

L'hôpital à l'épreuve de l'austérité

Les politiques d'austérité menées dans la plupart des pays européens n'ont pas épargné les systèmes de santé. Les populations précaires ne sont pas les seules à en pâtir. Les personnels infirmiers ont vu leurs conditions de travail se détériorer rapidement ces dernières années. Ils sont de plus en plus nombreux à ne plus se reconnaître dans l'évolution actuelle du monde hospitalier.

Caroline Verdoot

*Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB),
ex-infirmière hospitalière*

La pratique du reporting, issue du privé, s'est diffusée rapidement dans le secteur hospitalier. Une charge supplémentaire pour le personnel soignant.

Image: © Belga



Les mesures d'austérité appliquées ces dernières années dans la plupart des États européens ont bien entendu touché le financement des systèmes publics de santé. Les investissements ont été revus constamment à la baisse et la part des dépenses de santé non prises en charge par la sécurité sociale a augmenté¹.

Le spectre d'une médecine à deux vitesses se profile. Les patients les plus aisés accèdent rapidement aux soins dans les cliniques privées, tandis que le secteur public, moins subsidié qu'avant la crise, et disposant donc de moyens financiers et techniques réduits, parvient de plus en plus difficilement à faire face aux besoins de santé de la majeure partie de la population.

Préférant allouer leurs dépenses à d'autres fins, de nombreux Européens se voient dans l'obligation de renoncer au suivi de leur santé ou à reporter leurs dépenses en soins de santé, ce qui peut avoir pour effet d'aggraver leur état. Ils entrent dans le circuit des soins de santé beaucoup trop tardivement et les cas de patients considérés comme lourds se multiplient dans les unités. La crise a provoqué, comme l'a montré une étude portant sur la Grèce, l'Espagne et le Portugal, une recrudescence des maladies infectieuses, dont le SIDA, et des suicides².

1. OMS, Bureau régional pour l'Europe (2013) Les systèmes de santé face à la crise économique en Europe. Aide-mémoire, Copenhague et Athènes, décembre 2013.

Burgi N. (dir.) (2014) La grande récession. La Grèce et l'avenir de l'Europe, Le Bord de l'eau.

2. Karanikolos M. *et al.* (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe, *The Lancet*, 381, 1323-1331, 13 avril 2013.

Une vocation mise à mal

L'exercice de la profession d'infirmier est généralement considéré comme un sacerdoce, tant il exige dévouement, patience, disponibilité, savoir-être, etc. Depuis plusieurs années, les indices de dégradation des conditions de travail tendent à se multiplier. Les systèmes de santé publics doivent réduire drastiquement leurs dépenses, alors même que les besoins en soins vont crescendo avec l'augmentation de l'espérance de vie. Les professionnels du secteur n'hésitent plus à sortir dans la rue pour dénoncer leur charge de travail et la pression qu'ils subissent en permanence. Le malaise est-il à ce point général ?

La plus importante étude européenne visant à objectiver la situation remonte à une dizaine d'années. Entre 2002 et 2005, une équipe d'universitaires a mené une enquête par questionnaire dans dix pays européens. Un peu plus de 56 000 professionnels des soins infirmiers y ont participé. Ils travaillaient dans des structures diverses : hôpitaux, maisons de soins, services de soins à domicile et services de soins ambulatoires. Quinze pour cent des participants ont répondu envisager fréquemment de quitter la profession. Cette éventualité était particulièrement présente parmi le groupe d'âge des 25-35 ans et plus souvent envisagée par les hommes. Les personnels infirmiers travaillant en milieu hospitalier et ceux du niveau de qualification le plus élevé étaient les plus enclins à exprimer la possibilité d'abandonner le métier.

Des variations importantes existaient entre pays. La situation était, de très loin, la plus préoccupante en Grande-Bretagne, où 36 % des participants à l'enquête réfléchissaient à un départ. L'Italie suivait, à bonne distance, avec quelque 20 % des professionnels dans cet état d'esprit. Les pays les moins affectés étaient la Belgique et les Pays-Bas, avec moins de 10 %. La France se situait exactement au niveau de la moyenne des 10 pays sondés, soit 15 %.

Quant aux causes d'un éventuel départ, les participants évoquaient en premier lieu la santé et des facteurs individuels (burnout, état de santé général, aptitude au travail, maladies physiques, âge) – puis l'organisation du travail.

