



trio.be

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE 15

Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé?

Christiane Wiskow, Tit Albreht et Carol de Pietro



Mots clés:

HEALTH PERSONNEL

PERSONNEL MANAGEMENT

JOB SATISFACTION

WORKPLACE - organization
and administration -
standards

La présente synthèse fait partie d'une nouvelle série destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs des systèmes de santé.

L'objectif est de rédiger des messages clés grâce auxquels les politiques pourront être élaborées en connaissance de cause. Les éditeurs continueront à étoffer la série en travaillant avec les auteurs pour que les options stratégiques et les problématiques de mise en oeuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé 2010 et
Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire
européen des systèmes et des politiques de santé 2010.

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé ?

Table des matières

	Page
Messages clés	
Note de synthèse	
Synthèse	
Thématique : Les environnements de travail médiocres compromettent l'offre de professionnels de la santé et la qualité des soins	1
Comment décrire un environnement de travail attractif et stimulant?	5
Que faire pour améliorer l'environnement de travail dans le secteur de la santé?	7
Considérations pratiques	25
Synthèse	27
Références	29
Annexes	36

Auteurs

Christiane Wiskow, Independent Health Services Specialist, Switzerland

Tit Albreht, Centre for Health System Analyses, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Slovenia

Carlo de Pietro, Centre for Research on Health and Social Care Management, Bocconi University, Italy

Publié par

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Rédacteur

Govin Permanand

Rédacteurs adjoints

Josep Figueras
Manfred Huber
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Managing Editors

Kate Willows Frantzen
Jonathan North
Caroline White

Guest Editors

Leen Meulenbergs
Willy Palm
Matthias Wismar

Les auteurs et éditeurs remercient les réviseurs qui ont émis des commentaires sur la présente publication et apporté leur expertise.

N° : 15

ISSN 1998-4065

Messages clés

Thématique et contexte politiques : les environnements de travail médiocres compromettent l'offre de professionnels de la santé et la qualité des soins

- Les décideurs politiques de la santé sont confrontés au défi d'aligner la demande croissante en soins de santé avec une offre suffisante de professionnels de santé à une époque de pénuries constatées et projetées en professionnels de la santé.
- L'environnement de travail constitue un facteur important dans le recrutement et la fidélisation des professionnels de la santé et les caractéristiques de l'environnement de travail affectent la qualité des soins, tant directement qu'indirectement. Moduler l'environnement de travail permet par conséquent de jouer un rôle essentiel pour assurer à la fois l'offre de professionnels de la santé et le renforcement, l'efficacité et la motivation de ces professionnels.
- L'objectif consistant à fournir des environnements de travail attractifs et stimulants est de créer les incitants qui encouragent à choisir – et garder – une profession de santé et de fournir des conditions qui permettent aux travailleurs de la santé des performances efficaces (pour garantir des services de santé d'excellente qualité).

Options politiques

- Compte tenu de la complexité des questions à aborder en matière d'environnement de travail, les réponses politiques doivent être multidimensionnelles, transversales et globales. Pour des politiques cohérentes, l'action politique doit être considérée à quatre niveaux : niveau international/régional ; niveau national ; niveau sectoriel ; niveau local/organisationnel. Les solutions efficaces sont liées au contexte et, par conséquent, la priorité doit être accordée au niveau local et organisationnel. Les autres niveaux créent le cadre législatif et réglementaire et apportent orientation et support pour le développement de politiques relatives au lieu de travail.
- Deux exemples de ce que l'on peut faire pour améliorer la qualité de l'environnement de travail dans les professions de santé comprennent les approches politiques pour promouvoir un équilibre sain entre vie familiale et vie professionnelle et l'amélioration de la protection de la santé des travailleurs.

- Afin d'encourager les employeurs du secteur de la santé à prendre un engagement pour des environnements de travail positifs, le développement de programmes d'évaluation/de reconnaissance du lieu de travail doit être envisagé.

Considérations pratiques

- Comme de nombreux facteurs influençant l'environnement de travail sont extérieurs au secteur de la santé, une collaboration intersectorielle est nécessaire. En particulier, l'interface entre les mandats de politique de santé et d'emploi doit être renforcée.
 - Ici, l'utilisation d'un dialogue social peut aider à garantir la mise en œuvre durable et transversale avec de multiples intéressés.
-

Note de synthèse

Thématique : les environnements de travail médiocres compromettent l'offre de professionnels de la santé et la qualité des soins

Les pays européens sont confrontés à des défis communs pour garantir un personnel de santé très performant à une époque de pénuries existantes et projetées. L'un des multiples aspects qui déterminent l'offre et les performances des professionnels de la santé est l'environnement de travail, qui joue un rôle essentiel.

Compte tenu des changements démographiques attendus au cours des prochaines décennies, les marchés de l'emploi seront confrontés à une plus grande concurrence en matière de talents. Le recrutement et la fidélisation de professionnels de la santé sont des priorités dans le secteur de la santé. Les preuves suggèrent que l'environnement de travail est un facteur important dans le recrutement et la fidélisation de travailleurs de la santé.

En outre, l'environnement de travail peut influencer la qualité des soins. Ces caractéristiques affectent la fonctionnalité organisationnelle, la satisfaction individuelle, l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, le développement continu et la culture organisationnelle. Les environnements de travail médiocres contribuent à des erreurs médicales, au stress et au "burn-out", à l'absentéisme et à des taux élevés de rotation du personnel qui, à leur tour, compromettent la qualité des soins.

Dans une définition pratique, un lieu de travail attractif et stimulant peut être décrit comme un environnement qui attire les individus dans les professions de santé, les incite à continuer à faire partie du personnel de santé et leur permet de fournir des performances efficaces.

Afin de développer des politiques cohérentes pour garantir un environnement de travail qui attire et fidélise les professionnels de la santé, les réponses politiques doivent être envisagées à quatre niveaux : niveau international/régional ; niveau national ; niveau sectoriel et niveau local/organisationnel. L'amélioration de l'environnement de travail nécessitera l'utilisation de mesures qui sont pertinentes (et propices) dans le contexte spécifique d'un système de santé donné. Ces mesures doivent également observer des normes internationales et prendre en considération les efforts régionaux d'harmonisation.

Des solutions efficaces sont liées au contexte et, par conséquent, la priorité doit être donnée au niveau local et organisationnel ; les autres niveaux fournissent le cadre législatif et réglementaire, l'orientation et le support nécessaires pour le développement de politiques sur le lieu de travail.

Options politiques

Une tendance essentielle observée parmi les professionnels de la santé est l'élan vers un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Un environnement de travail favorable à la famille est particulièrement important dans le secteur de la santé en raison de la dimension sexuelle de cette question. La majorité du personnel de santé est de sexe féminin et une féminisation croissante des professions traditionnellement dominées par les hommes peut être observée. Des aménagements de travail qui permettent de concilier vie familiale et vie professionnelle peuvent renforcer l'égalité des opportunités d'emploi et de carrière à une époque où les responsabilités familiales sont en grande partie supportées par les femmes. De manière similaire, la protection de la maternité est très importante, compte tenu du personnel de santé majoritairement féminin et de l'exposition potentielle à des risques pour la santé dans ce secteur de travail. Dès lors, la promotion d'options de travail "favorables à la famille" et l'amélioration de la protection de la santé des travailleurs sont des domaines dans lesquels des approches politiques concertées peuvent être poursuivies.

Des réponses politiques plus spécifiques comprennent en l'occurrence l'utilisation d'horaires de travail flexibles, une protection spécifique contre l'exposition aux risques professionnels, la sécurité de l'emploi, des indemnités pour emploi réduit, des congés de maternité/congés parentaux et la fourniture d'opportunités de garde d'enfants. Ces domaines nécessitent principalement des actions au niveau organisationnel à l'aide des politiques et législations nationales.

Par ailleurs, les professionnels de la santé sont exposés à une vaste gamme de risques professionnels pour la santé en raison de la nature de leur travail : un tiers des professionnels de la santé sont conscients des dangers qu'implique leur travail pour leur santé. Dès lors, il est essentiel de mettre en oeuvre des politiques pour garantir que l'environnement de travail dans les professions de santé soit le plus sûr possible. Les domaines suivants sont particulièrement importants pour le lieu de travail des professionnels de la santé : exposition aux risques biologiques, y compris les infections provoquées par des blessures d'"aiguilles", et risques psychosociaux, notamment le stress et la violence au travail. Les conséquences au niveau organisationnel comprennent l'absentéisme, la productivité réduite, les accidents et les erreurs.

Tout le monde s'accorde à dire que les systèmes globaux de sécurité professionnelle et de gestion de la santé constituent une méthode solide pour mettre en place une protection durable de la santé au niveau organisationnel. La prévention et le contrôle des risques pour la santé jouent un rôle central dans de tels systèmes.

En termes de contribution à la progression des questions liées à l'environnement professionnel, une approche prometteuse réside dans le développement et l'adoption de processus et d'outils capables d'évaluer les environnements de travail au niveau de l'organisation, de les comparer, de reconnaître les meilleures pratiques et de les appliquer dans tout le système. Cette approche combine idéalement des éléments qui abordent l'attrait d'une organisation pour le recrutement et la fidélisation du personnel de santé par des éléments d'assurance de qualité en vue de meilleurs résultats pour la santé.

Plus spécifiquement, l'utilisation de programmes d'évaluation et de certification du lieu de travail doit être envisagée. Si quelques schémas existants peuvent montrer certaines restrictions concernant leur application dans le secteur de la santé (telles que la focalisation sur une seule catégorie professionnelle, le manque d'aspect de qualité des soins ou l'insistance sur la promotion de la santé en milieu hospitalier), le développement d'un nouveau cadre pour les programmes d'évaluation et de certification qui pourraient être utilisés dans le secteur de la santé dans différents pays européens pourrait être utile. Le rôle de mesures au niveau national et sectoriel consiste à encourager l'engagement (par les employeurs du secteur de la santé) à apporter des améliorations dans les environnements de travail, par exemple par le support d'études de benchmark et de programmes de reconnaissance.

Considérations pratiques

De nombreux facteurs influençant l'environnement de travail interviennent en dehors du secteur de la santé. Une collaboration intersectorielle est par conséquent indispensable pour les approches qui sont efficaces en vue de l'amélioration de l'environnement de travail pour les professionnels de la santé. En particulier, l'interface entre les mandats de politique de la santé et de l'emploi doit être renforcée. Les décideurs politiques de santé doivent garantir qu'une capacité systématique de gérer les questions de l'emploi est disponible à tous les niveaux du système de santé.

Le dialogue social est un moyen essentiel de parvenir à des améliorations durables des services de santé et est positivement associé à une amélioration des conditions de travail au niveau organisationnel. Au niveau européen, le Comité de dialogue social pour les hôpitaux de l'Union européenne (UE) a pour but d'améliorer la qualité de l'emploi et la qualité des services dans le secteur hospitalier au moyen d'un dialogue social constructif. Il est nécessaire de développer la capacité des partenaires sociaux aux niveaux national, sectoriel et organisationnel dans plusieurs pays européens.

Synthèse

Thématique : les environnements de travail médiocres compromettent l'offre de professionnels de la santé et la qualité des soins

Les pays européens sont confrontés à des défis communs pour garantir un personnel de santé très performant à une époque de pénuries existantes et projetées. L'un des multiples aspects qui déterminent l'offre et les performances des professionnels de la santé est l'environnement de travail, qui joue un rôle essentiel.

Cette synthèse envisage les approches politiques qui peuvent être employées pour aider à créer des environnements de travail positifs, améliorant ainsi le recrutement et la fidélisation des professionnels de la santé et contribuant à la réalisation de services de santé d'excellente qualité. Les questions d'environnement professionnel s'appliquent généralement à tous les travailleurs de la santé dans tous les types de services de santé - avec des variations selon les caractéristiques des fonctions professionnelles ou milieux de travail. Sans exclure leur importance pour d'autres catégories professionnelles dans le secteur de la santé, cette Synthèse se concentre sur des approches pour les médecins et infirmières étant donné que ces derniers composent majoritairement le personnel de la santé.

Recrutement et fidélisation

Le recrutement et la fidélisation des professionnels de la santé sont des priorités dans le secteur de la santé. En particulier, le débat global sur la migration internationale des professionnels de la santé a déclenché une interrogation croissante sur les raisons qui incitent les travailleurs de la santé à partir ou rester. Les recherches correspondantes ont montré que l'environnement de travail était un facteur important dans le recrutement et la fidélisation des professionnels de la santé.

Les principaux moteurs de départ, aussi appelés "facteurs de répulsion", sont liés à l'environnement de travail et comprennent une rémunération médiocre, de mauvaises conditions de travail, des opportunités limitées de formation et de carrière, des lieux de travail dangereux et un manque de ressources pour un travail efficace. En outre, des éléments dans l'environnement socioéconomique plus large – tels que l'instabilité politique et économique, l'impact du virus d'immunodéficience humaine ou des questions de sécurité – influencent les décisions de partir. Les professionnels de la santé changent pour trouver de meilleures conditions de travail et de vie si bien que les "facteurs d'attraction" sont les pendants des "facteurs de répulsion" et comprennent une meilleure rémunération, des ressources plus abondantes des systèmes de santé et des opportunités d'épanouissement professionnel (2,3).

