayerai de développer la proposition socio-politique qui découle des trajectoires disruptives des médecins interrogées pour mon enquête. En ce sens, la *Sociological Imagination* dont parlait Charles Wright Mills (1959) sera au cœur de cette troisième section. Je ne prétendrai pas parler à la place des enquêtées dans la mesure où elles n'ont émis aucune revendication politique franche. Il s'agira plutôt de mettre en perspective, à la lumière du contexte socio-économique actuel, ce que leurs trajectoires donnent à voir en germe, sans leur attribuer une intentionnalité politique qu'elles n'ont pas exprimée elles-mêmes. Je proposerai alors de dessiner les traits d'un monde radicalement autre, fondé sur les principes de santé commune et d'auto-organisation, débarrassé du capital et de l'État, et fidèle à l'histoire de notre sécurité sociale (Da Silva, 2022b).

4.1 La remise en cause de la pratique hospitalière du soin

4.1.1 La professionnalisation comme processus socio-historique

La professionnalisation de la médecine et la protection de son domaine d'intervention se sont construites historiquement en fonction d'intérêts qui dépassent les seules logiques techniques et thérapeutiques liées à l'avancée de la médecine. En effet, le processus de clôture du marché de la santé par les médecins fut effectif à partir de la fin du 18ème siècle (Foucault, 1963 [2009]), moment où la médecine réussit progressivement à unifier des savoirs et des pratiques tout en s'imposant sur d'autres discours et d'autres métiers. Cette lutte – effectuée par des hommes aisés au détriment de savoirs traditionnellement féminins (Ehrenreich et English, 1973 [2023]) – a eu lieu alors que l'efficacité pratique de la médecine n'a été reconnue que plus tard avec le développement de l'antisepsie, de la bactériologie ou encore de la radiographie dans le courant du 19ème siècle (Bergeron et Castel, 2015a). Dès lors, le statut et les protections liées à la profession médicale ont résulté « d'un travail politique du groupe des médecins pour construire un espace qui lui est favorable » (Bergeron et Castel, 2015a : p. 143). Ce travail historique et politique a permis à la profession médicale de définir elle-même les buts de son activité, les règles et les méthodes que ses membres doivent suivre ainsi que les possibilités d'accès à la profession par le contrôle de ses membres (Freidson, 1984). Ce dernier point a été marqué par le rallongement des études de médecine et par l'instauration d'un *numérus clausus* basé sur la convergence d'intérêts entre l'Ordre des médecins et l'État (Déplaude, 2015). Ceci a ainsi permis la sécurisation du marché lié à la santé pour les uns, tout en limitant les dépenses liées au nombre de médecins en circulation pour les autres. Les médecins interrogées pour l'enquête témoignent d'ailleurs du privilège socio-éducatif nécessaire à la poursuite d'étude de médecine.

Le pouvoir lié à la profession médicale est donc le résultat d'un triple processus politique : une mobilisation permettant une unification interne entre différents corps de métier aux statuts sociaux inégaux (chirurgiens, médecins, apothicaires), une lutte pour la légitimation externe (notamment vis-à-vis des classes socio-économiques supérieures) et l'exclusion d'autres métiers comme les botanistes, les homéopathes ainsi que les diverses guérisseuses et guérisseurs (Starr, 1982 ; Larson, 1977 ; Weisz, 1978, cités par Bergeron et Castel, 2015a). Andrew Abbott (1988) nomme « lutte juridictionnelle » cette conquête professionnelle ayant lieu, selon lui, tant sur le lieu de travail que dans le système légal et dans l'opinion publique.

Pour ces différentes raison, l'organisation hospitalière a été considérée comme une « bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1979) caractérisée par l'existence d'un corps professionnel qui dispose du pouvoir nécessaire pour gouverner et réguler lui-même son travail. C'est en investissant l'hôpital et en contrôlant son accès que la profession médicale s'est distinguée du reste de la communauté des soignants et soignantes (Bergeron et Castel, 2015b). Ce processus de légitimation professionnelle a ainsi permis au corps médical de résister, pendant une grande partie de son histoire, à la bureaucratisation et à la rationalisation, en maintenant une indépendance propre. Cette résistance s'est jouée au moment où la sphère économique se « désencastrait » et imposait ses propres lois aux autres sphères de la vie sociale (Polanyi, 1983). En réaction à cette « bureaucratie professionnelle », l'avènement de l'idéologie néolibérale des années 1980 a confronté la profession médicale à de nouveaux défis, dont celui de devoir rendre des comptes à des acteurs extra-médicaux, gestionnaires et financiers. Le champ de la santé est ainsi devenu progressivement central dans le développement du capitalisme. Batifoulier et Da Silva (2022) définissent d'ailleurs l'émergence du capitalisme sanitaire comme un nouveau stade du capitalisme qui suit la même dynamique globale basée sur la rationalisation économique dans le but de favoriser l'accumulation de valeur et la concurrence marchande.

4.1.2 La (re)configuration du pouvoir médical

- *La spécialisation et la multiplication des tâches comme source de conflits*

Dans le milieu hospitalier, les transformations modernes de l'organisation du travail basées sur la rationalité économique impliquent une hiérarchisation et une spécialisation croissante[15] des pratiques (Danet, 2017). Cette institutionnalisation de l'expertise est liée à la gouvernementalité néolibérale (Foucault, 1978) qui rend la rationalité économique et administrative centrale dans l'affirmation des États modernes (Desrosières, 2010, cité par Bergeron et Castel, 2015a). En conséquence, cette division du travail accroît l'interdépendance entre acteurs du corps soignant ainsi que la coopération nécessaire à l'accomplissement du travail du soin (Bergeron et Castel, 2010). La présente enquête montre que cette division du travail ne manque pas d'engendrer des négociations, des tensions et des conflits entre les professionnels de santé. L'unité

[15] Bien que Bergeron et Castel (2015a) rappellent que les causes générales de la spécialisation sont de tous ordres (scientifiques, techniques, économiques et politiques,...) et qu'il faut renoncer à trouver un modèle unique, ils admettent que le processus de rationalisation constitue une condition favorable à la surspécialisation.

professionnelle rêvée par l'approche strictement fonctionnaliste reposant sur des « membres (qui) partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts » (Bucher et Strauss, 1992 ; p. 68, cité par Bergeron et Castel, 2015a) semble en effet peu conforme au terrain. Bergeron et Castel (2010) ont proposé d'expliquer ces luttes intra-professionnelles en fonction du positionnement que chaque acteur occupe sur la « chaîne » thérapeutique ; la relation interprofessionnelle se basant sur l'appariement – ou non – entre un soignant qui considère devoir assurer le suivi avec d'autres qui conçoivent leur intervention comme ponctuelle et limitée. Cette grille de lecture apparait trop mécanique au regard de l'enquête. Les médecins interrogées mettent en évidence une conflictualité qui se base principalement sur le rapport à l'autonomie dans leur travail. Les situations qui engendrent des conflits ne sont pas liées à la compréhension que chacun a de son rôle thérapeutique, mais elles découlent plutôt du fait même d'être contraint dans son propre travail. La charge de travail induite par la répartition des tâches attaque l'organisation temporelle et pratique des médecins. Ainsi, la division du travail met fin à une forme d'autonomie et « s'impose à des médecins qui ne se sont jamais imaginés y être soumis » (Cousin, 2019 ; p. 75). À travers les relations avec les patients et entre soignants, il ressort en effet des entretiens qu'une perte de pouvoir des médecins sur leur capacité à organiser leur travail s'installe face à l'abondance des sollicitations en provenance des patients et des autres professionnels de santé. Au regard des entretiens et de la littérature (Danet et al, 2015), les services d'urgences semblent particulièrement compenser les défaillances multiples du système de santé, même si l'ensemble des spécialistes apparait également affectés par la quantité des demandes et des requêtes.

