

La santé au travail, point d'ancrage du dialogue social européen

Depuis 2006, représentants des directions et des salariés des hôpitaux (publics et privés) se rencontrent régulièrement au sein du comité de dialogue social du secteur hospitalier européen, une instance reconnue par la Commission européenne. Les enjeux de santé au travail ont rapidement figuré à l'agenda. Avec un résultat concret rapide: la transposition en directive d'un accord sur les blessures par objets tranchants. Cette première réussite permettra-t-elle d'ouvrir la voie à d'autres améliorations des conditions de travail dans le secteur?

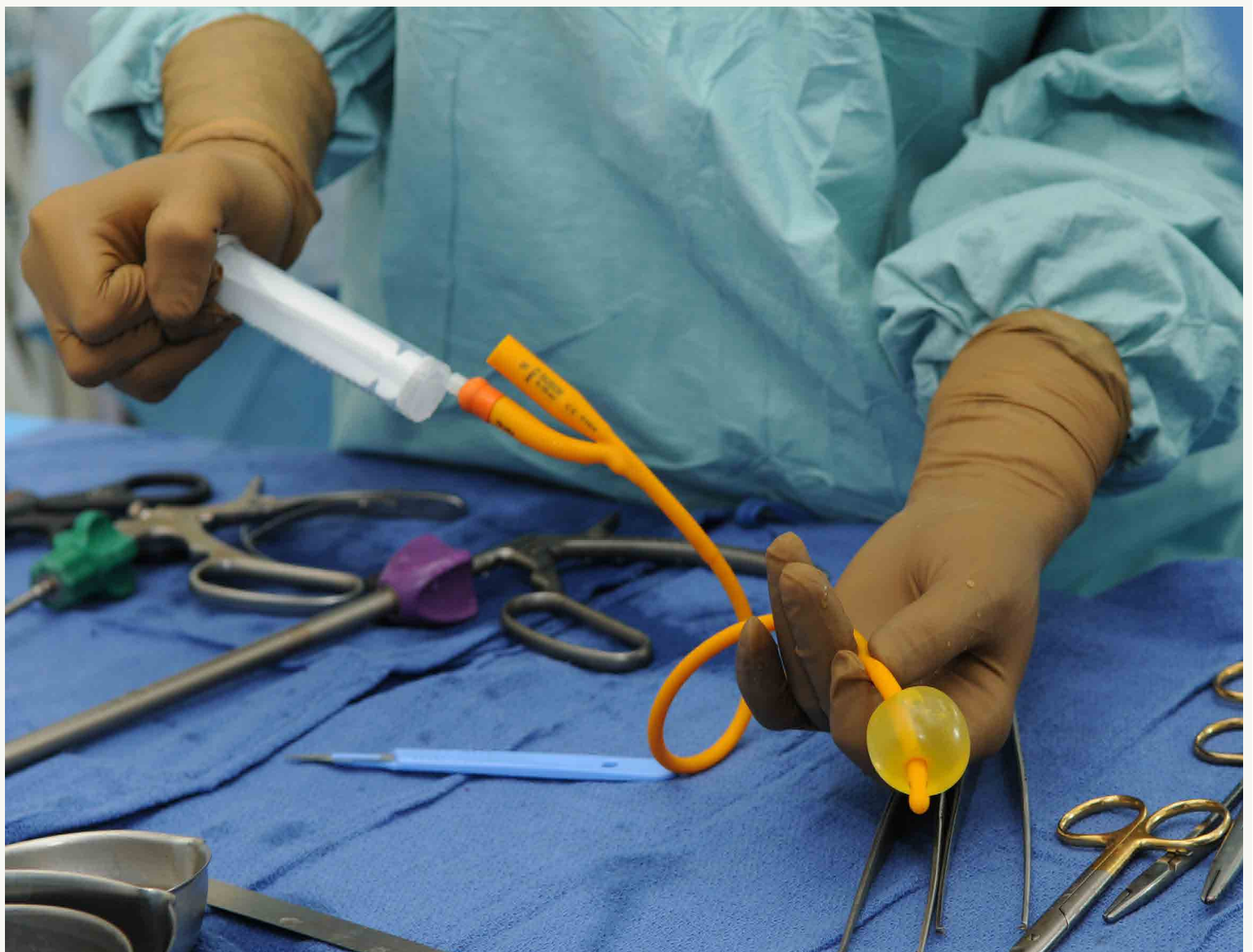
Propos recueillis par

Denis Grégoire

ETUI

Un accord entre partenaires sociaux a abouti en 2010 à une directive sur la prévention des coupures dans le secteur des soins de santé.

Image: © Belga





Mathias Maucher

Mathias Maucher est responsable du secteur des services de santé et des services sociaux au sein de la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP). La FSESP rassemble quelque 8 millions de travailleurs des services publics appartenant à 260 syndicats dans plus de 45 pays, et parmi lesquels environ 3,5 millions sont actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Quelle est votre évaluation de la transposition en directive de l'accord-cadre sur les blessures causées par des objets tranchants ? Est-il déjà possible d'en estimer l'impact ?

Mathias Maucher – Le premier impact, c'est l'existence d'une volonté politique claire, appuyée par la législation, d'examiner plus en détail les principaux risques pour la santé et la sécurité dans le secteur. Ces risques sont susceptibles non seulement d'entraîner des absences pour cause de maladie, mais parfois aussi des handicaps à long terme et même, dans les cas extrêmes, le décès de travailleurs de la santé.

Un second impact, c'est que l'accord nous a permis de parvenir à nous focaliser nettement sur l'évaluation des risques et sur le rôle des syndicats à cet égard, mais aussi sur la participation des travailleurs, parce qu'une évaluation des risques ne peut être effective que si vous impliquez les travailleurs, les représentants des travailleurs, les comités d'entreprise et les représentants au sein des organes compétents pour la santé et la sécurité.