Les pénuries dans le personnel de la santé ont induit des recherches sur les facteurs déterminant les départs précoces des professions de santé et sur les raisons pour lesquelles les jeunes ne choisissent pas une carrière dans la santé. Si le mécontentement lié aux niveaux de rémunération est particulièrement prononcé dans les professions de nursing (58 à 90 % dans plusieurs pays européens), d'autres facteurs tels qu'une image médiocre, un contrôle limité du travail et un mécontentement lié aux conditions de travail s'avèrent des raisons encore plus déterminantes pour abandonner la profession. En ce qui concerne les médecins, une étude en Allemagne a révélé que le processus décisionnel, la reconnaissance, la sécurité de l'emploi, la formation continue et les relations collégiales affectaient directement le niveau de la satisfaction liée au travail (4).

Les variations démographiques (populations vieillissantes et déclin de jeunes cohortes) dans de nombreux pays en Europe (3,4) suggèrent que les marchés de l'emploi européens connaîtront une rivalité croissante pour les talents au cours des prochaines décennies. Les secteurs de la santé sont des éléments essentiels des économies nationales et constituent un marché de l'emploi important en Europe : les professions de santé représentent 10 % de l'emploi total (5). Les professionnels de la santé se livrent une concurrence sur le marché de l'emploi et sont très recherchés. Par ailleurs, le marché de l'emploi de la santé sera amené à entrer en concurrence avec d'autres employeurs pour les générations plus jeunes qui prennent des décisions à propos de leurs carrières. Etant donné que le secteur de la santé ne peut changer certaines des conditions de travail défavorables qui le caractérisent, telles que le travail de nuit et le travail durant les week-ends et les vacances, il devra fournir d'autres stimulants qui encourageront les jeunes à l'envisager.

Attirer plus de candidats jeunes est aussi important vu que le personnel de la santé vieillit en même temps que la population globale. Cette nécessité se justifie en partie par les différences dans les cohortes d'âge et en partie par les nombres variables d'étudiants au cours des différentes périodes (6). La plupart des pays ont instauré plus de restrictions à l'admission à des études de santé à la fin du XXe siècle. Ces facteurs peuvent affecter les développements dans des catégories professionnelles individuelles et pourraient encore compliquer la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Les services de la santé sont également confrontés au défi paradoxal de devoir répondre à une demande croissante avec des ressources réduites ou limitées. Les transitions démographiques et épidémiologiques ont un impact important sur le développement des besoins de santé. Les systèmes des soins de santé sont toujours étroitement ajustés aux besoins et attentes des schémas fréquemment observés chez les patients aigus, caractérisés par une faible

réactivité et une logistique difficile. Une approche alternative devra être fournie, non seulement en intégrant différents aspects des soins médicaux et soins de santé mais également en offrant une intégration au travers des différents secteurs, pertinente pour les besoins de tels patients.

A l'heure actuelle, le personnel de la santé en Europe n'est pas structuré pour répondre aux besoins et demandes en matière de santé tout en relevant les défis des situations épidémiologiques actuelles et projetées (à court terme). Il apparaît que les besoins suivants devront être pris en considération : plus de qualifications (principalement dans les soins infirmiers) pour traiter les patients souffrant d'affections chroniques ; spécialisation des principaux professionnels de la santé (docteurs en médecine, infirmiers, physiothérapeutes) pour faire face aux nouvelles demandes et services de soins à long terme (ressources humaines et qualifications). Ceux-ci, à leur tour, doivent offrir une plus grande flexibilité dans l'organisation du temps de travail et, en particulier, en ce qui concerne le travail dans différents environnements (par exemple, au domicile des patients, dans des foyers pour personnes âgées et des maisons de soins).

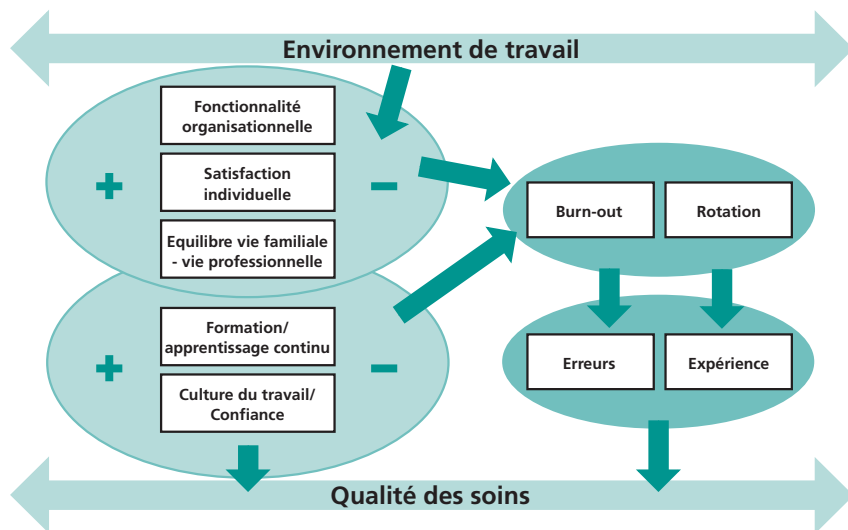
En Europe, environ 70 % du budget de la santé sont composés des salaires et des charges salariales (7). Par conséquent, le thème de la gestion des coûts a marqué de nombreuses réformes du secteur de la santé et a eu des implications directes pour le personnel de la santé, notamment une insécurité croissante de l'emploi (accompagnant les pratiques de travail plus flexibles) et des volumes de travail accrus (en raison des suppressions d'emplois ou de pressions plus lourdes sur les performances) (OMS - document inédit 2005). Des exemples récents de réponses à une perte de subventions publiques comprennent des mesures telles qu'un allongement de l'horaire de travail pour le personnel clinique estonien, le gel des salaires dans les hôpitaux publics bulgares et hongrois et les réductions annoncées des salaires des services publics en Irlande (avec 14 % de pertes de revenus attendus pour les sages-femmes et infirmières de cadre moyen) (8).

Les coûts associés aux améliorations dans les environnements de travail doivent être mis en balance avec les coûts résultant de la rotation, de l'absentéisme et des erreurs médicales provoquées par des environnements de travail médiocres. Les coûts directs et indirects de la rotation, par infirmière, ont été estimés à US\$ 16.600 en Australie, US\$ 10.100 au Canada, US\$ 10.200 en Nouvelle-Zélande et US\$ 33.000 aux Etats-Unis (4).

Environnement de travail et qualité des soins

Il est généralement reconnu que les environnements de travail influencent la qualité des soins fournis. En dépit de la nature intuitive de ce lien, son évaluation exige des concepts et indicateurs mesurables. La Figure 1 illustre, comme modèle global, les liens entre certains des principaux éléments associés aux questions de l'environnement professionnel et à la qualité des soins.

Fig. 1 Liens entre l'environnement de travail et la qualité des soins



Si la plupart des sources disponibles de la littérature concernent la profession infirmière, les données semblent pertinentes pour l'ensemble du personnel dans les organisations de soins de santé.

Les liens illustrés dans la Fig. 1 mettent en lumière les relations principales analysées dans la littérature. Cependant, la dynamique réelle est plus complexe, impliquant divers autres liens entre les éléments illustrés dans la figure.

Par exemple, il existe des liens intuitifs entre la rotation et le concept de la confiance et le burn-out est un élément prédictif de la rotation (9).

Hormis le lien (établi dans la littérature) entre les niveaux des effectifs infirmiers et la qualité des soins (9, 10, 11, 12), les caractéristiques de l'environnement de travail affectent et sont en partie affectées par :

- la *fonctionnalité organisationnelle*, par exemple les systèmes de communication internes capables de donner les bonnes informations aux bonnes personnes au bon moment ;
- la *satisfaction individuelle*, c'est-à-dire le support des professionnels par la gestion et l'appréciation des patients ou de la société dans son ensemble ;
- l'*équilibre vie familiale - vie professionnelle*, par exemple la fourniture de services de garderie d'enfants et la réduction des rappels au travail ;
- le *développement du personnel (professionnel et éducationnel)*, par exemple en donnant au personnel l'opportunité de participer à des cours ; et

- la *culture organisationnelle*, par exemple pour engendrer la confiance comme un élément essentiel de l'efficacité du travail et d'un leadership compétent.

Les trois premières dimensions ont des conséquences pour les différentes dimensions de la qualité des soins par le biais des erreurs, du burn-out et de la rotation. Cela a été démontré par plusieurs études dans lesquelles la qualité des soins a généralement été mesurée en termes de taux de mortalité, d'échec des secours, de réhospitalisations, de qualité (telle qu'elle est perçue par les patients), de satisfaction du patient, de qualité (telle qu'elle est perçue par les infirmières), de durée de séjour, etc. (13, 14, 15, 16). Des effets positifs peuvent également être supposés pour le développement continu et - en dépit de preuves moins évidentes – pour la confiance.

Comment décrire un environnement de travail attractif et stimulant ?

Il n'existe pas de définitions admises des termes "environnement de travail" ou "conditions de travail". En général, les deux termes sont utilisés comme des synonymes. Intuitivement, on imagine que les "conditions de travail" concernent les questions liées directement à l'emploi et au travail tandis que l'"environnement de travail" semble couvrir une approche plus vaste comprenant des aspects qui influencent la vie et le travail. Par ailleurs, les deux termes couvrent habituellement des séries d'éléments dans des associations dont l'accent et la portée peuvent varier. Les aspects fréquemment évoqués dans la littérature comprennent les conditions de travail (p. ex., types de contrats), les revenus (salaire et avantages), le temps de travail, la sécurité et la santé au travail, l'épanouissement professionnel (y compris l'éducation et la formation) et l'organisation du travail (y compris les effectifs et la répartition du travail). Néanmoins, l'environnement de travail pourrait généralement être décrit comme le lieu, les conditions et les influences ambiantes dans lesquelles les personnes exercent une activité (17, 18).

Un "environnement de travail attractif et stimulant" fait référence à la dimension de qualité du travail. A cet égard, un environnement de travail attractif et stimulant peut être décrit comme un environnement qui attire les individus dans les professions de santé, les encourage à rester dans le personnel de la santé et leur permet des performances efficaces. L'objectif de fournir des environnements de travail attractifs consiste à créer des stimulants pour adopter les professions de santé (recrutement) et rester dans le personnel de santé (fidélisation). En outre, des environnements de travail stimulants créent les conditions qui permettent aux professionnels de la santé des performances efficaces, en exploitant au mieux leurs connaissances, qualifications et compétences et les ressources disponibles afin de fournir des services de santé d'excellente qualité. Il s'agit de l'interface de l'environnement de travail et de la qualité des soins.

Dans l'U.E., l'amélioration de la qualité du travail fait partie intégrante de l'Agenda social européen et des Lignes directrices européennes pour l'emploi depuis 2000, comme l'illustre le slogan stratégique "Emplois plus nombreux et de meilleure qualité" (19, 20). Depuis lors, un débat a été lancé sur ce que l'on entend par "qualité du travail" et la façon de la mesurer, en traduisant les changements dans les réalités et les développements socioéconomiques dans le monde du travail (21).

Dans ce contexte, une revue récente des indicateurs de qualité a proposé un modèle général pour la qualité du travail (22). Les auteurs ont distingué deux dimensions principales : la "qualité du travail" – les caractéristiques matérielles de la tâche accomplie et l'environnement dans lequel elle est exercée ; et la "qualité de l'emploi" qui fait référence à la relation contractuelle entre l'employeur et l'employé. Les deux domaines influencent la qualité totale de l'environnement de travail ou, comme l'ont appelé les auteurs, la "qualité du poste". Le Tableau 1 illustre les dimensions et éléments principaux de la qualité de l'environnement de travail.

Tableau 1. Qualité de l'environnement de travail : dimensions et éléments

Dimension	Éléments
Qualité de l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> Salaire Type de contrat Temps de travail, y compris horaires et équilibre vie familiale – vie professionnelle Avantages sociaux Participation Développement professionnel (formation et développement des compétences)
Qualité du travail	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie au travail Organisation du travail (y compris division du travail et dotation d'équipes) Culture organisationnelle et confiance Sécurité et santé Rythme de travail Environnement de travail social

Source : adapté de Muñoz de Bustillo et al. (22).

En ce qui concerne le secteur de la santé, différentes approches pour décrire la qualité du travail peuvent être utilisées. Elles peuvent traiter le sujet à partir de différents angles selon les points de vue pour lesquels elles optent ; par exemple, dans le cadre du concept des "Magnet Hospitals" (hôpitaux

magnétiques), l'accent est placé sur des aspects qui sont particulièrement importants dans la perspective des professionnels infirmiers.

La Campagne pour des environnements aux pratiques positives, lancée conjointement par des associations mondiales de professionnels de la santé en 2008, décrit les caractéristiques d'environnements de travail qui garantissent la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs, tout en favorisant simultanément des soins d'excellente qualité aux patients (23).

