

# Les conditions de travail du personnel soignant

**Jean-Marie Leonard**, ancien secrétaire fédéral du Syndicat des employés, techniciens et cadres-SETCA, secteur non marchand, rapporteur du groupe de travail.



*Les mauvaises conditions de travail et la pénurie du personnel soignant génèrent des situations inacceptables pour les travailleurs et influencent directement la qualité des soins. Face aux défis d'aujourd'hui, il est urgent de mettre en action une véritable politique de santé en la matière.*



Atelier  
**Conditions de travail**

Dans quelle mesure les conditions de travail influencent-elles une politique de santé en général et la qualité des soins de santé dans les différentes structures (maison de repos et de soins, hôpital, soins à domicile, ...) en particulier ? L'hypothèse de départ est que les conditions de travail du personnel soignant influencent directement la qualité des soins.

## La charge de travail

La détérioration des conditions de travail du personnel soignant est avérée, que ce soit dans les études<sup>1</sup>, dans le constat par l'inspection sociale du non respect de la législation sociale ou dans le témoignage du personnel lui-même traduit dans les revendications des syndicats. Situation d'autant plus préoccupante que les soignants doivent faire face à l'évolution des techniques, à la diversification des services et des structures de santé, à l'intervention d'un grand nombre de métiers et de statuts différents et aux nouveaux besoins de la population : vieillissement, exclusion, pauvreté.

La contrainte de continuité des soins, exigence fondamentale en termes d'organisation du travail est amplifiée par des aléas et imprévus de tout genre soit dans le chef des patients en termes d'urgence soit dans le chef du personnel lui-même. « Les travailleuses des unités de soins connaissent des contraintes d'horaires spécifiques : irrégularité dans les prestations, travail de nuit, travail de week-end et des jours fériés, travail en début de matinée et en début de soirée avec leurs inconvénients en ce qui concerne la vie familiale et sociale. Les problèmes d'horaires s'additionnant avec d'autres conditions difficiles que sont la charge physique, la charge mentale et psychique. » (Marianne De Troyer)

Ces mauvaises conditions de travail se traduisent en outre par la dévalorisation de l'importance et du temps consacrés à la relation aux patients, aux personnes âgées, aux familles, ...

Contrairement aux soins proprement dits pour lesquels de nombreuses études ont été faites, on a peu étudié l'organisation du travail lui-même et la spécificité de la gestion des ressources humaines dans les secteurs de santé : l'économie de la santé et la gestion financière des institutions de soins semblent l'unique référence, restrictions budgétaires obligent. La gestion des ressources humaines reste envisagée sous l'angle purement économique et financier et non par rapport à la qualité des soins et à l'organisation du travail. La prise en compte de la vie privée du personnel n'est pas reconnue à sa juste valeur, ni d'ailleurs le fait que le personnel soignant, essentiellement féminin, subit la conception du travail de la femme dans la société (notamment la « culture du second salaire ») et fonctionne dans le cadre d'un système hiérarchisé et « taylorisé » (rapport aux médecins notamment) plutôt que dans le cadre d'un réel travail d'équipe.

Le système de financement des secteurs et des institutions influence directement l'organisation du travail et en conséquence la charge de travail. Les normes financières priment sur les normes qualitatives et de conditions de travail. Par exemple, les notions de « lits justifiés » et de

**Mots clefs** : conditions de travail, économie de la santé, santé publique, soins infirmiers.



« durée de séjour » imposent une rotation accélérée et une baisse de la qualité de prise en charge des patients avec une augmentation de la charge de travail du personnel.

Enfin, des mesures législatives et administratives non concertées avec le terrain provoquent des augmentations de charge de travail (exemple : derniers arrêté et circulaire sur le « plan de soins »<sup>2</sup>).