L'accord sur les blessures causées par des objets tranchants est un bon exemple d'implication des partenaires sociaux dans la conception et la mise en place d'une législation européenne qui répond aux besoins des travailleurs et qui reflète la réalité telle qu'elle existe au sein des institutions de soins de santé. L'accord a également contribué à renforcer le rôle des partenaires sociaux dans le domaine de la santé et de la sécurité en général, en particulier dans les pays où ils n'auraient pas, sans cela, pu jouer un rôle dans la codification de la procédure et dans le suivi de la mise en œuvre de la législation.

Enfin, l'implication dans la transposition et dans le suivi de la directive sur les blessures causées par des objets tranchants¹ a également contribué dans certains pays à élargir la couverture de cet accord du secteur hospitalier à certains autres secteurs où il existe un risque de blessures par objets tranchants, comme les soins aux personnes âgées.

Le point le plus important est que l'accord-cadre nous a permis d'établir un éventail de principes généraux – sur l'évaluation des risques, la prévention, la formation, etc. – autour desquels devraient s'articuler les initiatives en matière de santé et de sécurité menées par les partenaires sociaux avec les gouvernements, et ces principes peuvent également s'appliquer à d'autres risques.

Une approche similaire pourrait-elle être envisagée pour s'attaquer à des problèmes comme les troubles musculosquelettiques et les risques psychosociaux ?

Ces deux points sont très importants dans notre travail actuel et nous menons en effet un projet conjoint avec HOSPEEM pour examiner les possibilités d'activités basées sur les partenaires sociaux pour lutter contre ces risques pour la santé et la sécurité, c'est-à-dire pour prévenir et pour réduire de tels risques. Ces initiatives auront bien entendu besoin d'être appuyées par des politiques et des législations nationales, mais aussi par des directives et une stratégie européennes en matière de santé et de sécurité au travail.