Ces caractéristiques traduisent principalement les éléments de la qualité de l'environnement de travail décrits précédemment, toutefois complétés par la reconnaissance professionnelle, les pratiques de gestion efficaces, les charges de travail équitables et les niveaux de personnel sûrs.

Que faire pour améliorer l'environnement de travail dans le secteur de la santé ?

Cadre général : approches intégratives pour plus de cohérence politique

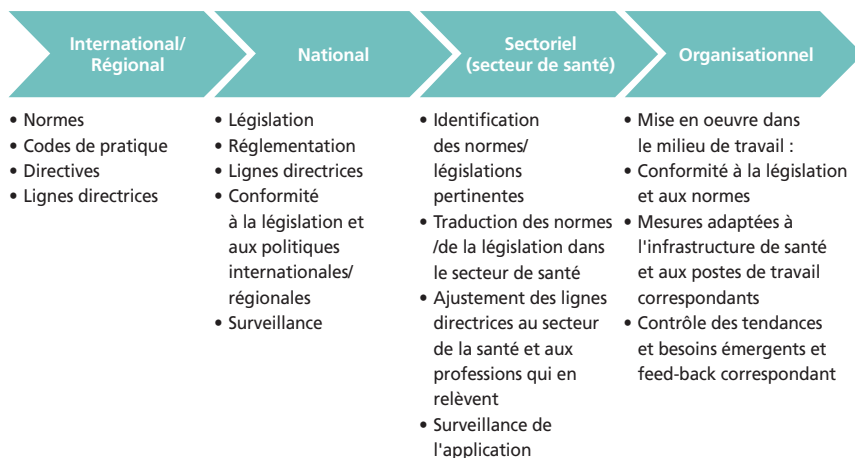
L'amélioration de l'environnement de travail nécessite des mesures pertinentes et applicables dans le contexte spécifique d'un système de santé donné tout en observant des normes internationales et en tenant compte des efforts pertinents en matière d'harmonisation régionale. Les réponses politiques doivent par conséquent être envisagées à quatre niveaux : international/régional ; national ; sectoriel et local/organisationnel afin de garantir la cohérence politique et d'assurer la durabilité des interventions.

Les politiques et instruments destinés à améliorer l'environnement de travail sont disponibles sous la forme de normes, de législation, de résolutions et de conventions-cadres. Les normes internationales, en association avec la législation régionale et nationale, sont des instruments pour garantir l'application des normes fixées en matière de soin de qualité et pour préserver les droits des travailleurs. Cependant, les normes et la législation elles-mêmes ne suffisent pas à gérer les défis de l'attrait et de la fidélisation des professionnels de santé associés à l'environnement de travail. En ce qui concerne la sécurité et la santé professionnelles, par exemple, la Commission européenne a observé des manquements dans l'application de la législation communautaire, en particulier dans des secteurs à risque et pour les travailleurs vulnérables (24). Etant donné que de nombreux instruments aux niveaux international et national sont de portée générale, le rôle du niveau sectoriel consiste à identifier les normes et politiques pertinentes et à les adapter aux spécificités d'un environnement de travail donné dans le secteur de la santé.

Compte tenu du rythme des changements socioéconomiques et technologiques et de leur impact considérable sur l'emploi et les conditions de travail, les réponses politiques doivent traduire les défis émergents sur une base

continue. C'est le niveau organisationnel qui est confronté au défi de la mise en pratique de politiques et de l'adaptation des interventions (en temps utile) aux tendances et changements dans les réalités professionnelles. Les solutions efficaces sont liées au contexte et la priorité doit par conséquent être donnée au niveau local et organisationnel ; les autres niveaux fournissent le cadre législatif et réglementaire, l'orientation et le support nécessaire pour le développement de politiques sur le lieu de travail. Le niveau organisationnel est concerné par le contrôle des tendances et la fourniture d'un feed-back sur l'émergence de nouveaux défis qui nécessitent des interventions à d'autres niveaux. La Figure 2 résume des exemples d'interventions et de questions relatives à chacun des quatre niveaux.

Fig. 2 Niveaux des politiques et interventions



Une multitude de défis se posent à l'environnement professionnel et il est possible de les relever en appliquant différentes politiques. L'amélioration de la rémunération est l'une des options politiques évidentes généralement envisagées. Cependant, les augmentations de salaire, à elles seules, ne sont pas la solution étant donné que d'autres facteurs s'avèrent au moins aussi importants (4). En effet, les facteurs qui influencent l'environnement professionnel sont multidimensionnels et souvent interdépendants ; dès lors, les stratégies doivent se composer de différentes associations d'interventions – dont, peut-être, la rémunération – et pourraient impliquer une action à différents niveaux politiques en même temps. Le Cadre 1 illustre deux exemples de politiques nationales destinées à améliorer l'offre de personnel infirmier.

Cadre 1 Exemples de politiques nationales destinées à améliorer le recrutement et la fidélisation du personnel infirmier

République tchèque

Pour faire face à la pénurie sévère d'infirmières, la République tchèque a lancé un programme de "mesures de stabilisation" en 2008. La série d'interventions comprenait comme suit :

- des mesures financières – attribuer au personnel infirmier des barèmes salariaux supérieurs et améliorer les avantages dans les institutions de santé publique ;
- développement professionnel – meilleur accès à une formation spécialisée pour les infirmiers avec des subsides du gouvernement; support de programmes modernes de développement professionnel continu ;
- autonomie professionnelle – négociations et modifications législatives pour élargir les compétences du personnel infirmier ;
- équilibre entre vie familiale et vie professionnelle – support pour aider le retour d'un congé de maternité, y compris la fourniture d'infrastructures de garde d'enfants, d'horaires de travail flexibles et de contrats à temps partiel ; et
- données sur le personnel – surveillance du nombre de professionnels et du nombre d'étudiants par un registre des professionnels de la santé.

En 2009, la pénurie a été réduite de moitié, en partie grâce à ces mesures mais probablement aussi à cause de la situation économique (chômage plus important).

Belgique

Dans le but d'améliorer l'attrait de la profession infirmière et la qualité des soins, un plan national de quatre ans a été lancé en 2008, soutenu par des investissements publics importants. Une combinaison d'interventions est actuellement mise en oeuvre dans les quatre principaux domaines d'action suivants :

- Les charges de travail et niveaux de stress du personnel infirmier sont soulagés (par des effectifs plus nombreux, le soutien pour la mise à niveau de qualifications auxiliaires et la fourniture de systèmes informatiques pour réduire les tâches administratives).
- Les qualifications sont traitées (en utilisant plus de formation continue, plus de spécialisation et l'introduction de diplômes universitaires).
- La rémunération est modifiée (c'est-à-dire que des primes ont été payées pour le travail accompli pendant les "heures non sociales" et la rémunération a été majorée pour les spécialités reconnues et les postes de cadres des infirmières).
- La reconnaissance sociale et la participation dans le processus décisionnel sont également abordées (par le soutien de la représentation du personnel infirmier dans les instances et autorités sanitaires).

Sources : présentations par des experts nationaux lors des Dialogues politiques, Louvain, avril 2010 (inédites); Safrankova A, Di Cara V, République tchèque; Lardennois M, Belgique.

Cette section explore deux approches politiques destinées à traiter les questions spécifiques de l'environnement de travail. Elle se concentre sur des exemples sélectifs de questions illustrant les possibilités à un niveau pragmatique, c'est-à-dire en termes d'équilibre vie professionnelle – vie familiale et de santé et sécurité au travail.

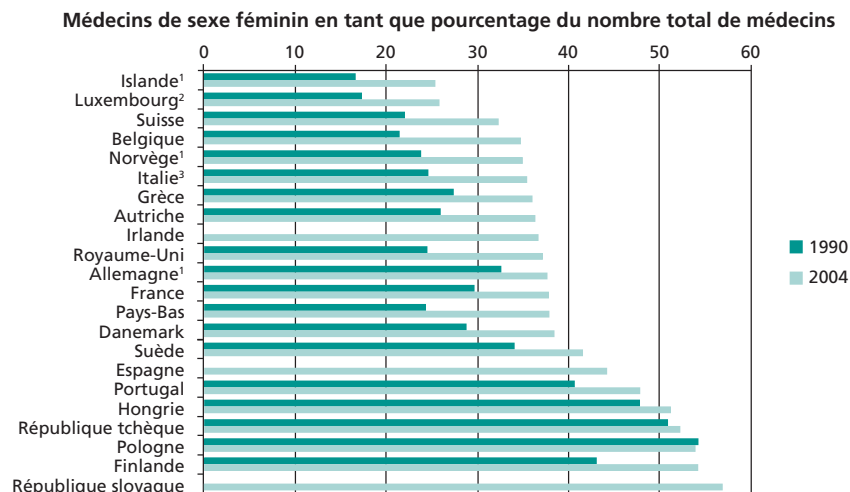
L'aspiration à des modèles d'équilibre vie professionnelle – vie privée est l'une des principales tendances observées dans la littérature et il a été constaté que les politiques favorables à la famille amélioreraient la fidélisation des professionnels de la santé (25). Les questions de sécurité/santé sont des raisons essentielles de quitter prématurément les professions de santé et peuvent conduire à des coûts considérables en rapport avec les problèmes de santé, l'absentéisme et la rotation du personnel. Ces deux exemples sont pertinents pour toutes les catégories professionnelles et tous les milieux de travail et offrent également un point d'entrée aisément accessible avec des possibilités d'action au niveau organisationnel.

Promotion d'options de lieux de travail favorables à la famille pour améliorer l'environnement de travail.

Le personnel de la santé est caractérisé par la grande proportion de femmes qu'il comporte. Hormis les soins infirmiers qui sont traditionnellement une profession composée principalement de femmes, d'autres professions, telles que les médecins, ont connu une féminisation croissante du personnel (Fig. 3). La majorité des étudiants en médecine dans la plupart des pays européens sont des femmes : les femmes représentent 70 % des admissions en faculté de médecine au Royaume-Uni et composent 59,5 % des nouveaux diplômés en Belgique (26,27). C'est le résultat d'une plus grande égalité des chances dans le choix des carrières. De tels développements, cependant, apportent de nouveaux défis étant donné qu'ils nécessitent de tenir compte des besoins spécifiques des femmes et des hommes au travail. En effet, les femmes participent différemment des hommes au personnel de santé. Les médecins de sexe féminin ont tendance à travailler moins d'heures, à renoncer complètement à leur cabinet (ou à limiter leurs activités), en particulier lorsqu'elles sont en âge d'avoir des enfants et sont plus susceptibles de prendre leur retraite anticipée (28).

Étant donné que les femmes supportent la majeure partie des responsabilités familiales, elles sont souvent confrontées à des obstacles plus nombreux dans le développement de leur carrière par rapport à leurs collègues de sexe masculin. La preuve en est que l'on attend d'une personne soucieuse de sa carrière qu'elle ne lésine pas sur ses heures de travail, qu'elle ne s'absente pas pour diverses obligations familiales, etc. De telles attitudes peuvent représenter des inconvénients majeurs pour les professionnels investis de responsabilités

Fig. 3 Médecins de sexe féminin, en tant que pourcentage du nombre total de médecins dans des pays choisis appartenant à l'Organisation de coopération et de développement économiques, 1990 et 2004



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, 2008 (données sur la santé pour 2007),¹ données pour 1991,² données pour 1992,³ données pour 1993) (4).

familiales, notamment les femmes. Une approche axée sur l'égalité des chances est par conséquent nécessaire afin de ne pas opérer de discrimination par rapport aux professionnels de la santé de sexe féminin, en particulier dans les premières phases de leurs carrières. Le conflit entre les exigences du travail et les impératifs de la vie familiale affecte également les hommes lorsqu'ils partagent la garde des enfants et d'autres tâches familiales. La pression en faveur d'un changement pour un lieu de travail plus équitable et équilibré entre les sexes ne cesse de s'intensifier, non seulement parce que les femmes sont de plus en plus nombreuses à faire carrière mais aussi parce que bon nombre d'entre elles exercent désormais des fonctions de management.

Un élément spécifique, en l'occurrence, est celui des questions liées à la maternité. L'environnement professionnel doit intégrer la grossesse comme un événement normal dans la carrière d'un professionnel de la santé de sexe féminin et offrir des aménagements adéquats du lieu de travail pour pourvoir aux besoins des femmes enceintes. Seule une telle culture organisationnelle peut créer un environnement dans lequel les professionnelles de la santé de sexe féminin auront l'impression qu'elles sont l'égale de leurs homologues de sexe masculin et qu'elles sont encouragées à combiner leurs vies familiale et professionnelle. Répondre à de tels besoins peut devenir un stimulant important pour les jeunes qui cherchent à poursuivre une carrière dans les soins de santé.

L'incapacité à gérer le conflit entre les exigences professionnelles et les impératifs de la vie familiale peuvent avoir des conséquences néfastes telles que le stress et le syndrome de burn-out (29), un absentéisme croissant, la nécessité de renoncer à son emploi afin d'assumer ses responsabilités familiales et un intérêt mitigé pour les professions de santé parmi les jeunes qui décident de leur carrière. De tels développements ont déjà été décrits et sont pertinents pour pratiquement tous les pays d'Europe, en particulier lorsque l'incapacité à concilier vie familiale et vie professionnelle débouche sur un "non-emploi" (30).