- *Le surtravail et la genèse de l'aliénation médicale*

Les médecins interrogées évoquent le flux de patients – induit notamment par l'accroissement du consumérisme médical et le non-recours à d'autres moyens – comme un facteur d'épuisement parfois responsable d'une perte de sens dans les pratiques du soin effectuées. Ainsi, à la dynamique de spécialisation et de multiplication des requêtes s'ajoute un processus d'aliénation du corps soignant qui voit son rôle restreint à l'exécution de tâches déterminées par, et pour, le fonctionnement d'un ordre social sous tension. Soumis à une charge de travail importante, certains médecins ne perçoivent plus les finalités de ce qu'ils accomplissent. Dès les années 80, certains sociologues avaient perçu que le pouvoir des médecins était subordonné à des intérêts économiques qui les dépassaient ; McKinlay et Arches (1985) parlaient d'une prolétarisation des médecins, alors que Navarro (1988) insistait sur l'idée que le véritable

pouvoir revenait au capital, tout en rejetant à la fois l'idée d'une prolétarisation et d'une pure « dominance professionnelle » (Freidson, 1988) des médecins sur leur pratique. Aujourd'hui, il y a un consensus scientifique « sur le fait que la position traditionnellement dominante des médecins au sein des organisations de santé est désormais contestée par les managers et les directeurs d'établissement » (Bergeron et Castel, 2015a ; p. 248-249). Ce déplacement a lieu du aux compétences nécessaire pour faire face aux enjeux liés à la coordination des activités de soin et à la performance financière. Ces considérations ont de potentielles répercussions sur l'identité des médecins qui tendent tantôt à se laisser guider par l'esprit d'entreprise et la recherche de performance financière (Le Galès et Scott, 2008), tantôt à se transformer en bureaucrates (Benamouzig et Pierru, 2011), tantôt encore à s'engager prioritairement dans la défense des intérêts de leurs institutions plutôt que dans ceux de la logique du soin et de la profession médicale (Hafferty et Light, 1995). Seul ce dernier point a été rencontré lors de mon enquête, les deux premiers étant plutôt dénoncés par mes enquêtées.

- *Les dominations et violences médicales à leur paroxysme*

Le travail des médecins semble indéniablement contraint par des logiques extérieures au soin et le pouvoir médical s'en voit inévitablement affecté. Si l'argument rend compte jusqu'à présent d'une baisse tendancielle du pouvoir des médecins, il est maintenant important d'y apporter une nuance fondamentale. Cette aliénation croissante du travail médical ne se limite pas à affecter les médecins eux-mêmes : elle a aussi des répercussions directes sur la relation de soin. Au regard des entretiens réalisés, il semble effectivement que les patients et patientes restent complètement soumises aux décisions médicales, bien que celles-ci ne soient plus en l'entière possession des seuls médecins. Autrement dit, pour les personnes sur qui ce pouvoir médical s'exerce, il ne semble pas y avoir de changement de régime. Au contraire, une documentation croissante apparait sur – ce qu'il devient commun de nommer – les violences médicales (Perrin et al, 2025 ; Shema, 2025). En effet, « l'hôpital n'est pas imperméable aux rapports de pouvoir qui structurent le monde social. En tant qu'institution (...) il est aussi un vecteur effectif de dominations » (Juven et Vincent, 2022 ; p. 522). Au terme d'une enquête sur les violences obstétricales liées à la pratique de l'avortement, le sociologue Raphaël Perrin va jusqu'à affirmer que « l'érosion du pouvoir médical n'est qu'un mythe » (Perrin, 2025 ; p. 261).

Si les causes des violences médicales sont sans aucun doute multiples, le philosophe Ivan Illich (1975) avait déjà soutenu que la pratique du soin dictée par la logique capitaliste tend à devenir

elle-même pathogène sous l'effet du développement sans fin de l'institution médicale. Cette analyse tend à être corroborée par des travaux plus récents (Prud'homme, 2016 ; Gelly et Pitti, 2016 ; Geeraert, 2017) qui montrent que « les pratiques institutionnelles et médicales inégalitaires et discriminatoires sont renforcées par le manque de moyens et la logique gestionnaire productiviste qui s'est imposée à l'hôpital et à ses travailleur·euse·s » (Juven et Vincent, 2022 ; p. 532). Si la présente enquête n'avait pas pour objet de documenter ces violences en tant que telles, on retrouve cependant dans plusieurs entretiens le récit d'évènements ayant nuit aux patients et qui sont allés jusqu'à justifier en partie la sortie de l'hôpital pour certains médecins. À la lumière des entretiens, ces violences peuvent être interprétées comme les conséquences des transformations modernes de l'organisation du travail hospitalier qui finissent par entrer en dissonance avec la volonté des médecins. Dès lors, l'hôpital tel qu'il existe aujourd'hui apparait en inadéquation avec les évolutions de la société dans laquelle il s'inscrit (Juven et Vincent, 2022). Les mouvements sociaux des dernières années ont été marqués par la dénonciation de violences sociales de classe, de genre et de race comme en témoigne la mobilisation des Gilets jaune et les mouvements mondialisés autour de Metoo et de Black Lives Matter. Dès lors, l'hôpital – en tant qu'institution – s'avère être un lieu où ces violences et discriminations sont produites et reproduites activement (Perrin et al, 2025 ; Shema, 2025 ; Gelly et al, 2016). Les entretiens réalisés rejoignent la littérature en montrant que cette situation est, en partie, permise par l'organisation managériale et bureaucratique du travail du soin.

- *La résilience de classe à l'origine de la désertion*

Un point majeur qui ressort de l'enquête est la nécessité pour les médecins interrogées de dégager – par leur sortie de l'hôpital – du temps pour soi. On sait combien la socialisation médicale repose sur un apprentissage « par claques » (Zolesio, 2013) et combien « les médecins intériorisent la dénégation de leurs limites en apprenant à considérer leur fatigue comme un obstacle à surpasser et à repousser les limites temporelles des journées et semaines de travail » (Garcia et al, 2025, p. 102). Ce caractère de dépassement de soi se retrouve dans l'ensemble des entretiens bien qu'ils ne fassent pas tous ressortir explicitement le caractère pénible d'un tel travail. En effet, plusieurs médecins témoignent d'une difficulté quotidienne qui va souvent de pair avec un débordement sur la vie privée, mais sans le blâmer, voire en le naturalisant, conformément à leur socialisation. Cette dévotion au travail se traduit par une pluralité d'investissements professionnels qui repose sur une disponibilité au travail presque

sacrificielle. Comme énoncé plus haut, cette tendance qu'a le médecin à surtravailler est entretenue – voire exacerbée – par les transformations modernes de l'hôpital. Ces dernières découlent d'un mode de gestion basé sur la rationalité économique entretenu par la limitation du nombre de professionnels de santé et la multiplication des tâches liées à la spécialisation. Dans ce contexte, certains médecins cherchent « une porte de sortie », ou juste un peu d'air, après avoir beaucoup donné pour la cause.

