

## INTRODUCTION

Le diagnostic et les propositions avancés dans cet ouvrage visent à l'amélioration de la santé au travail et à favoriser le maintien de la capacité professionnelle des soignants. Il s'agit, auprès des soignants, des partenaires soucieux des conditions de travail, des directeurs d'établissement et des responsables de notre politique de santé de mettre l'accent sur trois questions délicates et urgentes : la disparition progressive du travail d'équipe ; la rupture de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée ; le départ prématuré de soignants désabusés.

L'insuffisance de travail d'équipe est l'un des déterminants majeurs d'arrêts maladie, de la crainte de commettre des erreurs dans les soins et de la survenue d'événements violents. La rupture de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée s'explique, en grande partie, par la flexibilité des horaires et des affectations, et elle entraîne fréquemment l'intention de changer d'établissement. Quant aux départs prématurés, ils sont particulièrement influencés par les déficiences du travail d'équipe et l'épuisement émotionnel. Le mal-être des soignants est réel. Pourtant, la plupart d'entre eux ont choisi leur métier par vocation et se disent fiers de leur profession.

L'ampleur et la représentativité de l'échantillon du projet PRESST-NEXT ont permis un traitement exhaustif des facteurs d'insatisfaction, mais aussi des motifs de satisfaction. La comparaison avec neuf autres pays européens montre que de meilleures conditions de travail et un ratio personnel-malades plus favorable sont réalisables sans engendrer de coûts budgétaires excessifs. Cette analyse comporte également un volet longitudinal qui nous a autorisé à affirmer la robustesse des liens de causalité entre les différents facteurs de risque et l'intention d'abandonner la profession.

La richesse de l'étude conduite en France tient, en outre, à la mise en place d'un comité de suivi associant tous les partenaires. Des groupes thématiques de travail ont procédé à une analyse participative des données. La restitution des résultats de l'étude a été portée par tous ces acteurs devant les tutelles, lors d'un colloque organisé au ministère des solidarités, de la santé et de la famille, le 1<sup>er</sup> juin 2005. Il serait regrettable de ne pas tirer les enseignements des résultats de cette étude qui conduisent à réfléchir à la productivité réelle des techniques actuelles de management, en termes de qualité des soins et de gestion du

personnel hospitalier. Nous proposons d'expérimenter, dans certains des établissements qui ont participé à l'étude, la mise en place de changements précis dans le travail d'équipe, l'aménagement de l'espace et des horaires, selon une démarche ergonomique participative. Cette stratégie de mise en œuvre s'accompagnerait d'un processus d'évaluation de la satisfaction des soignants, de leurs arrêts et de leurs départs, avant et après l'implantation des changements.

La présentation de cet ouvrage a été conçue pour aider le lecteur à repérer aisément les principaux éléments de diagnostic et les solutions envisagées : chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT et se clôt par un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés.

Après avoir dressé un tableau général des risques professionnels et des sujets d'insatisfaction des soignants en France (partie I), les différents aspects du quotidien des soignants européens seront mis en perspective à travers leurs enjeux pour les soignants d'une part (partie II), pour le management hospitalier d'autre part (partie III).

## Caractéristiques du secteur de la santé en Europe

Les agents de santé représentent une part importante du nombre total de travailleurs dans le monde (OMS, 2006). En règle générale, l'importance relative du personnel de santé est plus forte dans les pays riches que dans les pays pauvres et les effectifs peuvent représenter jusqu'à 13 % de l'ensemble des travailleurs. Le paiement des salaires, allocations, indemnités, etc., du personnel de santé représente également une part importante de l'ensemble des dépenses publiques consacrées à la santé (y compris le coût des investissements). Un pays type consacre un peu plus de 42 % de ses dépenses publiques générales de santé à la rémunération de son personnel sanitaire, avec des variations régionales et nationales par rapport à cette valeur moyenne.

En Europe, 10 % de la population active travaillent dans le secteur de la santé, et 7 % dans les hôpitaux. L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a publié sur son site le nombre d'infirmiers en activité.