Dans le cas des troubles musculosquelettiques, il est plus facile de lancer cette démarche parce qu'il existe déjà une législation européenne sur la manutention manuelle de charges. Une initiative législative avait été entreprise vers 2009 pour élargir le champ d'application de la législation et l'éventail des risques couverts dans le cadre d'une directive sur l'ergonomie, mais finalement ce projet n'a pu aboutir en raison de la résistance politique de certains gouvernements et organisations d'employeurs. En principe, il existe un intérêt marqué, dans le chef de la FSESP, pour disposer d'un champ d'application plus large afin de couvrir les risques liés aux troubles musculosquelettiques, avec une attention plus

1. Directive 2010/28/UE du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par HOSPEEM et la FSESP.

"Le cadre législatif européen a contribué à prévenir les attaques contre les réglementations nationales."

Mathias Maucher

forte sur l'évaluation des risques, ainsi que sur l'adaptation de la législation aux réalités du travail et à ses évolutions.

Ce que nous avons entendu de bon nombre de nos affiliés, c'est que le cadre législatif existant semble plutôt bien fonctionner dans les hôpitaux. Mais c'est bien entendu davantage le cas dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe, où le système dispose de ressources financières plus importantes, où le dialogue social fonctionne bien en général, et où la législation est effectivement appliquée. Nous avons toutefois observé que les personnels en médecine ambulatoire, ou bénéficiant de soins communautaires ou de soins à domicile, ne sont pas aussi bien couverts. Des améliorations sont nécessaires dans ces domaines.

Pour les risques psychosociaux et le stress au travail, la situation est plus complexe. Ces questions constituent bien entendu un défi très important pour le secteur de la santé, en raison de facteurs tels que la charge de travail accrue dans un temps donné, l'intensification du travail, le "stress éthique" (qui découle du fait que trop souvent, vous ne pouvez pas faire ce pour quoi vous avez été formé et ce que votre propre éthique et l'éthique de votre profession exigeraient), l'absence d'implication des travailleurs dans le processus décisionnel, la violence et le harcèlement sexuel et moral. Il y a aussi la nécessité de s'attaquer à des problèmes de nature plus organisationnelle qui génèrent un stress psychosocial, en plus de soutenir des mesures en faveur du travailleur individuel. Jusqu'à présent, il n'existe pas de législation européenne spécifique sur ces risques.

Il est bien trop tôt pour dire si nous serons en mesure de parvenir à un accord avec HOSPEEM et pour déterminer quels

pourraient être les instruments appropriés, le champ d'application final et les priorités d'action. Mais les partenaires sociaux entendent utiliser les opportunités fournies par la campagne 2014-2015 pour des lieux de travail sains, à l'initiative de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, pour l'enrichir d'apports provenant du secteur de la santé.

Nombreuses sont les infirmières qui se plaignent de la pénibilité de leur travail et qui ne pensent pas qu'elles seront en mesure de continuer à l'assurer jusqu'à l'âge légal de la retraite. Que peut-on faire pour s'attaquer au défi du vieillissement prématuré chez les professionnels des soins de santé ?

Un des axes majeurs de notre approche face à ce défi, et sur lequel nous avons été en mesure de nous accorder sur une orientation avec HOSPEEM en 2013, a consisté à examiner des politiques ou des stratégies qui devraient commencer plus tôt que 50 ou 55 ans. De nombreux travailleurs pourraient ne plus être capables de travailler à cet âge-là parce qu'ils sont déjà touchés par des maladies professionnelles ou parce qu'ils ne sont plus capables, physiquement ou psychologiquement, de faire leur travail.

Il faut développer une approche globale portant sur l'ensemble de la vie et de la carrière du travailleur et basée sur des mesures visant à soutenir le recrutement et la rétention. Nous sommes très favorables à ce que l'on développe des mesures et des politiques permettant de prolonger des carrières de travailleurs en bonne santé, mais nous sommes opposés à un report de l'âge de la retraite.