En se fondant sur des instruments existants, des approches et expériences positives, différentes interventions peuvent être développées à chacun des quatre niveaux différents, comme suit.

Niveau international

Différentes conventions internationales sont disponibles et créent des cadres et des normes pour des politiques en faveur de lieux de travail favorables à la famille. Hormis différentes conventions sur la protection de la maternité, la Convention sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales adoptée en 1981 par l'Organisation Internationale du Travail assure l'égalité de chances et de traitement des hommes et des femmes investies de responsabilités familiales. Cette Convention a été ratifiée par plusieurs pays européens (31). Au niveau de l'U.E., les lignes directrices de 2008 pour les politiques en matière d'emploi des Etats membres ont suggéré, par exemple, l'utilisation de benchmarks pour la fourniture de gardes d'enfants au niveau national afin de promouvoir la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale (20).

Niveau national

La protection de la maternité diffère d'un pays à l'autre mais les caractéristiques les plus importantes des politiques de l'Etat-providence par rapport à la grossesse comprennent la sécurité de l'emploi, la protection sur le lieu de travail, le congé de maternité et l'indemnisation financière pour emploi réduit (32). La réglementation peut prévoir des horaires de travail flexibles, des possibilités d'horaires réduits, des restrictions du travail en équipes de nuits, une exposition réduite aux conditions de travail risquées et la protection des femmes enceintes sur le lieu de travail. Le Cadre 2 illustre un exemple de l'influence que peut exercer la législation nationale sur l'égalité des sexes dans le contexte du statut parental.

Niveau du secteur de la santé

Les réglementations doivent être adaptées aux exigences spécifiques d'un lieu de travail dans le secteur de la santé et apporter un soutien aux organisations qui cherchent à mettre en oeuvre des politiques de lieux de travail favorables à la famille. Par exemple, des exigences supplémentaires pourraient être imposées pour réguler la certification des prestataires de soins de santé par rapport à des

Cadre 2 Equilibre vie familiale – vie professionnelle et égalité des chances

L'Islande, un pays avec un taux de 90% de participation des femmes au marché de l'emploi et des taux de natalité élevés, a introduit en 2000 une nouvelle législation qui a structuré le congé de maternité/paternité afin de garantir l'égalité des sexes. A la naissance ou à l'adoption d'un enfant, les deux parents ont droit à trois mois de congés payés, qui ne peuvent être reportés. Si l'un d'entre eux décide de ne pas prendre ces congés, ils sont perdus. Les deux parents ont un droit conjoint à un congé supplémentaire de trois mois avec paiement de 80 % du salaire qu'ils peuvent alors partager et utiliser de manière flexible. Après trois ans, une augmentation significative de la proportion d'hommes qui prennent un congé de paternité (92 % des pères utilisent les trois premiers mois de congé de paternité) est observée.

Sources : présentation par un expert national lors des Dialogues politiques, Louvain, avril 2010 (inédit); Ministère des Affaires sociales et de la Sécurité sociale (33).

lieux de travail favorables à la famille, telles que des stimulants pour des solutions qui favorisent l'emploi des parents de jeunes enfants.

Niveau organisationnel

En ce qui concerne les mesures de protection de la maternité au niveau organisationnel, les domaines suivants peuvent être couverts :

- passage sans heurt de charges de travail "régulières" à des charges de travail "adaptées" chaque fois que c'est nécessaire et requis par la grossesse ;
- sécurisation des lieux de travail de manière à minimiser l'exposition à des agents nocifs pour réduire le danger à la fois pour la mère et le bébé ; et
- aménagement d'horaires de travail flexibles.

Les dispositions qui encouragent l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle peuvent inclure :

- le congé parental ;
- le congé pour convenances personnelles à cause d'un enfant malade ;
- le droit à des horaires de travail réduits pendant une période donnée ; et
- le soutien ou l'offre de structures de garde d'enfants.

Le Cadre 3 illustre des exemples de politiques favorables à la famille en vigueur dans divers hôpitaux allemands.

Amélioration de la protection de la santé des travailleurs de la santé pour garantir un environnement de travail plus sûr

Travailler dans les soins de santé est dangereux : le secteur de la santé a été identifié, en particulier, comme l'un des secteurs de travail dangereux (36).

Cadre 3. Eléments de politiques favorables à la famille dans des hôpitaux allemands

Le Luterhaus Protestant Hospital à Essen a introduit un programme de 50 modèles à temps partiel différents, y compris :

- emploi qualifié à temps partiel (15-93 % d'un emploi à temps plein) ;
- partage des postes, en particulier pour les fonctions managériales ;
- coordination des horaires des couples entre différents services ;
- établissement de comptes d'heures (heures en plus et en moins) ; et
- horaires de travail flexibles ("flexitime") avec des heures-clés consacrées à la famille.

L'hôpital universitaire de la Charité à Berlin a mis en place un "représentant des pères" qui conseille les hommes sur les questions relatives à l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle.

La faculté de médecine d'Hanovre fournit des stimulants financiers pour les services qui réintègrent des femmes médecins après un congé parental dans l'année.

Le Northwest Hospital Sanderbusch à Sande est membre du réseau "Success Factor Family" et attire des professionnels qualifiés dans sa région isolée avec son "département de services de la famille et de l'enfant", qui encourage des solutions de garde d'enfants, y compris l'option d'un télétravail partiel.

Sources : Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009, (34) ; Müller B, 2005 (35).

En 2000, une personne sur trois parmi les professionnels de la santé et assistants sociaux (32 %) dans l'U.E. 15 avait l'impression que son travail induisait des risques pour leur santé (37), et, en 2005, près de 40 % des professionnels de la santé dans l'U.E. 27 estimaient que leur travail avec un impact sur leur santé (38).

Les professionnels de la santé sont exposés à un large éventail de risques professionnels pour la santé en raison de la nature de leur travail, y compris :

- les risques biologiques tels que les infections provoquées par des blessures avec des aiguilles ou d'autres contacts avec des agents pathogènes ;
- les risques chimiques, tels que les désinfectants ou certains types de médicaments ;
- les risques physiques, tels que les radiations ionisantes ;
- les risques ergonomiques résultant de la manipulation des patients ou d'une position debout ou assise prolongée ; et
- les risques psychosociaux tels que le stress, la violence et le travail en équipes (39)

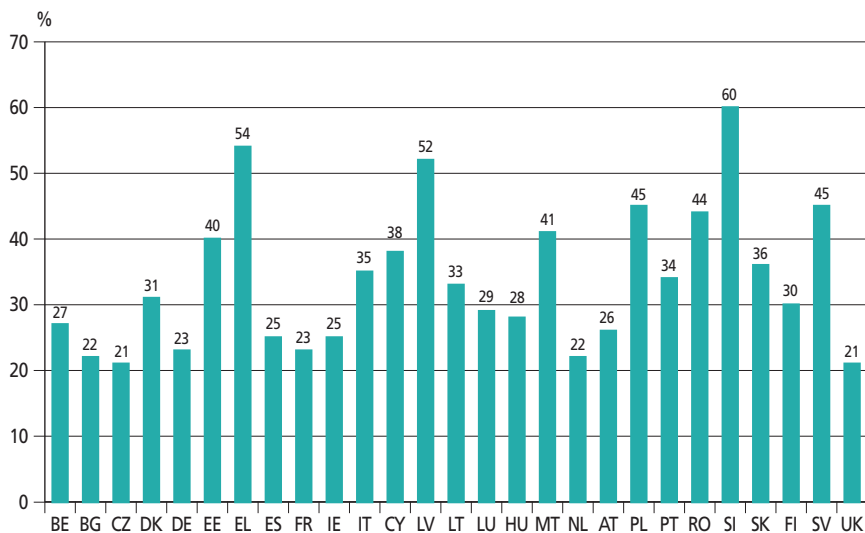
Sans nier l'importance d'autres dangers tels que les risques ergonomiques (40, 37), nous allons nous concentrer ici sur deux catégories de risques d'une importance particulière – les risques biologiques et psychosociaux.

L'exposition aux risques biologiques est nettement plus élevée dans le secteur de la santé que l'exposition moyenne dans d'autres secteurs de l'emploi dans l'U.E. (38), les questions suivantes étant particulièrement importantes pour les travailleurs de la santé.

- La résurgence de maladies infectieuses, telles que la tuberculose et la malaria, et l'apparition de souches résistant aux médicaments posent des risques potentiels.
- L'apparition de nouvelles maladies infectieuses constitue une menace lorsque les voies de transmission sont inconnues et que l'équipement de protection est inadéquat (41) par exemple l'épidémie de SARS (syndrome respiratoire aigu sévère) pendant laquelle les professionnels de la santé représentent jusqu'à 50 % des cas rapportés (42).
- Des lésions peuvent être encourues à la suite de la manipulation de déchets contaminés, en particulier d'aiguilles et d'autres objets pointus. Il a été estimé qu'un million de blessures par aiguilles se produisaient chaque année en Europe, chacune ayant le potentiel de transmettre plus de 20 agents pathogènes dangereux à diffusion hématogène, y compris l'hépatite B, l'hépatite C et le virus d'immunodéficience humaine. Les infirmières et médecins sont les sujets les plus vulnérables. Cependant, d'autres membres du personnel qui manipulent des déchets doivent également être pris en compte, par exemple les auxiliaires, le personnel d'entretien et le personnel de la blanchisserie (43). Une étude en Allemagne a révélé que 500.000 lésions par aiguilles se produisaient chaque année dans les hôpitaux ; au Royaume-Uni, 100.000 incidents sont enregistrés chaque année, selon les estimations. Le National Health Service écossais a estimé les coûts associés aux blessures par des aiguilles entre plusieurs milliers d'euros par cas (pour la prophylaxie post-exposition) et un million d'euros (pour une lésion induisant la transmission d'un virus grave à diffusion hématogène) (44).

L'exposition à des risques psychosociaux est particulièrement élevée chez les professionnels de la santé par rapport à la main-d'oeuvre totale. En 2005, le secteur de la santé figurait en bonne place sur la liste des secteurs avec la prévalence la plus élevée du stress au travail (28,5 %) contre 22 % pour tous les travailleurs de l'U.E. Dans toute l'U.E., au moins une personne sur cinq dans le secteur de la santé et de l'enseignement a rapporté un stress lié au travail, les taux les plus élevés étant enregistrés en Slovaquie, en Grèce et en Lettonie (respectivement 60 %, 54 % et 52 %) ; voir la Fig. 4.

Fig. 4 Niveaux de stress dans le personnel de la santé et de l'enseignement par pays (2005)



Source : Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, 2009 (45).

Le stress lié au travail est éprouvé lorsque les exigences de l'environnement de travail dépassent la faculté des travailleurs à y faire face (ou à les gérer), comme le définit l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Le stress au travail constant ou intense peut conduire à des symptômes tels que la fatigue chronique, le burn-out, la dépression, l'insomnie, l'anxiété, les maux de tête, les troubles émotionnels, les ulcères gastriques et les allergies (46). En outre, il est associé à des maladies cardiovasculaires et musculosquelettiques et des problèmes immunologiques (45). Au niveau organisationnel, les conséquences comprennent l'absentéisme, la rotation importante du personnel, la productivité réduite, les accidents et les erreurs (47).

Les caractéristiques du poste qui contribuent au stress sont principalement liées à la façon dont le travail est organisé (par exemple, longues heures de travail et travail irrégulier, charges de travail élevées, contraintes temporelles strictes, manque de contrôle, insécurité de l'emploi). En Suisse, par exemple, un tiers des médecins dans les soins primaires dans une étude représentative ont rapporté avoir éprouvé un stress excessif en raison de la charge de travail globale, des attentes des patients, des difficultés à concilier la vie professionnelle et la vie privée, des contraintes économiques en rapport avec la pratique, de l'incertitude des soins médicaux et des relations de travail difficiles (48). Selon un modèle, les niveaux de stress sont atténués lorsque

les travailleurs sont soutenus par leurs collègues et supérieurs mais augmentent à défaut de support social (45,46).

Le stress au travail peut également résulter de changements organisationnels – par exemple une transformation socioéconomique – dans le contexte du secteur de la santé. Un sondage bulgare a exploré le stress au travail dans le contexte de la transition lorsque des rythmes variables dans la mise en place de réformes financières ont conduit à des conflits entre différents services de santé, provoqués par des différences significatives dans les salaires des professionnels de la santé. Les tensions entre les patients et le personnel de la santé sont apparues lorsque plusieurs services gratuits ont été abolis (49).