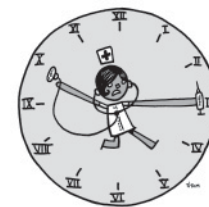
## Une pénurie gérée en dépit du bon sens

Les jeunes, les parents, la société ont une représentation négative du métier et ce défaut d'attractivité devient un problème. Le personnel abandonne le métier ou fuit certains secteurs de soins, notamment hospitalier et de soins à domicile, au profit de secteurs plus « confortables » ; on constate aussi une fuite du métier « d'infirmier de base » via des formations complémentaires permettant d'accéder à de nouveaux métiers plus valorisants. Parmi ceux qui restent, le temps partiel (ou pseudo-partiel) volontaire et involontaire se développe avec des variantes selon les régions, les secteurs, les employeurs (phénomène qui s'observe davantage dans les professions soignantes/femmes).

Rien d'étonnant à ce que les jeunes hésitent de plus en plus à choisir ce métier. Il en résulte une pénurie de personnel infirmier, que l'on tente d'enrayer par des appels d'offre à du personnel étranger. Le recrutement de personnels soignants dans des pays étrangers, surtout en voie de développement mais aussi dans les nouveaux états membres de l'Union européenne qui proposent des salaires moins attractifs qu'ici, n'est en général pas avoué et donc difficilement objectivable. Cette « solution » relève d'un véritable *dumping* social et n'est pas dénuée d'effets pervers : la fuite des compétences nuit à la qualité des soins dans ces pays, tandis que l'intégration dans le pays d'accueil pose problème au niveau linguistique, culturel et religieux, notamment face aux questions de la souffrance et de la mort. Cette pratique entraîne un *turn over* du personnel

néfaste à la qualité et une déqualification fréquente des soignants, parfois associée à un problème de reconnaissance des diplômes.

La pénurie « d'infirmières » étayée par des études est toujours d'actualité et concerne la plupart des pays européens<sup>3</sup>. Selon Verso (plateforme d'employeurs du secteur « social profit »), 60.000 emplois sont à déployer d'ici 2013. Ces dernières années, le secteur a arraché de nouveaux accords améliorant les normes, les salaires, la fin de carrière, mais ces accords ne parviennent pas à inverser le mouvement et la question du vieillissement de la population se pose en défi pour les années à venir.



## Deux initiatives impératives

Eu égard à cette situation, deux initiatives sont impératives : l'augmentation du nombre de personnel et une organisation adéquate du travail basée sur une gestion performante des ressources humaines.

Des améliorations ont eu lieu ces dernières années au travers d'accords entre Gouvernement,

Atelier  
Conditions de travail



employeurs et syndicats. Cependant leur concrétisation reste inachevée et insuffisante. Le sentiment de surcharge de travail des personnels de santé reste d'actualité, comme une constante dont le secteur ne se défait pas avec l'installation d'un *burn-out* collectif et permanent.

### Interpellations

Plus de personnel infirmier mais pas seulement.

Les 7.000 emplois convenus dans les derniers accords « Gouvernement – syndicats – employeurs » en 2005 doivent être réellement affectés en surplus pour 2009, ce qui permettra une augmentation des normes quantitatives et sociales, la création de véritables équipes mobiles, ainsi que l'accessibilité à un travail à temps plein et une limitation du travail à temps partiel involontaire.

Pour les 10 prochaines années, il faut programmer un engagement massif de 60.000 postes.

En outre, il faut redéfinir les métiers, déterminer les compétences nécessaires aux différentes tâches, créer des postes là où on en a besoin et installer les fonctions adéquates dans une organisation du travail d'équipes pluridisciplinaire adaptée aux nécessités, compte tenu par exemple de la charge administrative et d'hôtellerie.

Ceci passera par la révision fondamentale de la formation de base, de la conception des stages et de la liaison structurelle entre l'enseignement et le terrain.

### Un électrochoc est indispensable au niveau de la gestion des ressources humaines.

Le fait d'augmenter le nombre de personnel est loin d'être suffisant. Nous listons ici les problématiques qui doivent être prises en charge.

- Une attribution des emplois et une adaptation des ressources humaines plus adéquates aux

besoins du terrain, intra-institutionnel et/ou dans l'ensemble du secteur santé.