Nous nous efforçons dès lors de favoriser la mise en place d'un ensemble de mesures qui doivent contribuer à réduire les éléments physiquement et psychologiquement exigeants du travail, comme le travail de nuit ou du week-end, ou le fait de devoir soulever les patients. Nous cherchons également à améliorer l'organisation du travail, à assurer un développement professionnel continu et à libérer du temps pour le tutorat et le mentorat. Nous discutons d'un ensemble des dispositions susceptibles de permettre aux travailleurs, et en particulier aux infirmiers, aux aides-soignants et au personnel paramédical, de continuer à travailler plus longtemps, mais en étant en meilleure santé. Un autre point fort de notre approche du vieillissement de la main-d'œuvre a consisté à démontrer les effets positifs de l'investissement dans des mesures permettant

de réaliser ces objectifs. Il est également de l'intérêt des employeurs de promouvoir des mesures qui réduisent les coûts des congés de maladie et des absences de longue durée du travail en raison d'un handicap ou d'une maladie professionnelle causés par l'épuisement ou un stress professionnel excessif.

Des mesures visant à réduire les coûts de fonctionnement des systèmes de santé ont été imposées dans de nombreux pays européens. Est-il déjà possible d'évaluer les conséquences de ces mesures sur les conditions de travail du personnel infirmier ?

Ces mesures ont eu un impact immédiat sous la forme d'un gel des salaires et, dans certains pays, de réduction des salaires ainsi que de réduction des effectifs. Dans plusieurs pays, la crise économique a entraîné le licenciement de bon nombre de nos collègues et une augmentation du chômage touchant les travailleurs qualifiés du secteur de la santé. Cela a entraîné une charge de travail accrue pour les personnes ayant conservé leur emploi. Dans certains cas, nous avons également assisté à la mise en place de conditions d'emploi plus précaires. Dans de nombreux pays, il n'y a plus eu d'investissement systématique dans les équipements et la formation.

Faute d'une stratégie européenne forte en santé au travail, donnant lieu à son tour à des réglementations et à d'autres initiatives de soutien au niveau national, les politiques et les mesures en faveur de la santé et de la sécurité ont été soumises ces dernières années à d'énormes pressions ou n'ont plus été respectées, au détriment de la santé et la sécurité des travailleurs comme des patients.

Il faut toutefois souligner que le cadre législatif européen a contribué à prévenir les attaques contre les réglementations nationales, comme nous l'avons vu en Espagne, où la législation sur la prévention des blessures causées par des objets tranchants a constitué une sorte de digue face à la vague de réduction des niveaux de protection des salariés. Nous avons entendu nos collègues espagnols expliquer que lorsque cette législation européenne et ses stratégies sont en place, les institutions nationales de promotion de la santé et la sécurité peuvent mieux défendre leur travail, préserver leurs ressources financières et maintenir leur engagement politique pour la prévention et la réduction des risques.

Lorsqu'il existe un cadre législatif européen fort, qui a également été soutenu par les accords entre les partenaires sociaux, les gouvernements, les administrations et les employeurs sont davantage enclins à agir que quand ils n'y sont pas obligés. Dans les pays où ces conditions préalables ne sont pas remplies, la situation est devenue bien plus difficile et, dans certains cas, désastreuse.

La FSESP et Hospeem se sont accordés sur un code de conduite sur le recrutement transfrontalier afin de prévenir le dumping social dans le secteur. Ce type de mesure, qui n'est pas légalement contraignant, suffit-il pour contrer ces pratiques, en particulier dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, où les besoins de personnel sont considérables ?