En examinant l'indicateur "santé et facteurs individuels", on constate l'impact du surmenage professionnel. Une "échelle du burnout" a été utilisée par les chercheurs pour évaluer la situation parmi les professionnels en milieu hospitalier. Les scores les plus mauvais étaient enregistrés en France, en Belgique, en Slovaquie et en Pologne. Ces deux derniers pays, où les possibilités de quitter la vie active avant l'âge légal de la retraite sont très limitées, enregistrent également les scores les plus médiocres en ce qui concerne la santé générale des personnels infirmiers. "Ces résultats indiquent que la 'santé générale' et plus encore la santé psychologique (burnout) sont clairement associées à l'intention de quitter la profession", concluent les chercheurs.

En ce qui concerne l'organisation du travail, le manque de perspectives de développement de carrière, d'influence au travail et le fait de devoir accomplir des tâches ne relevant pas des soins infirmiers représentaient les principales plaintes des participants.

Douze mois après la première phase de l'étude, les chercheurs ont repris contact avec une partie des participants afin de savoir s'ils avaient effectivement pris leurs distances par rapport à leur métier. Une petite majorité (54 %) de répondants avaient quitté leur institution mais continuaient à travailler dans le secteur des soins de santé, 13 % avaient interrompu leur carrière et 9 % avaient en effet quitté la profession.

Dans le groupe des personnes ayant quitté la profession, les chercheurs ont observé que le fait d'être soumis à une demande trop faible était considéré comme une raison importante expliquant leur départ. "Ces personnels infirmiers semblaient en quête de défis plus importants", écrivent les auteurs. Les auteurs cherchaient à appuyer leur interprétation en évoquant le cas suédois où, contrairement aux autres pays, ce facteur d'"exigences trop faibles" ne joue pas un rôle important. Or, en Suède les personnels infirmiers bénéficient d'une autonomie très large et se voient confier des responsabilités plus importantes qu'ailleurs en Europe.

Source : Hasselhorn H.-M., Hans Müller B. et Tackenberg P. (dir.) (2005) NEXT Scientific Report, juillet 2005. http://www.econbiz.de/archiv1/2008/53604_lifting_bending_tasks.pdf

Les infirmiers, une cible facile

Dans les hôpitaux, les réformes à court terme, exacerbées par les restrictions budgétaires à effet immédiat, ont provoqué des reports d'investissements, des réductions de charges administratives et des diminutions des rémunérations des travailleurs. Le personnel soignant, notamment les infirmiers, est une cible facile pour réaliser des économies rapidement.

La Grèce et le Portugal ont dû subir les mesures d'austérité les plus lourdes et les plus nombreuses (fermetures d'hôpitaux, baisse des salaires, restructurations, privatisations, etc.).

Des coupes dans les rémunérations des professionnels de la santé ont été appliquées à Chypre, en Grèce, en Irlande, dans les Pays baltes, en Roumanie, en Espagne et au Portugal. Des gels des salaires ont été pratiqués au Royaume-Uni (sauf pour les plus bas salaires), au Portugal et en Slovaquie, tandis qu'au Danemark, les augmentations salariales ont été moins importantes qu'initialement prévu. Au Portugal et en Catalogne, les heures supplémentaires ont été moins rémunérées. Enfin, des réductions en personnel, dont des licenciements directs, des non-remplacements ou des non-renouvellements de contrats ont été répertoriés dans neuf États membres³.

En Irlande, les fonds publics alloués à la santé ont été réduits de 17 % entre 2010 et 2012. Ces coupes budgétaires ont provoqué des diminutions de salaire, des départs volontaires (de plus en plus fréquents) et des non-remplacements. Au total, on a relevé une réduction de 4 000 salariés entre 2009 et 2011⁴.

Selon le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est possible que la pression à la baisse de la rémunération des personnels de santé dans les pays où les salaires sont bas ait permis de réaliser des économies à court terme au détriment de gains en efficacité. Certains changements risquent de nuire à l'accès aux services ou d'entamer la motivation des personnels de santé, s'inquiète l'OMS.

La crise économique touche en effet aussi de plein fouet les soignants eux-mêmes. Tout comme pour les autres citoyens européens, le pouvoir d'achat des infirmiers et des aides-soignants a baissé dans toute l'Europe. Il dépend de plus en plus des compensations salariales liées aux horaires inconfortables tels que le travail les jours fériés, en soirée et de nuit. Une maladie de longue durée peut installer ces travailleurs dans des situations très précaires, leur salaire n'étant plus majoré par les prestations irrégulières.