### Le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants

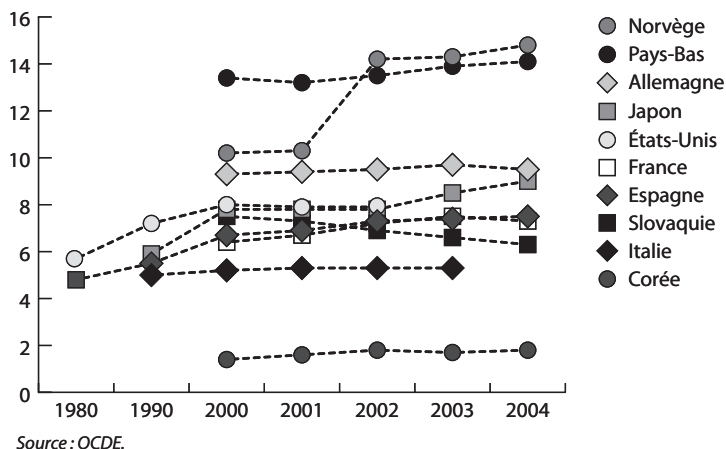
D'après les données de l'OCDE, le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants varie très largement selon les pays (figure 1). Pour les pays européens, le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants en 2004 est de 14,9 en Norvège, 14,2 aux Pays-Bas, 9,6 en Allemagne, alors qu'il n'est que de 7,5 en France, 7,4 en Espagne, 6,3 en République slovaque et seulement de 2,5 en Pologne<sup>1</sup>. Pour l'Italie, enfin, dont nous n'avons les chiffres que pour 2003, on comptait 5,4 infirmiers pour 1 000 habitants, soit des chiffres nettement inférieurs à la moyenne européenne.

Il est intéressant de constater que les États-Unis déclaraient, en 2002, 7,9 infirmiers pour 1 000 habitants, le Japon 7,8 infirmiers pour 1 000 habitants

1. Ces chiffres ont légèrement augmenté dans les différents pays par rapport à 2003.

et la Corée 1,7 infirmier pour 1 000 habitants. La France se situe donc dans la moyenne basse mondiale.

Ces comparaisons souffrent de quelques difficultés d'interprétation — tous les pays n'ayant pas déclaré exactement les mêmes informations —, mais les tendances lourdes restent claires. Ainsi, l'Italie n'a déclaré que les infirmiers et auxiliaires hospitaliers et la France s'est limitée aux infirmiers diplômés d'État mais a inclus les infirmiers libéraux. L'Allemagne et la Norvège ont rapporté l'ensemble des infirmiers et auxiliaires et ce en équivalent temps-plein, alors que les Pays-Bas l'ont fait en personnes physiques.



**FIGURE 1. Comparaison internationale du nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants (1980-2004)**

Néanmoins, le rapport du Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne apporte des nuances à l'augmentation globale des effectifs infirmiers (HOPE, 2004). En Allemagne, 2 500 postes d'infirmiers ne sont pas pourvus. En Suède, le nombre d'infirmiers spécialisés en exercice a récemment baissé de 2 %. Aux Pays-Bas, le nombre d'infirmiers en chirurgie a diminué de 3 % et celui des infirmiers anesthésistes de 6 %. En Hongrie, il manque près de 6 000 infirmiers, soit une vacance de 6 % des postes. Le nombre d'infirmiers diminue également dangereusement en Belgique, au Danemark, en Irlande, au Portugal, etc.

En France, l'évaluation du nombre des postes vacants par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France témoignait déjà d'une pénurie en 2000. Il manquait alors 6 000 infirmiers salariés dans cette seule région (ARHIF, 2002). Les auteurs soulignent l'impact de la réduction du temps de travail (RTT) dans les établissements publics de santé.

### Le nombre de lits pour 1 000 habitants

Le nombre de lits pour 1 000 habitants a largement diminué depuis les années 2000 et ce, pour satisfaire l'idée, largement répandue, qu'en réduisant l'offre de soins, on réduit la dépense (figure 2). Si la France comptait 6,2 lits

d'« aigu » (court séjour) pour 1 000 habitants en 1980, elle n'en comptait déjà plus que 5,2 en 1990. Mais c'est à partir de 2000 que s'amorce une franche réduction avec 4,1 lits pour 1 000 habitants, la tendance se poursuivant au cours des années suivantes (2001 : 4 lits ; 2002 : 3,9 lits ; 2003 : 3,8 lits).