Les études portant sur les cessations d'activités médicales portent majoritairement sur les médecins généralistes (Véga, 2007 ; Blandin et Cabé, 2008 ; Garcia et al, 2025 ; Lamouroux et Le Mellec, 2025). Bien que les domaines hospitaliers et extrahospitaliers de la médecine soient différents, plusieurs résultats résonnent avec les données de mon enquête. Premièrement, il y a des « effets d'hystérésis d'une profession qui reste ajustée à un état ancien, majoritairement masculin, de la profession médicale et supposant une disponibilité permanente » (Garcia et al, 2025 ; p. 113). La pratique de la médecine – mise sous pression par l'injonction à la rentabilité – tend à ne plus convenir aux médecins qui refusent de plus en plus le modèle professionnel ajusté à un état antérieur (masculin et patriarcal) de la profession où la disponibilité totale du médecin était rendue possible par le travail invisible réalisé par l'épouse. Dorénavant, le cumul entre travail professionnel débordant, travail domestique et activités privées tend à devenir impossible. Deuxièmement, la socialisation de classe détermine les formes de sorties et d'aménagements du métier (Garcia et al, 2025). Les privilèges socio-économiques qu'offre le statut de médecin facilitent la sortie de l'hôpital et les possibilités de réorientation. Les médecins continuent de bénéficier d'un pouvoir lié à leur profession qui les rend désirable sur le marché du travail. Ils ne sont en effet pas voués à rester à l'hôpital pour subvenir à leurs besoins comme cela peut être le cas pour d'autres professions. Dès lors, les médecins qui quittent l'hôpital n'apparaissent pas tant comme des socialisations professionnelles ratées (Zolesio, 2009). Il s'agit plutôt de l'expression d'une liberté permise par la possession d'un certain type de pouvoir économique et symbolique lié à la profession médicale.

4.2 Une conception du soin aux logiques capitalistes

4.2.1 Le rôle omnipotent de l'État

- *La dynamique des réformes néolibérales*

Depuis les années 1970 et 1980, le développement historique du capitalisme évolue vers une soumission progressive de la profession médicale et des institutions de soin à la logique du capital (Navarro, 1988 ; Bergeron et Castel, 2015b ; Stiegler 2021). L'hôpital est passé, au fil du XXème siècle, d'*un centre* de santé pour les malades à une institution *au centre* de la santé (Juven et Vincent, 2022). Il devient alors un objet d'attention pour ce qu'il coûte et est envahi par des techniques[16] permettant d'évaluer la productivité et ainsi freiner l'inflation hospitalière redoutée par les différents gouvernements. Les dépenses en santé sont jugées délétère pour les comptes publics et sans lien avec les besoins réels de la population. La contrainte budgétaire devient alors un dogme pour gouverner les hôpitaux et la santé. À cela s'ajoute un mode de gouvernance qui implique de « contraindre les médecins, les professionnel·le·s donc, jugé·e·s irresponsables d'un point de vue économique, et beaucoup trop dépensier·ère·s, en leur retirant la capacité à faire les règles et peser sur les décisions » (Juven et Vincent, 2022 ; p. 524). Les économistes de la santé détiennent des « bonnes raisons » et définissent alors les problèmes pertinents tout en proposant les solutions correspondantes (Bergeron et Castel, 2015c). Peu à peu, l'État installe ainsi les principes de rationalité économique à la tête de l'organisation hospitalière et donc aux commandes de la santé des populations. Sous l'égide du prétendu « trou de la Sécu », tenu improprement pour un fait objectif (Duval, 2002 cité par Bergeron et Castel, 2015c), de nombreuses réformes investissent le système de santé en s'assurant un consentement collectif, notamment « en suggérant que le problème est de nature comparable à celui qui peut lester un budget domestique » (Bergeron et Castel, 2015c ; p. 57). La crise hospitalière actuelle, décrite en introduction (voir point 1.1), prend place dans ce moment historique de développement du capitalisme et est, en ce sens, socialement construite.

- *La réforme 2026-2036 : Changer pour préserver*

Revenons d'abord plus précisément sur le contenu de cette réforme, déjà présentée en introduction (voir 1.6), avant d'en interroger la portée à la lumière des trajectoires étudiées. La Conférence Interministérielle Santé publique (CIM) juge que « le paysage hospitalier belge est insuffisamment adapté aux besoins actuels en matière de soins » (Communiqué de la CIM, 24/06/2026). Devant une offre hospitalière jugée excédentaire, une pénurie de personnel soignant et des soins primaires trop dispersés, la réforme vise plusieurs objectifs basés sur la

[16] Il s'agit de systèmes d'information, d'outils de comptabilité analytique ou d'indicateurs de performance qui sont progressivement imposés à tous les établissement de santé (Juven et Vincent, 2022).

réduction de la fragmentation du système hospitalier, le renfort de la collaboration entre institutions et la garantie de soins de qualité accessibles à toute la population. Tout cela en améliorant l'efficience des soins et en garantissant le bien être des professionnels de santé – dans un contexte de restriction budgétaire et de souffrance des soignants. Pour ce faire, une restructuration complète du paysage hospitalier est envisagée en ajustant l'offre hospitalière à quatre types de sites : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), l'Hôpital Général Régional (HGR), le Centre Hospitalier de Jour (CHJ) et l'Hôpital de Soins Intermédiaires (HSI). Chaque type d'établissement doit répondre à des normes spécifiques jugées en fonction du nombre de « lits justifiés[17] ». Aujourd'hui, 132 hôpitaux sont répertoriés sur le territoire belge, 67 d'entre eux remplissent les normes[18] pour être HGR ; 39 sites ne les remplissent pas et doivent reconvertir leur activité en CHJ ou HSI ; les 26 derniers sont dans une situation intermédiaire et doivent poursuivre leur développement d'ici 2031 où une phase de réévaluation aura lieu.