Tous les pays européens font face à une pénurie en personnel soignant. Elle risque encore de s'aggraver compte tenu de l'évolution démographique que connaissent la plupart des pays européens. Alors que le

vieillesse de la population générale fait augmenter les besoins en soins, la population professionnelle de santé, elle aussi vieillissante, se raréfie⁵.

Pour pallier les manques, les personnels en place sont contraints de multiplier les heures supplémentaires, souvent non rémunérées et très difficilement récupérables vu le manque d'effectifs.

Les unités se devant de fonctionner avec un nombre minimal de personnels par lit occupé, le recours aux intérimaires est fréquent. Il l'était en tous cas, car aujourd'hui, comme ils sont devenus trop chers, les hôpitaux préfèrent recourir aux équipes volantes. Ces infirmiers qui se déplacent d'une unité à l'autre selon les besoins dans les unités temporairement en sous-effectif. Les intérimaires encore engagés et les étudiants demandent beaucoup d'énergie et de temps pour le personnel permanent, ce qui s'ajoute à leur charge de travail quotidien⁶.

Pour faire face aux pénuries de médecins et pour garantir un accès satisfaisant aux soins, certains pays ont attribué des fonctions plus complexes au personnel infirmier le plus qualifié. Des métiers infirmiers spécialisés ou avancés se développent plus ou moins selon les pays mais certaines tâches normalement uniquement réalisées par des médecins sont aujourd'hui informellement réalisées par les infirmiers. L'OCDE relève aussi que la mise en place de "pratiques infirmières avancées" peut nécessiter des changements dans la législation et la réglementation afin de lever les barrières à leur développement⁷. Comment en effet justifier ces tâches dans les documents administratifs qui ne les prévoient pas ? Et en cas d'accident, comment justifier certaines pratiques informelles courantes qui ne font légalement pas partie des listes de tâches confiées aux infirmiers ?

Pour faire face à la pénurie et pour maintenir le budget des rémunérations en personnel au plus bas, les hôpitaux d'Europe occidentale recrutent des soignants d'origine étrangère (lire l'article p. 26).

La pénurie de médecins généralistes et le manque de temps et de moyens des familles et des aidants proches font de l'hôpital public, et surtout son service d'urgences, le point d'accès au système sanitaire le plus facile, ce qui occasionne engorgement et donc augmentation des risques d'agressions pour le personnel surchargé (lire l'article p. 34). L'accroissement de l'activité dans les structures publiques est plus rapide que celle du personnel.

Raccourcissement des durées d'hospitalisation

En Europe, les hôpitaux consomment 20 à 50 % des budgets alloués au système de santé⁸, tandis que le pourcentage du PIB alloué à la santé tourne aux alentours de 10 %.

Dans certains pays, on est passé d'un financement global et fixe des hôpitaux au financement à l'acte. Auparavant, la plupart des pays européens allouaient des fonds aux hôpitaux selon des budgets globaux fixes basés sur le nombre d'admissions ou le nombre de lits occupés. Ce système encourageait donc les hôpitaux à augmenter le nombre d'admissions ou à augmenter les durées de séjours hospitaliers. Depuis plus d'une vingtaine d'années, le financement à l'acte, inspiré des États-Unis, est basé sur le diagnostic et les procédures thérapeutiques. Il se veut plus efficace (car basé sur l'*evidence based medicine/nursing*), plus objectif et plus équitable face aux activités et à la lourdeur des tâches qui peuvent fortement varier d'un hôpital à l'autre. Il s'agit en effet d'un outil statistique très utile pour la santé publique qui permet d'estimer les variations géographiques de la fréquence de certaines pathologies ou groupes de pathologies et des pratiques médicales.

Ce système a cependant des effets pervers. En Belgique, les unités de soins sont financées par forfait en fonction des moyennes de séjour nationales. Ce qui est dangereux, c'est que certains hôpitaux diminuent dangereusement leurs durées de séjours pour gagner de l'argent. Si le patient reste dans son

3. European Federation of Public Service Unions (2013) Impacts of the financial and economic crisis and of austerity measures on health-care systems, on the health workforce and on patients in Europe, 25 novembre 2013.