Il a été souligné que, de tous les secteurs professionnels dans les Etats membres de l'U.E. 27, le secteur de la santé possédait le taux le plus élevé d'incidents impliquant violence et harcèlement au travail (15,2 %). Les professionnels de la santé se sont avérés huit fois plus susceptibles d'être exposés à la menace d'une violence physique que les travailleurs dans le secteur manufacturier (38). Les professionnels de la santé les plus touchés comprennent les ambulanciers, le personnel infirmier et les médecins. Les facteurs de risques reconnus – y compris le travail avec le public, le travail avec des personnes en détresse et le travail seul – prévalent tous dans le secteur de la santé. La plupart des incidents de comportement agressif dénoncés par le personnel étaient l'oeuvre de patients tandis que les abus psychologiques étaient associés à des supérieurs hiérarchiques et collègues. La violence psychologique était plus présente que la violence physique, comme l'illustre une synthèse de plusieurs études de cas nationales (50). Au Portugal, par exemple, un sondage réalisé dans un complexe de centres de santé et un grand hôpital a révélé que 51 % et 27 % du personnel avaient respectivement fait l'objet de violences verbales (23 % et 16 %, avaient respectivement été exposés à des brimades/un harcèlement moral tandis que l'expérience de la violence physique était limitée à 3 % dans les deux sites de l'étude.

L'impact négatif sur le personnel affecté (comme le confirment les études de cas dans plusieurs pays) comprend des symptômes de stress post-traumatique tels que des souvenirs et pensées troublants et une tendance à l'hypervigilance. Au niveau organisationnel, l'impact est similaire à celui du stress, induisant de l'absentéisme, une rotation élevée du personnel et une productivité réduite (50).

Réponses politiques à des défis de santé professionnelle

La protection de la santé des travailleurs au travail est une responsabilité légale, sinon morale, des employeurs. Les travailleurs aussi ont leurs propres responsabilités en se conformant aux règles de sécurité et en prenant soin

de leur santé dans leur propre sphère d'influence. Les avis sont unanimes pour affirmer que des systèmes globaux de gestion de la santé et de la sécurité au travail sont une méthode solide dès lors qu'il s'agit de mettre en place une protection durable de la santé au niveau organisationnel. Un élément central de ce système est la prévention ou le contrôle des risques pour la santé en utilisant une hiérarchie de priorités appliquée largement : élimination du risque ; contrôle du risque ; minimisation du risque et fourniture d'un équipement de protection (51).

Si la priorité doit être donnée à l'action au niveau organisationnel, les politiques internationales et régionales sont importantes pour encourager les initiatives dans les pays. En 2007, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur le Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, 2008-2017 de l'Organisation mondiale de la santé. Celui-ci prévoit la mise en place de programmes spécifiques pour la santé et la sécurité au travail du personnel de la santé (52). En ce qui concerne les professionnels de la santé, le propre programme de travail de l'OMS pour 2009-2012 se concentre sur six objectifs, à savoir :

- prévention des lésions par aiguilles/objets pointus
- lésions musculosquelettiques/ergonomie
- stress/organisation du travail
- risques associés aux produits pharmaceutiques
- risques respiratoires
- outils d'évaluation/de gestion des risques et diffusion d'informations.

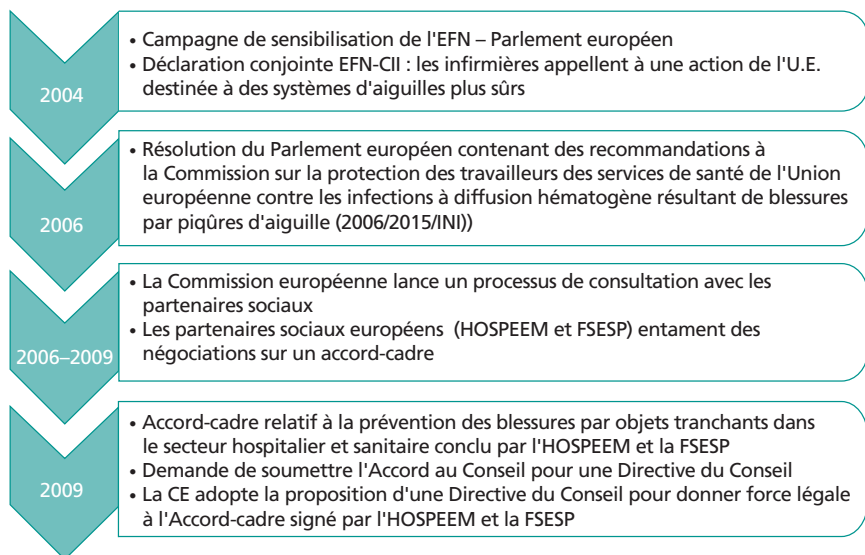
Des exemples de projets qui ont été institués dans le cadre de ce programme dans la Région européenne sont énumérés dans le Tableau 2.

Les initiatives prises pour faire face à la prévention insuffisante des lésions par objets pointus sont un exemple de plaidoyer des associations professionnelles de la santé pour influencer les politiques au niveau européen. Après une campagne, un processus de consultation a été lancé et a conduit à des négociations et à la signature de l'Accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire. Les signataires étaient les partenaires sociaux européens suivants : l'association européenne des employeurs du secteur hospitalier et sanitaire (HOSPEEM) et la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP). Avec l'adoption récente d'une proposition de la Commission européenne de Directive du Conseil, l'Accord-cadre est supposé recevoir un statut juridique qui le rendra impératif pour les Etats membres (54,55). La Figure 5 retrace la chronologie de ce projet de législation de l'UE.

Tableau 2. Projets de l'OMS sur la santé au travail pour les professionnels de la santé en Europe, 2009-2012 (53)

Projets	Pays
<p><i>Pays en cours de transition : comment promouvoir la santé au travail dans les organisations de santé</i></p> <p>Objectif principal : éveiller la conscience et améliorer les connaissances et qualifications des professionnels de la santé dans la gestion du stress lié au travail.</p>	Croatie, Macédoine Monténégro Serbie
<p><i>Comment gérer l'aptitude au travail et la qualité de vie des professionnels de la santé</i></p> <p>Objectif principal : produire un document d'orientation qui comprend une gamme d'initiatives réussies adoptées par le Ministère croate de la Santé et de la Prévoyance sociale afin d'améliorer la capacité de travail à et la qualité de vie des professionnels de la santé.</p>	Croatie
<p><i>Evaluation de l'exposition aux agents antinéoplasiques pour le personnel de pharmacies et hôpitaux</i></p> <p>Objectif : examen de conditions de travail sûres en rapport avec la manipulation de médicaments antinéoplasiques pendant la préparation du médicament ou son administration en milieu hospitalier.</p>	Allemagne

Fig. 5. Initiative de plaidoyer et procédure d'introduction de mesures contraignantes européennes pour la protection des blessures par aiguilles et autres objets tranchants médicaux



Source : basée sur De Raeve, 2010 (56), et EU Issue Tracker, 2009 (54).

L'OMS suggère qu'une série de mesures utilisant une hiérarchie de contrôles est la méthode la plus efficace pour réduire le nombre de blessures par aiguilles. Les principaux éléments comprennent l'utilisation d'instruments plus sûrs, la formation et les instructions régulières et des procédures de travail sûres et établies (57). Par conséquent, l'Accord-cadre recommande d'établir une approche intégrée sur le lieu de travail, composée d'une évaluation des risques, de la prévention des risques, de la formation, de l'information, de la sensibilisation et de la surveillance. Tant l'évaluation que la prévention des risques doivent couvrir les domaines suivants : technologie ; organisation du travail ; conditions de travail ; niveau de qualification, facteurs psychosociaux de nature professionnelle et influence des facteurs sur l'environnement de travail. Par ailleurs, l'Accord-cadre assure la vaccination de travailleurs de santé selon la pratique nationale (58).

Les interventions pour faire face à la complexité des facteurs de risques psychosociaux et à leurs causes sont regroupées dans les trois catégories suivantes.

- Les interventions au niveau organisationnel ont pour but de réduire le risque de stress, en intervenant sur la structure organisationnelle, l'infrastructure ou les processus de travail.
- Les interventions à l'interface entre les niveaux organisationnels et individuels peuvent inclure l'amélioration des relations collégiales au travail ou la formation d'individus pour mieux s'adapter aux mesures de l'environnement professionnel pour une autonomie professionnelle optimale.
- Les interventions au niveau individuel ont pour but de réduire le stress et le risque de maladie des personnes qui présentent déjà des symptômes en renforçant la capacité à gérer le stress (45).

Le Cadre 4 présente un exemple d'une approche destinée à prévenir le burn-out au sein du personnel hospitalier.

Dans de nombreuses juridictions, la violence et le harcèlement continuent d'être perçus par les professionnels de la santé comme un "élément intrinsèque de leur fonction". Par conséquent, la conscience et la reconnaissance de la violence comme un risque sur le lieu de travail du personnel de santé sont des premières étapes nécessaires sur la voie de la prévention de la violence et de la protection du personnel. Le contexte sociétal et culturel spécifiques de l'environnement professionnel doit être considéré, ainsi que la dimension sexuelle, pour atteindre une compréhension partagée du phénomène. Toute approche destinée à traiter de la violence sur le lieu de travail doit être intégrée, participative, sensible à la culture et au sexe, non discriminatoire et systématique.

Cadre 4 "Take Care" – un programme d'intervention en cas de burn-out basé sur une équipe aux Pays-Bas

Le projet d'intervention Take Care a été effectué en 1997-1998 afin de prévenir un burn-out au sein du personnel soignant en oncologie par le biais d'une approche de gestion du stress basée sur une équipe. Le programme se composait de six sessions de formation de trois heures chacune, une par mois, qui ont été supervisées par des conseillers.

Pendant la première session, les objectifs des actions ont été déterminés. Pendant la formation, de petites équipes de résolution des problèmes ont été formées et ont conçu, mis en place, évalué et reformulé collectivement des plans d'action pour faire face aux stressseurs les plus importants au travail. Les conseillers ont également apporté une formation aux qualifications plus générales de communication et de collaboration et les participants ont été leurs propres "agents de change", les conseillers jouant un rôle de "coach".

Les problèmes les plus fréquemment abordés concernaient la gestion de strictes exigences émotionnelles en relation avec des patients atteints d'un cancer et impliquaient le traitement des problèmes de communication entre membres de différentes disciplines professionnelles.

Les résultats d'une évaluation qualitative ont montré que les participants considéraient l'approche comme très instructive et utile pour établir les stressseurs au travail et formuler et évaluer les plans d'action destinés à gérer ces stressseurs. La partie la plus appréciée de l'activité a été le développement d'un réseau de support (social) parmi les collègues.

Source : Agence européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail, 2002 (59).

Les principaux domaines d'action comprennent la prévention et le contrôle de la violence sur le lieu de travail et la gestion et l'atténuation de son impact en mettant l'accent sur le support de travailleurs affectés par la violence sur le lieu de travail (60). Comme le souligne le Cadre 5, les initiatives de recherche ont le potentiel d'éveiller la conscience et d'agir comme un élément déclencheur aux processus de développement politique.

Avancer les questions de l'environnement de travail parmi les employeurs, par l'analyse et la certification du lieu de travail

Une troisième approche politique, concentrée cette fois sur les aspects procéduraux de l'approche des questions de l'environnement professionnel au niveau organisationnel considère les programmes d'évaluation et de certification du lieu de travail. Ceux-ci peuvent fournir des stimulants encourageant les employeurs à s'engager dans le concept d'environnements de travail positifs. Le rôle d'actions au niveau national et sectoriel pourrait fournir ici à un cadre ainsi qu'un support politique et financier. Cette approche peut être illustrée par les deux exemples suivants. Le premier exemple implique la classification des initiatives, avec les listes des meilleures sociétés, telles que

Cadre 5. Du manque de conscience au développement de mesures dans le cadre d'une convention collective nationale

Dans le cadre du Programme commun OIT/CII/OMS/ISP (impliquant l'Organisation internationale du travail, le Conseil international des infirmières, l'OMS et l'Internationale des services publics) sur la violence au travail dans le secteur de la santé, le premier sondage de Bulgarie en 2001 a révélé que les professionnels de la santé et le public n'étaient pas conscients du problème. Les résultats ont montré que son importance était largement sous-estimée et était interprétée plutôt comme une épreuve rencontrée dans la vie quotidienne et le stress dû aux conséquences négatives de la procédure de réforme en Bulgarie à l'époque.

En 2003, un atelier national tripartite a été organisé par la Fédération des Syndicats de la santé affiliée à la Confédération des syndicats indépendants en Bulgarie et la Fédération médicale de la confédération du travail Podkrepa. Les principales conclusions de l'étude nationale ont été discutées et la version bulgare des Directives-cadres OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail a été lancée. Les délégués ont adopté un plan d'action 2003-2005 avec un engagement à la poursuite de l'action.

L'un des résultats les plus importants au niveau national a été l'inclusion du thème de la violence au travail dans la convention collective du secteur de la santé pour 2004. D'autres activités étaient destinées à la sensibilisation, au développement des capacités et à la prévention de la violence et comprenaient des séminaires sur les mesures de sécurité, les procédures de rapport et le soutien des victimes.

Source : Kokalov, 2006 (61).

celles générées par l'Institut Great Place to Work. Le deuxième exemple – le Réseau des Hôpitaux de Promotion de la Santé – représente une approche intégrée qui fournit des possibilités d'autoévaluation.

Le modèle Great Place to Work®

Le modèle Great Place to Work® est une méthode d'évaluation et d'optimisation de la culture organisationnelle et a été développé par le Great Place to Work Institute, une firme de consultance américaine. L'Institut utilise un questionnaire pour les employés et des interviews avec le management afin d'évaluer la culture organisationnelle. Deux tiers de l'évaluation sont basés sur les résultats du sondage parmi les employés.