On observe le même phénomène en Italie avec 8,2 lits pour 1 000 habitants en 1990 et 3,7 en 2003. En Allemagne, la réduction a été moindre, puisqu'on est passé de 8,3 lits en 1990 à 6,6 lits en 2003. La Norvège et les Pays-Bas ont aussi connu une réduction sensible, qui avait déjà commencé avant 1990. En 1990, ils n'avaient déjà plus que 3,8 lits pour 1 000 habitants. En 2003, la réduction persistait, avec 3,1 lits en Norvège et 2,8 lits aux Pays-Bas. Mais, dans ces pays, le virage ambulatoire s'est accompagné du maintien d'un nombre important de soignants basés à l'hôpital et travaillant par secteurs dans l'accompagnement au domicile des personnes sortantes, afin d'éviter les rechutes. Ainsi en Norvège, le suivi hospitalier se poursuit pendant les 6 semaines après la sortie. Cette réduction du nombre de lits d'aigu s'était déjà produite aux États-Unis dès 1990 avec 3,7 lits pour 1 000 habitants et s'est poursuivie pour atteindre 2,8 lits en 2003. Au Japon, en revanche, le nombre de lits est resté encore élevé avec 12,3 lits en 1990 et 8,5 lits en 2003.

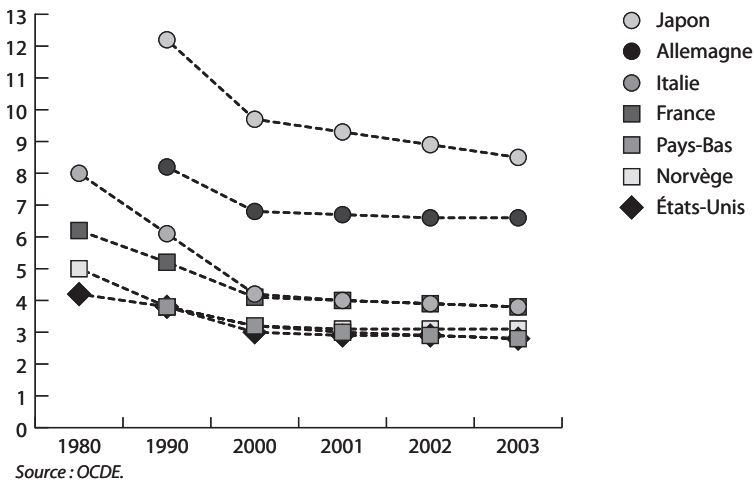


FIGURE 1. Comparaison internationale du nombre de lits d'aigu pour 1 000 habitants (1980-2003)

## La place de l'hôpital dans le système de santé

L'hôpital a un rôle extrêmement important dans la réduction des inégalités de santé, quels que soient les pays. En France, selon l'étude d'Auvray *et al.* (2003) publiée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), les personnes les moins qualifiées sont plus fréquemment hospitalisées, consomment plus de médicaments et ont été davantage aux urgences dans l'année. Un exemple : 13,7 % des personnes n'ayant aucun diplôme ont été aux urgences au cours des 12 derniers mois, contre 5,5 % de ceux ayant

un diplôme de niveau supérieur. De même, 65,6 % des personnes n'ayant aucun diplôme ont consommé un médicament le jour précédant l'enquête, contre 52,4 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur. Enfin, 7,6 % des personnes n'ayant aucun diplôme ont été hospitalisées dans les 3 derniers mois contre 4,6 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. La fréquentation de l'hôpital augmente aussi clairement avec l'âge, l'hospitalisation dans les 3 derniers mois ayant concerné 7,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus contre 2,8 % des moins de 16 ans et 3,8 % des 16 ans à 39 ans.

Pour élaborer une prévention pertinente des hospitalisations, ces inégalités sont à prendre en compte. En effet, les maladies chroniques, l'invalidité et le risque vital doublent chez les personnes les moins diplômées. Ainsi, parmi les personnes n'ayant aucun diplôme, 44,5 % ont une maladie chronique contre seulement 24,9 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur. On observe une invalidité pour 26 % des personnes n'ayant aucun diplôme, contre 8,4 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur, et le risque vital chez les personnes n'ayant aucun diplôme s'élève à 22,1 %, contre 9,8 % chez celles ayant un diplôme de niveau supérieur.