4. Thomas S. et al. (2012) The Irish health system and the economic crisis, *The Lancet*, 380, septembre 2012.

5. OMS, Bureau régional pour l'Europe, Nursing and midwifery. Data and statistics.

6. Gheorghiu M.D. et Moatty F. (2013) L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail, éditions Liaisons, 303 p.

7. Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE.

Delamaire M. et Lafortune G. (2010) Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, Working Papers, 54, Éditions OCDE.

8. OCDE, Health data 2010.

La relation patient-soignant ne peut être amalgamée à celle de client-commerçant.

lit moins longtemps que la moyenne de séjour pour telle classe de pathologie, l'hôpital est gagnant vu qu'il a reçu une certaine somme couvrant x nombre de jours d'hospitalisation.

Depuis 2008, tant l'activité des médecins que celle du personnel soignant sont enregistrées dans un rapport commun. À certaines périodes de l'année, toutes les activités des infirmiers, de la plus simple (par exemple faire un lit) aux plus complexes (assurer un soin de plaie), y sont détaillées, répertoriées, enregistrées. L'enregistrement se faisait sur papier. Aujourd'hui, on utilise de plus en plus les versions informatisées. Les gestionnaires des hôpitaux profitent de cet outil pour comparer leurs propres résultats à ceux des autres hôpitaux. Ils utilisent les données dans la gestion du personnel et son allocation dans les différentes unités.

Évidemment, les résultats risquent d'être biaisés car plus il y a d'activités enregistrées, plus il y a de moyens alloués pour les accomplir. Les dérives rapportées sont, par exemple, les sorties fictives de patients pour réenregistrer une admission. Une unité qui rapporterait une quantité de travail anormalement élevée par rapport à une autre du même type risque toutefois de se retrouver dans le collimateur des autorités publiques.

Ce *benchmarking* au sein des hôpitaux et entre hôpitaux, ces indicateurs de performance chiffrés et l'informatisation croissante provoquent stress et incertitudes quant à l'avenir des équipes de travail. Cette concurrence entre les hôpitaux favorise la mobilité des soignants et un taux de roulement élevé.

L'activité infirmière est pourtant complexe et ne peut être résumée à des chiffres et des pourcentages. Un hôpital ne peut être organisé de la même manière qu'une quelconque entreprise cherchant à améliorer son chiffre d'affaires. La relation patient-soignant ne peut être amalgamée à celle de client-commerçant. Les aspects relationnels et communicationnels, les missions d'information et d'éducation du patient sont moins prises en compte ou doivent être systématiquement justifiées. Notons que le temps consacré à remplir l'ensemble des documents administratifs entame celui dédié aux contacts avec les collègues, les patients et leurs familles et à l'encadrement des étudiants.

Ainsi, de manière à augmenter leur financement, les hôpitaux n'ont pas forcément intérêt à maintenir les patients trop longtemps dans leur lit. La diminution des durées de séjours hospitaliers accélère le *turn-over* des patients, ce qui augmente la charge de travail des personnels. En effet, le *turn-over* est considéré, après les interruptions lors de l'exécution des tâches, comme le principal facteur contribuant à l'augmentation de la charge de travail⁹.

Le Professeur André Grimaldi, diabétologue et ancien chef de service à la

9. Myny D. *et al.* (2012) Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: a cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, 49, 427-436.

10. Grimaldi A. (2009) L'hôpital malade de la rentabilité, Fayard, 278 p.

11. Agostini M. *et al.* (2011) Les restructurations dans les hôpitaux publics en France, *HesaMag*, 4, 25-29.

12. Garnier D. (2011) L'hôpital disloqué, *Le Manuscrit*.



La chasse aux gaspillages et aux lits vides est lancée. Les hôpitaux sont désormais gérés comme des entreprises commerciales.
Image: © Belga

Pitié-Salpêtrière à Paris, explique qu'il faut parfois attendre plusieurs heures pour y obtenir un lit en réanimation médicale¹⁰. "L'hôpital entreprise" utilise un mode de gestion à "flux tendus", explique-t-il. Dit plus simplement, cela signifie qu'il ne faut pas de lits vides car ils ne rapportent pas d'argent. Et un lit, une fois occupé, est plus rentable avec un patient gravement malade plutôt qu'avec un patient qui l'est moins. Les patients jouent donc à la chaise musicale au détriment du personnel qui doit constamment courir. Un patient sorti trop tôt de l'hôpital risque complications et aggravation de son état de santé avec, à la clé, un éventuel retour dans le circuit des soins.