Bergeron et Castel (2015c) proposent une typologie permettant d'appréhender la logique historique des réformes de systèmes. Ils identifient trois ensembles de mesures constituant les réformes depuis une cinquantaine d'années. Premièrement, les mesures de gouvernance du système, destinées à modifier la nature des relations entre les différents intervenants du secteur et leurs responsabilités respectives. Ensuite, les mesures qui s'attachent à essayer de contrôler les dépenses en santé et, finalement, le troisième ensemble de mesures vise à améliorer la qualité des soins. La réforme hospitalière belge 2026-2036 semble s'inscrire dans les trois ensembles simultanément. En effet, la diminution du nombre d'hôpitaux généraux supprimera intentionnellement 20% des lits et des services d'urgences[19] et permettra donc une diminution des dépenses en santé qui y sont liées. Ceci passera par la reconfiguration de l'organisation hospitalière, où une spécialisation accrue des établissements devrait renforcer leur collaboration (Conférence interministérielle Santé publique, 2025) – un nouveau mode de gouvernance qui redéfinit donc les rôles et les relations entre chaque type de site. En attendant la phase de réévaluation de 2031, les sites en situation intermédiaire seront alors mis en concurrence pour accéder aux normes HGR. Cela peut être interprété comme une réintroduction des mécanismes de marché en tant que principe régulateur des systèmes de soin dans le but d'améliorer leur efficacité. Dès lors, la réforme est censée accroitre l'efficacité et la collaboration tout en

[17] Un lit justifié est un lit calculé en fonction de l'activité réelle de l'hôpital et non plus seulement sur base du nombre de lits théoriquement autorisés ou agréés.)
[18] A savoir, 150 lits justifiés en 2026.
[19] Seuls les CHU et les HGR disposeront d'un service d'urgence.

réduisant les coûts. Les deux premiers ensembles de mesures proposés par Bergeron et Castel (2014c) sont ici mis en évidence, le point suivant investigue le troisième, la qualité des soins et les intérêts du patient, qui s'avère être « l'objectif ultime de ce rapport » selon les mots de Yves Coppieters[20], président de la CIM.

4.2.2 Le devenir capitaliste du monde vécu

La réforme 2026-2036 insiste sur l'amélioration de la santé de la population et de l'expérience des patients. Des soins sûrs, efficaces et centrés sur le patient sont mis en avant ainsi que l'implication essentielle de celui-ci dans la prise en charge de sa santé. Pour atteindre cet objectif, le groupe d'experts voit « la transformation numérique comme moteur des soins axés sur le patient » (p. 23). La digitalisation de la santé et de la vie quotidienne n'est pas un phénomène nouveau (Cappel, 2021) mais on sait qu'elle affecte l'offre de soins qui n'est alors plus conçue comme uniforme pour un même besoin mais bien différenciée selon les goûts et la capacité à payer de chaque patient (Batifoulier et Da Silva, 2022). La volonté affichée dans le rapport en termes de réduction des inégalités en santé risque d'être trahie par ce qui s'avère être une mise en compétition des individus sur le marché de la santé (Stiegler, 2021). Là encore, l'expérience du Covid-19 s'est avérée révélatrice : les techniques numériques ont automatisé les pratiques médicales. Auto-test, auto-diagnostique, auto-confinement et auto-administration de médicaments ont conduit les individus – en compétition les uns contre les autres – à optimiser la prise en charge de leur santé eux-mêmes, selon les consignes dictées par l'État, en réduisant les soignant·e·s à de simples prestataires de services (Stiegler, 2021).

De plus, ce changement du rapport au corps et à la santé s'accompagne de toute une série d'instruments et d'outils favorisant le développement du capital. Le chercheur en économie politique de la santé Nicolas Da Silva (2024) rappelle que « traditionnellement, le capitalisme est réputé détruire la santé, que cela soit par les pollutions, les conditions du travail, la qualité de l'alimentation, le chômage, etc. » (p. 3) mais ce système s'accommode très bien de la critique et il finit par la récupérer pour se renforcer. Cette dynamique est marquée par le concept anglo-saxon d'*healthism* (Conrad, 1992) qui désigne la tendance des sociétés à faire de la santé la « valeur des valeurs ». Ce mouvement s'accompagne non seulement de la médicalisation de tous les aspects de la vie mais aussi du culte du corps sain. En responsabilisant le patient sur

[20] Le Spécialiste, 2026

son parcours de soin et en individualisant la santé, la réforme hospitalière belge s'inscrit dans la continuité des politiques néolibérales qui instaurent la compétition et le marché dans la vie des individus. Ainsi, le capitalisme sanitaire s'avère être un nouveau moteur du capitalisme « qui s'empare de la vie elle-même en imposant les normes de la ''bonne santé'' » (Batifoulier et Da Silva, 2022 ; p. 16) et qui impose les manières d'y parvenir. Cette conception du soin et de la santé place le patient – en tant que sujet isolé en compétition avec tous les autres (Stiegler, 2021) – comme responsable et auteur de son propre parcours de soin. Les soignants sont, quant à eux, restreints à un rôle de prestataire de service.

4.2.3 Le déni de la démocratie

Au regard des résultats de l'enquête, la proposition de réforme semble venir nourrir certains processus nuisibles à la pratique du soin hospitalier. La néo-bureaucratisation et les dynamiques de spécialisation qui l'accompagnent risquent en effet d'augmenter la quantité de tâches à réaliser par les médecins. À cela s'ajoute la diminution du nombre de services d'urgence dans un domaine déjà sous extrême tension. La solution à cela semble reposer sur une individualisation du soin qui va de pair avec une responsabilisation des patients sur la prise en charge de leur santé (voir plus haut). Pour rappel, cela prend forme dans un contexte où les contraintes financières vont de pair avec des gains financiers réalisés sur le dos des patients et des professionnels de santé. L'ensemble de ces politiques sonne comme une mise en danger de la santé des populations.

Cette réforme s'inscrit dans la continuité de la contradiction entre les moyens accordés et les missions confiées à l'hôpital et aux soignants (Juven et Vincent, 2022). La quantification du nombre de lits comme point nodal de la gestion et de l'organisation hospitalière est le paroxysme du néolibéralisme hospitalier. L'hôpital passe d'une logique de stock – où les lits vides sont nécessaires pour que l'hôpital soit hospitalier – à une logique de flux où les variables d'ajustement sont les patients et les soignants. Les premiers attendent une place et les seconds compensent le manque de ressources en maximisant leur charge de travail ainsi que leur collaboration interprofessionnelle. Les résultats de l'enquête ont exposé la dégradation des pratiques de soin hospitalières dans les services d'urgences et ont laissé entrevoir que les autres services sont également touchés.

Le travail du soin hospitalier apparait comme une source de valeur économique au prix de sa dégradation constante. L'opposition marxiste entre le capital et le travail prend ici la forme d'une contradiction entre la rationalité économique capitaliste et la santé des vies humaines, c'est-à-dire *in fine* entre le capitalisme et la démocratie (Ferreras, 2012). L'État installe le capital dans le travail du soin hospitalier et dans la santé des populations. Ensemble, ils conduisent la marche à suivre et organisent la manière dont il faut soigner. Cette mainmise sur la santé constitue un pouvoir de classe qui agit au détriment des soignants et des patients. Malgré un diagnostic et des objectifs difficilement contestables, les propositions politiques restent alignées avec une logique purement capitaliste, moyennant des contorsions intellectuelles spectaculaires et des arrangements étonnants avec la réalité. Les experts et les ministres semblent conscients des enjeux de la crise et s'en saisissent en adhérant au récit – basé sur la rationalisation et le progrès technologique – d'une nécessaire adaptation des individus et des institutions sans devoir modifier les causes profondes. Les discours qu'ils produisent permettent d'incorporer et de détourner la critique afin de perpétuer l'hégémonie. Autrement dit, d'assurer le *business as usual*.