- Une gestion du travail en équipe pluridisciplinaire.
- La gestion du temps : de l'immédiateté et de l'imprévu, des temps d'intensification du travail, des durées de temps de travail, des horaires et de leur respect, des congés, des repos d'accouchement, des périodes d'écartement, des maladies, des fins de carrières, ...
- Mise en place de structures de gestion des ressources humaines qui ne prennent pas en compte uniquement les compétences des personnes mais aussi une adéquation entre les contraintes du service et celles de la vie privée : horaires, temps de travail (temps plein/ temps partiel), ...
- Une meilleure coordination entre les équipes de soins elles-mêmes, le personnel médical et les autres services.
- Le respect de la législation sociale comme norme sociale et garde-fou de la charge de travail.
- La reconnaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles. Il faut :
  - un examen des maladies en fonction de la spécificité du secteur, notamment port de charge (lombalgie), problèmes viraux et psychiques ; harmonisation des procédures « d'écartement » entre les différents services externes de prévention, ... ;
  - l'intégration des initiatives du fonds dans une politique plus globale et préventive en liaison avec les secteurs de santé et les Comités de prévention et de protection au travail ;
  - un renforcement des initiatives « groupes à risque » sectoriels en prévention des maux de dos.
- La prévention des effets du vieillissement du personnel et de l'usure au travail dans le cadre d'une gestion des carrières adéquate en liaison avec l'organisation du travail au vu des conséquences sur le personnel plus jeune (report des charges dans l'équipe !). Analyser à terme et agir sur les effets de la réduction des fins de carrière.
- L'organisation d'un encadrement psychologique et socio-culturel sur le plan individuel



Atelier  
Conditions de travail



et collectif (interview, supervision, ...) visant à faire face à la souffrance, aux questions de santé mentale, à la mort, ...

- Une formation renforcée, intensive et obligatoire à court terme des personnels d'encadrement en compétence de gestion des ressources humaines.
- Un positionnement déterminant des gestionnaires des ressources humaines dans l'organigramme des institutions et services, avec un renforcement des compétences des infirmiers (ères) en chef sur base de formations spécifiques en vue de l'exercice d'un véritable leadership.

## Formation de base et continuée

La formation est totalement sous-estimée, que ce soit au plan des moyens financiers, du temps consacré et de la possibilité de disposer de personnel de remplacement.

- La formation de base doit être réorientée vers les nouveaux besoins en santé, la diversité et la spécificité des structures mises en place sans négliger l'aspect communautaire, social et de prévention dans l'esprit d'Alma Ata.
- La formation permanente doit conforter la formation de base dans tous ces aspects, viser

### Remarques, suggestions lancées au cours du débat

*Un investissement de 500 millions d'euros est prévu dans les années à venir. Cet argent doit aussi servir d'investissement pour créer un environnement social attractif : crèches, politique de logement, de mobilité (transports en commun adapté aux horaires, sécurisation comme patrouilles de nuit, ...).*

*En stratégie, les travailleurs doivent investir les commissions parlementaires qui sont publiques et débattre avec le pouvoir législatif autant qu'avec l'exécutif ; provoquer des débats dans les « conseils économiques et sociaux » des régions ; faire réviser l'enseignement notamment en termes de santé publique ; réorganiser la conception des horaires en collaboration avec le ministre de l'Emploi.*

*L'enseignement doit être repensé dès la formation de base et au niveau des spécialisations (pour quelle qualification ?). La question du sens doit être reposée. Il faut prendre acte de l'existence d'un 'ras-le-bol' chez les professeurs et d'un véritable burn-out déjà chez les étudiants, au niveau des cours théoriques ou en stage ce qui conduit à des abandons en cours d'études.*

*A propos de l'emploi : plus d'emplois, oui mais plus de transparence en même temps ! Concevoir une politique d'emplois et non une politique de financement (halte aux doubles financements pour le même emploi et aux effets d'aubaine). Il faut une norme fixe qui regroupe celle du financement et de l'agrément.*

*Il faut repenser le financement du personnel dans le cadre d'une sécurité sociale renforcée et redynamiser le travail en équipe, c'est à dire partir des ressources humaines et non des contraintes imposées par les médecins.*