L'OMS a largement diffusé l'idée que l'hôpital a un rôle fondamental pour pallier les inégalités sociales en termes de santé. Le séjour hospitalier doit être une opportunité d'éducation sanitaire et d'association du malade à son projet de soins. L'hôpital ne doit pas être un plateau médico-technique où des soignants anonymes et interchangeables délivrent des soins « à la chaîne » à des patients, de fait, « infantilisés ». Mais certaines tentatives de rationalisation ont eu tendance à sous-estimer ces aspects, comme cela a été montré aux États-Unis (Ottenbacher *et al.*, 2000) ou en France (de Pourville, 2002 ; Estryn-Béhar, 2001).

## Les dépenses de santé en Europe

En ce qui concerne les dépenses de santé, la part du produit intérieur brut (PIB) qui leur est consacrée n'est pas franchement proportionnelle au nombre de lits ou de personnels soignants. Ainsi, avec 15,2 % de leur PIB consacrés à la santé, les États-Unis dépensent davantage que le Japon (8 %) ou l'Allemagne (10,9 %) alors que ces deux pays réservent davantage de lits et de soignants à leur population. La France, avec 10,4 % de son PIB consacré à la santé, est dans une situation intermédiaire.

Une éducation sanitaire insuffisante et un manque d'association du malade à son projet de soins entraînent une plus grande consommation de produits pharmaceutiques, la surconsommation de médicaments étant souvent un « moyen » de compenser sa peur face à un problème de santé qu'on ne comprend pas. Ainsi, plus les infirmiers sont nombreux, donc en mesure d'éduquer les patients, moins les dépenses de santé consacrées aux produits pharmaceutiques sont importantes. C'est aux Pays-Bas et en Norvège, pays qui ont le plus grand nombre d'infirmiers par habitant, que les dépenses pharmaceutiques sont les plus faibles (respectivement 11,6 % et 9,2 % de leurs dépenses de santé contre 18,8 % en France et 22,5 % en Italie). L'Allemagne est dans une situation intermédiaire avec 14,6 % des dépenses de santé consacrées aux produits pharmaceutiques.

L'éducation sanitaire a également un impact sur les réhospitalisations. La recherche d'économies dans le système de santé se focalise bien souvent sur le budget consacré au personnel et sur le coût d'une hospitalisation unitaire. Or une hospitalisation bien conduite par une équipe suffisante en nombre, soudée, qui se concerte sur la « prise en charge globale » de chaque malade et qui travaille en réseau avec la ville, évite complications et rechutes, lesquelles accroissent les risques de réhospitalisation. Si l'on prend l'exonération du ticket modérateur comme critère de l'affection de longue durée, les patients qui justifient d'une telle exonération vont plus souvent aux urgences dans l'année (18,9 % contre 9,1 % de ceux qui n'ont pas les pathologies leur donnant droit à cette exonération). Pourtant, une meilleure compréhension de la maladie et une bonne observance thérapeutique du malade devraient éviter bon nombre d'hospitalisations en urgence. Autrement dit, mieux vaut se donner les moyens financiers d'une hospitalisation efficace que multiplier les hospitalisations « bon marché », dont le coût total s'avère finalement plus élevé.

## Les défis du recrutement en France

En France, de nombreux responsables d'hôpitaux, de cliniques et de maisons de retraite affirment avoir des difficultés pour recruter des soignants. Selon l'enquête « Besoins de main-d'œuvre » (BMO) de 2004, qui s'appuie sur des questionnaires remplis par 97 524 employeurs, la proportion de recrutements malaisés a tendance à diminuer dans notre pays, à l'exception de ceux concernant les infirmiers et les métiers de la construction (Pouquet, Ernst, 2004). Sur 16 062 projets de recrutement d'infirmiers en 2004, 13 301 sont jugés difficiles. Les infirmiers obtiennent, avec 83 %, le plus fort taux de recrutement difficile. Deux autres professions de santé font partie des sept métiers les plus difficiles à recruter : les aides-soignants (taux de difficulté : 63 %) et les autres professions paramédicales (56 %). En 2005, la même enquête relève encore 103 828 projets de recrutement pour le secteur santé et action sociale, 43 % des ces projets de recrutement sont encore estimés difficiles. La France comptait 246 000 infirmiers en 1980. Le répertoire ADELI en recense 446 000 au 1<sup>er</sup> janvier 2004 en France et 452 466 au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (Sicart, 2006). Cette forte croissance des effectifs pourrait laisser croire à un afflux suffisant. Or pour les équipes de soins, les conditions de travail ne semblent pas plus faciles pour autant, bien au contraire. En raison du vieillissement de la population, les besoins s'accroissent. Un rapport du Conseil économique et social (CES) présenté par M. Pinaud (2004) souligne que « le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans passera de 1,2 à 2,4 millions en 15 ans ». À partir de 2020, les plus de 75 ans représenteront 10 % de la population française.