4.3 L'émancipation collective par le travail du soin

4.3.1 Une alternative désirable et réalisable

Nancy Fraser (2022) invite à bâtir l'alternative au capitalisme sur les conditions extra-économiques qui fondent le système. Dans cette perspective, distinguer et comprendre les différentes conceptions du capitalisme sanitaire – comme j'ai tenté de le faire dans ce travail – permet de prendre conscience des difficultés à y résister puisqu'il « s'appuie sur les aspirations légitimes à la santé qu'il entend transformer pour s'adapter à son désir d'expansion » (Da Silva, 2024 ; p. 4). Il repose effectivement sur une transformation progressive des rapports au corps et à la vie elle-même. Par conséquent, construire une autre politique de santé implique certes de lutter pour le recul du capital en santé, mais également de défendre d'autres conceptions de vie humaine. Ceci conduit à « penser simultanément la défense de l'hôpital public contre la logique néolibérale et sa nécessaire redéfinition à moyen et long terme » (Juven et Vincent, 2022 ; p. 521). Ce double examen critique porte le regard à la fois sur les politiques qui détruisent l'hôpital et sur l'institution hospitalière en tant qu'appareil de domination en santé.

Afin d'éclairer ces enjeux, un détour historique s'impose. Le développement de la sécurité sociale dans les années 1940 permet de comprendre que la prise en charge de la santé des populations ne résulte pas d'un consensus national, mais constitue le produit d'une histoire longue et conflictuelle (Da Silva, 2022). Au 19ème siècle, les premiers bouleversements des institutions de soin – rendus nécessaires par le développement du capitalisme – viennent des travailleurs qui organisent des mutuelles de solidarité. L'État n'intervient pas réellement avant que ne surviennent les guerres mondiales qui l'obligent à investir massivement dans les soins de santé à des fins de contrôle social. L'État social apparait alors contre la dynamique émergente d'un autogouvernement du système de santé par les intéressés eux-mêmes. L'étatisation de la sécurité sociale en subvertit le principe de solidarité, ce qui ouvre la voie au capitalisme sanitaire dont les dégâts n'ont cessé d'être abordés dans les sections précédentes. Récemment, la pandémie de Covid-19 a, une fois de plus, mis en lumière l'absurdité de ces évolutions et l'impérieuse nécessité de reprendre le pouvoir (Da Silva, 2022b). La réponse à la situation actuelle ne semble donc pas résider dans un renforcement du pouvoir de l'État social, mais bien dans la restitution de ce pouvoir sur le soin aux travailleur·euse·s et aux malades. Cette idée est investiguée progressivement dans la suite de cette section.

4.3.2 La santé comme base commune

La conception de ce qu'est la « bonne santé » peut être appréhendée par la définition que donne l'OMS (1946) de la santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition, exclusivement centrée sur l'individu, se prête à une appropriation par la logique néolibérale : en faisant du bien-être complet un horizon individuel plutôt que collectif, elle ouvre la voie à sa transformation en un ensemble de biens et de services à acquérir – ce que nous avons déjà identifié comme l'un des ressorts de *l'healthism* (voir point 4.2.2). Le bien-être ainsi conçu se rapproche de la notion de confort, qui elle-même touche à celle de plaisir, voire d'hubris. En effet, pourquoi refuser l'exploitation du travail quand elle nous permet de vivre confortablement ? Pourquoi préserver les institutions de soin quand notre propre santé n'est pas affectée – au contraire – par leur délabrement ? La question de la santé et la lutte pour ses déterminants socio-structurels semblent être au cœur de la conflictualité des rapports sociaux. Les différents groupes sociaux cherchent tantôt à préserver, tantôt à maximiser leur qualité de vie avec les moyens dont ils disposent. Pour certains, ceci se manifeste par l'alignement avec les intérêts du capital ; pour d'autres il faut nécessairement les remettre en cause ; pour d'autres

encore il s'agit de chercher les moyens de se préserver en creux du système. À l'évidence, ces différents intérêts sont – totalement ou partiellement – contradictoires bien qu'ils reposent tous sur une volonté de préserver leur santé. Si cette notion tend à être appropriée par la logique néolibérale, rien n'empêche de la réinvestir dans une perspective collective

4.3.3 Le pragmatisme soignant comme principe d'action

Pour résister à la colonisation du monde par les logiques systémiques capitalistes, Habermas (1981) développe une logique d'action fondée sur la rationalité communicationnelle et orientée vers l'intercompréhension. Il s'agit d'une éthique de la discussion au service d'un modèle de justice qui met l'accent sur les procédures sociales et institutionnelles permettant la construction d'espace sans coercition. Le travail du soin, en tant que pratique visant à subvenir aux besoins des autres et à maintenir des environnements favorables (Graeber, 2007), est propice au développement de ce genre d'espace. Lors des tensions entre collègues ou avec les patients, mes enquêtées ont montré que leur objectif était d'assainir les relations en identifiant les fins justifiant les différentes attitudes (le bon soin et la préservation de soi) et en comprenant les raisons des comportements (souffrances et charge de travail). Dès lors, au même titre que Habermas fait de l'émancipation l'intérêt constitutif de la connaissance des sciences sociales critique, nous pouvons considérer que l'intérêt constitutif de la pratique soignante est également l'émancipation. Reconnaitre le rôle de la pratique, c'est considérer que nous ne sommes plus au temps de la sensibilisation ni de la conscientisation, mais bien au temps de l'action.

Dans cette perspective, le travail du soin ne s'avère pas réservé aux seuls médecins, il est compris au sens extensif que lui donne David Graeber (2007 [2026] ; p. 362) : le travail de « celles et ceux qui conçoivent leur activité comme une manière d'aider, de prendre soin, ou de favoriser le développement et l'épanouissement d'autres êtres humains ». Au sens de Graeber, l'ensemble de ces travailleur·euse·s constitue une « classe du care », ou classe du soin, et est l'unique classe travailleuse véritablement créatrice de valeur (Graeber, 2007 [2026]). Hormis pendant la période Covid, cette classe n'a jamais été reconnue à sa juste valeur. Cette non-reconnaissance du travail fait partie de ce que le sociologue et économiste Bernard Friot (2026) nomme « l'inversion capitaliste ». Ce n'est pas l'utilité sociale qui est recherchée avec le travail, c'est soit le profit soit la puissance et , avec le néolibéralisme, la logique de compétence ou la volonté de puissance s'est alignée avec les intérêts du capital. Cette mainmise sur le travail et sur les décisions de production constitue le pouvoir de la classe capitaliste. Par conséquent,

soigner à l'heure du capitalisme c'est surtravailler à l'hôpital et non avoir le pouvoir de soigner comme on l'entend. Cette contradiction se révèle de manière évidente à travers les trajectoires de bifurcation de mes enquêtées. Procéder à « l'inversion de cette inversion capitaliste» est nécessaire en termes d'évolution sociale parce que « la façon dont on nous traite dans le soin est symptomatique de la valeur que l'on accorde à nos vies, à nos souffrances » (Touzard, 2025 ; p. 162). Revendiquer le soin en tant que pratique, c'est replacer la focale sur le contenu du travail – et non plus sur sa forme – c'est-à-dire sur son utilité sociale.