L'hôpital public tend à copier les modes du secteur privé¹¹. On multiplie les rapports, les réunions et les projets, les cadres (médecins et infirmiers) n'ont plus l'occasion de consacrer leur temps aux malades. De plus, ce sont les cadres des ressources humaines qui organisent les horaires depuis leur bureau, sans beaucoup d'attention pour la réalité du terrain et sans laisser beaucoup de marge aux adaptations entre collègues. Avec pour conséquence, des supérieurs qui encadrent du personnel dont ils ne connaissent pas le métier.

Bien-être des travailleurs hospitaliers

Les contradictions entre les modes d'organisation et les missions et valeurs de l'hôpital mènent à une dégradation des conditions de travail et à de l'absentéisme pour cause de maladies.

Les conditions de travail dans le secteur hospitalier sont déjà très exigeantes (horaires atypiques, travail en équipe, travail physique, charge psychosociale, risques professionnels liés aux expositions aux agents chimiques et biologiques, etc.). Ces dernières décennies, le monde du travail dans sa globalité, et particulièrement le secteur public et hospitalier, est confronté à une intensification du travail.

Certains soignants ne perçoivent plus le sens de leur travail. Le syndicaliste français Denis Garnier explique que les personnels vivent un conflit éthique entre les exigences imposées par l'hôpital et leur volonté d'accomplir un travail bien fait¹².

La charge psychosociale et émotionnelle augmente tant parmi les équipes, réduites à l'agrégat de "ressources humaines", que chez les responsables qui subissent une pression très importante à la suite de la mise en place de nouveaux modes managériaux, de systèmes de comparaison entre unités au sein d'un même hôpital et entre hôpitaux. Pour certains d'entre eux, les valeurs qui les ont poussés à s'investir dans la santé s'en retrouvent ébranlées de par l'utilisation parfois abusive des objectifs chiffrés et la réduction de la complexité de leurs activités à des graphiques et des tableaux chiffrés.

À cela s'ajoutent les exigences de disponibilité et d'informations instantanées des patients et de leurs familles. Ils revendiquent une information complète et rapide, s'informent sur Internet et peuvent devenir agressifs ou violents. Ces situations doivent aussi pouvoir être gérées et du temps doit être consacré à la communication, même si ce

Les valeurs qui les ont poussés à s'investir dans la santé s'en retrouvent ébranlées de par la réduction de la complexité de leurs activités à des graphiques et des tableaux chiffrés.

temps n'est pas forcément "rentable" du point de vue financier.

Les gestionnaires financiers, les médecins, les familles et les patients ont parfois tendance à considérer l'infirmière comme elle est dépeinte dans l'imaginaire collectif, c'est-à-dire un être stéréotypé doué de patience, de compassion, de capacité à supporter les innombrables petites interruptions dans le déroulement de son travail ou à accepter les changements d'horaires de dernière minute et les heures supplémentaires. Sans, évidemment, imaginer que l'infirmière a aussi une vie privée, une vie ailleurs qu'entre les quatre murs de l'hôpital.

La population des professionnels de la santé est particulièrement touchée par le burn-out. Le burn-out se manifeste après une période d'exposition prolongée aux risques psychosociaux. Il se caractérise par de l'épuisement, une dépersonnalisation (ou un cynisme) et une perte de l'accomplissement professionnel (ou une diminution de l'efficacité professionnelle). La qualité de la relation entre infirmiers et médecins, surtout dans les unités de soins, influence les trois dimensions du burn-out¹³. Le support des collègues et de la ligne hiérarchique, et de bonnes relations de travail représentent un facteur de bien-être au travail¹⁴. Il faut donc aussi que le gestionnaire des équipes (la ligne hiérarchique) connaisse les réalités du terrain et s'implique tant au niveau de la gestion hospitalière dans sa globalité qu'au niveau de l'unité de soins.

De plus, un faible niveau de communication entre collègues et des relations sociales négligées sont associés à des symptômes

13. Li *et al.* (2013) Group-level impact of work environment dimensions on burn-out experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model, *International journal of nursing studies*, 50, 281-291.

14. Roland-Lévy C. *et al.* (2014) Health and well-being at work: The hospital context, *Revue européenne de psychologie appliquée*, 64, 53-62.