D'autres facteurs sont également à prendre en compte qui augmentent la charge en soins pour un même infirmier :

- la densification des soins, liée à la réduction du temps de séjour des patients hospitalisés ;
- la plus grande technicité de certains traitements ;
- les progrès médicaux, qui permettent d'entreprendre des soins pour un plus grand nombre de patients puisque l'on traite aujourd'hui des malades pour lesquels on ne pouvait agir auparavant ;

- les modifications de l'organisation hospitalière, avec suppression des salles communes et développement des chambres individuelles ;
- la hausse du nombre des infirmiers à temps partiel ;
- la réduction du temps de travail dans les établissements privés et publics.

### **Un renouvellement insuffisant**

Le rapport du CES rappelle la survenue inéluctable d'« un départ massif » des infirmiers et des aides-soignants les plus expérimentés : « D'ici à 2015, notent les auteurs, la fonction publique hospitalière perdra plus de la moitié des agents de ces deux filières, du fait des départs à la retraite. » Il faut y ajouter le nombre des abandons précoces du métier. Le CES cite à ce sujet « un chiffre accablant » : en 2001, « 50 000 infirmiers diplômés de moins de 55 ans n'exerçaient plus en tant qu'infirmiers ». En 2004, un groupe d'infirmiers a rappelé ce drame de l'abandon du métier au ministre de la santé à travers une lettre ouverte : « Vous rendez-vous compte, Monsieur le ministre, que plus de 50 000 infirmiers n'exercent plus leur fonction en raison de sa pénibilité, et de sa faible reconnaissance salariale », clamaient-ils. La profession souffre d'une « charge de travail en perpétuelle augmentation ».

« La pénurie d'infirmières a conduit à deux augmentations de quotas en trois ans », précise le Comité d'entente des formations d'infirmières et cadres ou CEFIEC (Garrachon, 2005). En 2000 en effet, les quotas d'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sont passés de 18 436 à 26 436 étudiants. En 2003, ils sont passés de 26 436 à 30 000. Mais le bilan de l'année 2003-2004 avait déjà montré que les écoles n'avaient pas fait le plein. Le déficit national atteignait alors 6,27 %. Si certaines régions ne déploraient pas de déficit, d'autres rencontraient de véritables difficultés. Plus d'un élève infirmier sur dix manquait dans cinq régions : le Nord-Pas-de-Calais (déficit de 11 %), la Champagne-Ardenne (12 %), l'Île-de-France (16 %), la Martinique (19 %) et la Réunion (23 %). Depuis 2004, des campagnes ont été menées par diverses institutions pour améliorer l'attractivité de la profession auprès des jeunes.

Par ailleurs, les étudiants des IFSI ne deviennent pas tous infirmiers : « Les abandons en cours de formation représentent actuellement environ 15 % des effectifs présents à l'école », note le CES. Il suggère « de mettre l'étudiant en situation d'assurer sa subsistance, son transport et son logement tout en favorisant sa participation à la vie sociale, et en se préoccupant de son accueil et de son insertion véritable dans l'action de formation qu'il suit ».

### **Une mondialisation des personnels soignants**

Le manque de moyens investis par l'État ou les cliniques dans la formation de professionnels, et dans le soutien aux étudiants, conduit à les prélever dans d'autres pays. Sur ce front, les pays européens vont devoir affronter un géant : les États-Unis. Ce pays aura besoin de plus d'un million d'infirmiers dans les dix ans à venir afin d'assurer la demande de la population américaine. C'est ce que révèle un rapport du Bureau of Labor Statistics (Hecker, 2005). Des accords ont été conclus notamment avec les Philippines pour y recruter des infirmiers

(Gobal Scholarship Alliance, 2005). Cette politique a amené l'American Nurse Association à dénoncer le danger éthique d'un déficit de soignants qualifiés dans le système de santé philippin et celui d'autres pays pauvres (Peterson, 2001 ; Reilly, 2003 ; Trossman, 2003). Les questions éthiques dans le recrutement dans les pays pauvres sont soulignées par l'OMS dans son rapport 2006, car les agents de santé sont les plus nombreux dans les régions riches, là où les besoins en matière de santé sont les moins criants (tableau 1).