S'agissant du recours à des agences de recrutement et du traitement non discriminatoire des travailleurs migrants, le code de conduite semble être bien respecté par les employeurs qui sont membres d'HOSPEEM². Mais la FSESP couvre un champ plus large, qui englobe les soins aux personnes âgées en milieu résidentiel et à domicile. Dans ce secteur en particulier, certains employeurs ont recours à des agences de recrutement qui ne travaillent pas correctement et qui ne se conforment pas nécessairement à la législation européenne et nationale et, last but not least, ne sont pas signataires de conventions collectives les engageant à respecter certaines conditions de travail.

Nous observons un comportement inapproprié à deux niveaux : tout d'abord, et en particulier dans les institutions privées de prise en charge de personnes âgées, certains employeurs ont recours à des agences de recrutement qui ne respectent pas les conventions collectives. Elles offrent des salaires inférieurs à ceux prévus, des horaires de travail plus longs, des qualifications professionnelles qui ne sont pas correctement reconnues et des clauses liées à des cours de langue qui engagent les travailleurs vis-à-vis des employeurs pour une période plus longue. Des infirmières espagnoles recrutées pour fournir des soins à domicile en ont été victimes.

L'autre point est que les qualifications professionnelles des infirmières ne sont pas dûment reconnues. Si vous êtes titulaire d'un diplôme général de soins infirmiers, ce diplôme doit être reconnu dans un autre État membre de l'UE. Les difficultés linguistiques ne peuvent constituer une raison pour ne pas reconnaître une qualification professionnelle et pour ne pas se conformer à la législation existante et aux barèmes salariaux, ainsi qu'aux conditions de travail définies par des conventions collectives.

Nous sommes confrontés, principalement dans le secteur des soins aux personnes âgées, au traitement souvent scandaleux réservé à des milliers de travailleurs, en particulier ceux issus des pays méditerranéens et d'Europe centrale et orientale. En raison de la crise, on assiste dans ces pays à une réduction de la main-d'œuvre. Ils voient partir un nombre considérable de travailleurs très qualifiés, motivés et bénéficiant d'une bonne formation pour laquelle les pays en question ont investi énormément. Dans de

2. Le code précise qu'"il ne sera recouru, aux fins de recrutement transfrontalier, qu'aux seules agences qui auront fait la preuve de pratiques éthiques de recrutement".

telles conditions, un simple code de conduite ne peut suffire. Nous avons besoin d'autres mesures législatives ou politiques pour mieux protéger et soutenir les travailleurs des pays confrontés à l'émigration et il faut davantage investir dans leur système de santé pour qu'ils offrent de meilleures conditions de rémunération et de travail.

Bruxelles, 13 mars 2015

Pour en savoir plus

La FSESP consacre une partie de son site au dialogue social européen dans le secteur des soins de santé: <http://www.epsu.org/r/20>



Tjitte Alkema

Tjitte Alkema est secrétaire général de l'association européenne des employeurs du secteur hospitalier (European Hospital and Healthcare Employers' Association ou HOSPEEM).

HOSPEEM a été créé en 2005 pour représenter les intérêts des employeurs européens du secteur hospitalier et des soins de santé sur les questions de main-d'œuvre et de relations industrielles. L'association compte des membres à travers toute l'Union européenne, aussi bien dans le secteur hospitalier contrôlé par l'État ou les régions que dans le secteur privé.

En 2009, votre organisation a signé un accord-cadre sur les blessures par objets tranchants avec la FSESP, qui a été transposé dans une directive de l'UE. Quelles conclusions tirez-vous de cette expérience ?

Tjitte Alkema – La fédération d'employeurs que je représente n'est pas demandeuse de règles supplémentaires au niveau européen, parce que nous pensons qu'il y a déjà beaucoup de directives qui influencent également les dispositifs nationaux. Nous sélectionnons donc les instruments que nous jugeons appropriés. Dans le cas de l'accord sur les objets tranchants médicaux, au départ les partenaires sociaux n'étaient pas tellement intéressés par une négociation sur ce sujet, qui était considéré comme très technique. Ce n'est qu'une fois qu'un séminaire a été organisé durant lequel l'impact de ce problème, comme le montraient des faits et des chiffres, ont été mis en évidence, que les partenaires sociaux ont pris conscience que s'attaquer à ce problème ne se limitait pas à la recherche d'une solution technique.