15. Jolivet A. *et al.* (2010) Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study, *Social Science & Medicine*, 534-540.

16. Aiken L.H. *et al.* (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet*, 383, mai 2014. Pour en savoir plus sur le projet: <http://www.m4cast.eu/en>

17. Zingg W. *et al.* (2015), Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus, *The Lancet Infectious Diseases*, février 2015.

18. EU-OSHA (2014) Estimation du coût des accidents et des problèmes de santé au travail.

EU-OSHA (2012) Motivation for employers to carry out workplace health promotion.

dépressifs liés à la perception d'un déséquilibre entre l'effort engagé et le retour (récompense du travail accompli) qui en est constaté par les soignants¹⁵. Ce déséquilibre est considéré comme une charge psychosociale, source de stress et de conséquences sur la santé physique (pathologies cardiovasculaires, dermatologiques, etc.) et mentale (dépression, troubles relationnels, troubles du sommeil, etc.) des travailleurs. Les travailleurs d'une équipe en sous-effectif n'ont pas beaucoup de temps à consacrer aux échanges et à la communication.

Qualité des soins et satisfaction des patients

Selon une étude internationale consacrée à la satisfaction du personnel et des patients, les proportions d'infirmiers estimant qu'ils fournissent aux patients une mauvaise qualité de soins varient fortement d'un pays à l'autre. Les taux frôlent les 50% en Grèce alors qu'il est de 11% en Irlande, 13% en Finlande et 28% en Belgique. Les taux de burn-out vont d'une dizaine de pour cent aux Pays-Bas, à quelque 40% en Pologne, en Irlande et au Royaume-Uni, et jusqu'à 78% en Grèce.

En dépit d'un déficit dans la qualité des soins assez généralisé dans les douze pays européens couverts par l'étude, l'amélioration de la qualité de l'environnement de travail et la diminution du nombre de patients par infirmier sont associées à l'amélioration de la qualité des soins et à la satisfaction accrue des patients.

Les modèles de planification des ressources humaines dans les structures de santé sont généralement basés uniquement sur le volume en personnel. Ils ont longtemps ignoré leurs effets sur la qualité des soins prodigués aux patients et sur la qualité des conditions de travail. Sur base des données récoltées en 2010, le projet Registered Nurse Forecasting (RN4CAST)¹⁶ a investigué, dans 30 hôpitaux de douze pays européens, la satisfaction au travail et la charge psychosociale. L'étude montre qu'une augmentation de la charge de travail par infirmier est liée à une mortalité accrue parmi les patients opérés, tandis que leur niveau d'enseignement est associé à une diminution de la mortalité. Les auteurs ont conclu que les coupes budgétaires sur le personnel infirmier pourraient affecter négativement les perspectives de santé des patients pris en charge.

Une étude publiée récemment dans *The Lancet*¹⁷ identifie, après avoir épluché toute la littérature scientifique de 1996 à 2012, les facteurs essentiels à l'organisation de programmes efficaces de prévention des infections. Chaque année en Europe, les soins de santé provoquent plus de 4 500 000 infections, ce qui entraîne environ 37 000 décès et 16 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires. Les auteurs identifient dix éléments essentiels qui permettent de réduire les infections et d'améliorer la sécurité des patients. Parmi ceux-ci, un effectif suffisant dans les unités de jour comme de nuit (et notamment éviter le système des équipes volantes), une charge de travail tenable (notamment éviter les longues journées de travail), une ergonomie optimale (tant en matériel qu'en disposition des équipements dans l'espace de travail) ou encore une formation adaptée et continue sont pointés comme des éléments clés.

Pour préserver la santé du personnel soignant et pour assurer les soins de la meilleure qualité possible, il est indispensable que les gestionnaires financiers et des ressources humaines des hôpitaux tiennent suffisamment compte de l'aspect humain. Il en va aussi de la survie des structures hospitalières: comme l'a démontré l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA), investir dans la santé (physique et mentale) et la sécurité des travailleurs est bénéfique pour l'économie des entreprises et des institutions¹⁸.

Il n'est pas uniquement question de la qualité de vie des professionnels de la santé, la qualité de leurs soins dépend de leurs conditions de travail. Dans l'intérêt de la santé publique des générations actuelles et futures, tous les citoyens européens ont intérêt à réclamer une profonde réflexion sur la manière dont les autorités politiques des pays européens gèrent aujourd'hui la santé publique. ●