La pratique du soin peut être considérée comme un acte révolutionnaire témoignant du rejet d'une forme de pouvoir, en l'occurrence sur le travail, en faveur de la cohésion sociale. Comme le souligne Graeber (2004 [2018] ; p. 55) : « la révolution ne sera presque certainement pas une rupture nette (...) la façon la plus facile de l'appréhender est d'arrêter de penser à la révolution comme à une chose – ''la'' révolution, la grande rupture cataclysmique – et plutôt de demander ''qu'est-ce que l'action révolutionnaire ?''». L'anthropologue poursuit en la définissant comme « toute action collective qui rejette, et donc défie, une forme de pouvoir ou de domination et, ce faisant, reconstitue les relations sociales ». La pratique du soin apparait ainsi révolutionnaire et est, en ce sens, un moteur du processus démocratique.

4.3.4 La démocratie directe comme revendication

Nous ne vivons pas en démocratie à proprement parler mais dans des oligarchies libérales selon Castoriadis (1999), ou dans des aristocraties représentatives selon Dupuis-Déri (2013). Quel que soit le nom qu'on lui donne, un régime électif ou représentatif relève de l'oxymore si on se réfère à son étymologie et à son origine historique (Dupuis-Déri, 2013 ; Graeber, 2014 ; Steiger et Pébarthe, 2023). Les régimes qui nous gouvernent sont issus d'une conception libérale de la démocratie basée le « le constant souci de trouver le juste équilibre entre deux espaces considérés comme distincts, bien que toujours liés : l'État et le marché, le public et le privé, le royaume du roi et le domaine du marchand » (Bergeron et Castel, 2014c ; p. 60). Avec le néolibéralisme, l'État se met au service du marché, ce qui implique l'émergence de formes de gouvernance autoritaires (Stiegler, 2021 et 2023 ; Chapoutot, 2020 et 2025) qui illustrent la contradiction capitalisme/démocratie (Ferreras, 2012). Pour échapper à cette réappropriation sans fin de l'idéal démocratique, il faut concevoir la démocratie comme nécessairement directe, c'est-à-dire comme l'affaire de toutes et tous. Pour tendre vers cet objectif, plusieurs chercheur·euse·s pensent la transformation sociale de nos institutions. Si ces recherches portent

majoritairement sur l'entreprise, elles peuvent être mobilisées pour la question qui nous occupe, à savoir, comment démocratiser l'hôpital ? Cette exigence de démocratie directe résonne avec un constat déjà établi par l'enquête : l'exclusion des médecins des décisions organisationnelles qui affectent pourtant directement leur pratique (voir point 4.1.2).

Certains travaux portent sur la transformation des rapports de pouvoir au travail en proposant de modifier le mode de gouvernance des institutions (Piketty, 2013 ; Ferreras, 2012 ; Morin, 1981) L'économiste Guillaume Etiévant (2026) souligne toutefois que ces approches ne remettent pas en cause la propriété lucrative du capital. D'autres approches se fondent à contrario sur la réappropriation privée des moyens de production (Friot, 2012 ; Dockès, 2020) Ces différentes théories divergent mais elles nourrissent toutes une réflexion sur les sorties concrètes de la domination capitaliste sur le travail. Par manque d'espace, je n'irai pas plus loin dans la discussion de ces différentes thèses appliquées aux institutions de soin. Je retiendrai tout de même une idée transversale : l'émancipation implique de sortir des catégories capitalistes qui tendent à faire du travail et du capital les deux composantes nécessaires au progrès social. La santé pour toutes et tous se conçoit en repensant la question du pouvoir sur le travail et la conception de la valeur que cela implique. On peut repenser le travail créateur de valeur comme un travail du soin – ou du care – « dont la finalité est d'accroître la liberté dans toutes les dimensions de l'existence humaine » (Graeber, 2007 [2026]; p. 387).

5 Conclusion

Ce travail est parti d'un constat empirique et immédiat : la crise que traverse aujourd'hui le système hospitalier belge, lisible tant dans ses indicateurs financiers et organisationnels que dans les trajectoires de médecins qui choisissent de quitter l'hôpital. Plutôt que de s'en tenir à une lecture strictement gestionnaire de cette crise, ce mémoire a fait le pari de la resituer dans une dynamique plus large : celle du développement du capitalisme et de sa contradiction sociale fondamentale, telle que Nancy Fraser l'a mise au jour – un système qui dépend structurellement du travail de reproduction sociale dont le soin constitue une composante majeure, tout en tendant à en fragiliser les conditions mêmes d'exercice. Ce cadre théorique, articulé aux apports de Weber et Habermas sur la rationalisation et la colonisation du monde vécu par le système, a permis de nommer un processus précis : la pénétration progressive d'une rationalité économique capitaliste au cœur du travail hospitalier. Ce diagnostic n'a cependant pas été mobilisé comme une structure explicative à vérifier depuis le haut, mais, conformément à la posture pragmatiste héritée de Dewey, comme un ensemble de concepts sensibilisants permettant d'interpréter les tensions telles qu'elles se donnent à voir dans l'expérience vécue des médecins rencontrées.
Cette approche a permis de mettre ce cadre théorique à l'épreuve du matériau empirique, en trois temps. Le premier temps a retracé la construction historique et sociale du pouvoir médical, montrant que la profession s'est bâtie par un long travail politique de clôture et de légitimation, avant d'être aujourd'hui déstabilisée par l'irruption d'une logique gestionnaire qui recompose ce pouvoir : spécialisation croissante, surtravail, aliénation, jusqu'à des formes de violence institutionnelle qui, loin de signaler un effacement complet du pouvoir médical, en révèlent la reconfiguration au détriment tant des soignants que des patients. Le deuxième temps a ancré cette analyse dans l'actualité de la réforme hospitalière belge 2026-2036, dont l'examen a révélé la poursuite d'une logique de rationalisation et de mise en concurrence des établissements, en dépit d'objectifs affichés difficilement contestables. Ce mouvement s'est prolongé par une analyse du devenir capitaliste du monde vécu, où la subjectivité même du patient, individualisée et mise en compétition, s'est révélée traversée par les mêmes logiques que celles pesant sur le travail des soignants – donnant à voir une contradiction plus large entre logique capitaliste et exigence démocratique.

C'est sur cette tension que s'est ouverte la troisième et dernière partie de la discussion, de nature plus prospective. En prenant appui sur les conditions extra-économiques que Fraser invite à

mobiliser pour penser l'alternative au capitalisme, ce travail a esquissé, à partir des trajectoires disruptives des médecins enquêtées – sans prétendre parler à leur place – les prémices d'une autre conception du soin : (1) un soin qui permet la santé, comprise comme une base humaine commune plutôt que comme bien individuel, (2) une pratique soignante réinvestie comme principe d'action au sens habermassien, et (3) une exigence de démocratie directe étendue à la gouvernance des institutions de santé. Ces perspectives restent partielles et à approfondir : elles n'ont pu être traitées ici qu'en contrepoint d'une discussion centrée avant tout sur l'analyse du présent. Elles ouvrent néanmoins des pistes de recherche pour la suite – notamment sur les formes concrètes que pourrait prendre une réappropriation collective du travail de soin à l'hôpital – et invitent à poursuivre le travail de conscientisation et d'action qu'appelle la situation actuelle du soin hospitalier.