**TABEAU 1. Effectifs mondiaux des personnels de santé, en fonction de la densité**

Région (OMS)	Effectif	Densité (pour 1 000 habitants)	% de prestataires*	Total des prestataires*
<b>Afrique</b>	1 640 000	2,3	83	1 360 000
<b>Méditerranée orientale</b>	2 100 000	4,0	75	1 580 000
<b>Asie du Sud-Est</b>	7 040 000	4,3	67	4 730 000
<b>Pacifique occidental</b>	10 070 000	5,8	78	7 810 000
<b>Europe</b>	16 630 000	18,9	69	11 540 000
<b>Amériques</b>	21 740 000	24,8	57	12 460 000
<b>Ensemble du monde</b>	59 220 000	9,3	67	39 470 000

\* Le pourcentage complémentaire se rapporte au personnel administratif et d'appui, le pourcentage de prestataires est celui des soignants de toutes catégories.

Source: OMS, *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>, consulté le 19 janvier 2006).

La région des Amériques, qui comporte le Canada et les États-Unis, ne compte que pour 10 % dans la charge de morbidité, alors que près de 37 % des agents sanitaires du monde vivent dans cette région et absorbent plus de 50 % des ressources financières mondiales consacrées à la santé. Par contre, la région africaine, qui représente plus de 24 % de la charge mondiale de morbidité, ne dispose que de 3 % du personnel sanitaire et moins de 1 % des ressources financières mondiales — même en comptant les prêts et les subventions en provenance de l'étranger. Or il existe une corrélation entre disponibilité du personnel de santé et taux de couverture des interventions sanitaires qui laisse penser que la santé publique est à la peine lorsque le personnel sanitaire est rare (Anand *et al.*, 2004 ; Chen *et al.*, 2004).

Depuis quelques années, les inquiétudes suscitées par les flux migratoires de professionnels qualifiés originaires de pays pauvres vers les pays riches placent le problème de l'émigration des agents de santé au premier rang des préoccupations des décideurs. Les données relatives aux pays de l'OCDE montrent que les médecins et les personnels infirmiers formés à l'étranger représentent une proportion importante du personnel de santé de la plupart de ces pays, mais surtout dans les pays anglophones (tableau 2). Les infirmières et les sages-femmes formées en Afrique subsaharienne et qui exercent dans les pays de l'OCDE représentent le vingtième (5 %) du personnel sanitaire actuellement présent dans cette région, mais la fourchette est considérable puisqu'elle va de 0,1 % pour l'Ouganda à 34 % pour le Zimbabwe.



**TABEAU 2. Médecins et personnels infirmiers formés à l'étranger qui travaillent dans les pays de l'OCDE**

Pays de l'OCDE	Médecins formés à l'étranger		Personnels infirmiers formés à l'étranger	
	Effectif	% du total	Effectif	% du total
<b>Allemagne</b>	17 318	6	26 284	3
<b>Australie</b>	11 122	21	–	–
<b>Canada</b>	13 620	23	19 061	6
<b>États-Unis</b>	213 331	27	99 456	5
<b>Finlande</b>	1 003	9	140	0
<b>France</b>	11 269	6	–	–
<b>Irlande</b>	–	–	8 758	14
<b>Nouvelle-Zélande</b>	2 832	34	10 616	21
<b>Portugal</b>	1 258	4	–	–
<b>Royaume-Uni</b>	69 813	33	65 000	10