La filiale allemande du Great Place to Work Institute, en collaboration avec le Ministère du Travail et d'autres partenaires, a réalisé un benchmarking annuel destiné spécifiquement au secteur de la santé. Les organisations de services de santé participantes sont classées et les meilleures se voient attribuer le certificat du "Meilleur Employeur dans le Secteur de la Santé" (Best Arbeitgeber im Gesundheitswesen). Soixante-trois organisations de services de santé ont

participé au sondage 2010 sur la culture au travail et les résultats révèlent que la santé et le bien-être, la reconnaissance et l'équilibre vie professionnel – vie familiale sont des thèmes essentiels, la rémunération étant un élément clé (mais moins important) (Great Place to Work Institute, Allemagne, document inédit 2010).

Ce modèle est basé sur la conviction que la culture organisationnelle est un facteur décisif dans la productivité d'une société. L'approche basée sur la valeur souligne la confiance comme élément fondamental d'un environnement de travail positif. Des relations au travail fondées sur la confiance, spécifiquement entre la direction et le personnel, sont essentielles pour des opérations réussies. Les valeurs comprennent la crédibilité, le respect, l'équité, la fierté et l'esprit d'équipe. Dans cette approche, un environnement de travail positif est caractérisé par la confiance dans le leadership d'une organisation, la fierté dans le travail accompli et la coopération avec les personnes sur le lieu de travail.

Le modèle s'applique à toutes les industries et, surtout, à toutes les technologies de production, d'information et de communication et aux institutions financières. Les forces du modèle comprennent les caractéristiques suivantes.

- Son concept/élément clé, à savoir la confiance, est essentiel dans un environnement de travail impliquant des asymétries d'informations et des professionnels (p. ex., organisations de soins de santé).
- Les questionnaires sont faciles à utiliser mais n'impliquent pas d'autoévaluation étant donné que le sondage et l'évaluation sont effectués par l'Institut.

Une faiblesse du modèle est qu'il n'est pas associé à la qualité des soins de santé ou à leurs résultats sur la santé des patients. Cependant, certaines structures de santé utilisent l'évaluation comme un instrument complémentaire en association avec le système habituel de gestion de la qualité, parfois en alternance avec des enquêtes de satisfaction des patients.

Le Cadre 6 profile le modèle de "Magnet hospital" aux Etats-Unis qui a pour but d'améliorer l'environnement de travail pour le personnel infirmier.

Réseau d'hôpitaux promoteurs de santé

La promotion de la santé est une dimension clé de la qualité dans les services hospitaliers, avec la sécurité des patients et l'efficacité clinique. Avec l'augmentation des maladies chroniques, la fourniture de services de promotion de la santé est devenue un facteur important de santé durable, de bonne qualité de vie et d'efficacité. L'approche des hôpitaux promoteurs de santé combine par conséquent des préoccupations spécifiques de la qualité des soins avec les aspects d'un environnement de travail sain dans les hôpitaux.

Cadre 6 Hôpitaux "Magnet" et Magnet Recognition Program

Le concept de l'hôpital Magnet a été développé initialement dans les années 80 aux Etats-Unis par l'American Academy of Nursing (62). Initialement, le but était d'identifier les pratiques des ressources humaines et les caractéristiques organisationnelles qui permettaient à certains hôpitaux d'attirer et de fidéliser leur personnel dans un contexte de pénuries aiguës (voir Annexe 1). Les caractéristiques de base des hôpitaux Magnet impliquent l'investissement dans le développement du personnel, la gestion de la qualité, la capacité de supervision des cadres de première ligne et les bonnes relations avec les médecins (63). Les caractéristiques du "magnétisme" ont été résumées dans le Nursing Work Index mesuré en utilisant les questionnaires complétés par les infirmières (64). Cette idée a été développée sur plusieurs décennies par la recherche et la mise en place d'un programme volontaire d'accréditation des hôpitaux, le Magnet Recognition Program, entrepris par l'American Nurses Credentialing Center (centre américain d'accréditation des infirmières, une filiale de l'American Nurses Association) (63).

Les caractéristiques environnementales de la pratique infirmière des hôpitaux Magnet font référence à la participation du personnel infirmier aux affaires de l'hôpital, aux bases de la qualité des soins infirmiers (p. ex., plans de soins infirmiers actuels et écrits pour tous les patients), capacité de gestionnaire infirmier, leadership et soutien des infirmières, adéquation des effectifs et des ressources et relations collégiales médecins-infirmières (65). En dépit d'un certain manque de clarté dans les résultats des études, notamment avec quelques preuves négatives (15), les hôpitaux généraux qui possèdent les caractéristiques organisationnelles du "magnétisme" montrent des taux de mortalité inférieurs (13), des taux inférieurs de mortalité à 30 jours, moins de complications et une "impuissance des secours" réduite (décès après une complication (14)). L'approche de l'hôpital Magnet s'avère également capable de réduire la probabilité d'un burn-out et de minimiser la rotation du personnel, en ayant un impact positif sur la qualité des soins (66).

Les principales limites de ce programme sont sa focalisation sur la profession infirmière, sa concentration presque exclusive aux Etats-Unis (340 hôpitaux accrédités sur 344 étaient basés aux Etats-Unis; <http://www.nursecredentialing.org/MagnetOrg/searchmagnet.cfm>) et les preuves parfois faible d'impacts sur la qualité des soins. Le premier hôpital Magnet en dehors des Etats-Unis se trouvait en Angleterre mais, sans le soutien du National Health Service au Royaume-Uni, il a été fermé. Actuellement, l'Europe occidentale ne possède pas d'hôpital Magnet.

Les objectifs de ce réseau coordonné par le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS sont :

- de changer la culture des soins hospitaliers vers un travail interdisciplinaire, un processus décisionnel transparent et l'engagement actif des patients, du personnel et des partenaires ;
- d'évaluer les activités de promotion de la santé dans le milieu des soins de santé et développer une base factuelle dans ce domaine ; et
- d'incorporer des normes et indicateurs pour la promotion de la santé dans les systèmes existants de gestion de la qualité au niveau de l'hôpital et au niveau national (67).

Pour l'assurance de qualité, un manuel d'autoévaluation qui formule cinq normes et les indicateurs correspondants est disponible (68). En ce qui concerne l'environnement professionnel, l'une des normes exige que "le management définisse les conditions au développement de l'hôpital comme un lieu de travail sain" (voir Annexe 2). Cela comprend :

- le développement et la mise en place d'un lieu de travail sain et sûr ;
- le développement et la mise en place d'une stratégie globale des ressources humaines qui comprend la formation et le développement des qualifications de promotion de la santé de l'équipe ; et
- la disponibilité des procédures pour développer et entretenir la conscience de l'équipe à propos des questions de santé.

Pour l'évaluation de l'environnement professionnel, le manuel suggère quelques indicateurs complémentaires, dont :

- le score provenant du sondage des membres de l'équipe à propos de leur expérience des conditions de travail ;
- le pourcentage d'absence à court terme ;
- le pourcentage de blessures professionnelles ; et
- le score sur une échelle de burn-out.

Ces normes et indicateurs sont importants en termes d'amélioration de l'environnement de travail et, en association avec ceux de l'état de santé des patients, sont les éléments d'une fonction plus vaste de promotion de la santé des hôpitaux. Ce cadre, développé sur plus de dix ans, peut représenter une base efficace pour le benchmarking et le développement organisationnel des hôpitaux et services de santé européens.

Ces deux exemples de schémas d'accréditation destinés à améliorer les questions de l'environnement de travail ont leurs propres forces et limites particulières. Il pourrait être utile d'envisager si le développement d'un cadre commun pour les évaluations et la certification de lieux de travail pour les organisations du secteur de la santé est une option utile. Un tel cadre pourrait être basé sur les éléments susmentionnés de la qualité de travail en association avec les normes de qualité des soins.

Considérations pratiques

Il arrive souvent que les questions relatives aux conditions de travail s'inscrivent dans les mandats des Ministères de l'Emploi et des autorités associées telles que les inspections du travail. Une collaboration intersectorielle est par conséquent indispensable pour mettre en place et entretenir des approches efficaces en vue

de l'amélioration de l'environnement de travail dans le secteur de la santé. Ce n'est pas évident partout. La création d'environnements de travail attractifs et stimulants constitue un défi, non seulement en raison de la complexité des questions à prendre en considération mais également en raison des besoins pratiques pour opérer à l'interface entre des mandats politiques de la santé et du travail et de multiples acteurs qui ne parlent pas toujours une langue commune. En général, les politiques de l'emploi ne prennent pas en considération les besoins spécifiques de secteurs particuliers tels que la santé, et la législation et la réglementation pertinentes doivent par conséquent être adaptées pour répondre aux caractéristiques du secteur de la santé. En même temps, un manque de conscience et de connaissance systématique des questions du travail dans le secteur de la santé peut être observé dans de nombreux pays. Les décideurs politiques de la santé doivent s'assurer qu'une capacité systématique de gérer les questions du travail est disponible à tous les niveaux du système de santé. Par ailleurs, une action politique en rapport avec le travail nécessite l'implication des principaux partenaires sociaux – les employeurs et les travailleurs. Une approche, ici, concerne le concept du dialogue social.

Le dialogue social est un moyen de parvenir à des améliorations durables dans les services de santé, y compris l'environnement de travail, parce qu'il est destiné à impliquer les principaux acteurs. Le dialogue social dans les services de santé a été décrit comme impliquant tous les types de négociations et de consultations, en commençant par l'échange d'informations entre et parmi les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions d'intérêt commun relatives à la politique économique et sociale (69). Le dialogue social nécessite des partenaires sociaux forts et indépendants mais il n'existe pas dans les secteurs de santé de plusieurs pays (70).

Tandis que le dialogue social a une longue tradition dans l'U.E., il n'en a pas toujours été de même dans le secteur de la santé, ce qui peut traduire la difficulté d'organiser ce secteur très fragmenté. Au niveau de l'U.E., l'établissement du Comité de dialogue social pour les hôpitaux a été formalisé en septembre 2006. Il a pour but d'améliorer la qualité de l'emploi et la qualité des services dans le secteur hospitalier et s'est avéré un succès dans la gestion des questions préoccupant à la fois les employeurs et les travailleurs. Les partenaires sociaux reconnus sont l'HOSPEEM et la FSESP.

Les preuves confirment que le dialogue social est positivement associé à l'amélioration des conditions de travail au niveau organisationnel (21). Pourtant, dans le contexte de différentes traditions de relations industrielles en Europe, une grande variété dans le rôle du dialogue social est observée dans le contexte des conditions de travail entre les pays. Les négociations collectives, par exemple, interviennent principalement au niveau sectoriel dans les pays

du Nord et du Centre-Ouest de l'Europe (p. ex., la Suède, l'Allemagne, l'Autriche) et au niveau de la société dans les pays au Centre-Est (par exemple, la République tchèque) ; elles varient dans les pays européens méridionaux (p. ex., l'Espagne et la France). Le style de négociation est caractérisé par son orientation sur les conflits dans les pays méridionaux, son caractère consensuel dans les pays du Centre-Est et son approche intégrée dans les pays au Nord et au Centre-Ouest. Tandis que les relations industrielles sont basées sur un partenariat social dans certains pays, d'autres ont des régimes plus centrés sur l'Etat, polarisés ou fragmentés. Toutes ces caractéristiques modulent la pratique et la portée du dialogue social et son impact sur les conditions de travail au niveau de l'entreprise.

Plusieurs études de cas dans différentes structures de santé dans divers pays ont attesté de l'importance des procédures de dialogue social dans la gestion et pour les collaborateurs. Pour la gestion, l'intérêt prioritaire consiste à améliorer l'environnement de travail afin de parvenir à des soins d'excellente qualité et une compétitivité renforcée – pour laquelle une main-d'oeuvre qualifiée et motivée est indispensable. Pour les représentants des professionnels de santé, l'engagement dans le dialogue social et les négociations collectives sert à contrer la dégradation des conditions de travail du point de vue du travailleur individuel. Les leçons tirées de ces études des cas soulignent certains facteurs qui font aboutir le dialogue social :

- culture organisationnelle participative et mode coopératif de décision ;
- confiance mutuelle des acteurs impliqués ;
- dialogue institutionnalisé et résultats impératifs ;
- priorités, objectifs et tâches définis ; et
- engagement actif et compétence des représentants des travailleurs.

Les résultats concrets en termes de conditions de travail améliorées couvraient un large éventail de domaines, y compris une amélioration de la santé et de la sécurité professionnelles, de meilleurs horaires de travail, l'introduction de pratiques de médiation des conflits et d'initiatives de support social, des politiques de travail avantageuses pour la famille et une meilleure communication (21).

Synthèse

Cette synthèse a examiné la raison pour laquelle un bon environnement de travail pour les professionnels de la santé était important pour les décideurs politiques et les options explorées concernant la façon de créer des environnements de travail attractifs, stimulants et positifs. Point essentiel, elle a également souligné l'importance de l'environnement professionnel pour

le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé ainsi que pour la qualité des soins.