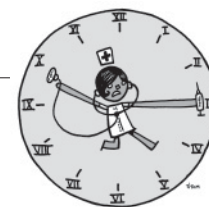
*Le rapport plein/temps partiel est un vrai problème dans le secteur. Le choix du temps plein doit être compatible avec d'autres choix de vie que celui du seul « travail ». Les 60.000 emplois préconisés par le bureau du plan doivent être des emplois à temps plein.*

*Les réformes doivent englober l'ensemble du personnel (exemple des restrictions sur le personnel de cuisine ou de nettoyage).*

*Le leadership ne doit pas être l'instrument d'adaptation des ressources humaines aux contraintes financières et au rapport de pouvoir, comme c'est le cas dans le secteur marchand.*

*Un leadership efficace en non-marchand doit respecter la règle absolue de la liaison au « bien-être » au travail et à la qualité du service rendu.*

*Le salaire doit tenir compte de la difficulté des conditions de travail. Il faut bannir la concurrence entre les hôpitaux qui s'installe par des politiques salariales différentes et arrêter la politique « d'exportation » de personnel en créant des conditions salariales satisfaisantes dans tous les pays.*



Atelier  
Conditions de travail

la transmission des savoir-faire, des connaissances et des compétences. Elle doit valoriser et motiver humainement les personnels et leur permettre de gérer la violence physique et verbale des patients et de leur famille. Elle doit être obligatoire, d'une durée et d'une périodicité régulière dans le but d'améliorer les ressources et l'adéquation aux besoins de terrain, la capacité de travailler en équipe pour une approche globale du patient dans un objectif de santé physique, psychique et mentale des populations.

familiale, le personnel de cuisine, ...

La marchandisation et le phénomène de « désertification » (par rapport aux pays en voie de développement) d'une part et de l'autre la déqualification interpellent. Nombre de « sans-papier » sont des médecins et des infirmières.

La Plate-forme créée à l'occasion des trente ans d'Alma Ata montre combien travailler sous pression s'est répandu et généralisé et combien cette situation incite à l'action. ●



Atelier  
**Conditions de travail**

- Des systèmes de formation doivent être maintenus ou développés dans le but de permettre aux travailleurs d'acquérir un niveau de qualification supérieur et certifié (par exemple le projet 600).
  - Les programmes doivent comporter un volet de formation à l'interculturalité.
  - Le remplacement doit être garanti vu la continuité des soins et la charge du personnel au travail.
- Des systèmes d'évaluation positive et participative de tous les acteurs doivent être mis en place aux différents niveaux dans les institutions et les services, visant à l'amélioration des soins aux patients ; trop souvent l'évaluation se limite au degré de satisfaction des patients à propos de l'hôtellerie, de l'intendance ou de l'administration. Cette démarche évaluative visera à éviter les répercussions sur le personnel de l'amplification des plaintes et des recours en justice.

**Notes**

(1) De Troyer M. (2000, septembre) "Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs", TUTB-SALSTA

(2) Circulaire ministérielle du 19 juillet 2007 (Moniteur belge du 29 août 2007), relative à l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, Arrêté royal du 28 décembre 2006 (Moniteur belge du 30 janvier 2007) déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17<sup>quater</sup> de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, Arrêté royal du 21 avril 2007 (Moniteur belge du 14 mai 2007) modifiant l'arrêté du 18 juin 1990.

(3) *Offre et demande de praticiens de l'art infirmier en Communauté française*, Leroy X., Leclercq A., 2000.

*Mateo Alaluf,*  
professeur à  
l'université libre  
de Bruxelles.

**Au terme du débat lors du Forum, les conclusions du modérateur (Mateo Alaluf\*)**

La question, vieille, de la pénurie est inséparable des conditions de travail et de la charge de travail. C'est aussi celle de la formation. Il faut qu'il y ait intérêt à ce que l'on fait, et reposer la question du sens. Respecter les autres, y compris les patients et l'ensemble du personnel, le personnel soignant mais aussi l'aide-