Bibliographies

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press

Balandier, G. (1988). *Le désordre : éloge du mouvement*. Fayard.

Barrau, A. (2026). *Trahir par fidélité : Contre la fin du monde avec Alexandre Grothendieck*. Les Liens qui libèrent.

Batifoulier, P., & Da Silva, N. (2022). L'État et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire. *Économie et Institutions*, (30-31). https://doi.org/10.4000/ei.7105

Benamouzig, D., & Pierru, F. (2011). Le professionnel et le « système » : L'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociologie du Travail,* 53(3), 327–333. https://doi.org/10.1016/j.soctra.2011.06.003

Bergeron, H., & Castel, P. (2010). Captation, appariement, réseau : Une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*, *52*(4), 441–460. https://doi.org/10.1016/j.soctra.2010.09.001

Bergeron, H. et Castel, P. (2015a), Organisation(s), décision et rationalisation, in *Sociologie politique de la santé*, Paris, Puf, p. 191-270.

Bergeron, H. et Castel, P. (2015b), Médecine et profession, in *Sociologie politique de la santé*, Paris, Puf, p. 133-190.

Bergeron, H. et Castel, P. (2015c), Politiques de réforme, in *Sociologie politique de la santé*, Paris, Puf, p. 55-130.

Bessin, M., Bidart, C. et Grossetti, M. (2009). Introduction générale L'enquête sur les bifurcations : une présentation. Dans M. Grossetti, M. Bessin et C. Bidart Bifurcations : Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement (p. 7-19). La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.bessi.2009.01.0007.

Brugère, F. (2011 [2017]). *L'éthique du care* (2e éd.). Presses Universitaires de France.

Cappel, V. (2021), The plurality of daily digital health. The emergent of a new form of health coordination, *Historical Social Research,* 46 (1), P. 230-260.

Chapoutot, J. (2020). *Libres d'obéir : Le management, du nazisme à aujourd'hui*. Gallimard.

Chapoutot, J. (2025). *Les irresponsables : Qui a porté Hitler au pouvoir ?* Gallimard.

Conférence interministérielle Santé publique. (2025). *Pour la réforme du paysage hospitalier belge – Changer pour préserver (2026-2036) : Rapport du groupe d'experts indépendants*

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, *18*(1), 209–232.

Cousin, O. (2019). *Pourquoi la rentabilité économique tue le travail*. Le Bord de l'eau.

Danet, F., Brémond, M. et Robert, D. (2015). Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? Dans Y. Clot et D. Lhuilier Perspectives en clinique du travail (p. 137-156). érès. https://doi.org/10.3917/eres.clot.2015.01.0137.

Danet, F. (2017). 3. L'organisation médicale hospitalière. *Où va l'hôpital ? : Quelques réflexions pour*

sortir du catastrophisme (p. 71-104). Desclée De Brouwer. https://stm.cairn.info/ou-va-l-hopital--9782220059488-page-71?lang=fr.

Da Silva, N. (2022). *La bataille de la Sécu : Une histoire du système de santé*. La Fabrique éditions.

Déplaude, M.-O. (2015). *La hantise du nombre : Une histoire des numerus clausus de médecine.* Les Belles Lettres.

Desrosières, A. (2010). *La politique des grands nombres : Histoire de la raison statistique*. La Découverte.

Dewey, J. (1927 [2010]). *Le public et ses problèmes* (J. Zask, Trad.). Gallimard.

Dockès, E. (2020). *Comment abolir la propriété dominante en deux principes et trois exemples.* Silomag.

Dupuis-Déri, F. (2013). *Démocratie : Histoire politique d'un mot aux États-Unis et en France*. Lux Éditeur

Ehrenreich, B., & English, D. (1973 [2023]). *Sorcières, sages-femmes et infirmières : Une histoire des femmes soignantes* (L. Brown & C. Germain, Trad.). Cambourakis.

Etiévant, G. (2026). *Autogestion générale. Sortir du capitalisme : méthode*. Les Liens qui libèrent.

Ferreras I. (2012). *Gouverner le capitalisme : pour le bicamérisme économique*. Presses universitaires de France.

Ferreras I. et al. (2023). *Hé Patron ! Pour une démocra<sa<on de l'entreprise*. Seuil.

Foucault, M. (1963 [2009]). *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France.

Foucault, M. (1979 [2004]). *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)* (M. Senellart, Éd.). Gallimard ; Seuil.

Fraser, N. (2025). *Le capitalisme est un cannibalisme : Comment notre système dévore la démocratie, les liens sociaux et la planète – et ce qu'on peut faire pour y remédier* (L. Mistral, Trad.). Agone.

Freidson, Eliot (1984). *La profession médicale*. Payot.

Friot, B. (2012). *L'enjeu du salaire*. La Dispute

Garcia, S., Gelly, M. et Hamelin, C. (2025). Sortir de la médecine générale libérale : les effets croisés de la socialisation professionnelle, de classe et de genre. Travail, genre et sociétés, 54(2), 99-116. https://doi.org/10.3917/tgs.054.0099.

Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58, 7–18.

Gilligan, C. (1982 [2008]). *Une voix différente : Pour une éthique du care* (A. Kwiatek, Trad.; V. Nurock, Rev.). Champs Flammarion.

Graeber, D. (2004 [2018]). Un assez court manifeste concernant le concept de révolution, in Pour une anthropologie anarchiste, Lux, p. 51-55.
Graeber, D. (2007 [2026]). La révolte des classes du soin, in *Il n'y a jamais eu d'Occident*, Les Liens qui Libèrent, p. 331-388.

Graeber, D. (2014). *La démocratie aux marges* (P. Chanial, Trad. ; A. Caillé, Préface). Le Bord de l'eau.

Grossetti, M., Bessin, M. et Bidart, C. (dir.) (2009). Bifurcations : Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement. La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.bessi.2009.01.

Guillibert, P. (2023). *Exploiter les vivants : Une écologie politique du travail.* Éditions Amsterdam.

Habermas, J. (1981 [1987]). *Théorie de l'agir communicationnel* (M. Husson, Trad., Vol. 1–2). Fayard.

Illich, I. 1974, Némésis médical. L'expropriation de la santé, France, Fayard.

Juven, P-A, Vincent, F. (2022). Hôpital, in Fassin, D. (dir.). (2022). *La société qui vient.* Seuil.

Laurens, S. (2021). Au-delà du lobbying : réflexions sur l'appropriation privée du capital bureaucratique. Entreprises et histoire, 104(3), 32-44. https://doi.org/10.3917/eh.104.0032.

Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. University of California Press.

Le Galès, P., & Scott, A. (2008). Une révolution bureaucratique britannique ? Autonomie sans contrôle ou "freer market more rules". *Revue française de sociologie*, *49*(2), 301–330.