Une multitude de défis se posent concernant l'environnement de travail et ceux-ci peuvent être relevés en utilisant différentes politiques. Cet aspect, associé à la diversité des systèmes de santé européens et aux situations socioéconomiques du pays, complique la formulation d'une liste toute faite de questions politiques exploitables. Cependant, un cadre global peut être ébauché, avec les "pierres angulaires" suivantes :

- Quel que soit le thème identifié comme une question prioritaire, il est important de tenir compte des politiques mises en oeuvre à différents niveaux, de garantir une approche cohérente et durable. L'amélioration de l'environnement professionnel nécessitera des mesures qui sont pertinentes et applicables dans le contexte spécifique d'un système de santé donné tout en observant les normes internationales et en considérant les efforts régionaux d'harmonisation. Les solutions efficaces sont liées au contexte et, par conséquent, la priorité doit être accordée au niveau local/organisationnel.
- Les réponses politiques doivent être conçues en deux couches : une couche doit concerner le contenu (quelles sont les questions à aborder) et une autre doit concerner le processus (comment les questions devraient être traitées).
- De nombreux facteurs qui ont un impact sur l'environnement de travail des professionnels de la santé dépassent la sphère d'influence des décideurs politiques de la santé. Par conséquent, une collaboration intersectorielle et un dialogue social sont des moyens essentiels de développer des réponses efficaces et durables.

Le but est de fournir un environnement de travail qui attire les individus dans les professions de santé, les encourage à rester dans cette voie et permet aux professionnels de la santé de fournir des performances efficaces.

Références

1. WHO Regional Office for Europe. *Health workforce policies in the European Region*. (Report to the Regional Committee, Fifty-seventh session, Belgrade, Serbia, 17–20 September 2007; EUR/RC57/9 + EUR/RC57/Conf.Doc./3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/74540/RC57_edoc09.pdf, consulté le 3 avril 2010).
2. Buchan J. *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
3. Wiskow C, ed. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected SEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Geneva, International Labour Office, 2006.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. *The looming crisis in the health workforce- how can OECD countries respond?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008.
5. WHO Regional Office for Europe. *Health workforce policies in the WHO European Region*. (Report to the Regional Committee, Fifty-ninth session, Copenhagen, Denmark, 14–17 September 2009; EUR/RC59/9 + EUR/RC59/Conf.Doc./3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/66977/RC59_edoc09.pdf, consulté le 16 juillet 2010).
6. Wells JS, Norman LJ. The ‘greying’ of Europe – reflections on the state of nursing and nurse education in Europe. *Nurse Education Today*, 2009, 29(8):811–815.
7. Commission of the European Communities. *Green Paper on the European Workforce for Health (COM(2008) 725 final)*. Brussels, Commission of the European Communities, 2008 (http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf, consulté le 16 juillet 2010).
8. International Labour Office. *The sectoral dimension of the ILO’s work – update of sectoral aspects regarding the global economic crisis: tourism, public services, education and health (GB.307/STMI/1; ILO Governing Body 307th Session, March 2010)*. Geneva, International Labour Office, 2010 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_123768.pdf, consulté le 10 avril 2010).
9. Aiken LH et al. 2002, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2002, 288(16):1987–1993.

10. Needleman J et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346(22):1715–1722.
11. Rafferty AM et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44(2):175–182.
12. Dawson J. *Does the experience of staff working in the NHS link to the patient experience of care? An analysis of links between the 2007 acute trust inpatient and NHS staff surveys*. Birmingham, Aston School of Business, 2009.
13. Aiken LH, Smith H, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 1994, 32(8):771–787.
14. Friese CR et al. Nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 2008, 43:1145–1163.
15. Tourangeau AE et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(1):32–44.
16. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care*, 2003, 47(1):142–152.
17. *Macmillan Dictionary* (<http://www.macmillandictionary.com>, consulté le 16 juin 2010).
18. *Compact Oxford English Dictionary* (<http://www.askoxford.com>, consulté le 16 juin 2010).
19. Commission of the European Communities. *Employment and social policies: a framework for investing in quality. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions (COM(2001) 313 final, 20 June 2001)*. Brussels, Commission of the European Communities, 2001.
20. Council of the European Union. Guidelines for the employment policies of the Member States (integrated guidelines 17–24). In: *Council Decision on guidelines for the employment policies of the Member States. Legislative Acts and other Instruments (10614/2/08 REV 2)*. Brussels, Council of the European Union, 2008 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st10/st10614-re02.en08.pdf>, consulté le 2 juillet 2010).
21. Voss E. *Working conditions and social dialogue – national frameworks, empirical findings and experience of good practice at enterprise level in six European countries (Draft Report)*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009 (<http://www.eurofound.europa.eu/docs/events/confworkcond09/draftreport.pdf>, consulté le 8 avril 2010).

22. Muñoz de Bustillo M et al. *Indicators of job quality in the European Union*. Brussels, European Parliament, 2009 (<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>, consulté le 17 avril 2010).
23. Positive Practice Campaign. *Positive practice environments for health care professionals [factsheet]*. Geneva, International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association, 2008.
24. Commission of the European Communities. *Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007–2012 on health and safety at work*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions (21.2.2007, COM (2007) 62 final). Brussels, Commission of the European Communities, 2007.
25. WHO. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention; Geneva, 2–4 February 2009. Geneva, WHO, 2009* (http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf, consulté le 20 avril 2010).
26. WHO. *Working together for health (World Health Report 2006)*. Geneva, WHO, 2006;
27. Roberfroid D et al. *Physician workforce supply in Belgium: current situation and challenges*. Health Services Research (HSR). Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2008.
28. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries (OECD Health Working Paper, No. 21)*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
29. Hansen N, Sverke M, Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. *Nursing Studies*, 2009, 46(1):96–107.
30. Lombardo E, Sangiuliano M. 'Gender and employment' in the Italian policy debates: the construction of 'non employed' gendered subjects. *Women's Studies International Forum*, 2009, 32(6):445–452.
31. International Labour Organization. ILOLEX Database (<http://www.ilo.org/ilolex/>, consulté le 14 juin 2010).

32. Peus C. *Work–family balance: the case of Germany* (WPC #0025). Cambridge (Massachusetts), MIT Workplace Center, Sloane School of Management, 2006 (<http://web.mit.edu/workplacecenter/docs/wpc0025.pdf>, consulté le 19 juillet 2010).
33. Ministry of Social Affairs and Social Security. *Act on Maternity/Paternity Leave and Parental Leave, No. 95/2000*. Reykjavik, Ministry of Social Affairs and Social Security, 2000 (<http://eng.felagsmalaraduneyti.is/legislation/nr/3697>, consulté le 20 juillet 2010).
34. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus. Aus der Praxis für die Praxis*. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009.
35. Müller B. *Good solutions in nursing and care. Models of good practice of healthy and quality-promoting work design of nursing and care jobs in hospitals, inpatient care facilities and home care services*. Dortmund, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005.
36. Commission of the European Communities. *Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007–2012 on health and safety at work*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions (21.2.2007, COM (2007) 62 final). Brussels, Commission of the European Communities, 2007.
37. Gunnarsdottir S, Rafferty AM. Enhancing working conditions. In: Dubois CA, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe* [Chapter 9]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
38. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. *Fourth European working conditions survey*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007 (<http://www.eurofound.europa.eu>, consulté le 22 mars 2010).
39. European Agency on Safety and Health at Work (OSHA). *Health and safety of healthcare staff* (<http://osha.europa.eu/en/sector/healthcare>, consulté le 4 avril 2010).
40. Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P. *Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work (Nurses Early Exit Study (NEXT) Scientific Report)*. Wuppertal, University of Wuppertal, 2005 (<http://www.next-study.net>, consulté le 11 juillet 2010).

41. International Labour Organization. *2010 World Day for Safety and Health at Work: emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work* [booklet]. Geneva, International Labour Office, 2010 (http://www.ilo.org/safework/info/publications/lang--en/docName--WCMS_123653/index.htm, consulté le 15 avril 2010).
42. Wiskow C. *The impact of SARS on health personnel*. (Sectoral Working Paper, No. 206.) Geneva, International Labour Office, 2003.
43. European Parliament, Committee on Employment and Social Affairs. *Report with recommendations to the Commission on protecting European healthcare workers from blood borne infections due to needlestick injuries (2006/2015(INI))*. European Parliament, A6-0137/2006, final, 25.4, 2006.
44. PCN, EUROFEDOP, EDTNA/ERCA, IAPO, EUCOMED, EOM, EMA resolution calling for EU action to prevent medical sharps injuries: *Protecting European healthcare workers from medical sharps injury* (RTB, April 2004 Discussion Document), 2004. (<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EuHealthcareWorkers.pdf> , consulté le 11 avril 2010).
45. European Agency for Occupational Safety and Health. *OSH in figures: stress at work – facts and figures*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2009 (European Risk Observatory Report, EN 9; <http://osha.europa.eu/en/riskobservatory>, consulté le 8 avril 2010).
46. Di Martino V. *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health/publ.htm>, consulté le 13 avril 2010).
47. European Agency for Occupational Safety and Health. *Stress – definition and symptoms*. http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index_html/definitions_and_causes, consulté le 16 juillet 2010).
48. Goehring C et al. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey (<http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2005/07/smw-10841.pdf>, consulté le 16 juillet 2010). *Swiss Medical Weekly*, 2005, 135:101–108.
49. Hristov Z et al. *Work stress in the context of transition. A case study of education, health and public administration in Bulgaria*. (Report No. 26). Budapest, International Labour Office, Subregional Office for Central and Eastern Europe, 2003.

50. Di Martino V. *Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study–Synthesis report*. ILO/ICN/WHO/ICN Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/index2.html, consulté le 15 avril 2010).
51. International Labour Office. *Guidelines on occupational safety and health management systems, ILO-OSH 2001*. Geneva, International Labour Office, 2001.
52. WHO Resolution WHA60.26 on workers' health: global plan of action. Geneva, Sixtieth World Health Assembly (Agenda Item 12.13, 23 May 2007, A60/VR/11, Paragraph 9; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf, consulté le 11 avril 2010).
53. WHO. *Work plan of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Occupational Health for the period 2009–2012: Compendium*. Geneva: WHO, 2009 (http://www.who.int/occupational_health/cc_compendium.pdf, consulté le 19 juillet 2010).
54. EU Issue Tracker. *Sharp objects in health care. EU Issue Tracker – the regulatory radar*, 14 December 2009; <http://www.euissuetracker.com/en/focus/Pages/Sharp-Objects-in-Health-Care.aspx>, consulté le 10 avril 2010).
55. European Parliament. *Motion for a Resolution pursuant to Rule 84(3) of the Rules of Procedure by Liz Lynne, Pervenche Berès on behalf of the Committee on Employment and Social Affairs on the proposal for a Council directive implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU (COM(2009)0577)*. European Parliament 2009–2014, Session Document B7-0063/2010, 1.2.2010 (RE\803453EN.doc; PE432.911v01-00). Strasbourg, European Parliament, 2010.
56. De Raeve, P. *Sharps injuries – stepping up to the challenge in Europe*. Brussels, European Federation of Nurses Associations, 2010 (http://www.efnweb.org/version1/en/networks_articles.html, consulté le 6 avril 2010).
57. WHO. *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. Geneva, WHO, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf, consulté le 2 juillet 2010).
58. HOSPEEM and EPSU. *Framework agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and health care sector*. Brussels, HOSPEEM and EPSU, 2009 (<http://www.epsu.org/a/5581>, consulté le 4 avril 2010).

59. European Agency for Safety and Health at Work. *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
60. ILO/ICN/WHO/PSI. *Framework Guidelines on addressing workplace violence in the health sector*. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, International Labour Office, 2002.
61. Kokalov I. *Tackling violence at work in the health sector – unions make a difference in Bulgaria (Focus on Health, No. 1, August 2006)*. Public Services International, 2006 (<http://www.world-psi.org>, consulté le 19 avril 2010).
62. McClure M et al. *Magnet hospitals; attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, American Academy of Nursing, 1983.
63. Aiken LH et al. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(2):3330–3337.
64. Aiken LH, Patrician P. Measuring organizational traits of hospitals: the revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 2000, 49(3):146–153.
65. Lake ET. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 2002, 25(3):176–188.
66. O'Brien-Pallas L, Tomblin Murphy G, Shamias J. *Final Report: Understanding the Costs and Outcomes of Nurses' Turnover in Canadian Hospitals*. Toronto, University of Toronto, Nursing Health Services Research Unit, 2008. (<http://www.hhrchair.ch/research.cfm>, consulté le 16 juillet 2010)
67. WHO Regional Office for Europe. Health Promoting Hospitals Network (HPH). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph>, consulté le 4 juin 2010).
68. Groene O, ed. 2006, *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006:47–50.
69. International Labour Office. *Social Dialogue in the health services: a tool for practical guidance*. Geneva, International Labour Office, Sectoral Activities Programme, 2004.
70. EPSU and HOSPEEM. *Strengthening social dialogue in the hospital sector in the new Member States and candidate countries*. EPSU and HOSPEEM, 2007 (<http://www.hospitalsocialdialogue.eu>, dernière mise à jour le 9 juillet 2007).