Dans le contexte de l'accord, nous avons inclus des principes essentiels, en particulier l'évaluation du risque, la prévention des blessures chez les travailleurs avec l'introduction d'aiguilles sûres le cas échéant, la formation, la sensibilisation et la formation des professionnels médicaux. Nous avons tenu quatre séminaires régionaux sur la transposition de directives. Durant l'un de ces séminaires, une femme médecin de l'un des hôpitaux participants nous a raconté une histoire survenue peu de temps après l'introduction de ces aiguilles sûres: à son entrée dans une salle d'opération, elle a remarqué toute une série de capsules de plastique abandonnées. Elle a demandé à l'une des infirmières ce que c'était et celle-ci lui a répondu: "Ce sont les capsules que nous avons maintenant sur les aiguilles sûres: nous les brisons avant de commencer la procédure pour pouvoir continuer à travailler comme nous avons l'habitude de le faire."

Voilà exactement ce que nous voulions souligner en concluant cet accord: il ne s'agit pas seulement de trouver une solution technique, mais surtout de mener une action de sensibilisation, et d'influencer les aspects culturels de la sécurité sur le lieu de travail.

Le processus qui a conduit à transposer dans une directive l'accord entre les partenaires sociaux européens sur les blessures causées par les objets tranchants pourrait-il être utilisé pour s'attaquer à d'autres risques ?

Le domaine de la sécurité et la santé au travail fait l'objet d'une importante réglementation au niveau européen comme au niveau

national. Je ne pense pas que des règles supplémentaires soient particulièrement nécessaires. Ce que nous pensons, c'est que, comme le prévoit actuellement le programme REFIT, toutes ces directives doivent être réexaminées pour savoir si elles sont toujours adéquates par rapport aux fins qu'elles poursuivent. Il est important d'évaluer ce que vous avez mis en place comme réglementation pour voir si cela constitue toujours une manière appropriée de réduire le risque que visait cette réglementation.

Dans les instruments que nous utilisons dans le dialogue social avec la FSESP, nous incluons aussi toujours un paragraphe sur le monitoring et l'évaluation, en nous efforçant d'assurer un suivi à nos accords pour voir s'ils continuent à produire les effets qu'ils sont supposés avoir.

Votre secteur est profondément touché par les troubles musculosquelettiques et les risques psychosociaux. Quels sont vos plans pour réduire ces problèmes ?

En 2014, HOSPEEM et la FSESP se sont accordés sur un programme de travail dont l'un des éléments essentiels consiste à traiter de ces deux sujets tout particulièrement. Dans deux semaines, le 25 mars (*l'interview a été réalisée au début du mois de mars - NdE.*), à Paris, se tiendra une grande conférence sur la problématique des troubles musculosquelettiques avec de nombreux intervenants, notamment des instituts de recherche. Il est important de commencer par des conférences comme celle-là pour faire la distinction entre les faits et les opinions et pour identifier les pratiques efficaces qui sont déjà mises en place. Ce n'est pas une problématique qui exige une nouvelle réglementation. Ce qui est nécessaire, c'est un bon échange d'informations sur les approches les plus efficaces pour traiter ce problème.

S'agissant des risques psychosociaux, des recherches nous ont montré que ces deux problèmes peuvent être liés. Parfois, les troubles musculosquelettiques conduisent à des risques psychosociaux sur le lieu de travail. Il y a donc une cohérence entre ces deux aspects. Je pense que l'approche de la conférence d'Helsinki³ sera la même, pour l'essentiel, à savoir chercher à établir une plateforme objective où nous pouvons discuter des faits et des résultats de la recherche et échanger des exemples de bonnes pratiques. Mais, bien entendu, l'approche sera également différente dès lors qu'il existe dans le domaine des troubles musculosquelettiques un aspect technique qui doit être pris en considération, alors que, pour les risques psychosociaux et le stress au travail, les choses seront différentes. Ces problèmes sont davantage liés aux relations industrielles, aux relations entre la direction et le personnel et à des questions d'organisation du travail.