Marx, K. (1867 [2022]). *Le Capital, livre 1 : Critique de l'économie politique* (J.-P. Lefebvre, Trad.). Éditions sociales.

McKinlay, J. B., & Arches, J. (1985). Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Service*, *15*(2), 161–195. https://doi.org/10.2190/JBMN-C0W6-9WFQ-Q5A6.

Mills, C. W. (1959 [1967]). *L'imagination sociologique* (P. Clinquart, Trad.). Paris : François Maspero

Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.

Navaroo, V. (1988). Professionnal dominance or proletarianization – Neither. *Milbank Quaterly,* vol. 6, n°S2, p. 57-75.

Perrin, R. (2025). *Le choix d'avorter : Contrôle médical et corps des femmes*. Agone.

Perrin, R., Robicquet, P. et Ruault, L. (2025). Où sont les violences médicales ? Genèses, 138(1), 3-13. https://doi.org/10.3917/gen.138.0003.

Piketty, T. (2013). *Le capital au XXIe siècle*. Seuil.

Polanyi, K. (1983). *La grande transformation : Aux origines politiques et économiques de notre temps* (C. Malamoud & M. Deriev, Trad.). Gallimard

Prud'homme, D. (2016). Du « soin global » au traitement discriminatoire : La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien. *Terrains & travaux*, 29(2), 85-104. https://shs.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2016-2-page-85?lang=fr

Shema, M. (2025). *La santé est politique : la médecine soigne-t-elle vraiment tout le monde ?*, France, Place des éditeurs.

Stiegler, B. (2019). *"Il faut s'adapter" : Sur un nouvel impératif politique.* Gallimard.

Stiegler, B. (2021). *De la démocratie en pandémie : santé, recherche, éducation*. Gallimard.

Stiegler, B., & Pébarthe, C. (2023). *Démocratie ! Manifeste*. Éditions L'Harmattan / Le Bord de l'eau.

Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. Basic Books.

Touzard, C. (2025). *Folie et résistance*. Éditions divergences.

Weber, M. (1919 [1959]). *Le savant et le politique* (R. Aron, Éd. & Préface). Plon.

Weber, M. (1922 [1995]). *Économie et société* (J. Chavy & É. de Dampierre, Dir.; J. Freund et al., Trad.). Pocket.

Weisz, G. (1978). *The politics of medical professionalization in France, 1845–1848*. Journal of Social History, *12*(1), 1–30.

Zolesio, E. (2009). Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée. Sociétés contemporaines, 74(2), 147-165. https://doi.org/10.3917/soco.074.0147.

Zolesio, E. (2013). La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques » Revue française de pédagogie, 184(3), 95-104. https://doi.org/10.4000/rfp.4245.

Annexes

Guide d'entretien

Cette étude vise à éclairer certaines dimensions (politique et économique) de l'organisation hospitalière à travers l'expérience de médecins ayant décidé de quitter l'hôpital. Ces derniers semblent constituer une bonne porte d'entrée au regard de leurs trajectoires discursives vis-à-vis de l'institution hospitalière. Tel est le parti pris théorique et méthodologique de ce travail. L'objectif de l'enquête est de comprendre comment la rationalité économique affecte le travail du soin et d'esquisser des propositions d'alternatives à partir des bifurcations des médecins. En effet, la bifurcation professionnelle consiste à la critique du système en place et à la proposition d'autres manières de faire.

1. <u>Introduction et contextualisation de la trajectoire</u>

⇨ Pouvez-vous me raconter votre parcours en lien avec la médecine, ce qui vous a poussé à faire ces études et ce qui vous a finalement attiré dans la pratique hospitalière ?

Relances

- Quelles étaient vos attentes vis-à-vis du métier ?
- Selon vous, qu'est-ce qu'un « bon » médecin ?
- Y a-t-il eu des moments marquants dans votre formation ou lors de vos premiers pas en tant que professionnel ?

2. <u>L'expérience du travail hospitalier</u>

⇨ Comment s'organisait concrètement le travail de soin dans votre service ? Pouvez-vous décrire une journée ou une semaine de travail typique à l'hôpital ?

Relances

- Comment décrieriez-vous votre ancienne pratique hospitalière ? Qui soigniez-vous ? Pour qui, pourquoi et de quelles manières ?
- Comment se répartissait votre temps entre soin, administratif, coordination ?
- Quelles relations entreteniez-vous avec les autres professionnels de santé ?
- Quelles contraintes organisationnelles pesaient sur votre travail ?
- Quelle place occupaient les relations avec les patients dans votre travail ?

3. <u>L'hôpital vs la rationalité économique</u>

⇨ Comment perceviez-vous les logiques économiques ou gestionnaires dans votre travail ? Est-ce que ces contraintes influencent la manière de soigner ?

Relances

- Pouvez-vous donner des exemples concrets ?
- Comment les objectifs de performance ou de rentabilité étaient-ils présents dans votre service ?
- Comment ces contraintes étaient-elles discutées entre collègues ?
- Avez-vous observé des transformations dans l'organisation du travail à l'hôpital au cours de votre carrière ?

4. <u>La pratique du soin vs la rationalité économique</u>

⇨ Avez-vous déjà ressenti des tensions ou des contradictions entre ce que vous estimiez être un « bon soin » et les contraintes de l'organisation ?

Relances

- Pouvez-vous donner des exemples ?
- Aviez-vous le sentiment de pouvoir agir sur ces contraintes ?
- Comment ces tensions étaient-elles vécues collectivement ?
- Selon vous, qui décide des pratiques de soin ? Pour qui et pourquoi sont-elles exercées ?
- Selon vous, est-ce que l'implication du personnel soignant dans les processus décisionnels de l'hôpital serait une solution ?

5. <u>La bifurcation professionnelle</u>

⇨ Pouvez-vous me raconter comment vous est venue l'idée de quitter l'hôpital ? Y a-t-il eu un moment déclencheur ou s'agit-il d'un processus progressif ?

Relances

- Comment s'est déroulée concrètement cette transition ?
- Quels facteurs ont pesé dans votre décision ?
- Comment avez-vous vécu ce moment de bifurcation ?
- Qu'est-ce qui ne fonctionne pas aujourd'hui dans l'hôpital selon vous ?

6. <u>La bifurcation vers la proposition</u>

⇨ Que faites-vous aujourd'hui professionnellement ? En quoi votre pratique actuelle est-elle différente de celle à l'hôpital ?

Relances

- Avez-vous le sentiment de pouvoir exercer le soin autrement ?
- Qu'est-ce qui vous semble avoir changé dans votre relation au soin ?
- Voyez-vous dans votre pratique actuelle une forme de critique du système hospitalier ?
- Que vous semble-t-il nécessaire de transformer dans l'organisation du système de santé ? Quels changements seraient prioritaires ?
- Pensez-vous que d'autres formes d'organisation du soin soient possibles ?

7. <u>Questions de clôture</u>

- Y a-t-il un aspect de votre expérience que nous n'avons pas abordé et qui vous semble important ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant l'organisation du travail du soin aujourd'hui ?

UNIVERSITE DE LOUVAIN
Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)
Place Montesquieu, 1 bte L2.08.05, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique/www.uclouvain.be/psad