Annexes

Annexe 1. Hôpitaux Magnet et les 14 “forces du magnétisme”

L'étude Magnet originale de 1983 a identifié 14 caractéristiques distinctives des organisations capables de recruter et de fidéliser les infirmières. Ces caractéristiques sont devenues les “forces du magnétisme” de l'American Nurses Credentialing Center (ANCC), le cadre conceptuel du processus d'évaluation Magnet.

1	Qualité du leadership infirmier	Les leaders infirmiers audacieux, solides et bien informés suivent une philosophie stratégique, visionnaire et bien articulée dans le fonctionnement quotidien des services infirmiers. Les leaders infirmiers, à tous les niveaux de l'organisation, montrent un sens certain de défense et de soutien de l'équipe et du patient (les résultats d'un leadership de qualité sont évidents dans la pratique infirmière du côté du patient).
2	Structure organisationnelle	Les structures organisationnelles sont généralement horizontales plutôt que verticales et un processus décisionnel décentralisé prévaut. La structure organisationnelle est dynamique et réactive au changement. Une solide représentation des infirmières est évidente dans la structure du comité de direction. Les cadres infirmiers interviennent au niveau exécutif de l'organisation. En général, le directeur du nursing rend compte directement au directeur général. L'organisation possède un système opérationnel et productif de processus décisionnel partagé.
3	Style managérial	L'organisation des soins de santé et les leaders infirmiers adoptent un style de gestion participatif. Le feed-back provenant des équipes est encouragé, valorisé et pris en considération à tous les niveaux de l'organisation. Les infirmières à des postes de cadres sont visibles, accessibles et s'engagent à une communication efficace avec l'équipe.
4	Politiques et programmes de personnel	Les salaires et avantages sont compétitifs. Les modèles de dotation d'équipes, créatifs et flexibles, encouragent un environnement de travail sain et sûr. Les politiques du personnel sont créées avec l'implication des infirmières sur le terrain. Des opportunités significatives d'épanouissement professionnel sont offertes dans les pistes administratives et cliniques. Les politiques et programmes du personnel soutiennent une pratique professionnelle des soins infirmiers, un équilibre entre vie professionnelle et vie privée et la délivrance de soins de qualité.

<p>5</p> <p>Qualité du leadership infirmierModèles professionnels de soins</p>	<p>Il existe des modèles de soins qui donnent aux infirmières la responsabilité et l'autorité nécessaire pour la fourniture de soins directs au patient. Les infirmières doivent répondre de leurs propres pratiques ainsi que de la coordination des soins. Les modèles de soins (par exemple, soins primaires, gestion des cas, orientation sur la famille, district et approche holistique) assurent la continuité des soins dans tout le continuum. Les modèles prennent en considération les besoins uniques des patients et fournissent des infirmières qualifiées et des ressources adéquates pour atteindre les résultats souhaités.</p>
<p>6</p> <p>Qualité des soins</p>	<p>La qualité est la force motrice systématique des soins infirmiers et de l'organisation. Les infirmières qui occupent des fonctions cadres sont responsables de créer un environnement propice à la santé du patient. Les infirmières sont convaincues de fournir des soins d'excellente qualité aux patients.</p>
<p>7</p> <p>Amélioration de la qualité</p>	<p>L'organisation possède des structures et procédures pour la mesure de la qualité et des programmes d'amélioration de la qualité des soins et des services au sein de l'organisation.</p>
<p>8</p> <p>Consultation et ressources</p>	<p>L'organisation des soins de santé fournit les ressources, l'aide et les opportunités adéquates pour l'utilisation d'experts, en particulier d'infirmières cliniciennes. En d'autres termes, l'organisation favorise l'implication des infirmières dans des organisations professionnelles et parmi leurs pairs dans la communauté.</p>
<p>9</p> <p>Autonomie</p>	<p>Les soins infirmiers autonomes impliquent la faculté d'une infirmière à évaluer et fournir des soins infirmiers appropriés pour les soins du patient en fonction de leurs compétences, de leur expertise professionnelle et de leurs connaissances. L'infirmière est supposée pratiquer de manière autonome, en conformité avec les normes professionnelles. Un jugement indépendant est attendu dans le contexte d'approches interdisciplinaires et multidisciplinaires des soins du patient/du résident/du client.</p>
<p>10</p> <p>L'institution et la communauté</p>	<p>Des relations sont établies dans et parmi tous les types d'organisations de santé et d'autres organisations communautaires pour développer des partenariats étroits qui contribuent à de meilleurs résultats pour le patient et à la santé des communautés qu'elles desservent.</p>

11	Les infirmières comme éducateurs	Les infirmières professionnelles sont impliquées dans les activités de formation au sein de l'organisation et de la communauté. Les étudiants provenant de différents programmes académiques sont bien accueillis et soutenus dans l'organisation; les dispositions contractuelles sont avantageuses pour chacune des parties. Il existe un programme de développement et de mentoring pour les formateurs de l'équipe à tous les niveaux d'études (y compris les étudiants, jeunes diplômés, infirmières expérimentées, etc.). Le personnel à tous les postes sert de faculté et de précepteurs pour les étudiants de divers programmes académiques. Un programme d'éducation des patients répond aux divers besoins des patients dans toutes les structures de soins de l'organisation.
12	Image des soins infirmiers	Les services fournis par les infirmières sont caractérisés comme essentiels par d'autres membres de l'équipe de soins de santé. Les infirmières sont considérées comme faisant partie intégrante de la faculté de l'organisation de santé à fournir des soins aux patients. Les soins infirmiers influencent effectivement les processus à l'échelle du système.
13	Relations interdisciplinaires	Des relations de travail collaboratives dans et entre les disciplines sont appréciées. Le respect mutuel est basé sur le postulat que tous les membres de l'équipe des soins de santé apportent des contributions essentielles et pertinentes à la réalisation des résultats cliniques. Des stratégies de gestion des conflits sont en place et sont utilisées efficacement, quand il le faut.
14	Développement professionnel	L'organisation de soins de santé apprécie et soutient la croissance et le développement personnel et professionnel de l'équipe. En plus de l'orientation sur la qualité et de l'éducation en service (point abordé précédemment dans Force 11 – Les infirmières en tant que formateurs), les services de développement de la carrière sont soulignés. Les programmes qui favorisent l'éducation formelle, la certification professionnelle et le développement de la carrière sont évidents. Le développement du management/leadership et le développement clinique basé sur les compétences sont favorisés et les ressources humaines et fiscales adéquates pour tous les programmes de développement professionnel sont mises en place.

Source : <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/ForcesofMagnetism.aspx> (consulté le 8 avril 2010)

Annexe 2. Réseau des services de santé et hôpitaux promoteurs de santé – normes d'auto-évaluation

Norme 4 : promotion de milieux de travail sains

La direction met en place les conditions nécessaires au développement d'un milieu de travail sain dans l'hôpital.

Objectif

Favoriser la santé et la sécurité au travail et soutenir les activités de promotion de la santé pour le personnel.

Sous-norme 4.1

L'organisation s'assure de créer et de mettre en oeuvre une politique de santé et de sécurité au travail.

- 4.1.1. Les conditions de travail sont conformes aux directives et indicateurs nationaux et régionaux. [mesure : les réglementations nationales et internationales (U.E.) sont reconnues].
- 4.1.2. Le personnel satisfait aux exigences en matière de santé et de sécurité et tous les risques en milieu de travail sont reconnus. [mesure : étude des données sur les accidents de travail].

Sous-norme 4.2

L'organisation assure le développement et la mise en oeuvre d'une stratégie complète de ressources humaines qui comprend de la formation et le développement de compétences en matière de promotion de la santé.

- 4.2.1. Des séances de formation initiale abordant la promotion de la santé sont offertes aux nouveaux employés. [mesure : entrevues avec ces employés].
- 4.2.2. Le personnel de tous les départements connaît le contenu de la politique de promotion de la santé de l'organisation. [mesure : évaluation annuelle de la performance ou de la participation du personnel au programme de promotion de la santé].
- 4.2.3. Il existe un système d'évaluation de la performance et de développement professionnel continu qui comprend la promotion de la santé. [mesure : système documenté par la révision des fiches du personnel ou par des entrevues avec les employés].
- 4.2.4. Des équipes multidisciplinaires élaborent des méthodes de travail

(procédures et directives). [mesure : vérifier les procédures, vérifier auprès du personnel].

- 4.2.5. Le personnel participe à l'élaboration de politiques, à leur vérification et à leur révision. [mesure : vérifier auprès du personnel; consulter les comptes rendus des groupes de travail afin de vérifier la participation des représentants des employés].

Sous-norme 4.3

L'organisation s'assure que des procédures servant à développer et à tenir à jour les connaissances du personnel sur les enjeux de santé sont disponibles.

- 4.3.1. Le personnel a accès aux politiques de sensibilisation sur les enjeux de santé. [mesure : vérifier les politiques sur la consommation de tabac, d'alcool, de drogue et sur l'activité physique].
- 4.3.2. Des programmes d'arrêt du tabagisme sont offerts. [mesure : données sur la disponibilité des programmes].
- 4.3.3. Des sondages annuels sont effectués auprès des membres du personnel pour vérifier notamment leur comportement, leur connaissance des services et des politiques de soutien ainsi que leur recours aux séminaires de soutien. [mesure : vérifier le questionnaire et les résultats du sondage auprès des employés].

Source : Groene O, éd. 2006, *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms*. Copenhague, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, 2006 : 47-50.

Synthèses communes

1. Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils soutenir les investissements dans les stratégies de santé de la population et leur mise en œuvre?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Comment accroître l'impact des évaluations des technologies de santé?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Où sont les patients dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Comment trouver un équilibre entre différents lieux de dispensation de soins aux personnes âgées?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. Quand des programmes verticaux (autonomes) ont-ils une place dans les systèmes de santé?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins?
Debbie Singh
7. Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services?
James Buchan
8. Comment et pourquoi mettre en place un éventail de qualifications optimal?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee
10. Comment les systèmes de santé peuvent-ils répondre au vieillissement de la population?
Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee
11. Comment les Etats européens peuvent-ils concevoir des systèmes de financement efficaces, équitables et durables pour les soins de longue durée des personnes âgées?
José-Luis Fernández, Julien Forde, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová, David McDaid
12. Comment l'égalité des sexes peut-elle être intégrée par les systèmes de santé?
Sarah Payne
13. Comment la télésanté peut-elle aider à la mise en place de soins intégrés?
Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke, Simon Robinson, Veli Stroetmann, Kevin Cullen, David McDaid
14. Comment créer les conditions à l'adaptation des compétences des médecins aux nouveaux besoins et à l'apprentissage permanent?
Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw, Craig Campbell
15. Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé?
Christiane Wiskow, Tit Albrecht, Carlo de Pietro

L'Observatoire européen a un programme indépendant de synthèses (voir <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/policybriefs/joint-hen-obs-policy-briefs>).

Le HEN produit des rapports de synthèse et résumés (disponibles sur <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence-network-hen>).

Organisation mondiale de la santé
Bureau Régional pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tél.: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro/who.int
Site web: www.euro.who.int

La Synthèse a été préparée pour la Conférence sous la Présidence belge de l'U.E. sur le thème "Investir dans le personnel de santé de demain en Europe: portée de l'innovation et de la collaboration (La Hulpe, 9–10 septembre 2010).

Cette publication fait partie d'une série de synthèses communes du Réseau des Bases factuelles en Santé et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux décideurs qui souhaitent des messages décisionnels, la série aborde des questions telles que: si et pourquoi une question est traitée, que sait-on des conséquences probables de l'adoption de stratégies particulières pour traiter la question et comment, en tenant dûment compte des considérations relatives à la mise en œuvre de la politique, ces stratégies peuvent être combinées pour déboucher sur des options politiques viables.

En se basant sur les rapports de synthèse du Réseau et sur les synthèses de l'Observatoire, cette série est fondée sur une analyse et une appréciation rigoureuses des documents de recherche disponibles et une évaluation de leur importance dans les contextes européens. Les synthèses n'ont pas pour but de fournir des modèles idéaux ou des approches recommandées. Mais, par la synthèse des principaux documents de recherche et leur interprétation en vue de déterminer leur importance pour la politique, la série a pour but de délivrer des messages sur des options politiques potentielles.

Le **Réseau des Bases factuelles en Santé** (HEN) du Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS est une source fiable de données factuelles pour les décideurs dans les 53 Etats membres de la Région européenne de l'OMS. Le réseau HEN donne des réponses ponctuelles aux questions de politique sanitaire en matière de santé publique, de soins de santé et de systèmes de santé par des rapports factuels ou des synthèses, résumés ou notes et offre un accès facile à des données factuelles et informations extraites d'un certain nombre de sites web, de bases de données et de documents sur son site web (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et favorise une politique de santé factuelle par une analyse globale et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il réunit un large éventail de décideurs, d'académiciens et de praticiens pour analyser les tendances dans la réforme de la santé, en puisant dans les expériences de toute l'Europe pour éclairer les questions politiques. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site web (<http://www.healthobservatory.eu>).