3. En plus de la conférence sur les troubles musculosquelettiques qui s'est tenue à Paris à la fin mars, une seconde conférence a été programmée à Helsinki en novembre pour discuter de la problématique des risques psychosociaux et du stress au travail.

4. Des recherches montrent que l'investissement dans la formation d'un travailleur de 45 ou 50 ans a un effet plus durable pour l'entreprise que l'investissement dans la formation d'un membre du personnel âgé de 30 à 35 ans.

Il existe manifestement pour les employeurs également des raisons impérieuses de s'attaquer à ces deux risques, non seulement parce que nous voulons créer le lieu de travail le plus sûr possible pour le personnel, mais aussi parce qu'il y a un incitant économique très clair. Les deux problèmes dont nous parlons actuellement constituent l'une des causes principales d'absentéisme au sein du personnel.

L'âge moyen du personnel infirmier augmente. Quelles mesures pratiques entendez-vous prendre pour retenir les travailleurs qui ne se sentent pas en mesure de travailler jusqu'à l'âge du départ en retraite ?

Aux Pays-Bas, l'âge légal de la retraite a été relevé de 65 à 67 ans. Il en est résulté un relèvement très rapide de l'âge effectif du départ à la retraite dans le secteur hospitalier, mais sans que l'on assiste à une augmentation de l'absentéisme pour cause de maladie.

J'estime qu'il s'agit également d'un problème psychologique. Nous en sommes venus à une situation où les gens ont pris l'habitude d'intégrer un départ précoce à la retraite comme élément de leur parcours professionnel.

Dans les États membres où l'âge officiel du départ à la retraite a été relevé et dans lesquels les régimes de congés liés à l'âge ont été modifiés dans un sens plus proactif, une évolution psychologique a eu lieu au sein de la main-d'œuvre: "Comment puis-je rester suffisamment en forme au travail pour aller jusqu'à l'âge de la retraite? Que dois-je faire pour parvenir à mon âge officiel de départ à la retraite en étant en bonne santé?" Et cela semble fonctionner.

Avec un accord entre les syndicats, les employeurs et les pouvoirs publics, il est possible de mettre en place des approches pratiques qui permettent aux professionnels de la santé de parvenir à l'âge de la retraite de manière saine et plaisante. Un changement psychologique, conjugué à de bonnes approches en matière d'organisation du travail, permet de continuer à travailler jusqu'à l'âge de la retraite.

Concernant la question du soulèvement manuel des patients, de nouvelles approches

techniques ont été mises en place dans de nombreux États membres où cette opération manuelle ne fait plus partie du protocole.

Il existe un bon nombre d'initiatives qui ont réduit la charge physique supportée par les infirmiers. Ces nouvelles approches sont disponibles et présentent un rapport coût-efficacité intéressant. Tout cela peut être fait sans introduire de nouvelles réglementations.

En outre, plus d'attention doit être accordée à la formation permanente. Au-delà de 45 ans, et au-delà de 50 ans, il n'existe actuellement pas de budget de formation important pour les professionnels de ces groupes d'âge au sein du secteur. Nous devrions repenser cette approche de l'investissement dans la formation des professionnels de la santé parce que cet investissement dans la formation devrait, selon moi, se poursuivre jusqu'à l'âge du départ en retraite⁴.

Les pays européens dont la population vieillit se sont efforcés de faire face à la demande toujours plus importante de soins médicaux en recrutant des infirmiers en Europe orientale ou dans des pays fortement touchés par la crise, comme l'Espagne. Dans certains cas, ces personnes ont des conditions d'emploi moins avantageuses que les nationaux. Comment réagissez-vous à ce phénomène ?