Selon le rapport de l'OMS de 2006, au-delà des individus et des familles, c'est l'accélération de la mondialisation dans le secteur des services au cours des deux dernières décennies qui a contribué à alimenter le flux migratoire dans le domaine sanitaire. De plus, en raison du vieillissement rapide de leur population, les pays à revenu élevé connaissent une demande insatisfaite de personnel sanitaire de plus en plus importante. Au niveau du marché mondial, cette demande suscite deux réactions importantes : la première émane des pays à revenu intermédiaire qui sont de plus en plus nombreux à former des agents de santé dans le but de les exporter à l'étranger ; la seconde est le fait d'un certain nombre d'organismes professionnels qui cherchent activement à recruter ce type d'agents sur les marchés internationaux, ce qui pose problème du point de vue déontologique. Si les agents de santé rentrent chez eux, ils apportent à leur pays d'origine des qualifications et des compétences importantes. Néanmoins, lorsque les médecins et les infirmières sont nombreux à émigrer, cela se traduit par une absence de retour sur investissement pour les pays qui ont financé leur formation et, au final, par une sorte de « subvention perverse » involontairement concédée aux pays riches où leurs agents de santé ont émigré. Toutefois, ce n'est pas cette perte financière qui est le plus dommageable. Lorsqu'un pays est doté d'un système de santé fragilisé, les pertes de personnel peuvent conduire le système tout entier au bord de l'effondrement et les conséquences se mesurent alors en vies humaines perdues. En pareille circonstance, le bilan des migrations internationales ne s'exprime plus en termes d'exode ou d'apports de cerveaux : nous sommes face à une « saignée mortelle ».

En France, pour faire face à la pénurie d'infirmiers, le ministère de la santé, les fédérations de l'hospitalisation publique et privée ont organisé, en 2002, le recrutement d'infirmiers espagnols dans le secteur public et privé. Depuis l'entrée de la Pologne dans l'Union européenne, les hôpitaux, les cliniques et les maisons de retraite font de plus en plus appel à des infirmières polonaises.

Deux stratégies s'imposent pour obtenir un nombre satisfaisant d'infirmiers au sein des équipes : agir globalement sur les flux de soignants et développer localement des facteurs d'attractivité. Depuis 1992, le traité de Maastricht fait du « dialogue social » une obligation. Il devrait s'appliquer à la politique européenne des effectifs, des migrations et des statuts des soignants. Représentants des salariés et des employeurs publics et privés doivent négocier des accords-cadres européens (HOSPEEM, 2006). Le Comité permanent des infirmières européennes a mis en garde contre les risques des recrutements compétitifs. Ce type d'embauches devra s'appuyer sur la « Résolution pour la migration des travailleurs dans le secteur de la santé » du Bureau international du travail (BIT) et celle de la Commission internationale infirmière (CII).

### **L'engagement de la Commission européenne dans le projet NEXT**

Le vieillissement des Européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Dans la population, la part de personnes jeunes en âge de travailler ne cessera de décroître jusqu'en 2020. La part des personnes actives, mais âgées de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà. Cela signifie qu'il y aura de plus en plus de patients à soigner. On peut craindre de disposer de moins de soignants pour le faire (Eurostat, 1998 ; OCDE, 1999). « On ignore comment les futures demandes de soins seront satisfaites », expliquent Malberg et Schoerström (2003), responsables de SALTSA, programme suédois de recherche pour la vie au travail, dirigé par trois syndicats de salariés suédois (LO, TCO, et SACO) et par l'Institut national pour la vie au travail. « L'une des solutions — sans doute la plus efficace — serait de permettre aux soignants d'exercer plus longtemps qu'aujourd'hui leur profession », ajoutent-ils. On ne peut donc ignorer les conditions de travail des soignants (Ilmarinen, 1999).

Les questions du vieillissement de la population et du maintien dans l'emploi des soignants jusqu'à l'âge de la retraite sont parmi les enjeux prioritaires de la Commission européenne en matière de santé publique. Le financement de la *Nurses' early Exit Study* (NEXT) a été accordé dans le cadre du programme thématique « Qualité de la vie et ressources du vivant », qui dépend de la Direction générale « Recherche » de la Commission européenne, et dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens européens. Le projet a été financé au titre de l'action clé n° 6, intitulée « Vieillesse de la population et handicaps », dont l'objectif est de « permettre aux personnes âgées de préserver le plus longtemps possible leur autonomie et d'alléger la charge pesant sur les systèmes de santé publique ». Plus précisément, il s'agit de l'action clé 6.3, intitulée « Recherche démographique et épidémiologique sur les tendances en matière de vieillissement », qui vise à « atténuer les conséquences du vieillissement de la population future et l'incidence du vieillissement sur la société<sup>2</sup> » (contrat n° QLK6-CT-2001-000475).

2. Voir le portail de l'Union européenne (<http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/i23002.htm> ; consulté le 31/05/2007).