En 2008, la FSESP et HOSPEEM ont adopté un code de conduite sur le recrutement transfrontalier éthique et sur la rétention du personnel, qui indique que si un recrutement international est nécessaire en raison d'une pénurie temporaire de professionnels de la santé dans le pays d'accueil, les termes et conditions d'emploi de ces travailleurs migrants doivent être les mêmes que les termes et conditions qui s'appliquent à la main-d'œuvre locale.

En tant que fédération européenne d'employeurs, nous adhérons pleinement à l'accord que nous avons conclu avec la FSESP, qui prévoit très clairement le maintien des conditions d'emploi et de travail, de l'accès à la formation et des conventions de l'OIT.

La fédération n'a aucune intention d'approuver une situation de dumping social ou de dumping des salaires.

J'aimerais également souligner qu'il est très important de distinguer les faits des opinions. En réalité, en chiffres absolus, le nombre des travailleurs migrants employés comme infirmiers ou infirmières dans les pays occidentaux de l'UE est très faible. Cette situation est également le résultat des programmes d'austérité adoptés dans de nombreux pays d'Europe occidentale, et qui font que, plutôt que d'avoir une pénurie de professionnels de la santé, nous sommes confrontés à une situation d'abondance de main-d'œuvre. En Europe occidentale, nous rencontrons aujourd'hui des situations de

chômage chez de jeunes professionnels de la santé, bien formés, qui ont été éduqués pour occuper des positions qui, selon les prévisions, devaient absolument être remplies dans un proche avenir.

Depuis quelques années, on assiste en Europe à une tendance visant à importer dans le secteur des soins de nouvelles méthodes d'organisation et de gestion inspirées du secteur privé. Certains professionnels considèrent qu'il s'agit là d'une transformation fondamentale de la nature de leur travail et ne s'imaginent pas pouvoir continuer à travailler dans ce contexte. Ces nouvelles méthodes sont-elles inévitables ?

Je pense en fait que la plupart des professionnels du secteur devraient être heureux de voir que des nouvelles approches de la gestion des ressources humaines sont introduites dans un secteur qui n'a pas été très exposé jusqu'à présent aux influences extérieures comme les théories modernes en matière de gestion des ressources humaines et de management. Je pense que dans de nombreux pays d'Europe occidentale, nous observons à présent une situation mêlant prestataires publics et privés de soins de santé. Je ne pense pas que la qualité de la gestion des ressources humaines dans un dispositif privé soit moins bonne que dans un dispositif public. De par ma propre expérience de travail, dans un environnement universitaire, je sais que l'investissement dans les compétences et la formation des travailleurs du service public constitue souvent une partie fort négligée dans la politique des ressources humaines.

Je ne pense pas que beaucoup de professionnels de la santé quittent le secteur parce que des stratégies en matière de ressources humaines venant du secteur privé y ont été introduites. Je pense qu'il s'agit là d'un atout plutôt que d'un risque. Ce à quoi on assiste, c'est que suite à la privatisation, plus de pression est exercée sur les prestataires de santé pour qu'ils fournissent davantage de services à un moindre coût. Cela crée du stress chez les professionnels de la santé, qui ne peut pas toujours être pris correctement en charge dans la structure hospitalière. Et lorsque cela arrive, cela n'a rien à voir avec l'introduction de méthodes privées d'organisation du travail: c'est le résultat de contraintes budgétaires. Je pense que nous devrions être très clairs sur une chose: le secteur hospitalier ne se transformera jamais en un secteur privé pur et dur. Il restera toujours un secteur qui fournit des services d'intérêt général. Nous devons dès lors tenir compte des intérêts des professionnels de la santé qui entendent fournir ces services d'intérêt général et introduire des stratégies efficaces de gestion des ressources humaines pour les soutenir. ●

Bruxelles, 11 mars 2015