



Identification des initiatives de formation positives dans le secteur hospitalier

Rapport final à la FSESP et l'HOSPEEM



Le présent rapport a été réalisé à la demande de la FSESP/HOSPEEM avec le soutien financier de la Commission européenne. Les points de vue, qui y sont exprimés, n'engagent pas la Commission quant à l'utilisation qui pourrait être faite des informations qu'il renferme.

Ce rapport représente un point de vue d'expert et ne reflète pas nécessairement le point de vue de la FSESP et d'HOSPEEM

Identification des initiatives de formation positives dans le secteur hospitalier

Rapport final à la FSESP et l'HOSPEEM

C3183 / Mai 2006

ECOTEC Research & Consulting

► Priestley House
12-26 Albert Street
Birmingham
B4 7UD
Royaume-Uni

Tél. +44 (0)121 616 3600
Fax +44 (0)121 616 3699
www.ecotec.com

Table des matières PAGE

1.0	Introduction	1
1.1	Objectifs de l'étude	1
1.2	Le secteur hospitalier	1
1.2.1	Reconnaissance des qualifications pour les professionnels et travailleurs hospitaliers.....	2
1.2.2	Le défi de développer une main-d'œuvre qualifiée	2
2.0	Rôles dans le secteur hospitalier.....	3
2.1	Professions dans le secteur hospitalier	3
2.1.1	Personnel médical.....	3
2.1.2	Personnel non médical.....	4
2.2	Définition des rôles	4
2.3	Réglementation de l'apprentissage permanent	5
2.3.1	Exemple – Suède.....	5
2.3.1.1	<i>Médecins.....</i>	<i>5</i>
2.3.1.2	<i>Infirmiers</i>	<i>6</i>
3.0	Défis auxquels est confronté le secteur hospitalier	7
3.1.1	Facteurs économiques	7
3.1.2	Mutation sociale	7
3.1.3	Progrès technologique et avancées médicales.....	7
3.1.4	Tendances démographiques	8
3.1.5	Développements réglementaires/politiques	8
3.1.5.1	<i>Plafonds d'emplois</i>	<i>8</i>
3.1.5.2	<i>Directive sur le temps de travail</i>	<i>9</i>
4.0	Réponse aux défis	10
4.1	L'importance de la planification des effectifs	10
4.2	Recrutement à l'étranger	10
4.3	Mise à niveau des compétences, reconnaissance des qualifications et redéfinition des rôles	11
4.3.1	Mise à niveau des compétences et reconnaissance des qualifications.....	11
4.3.2	Développement et redéfinition des rôles	12
4.3.3	Émergence de nouveaux rôles.....	13
4.3.3.1	<i>Praticien de formation supérieure.....</i>	<i>13</i>
4.3.3.2	<i>Praticien assistant.....</i>	<i>13</i>
4.3.3.3	<i>Praticiens urgentistes.....</i>	<i>14</i>
4.3.3.4	<i>Infirmiers en chef.....</i>	<i>14</i>
4.3.4	Principaux problèmes liés à l'offre de formation	15
5.0	Initiatives nationales	17

5.1	Projet SKILL – Irlande	17
5.1.1	Contexte.....	17
5.1.2	Objectifs du projet	17
5.2	Programmes Unison du Royaume-Uni	19
5.2.1.1	<i>Programmes Return to Learn (Retour à l'apprentissage) et Study Skills (Techniques d'étude)</i>	19
5.2.1.2	<i>Profil professionnel des HCA</i>	20
5.3	Suède	20
5.3.1	Validation de l'apprentissage informel en Suède	20
5.3.2	Professions reconnues officiellement / déclarées	21
6.0	Rôle du dialogue social sectoriel	22
6.1	Collecte et analyse des informations	22
6.2	Échange d'informations au niveau européen	22
6.3	Participation au processus législatif	22
6.4	Promotion du concept d'apprentissage permanent	23
6.5	Promotion du dialogue social sectoriel	23
7.0	Conclusions	24
8.0	Bibliographie	26

1.0 Introduction

1.1 Objectifs de l'étude

Le principal objectif de ce rapport est d'analyser comment les partenaires sociaux dans le secteur hospitalier ont traité le problème de la satisfaction des besoins de nouvelles qualifications et l'adaptation des profils de poste pour répondre aux nouveaux défis et exigences auxquels est confronté le secteur hospitalier en Europe. Cette étude a fait état d'un débat-clé lors de la conférence « Formalisation du dialogue social sectoriel européen dans le secteur hospitalier » en 2006 et vise à faire état du dialogue actuel entre la Fédération syndicale européenne des services publics (EPSU) et l'Association européenne des employeurs hospitaliers (HOSPEEM).

Le rapport fournit une brève présentation des catégories de professionnels et travailleurs de la santé. Il aborde également les besoins de qualifications et les défis de la main-d'œuvre dans le secteur hospitalier. Il analyse ensuite les principales tendances dans l'évolution des rôles et responsabilités de ces professions ainsi que le rôle des qualifications professionnelles dans la capacité à assumer de nouvelles fonctions. Cette analyse examine également les difficultés potentielles ou existantes à introduire de nouvelles définitions de rôles et de nouvelles qualifications. Le rapport cite ensuite des exemples d'initiatives nationales visant à introduire de nouvelles qualifications pour les professionnels et travailleurs de la santé et à identifier un plan de route sur la manière dont les problèmes mentionnés ci-dessus peuvent être résolus par les partenaires sociaux dans le cadre d'un dialogue social sectoriel. Le rapport récapitule les principales conclusions tirées de cette étude.

Cette étude n'a pas pour but d'élaborer tous les profils de poste existants parmi le personnel hospitalier et les exigences de formation de chaque rôle dans les différents États membres de l'UE. Cette étude met l'accent sur les principaux défis auxquels est confronté le secteur hospitalier européen concernant les mutations technologiques, économiques, sociales et démographiques et la manière dont elles influencent les exigences de qualification et les profils de poste. Elle cite des exemples de la manière dont la formation et les profils de poste ont été adaptés dans différents pays pour répondre à ces exigences en vue d'inspirer le processus de dialogue social.

1.2 Le secteur hospitalier

Les hôpitaux sont confrontés à de multiples défis concernant les développements significatifs des conditions économiques, démographiques et sociales dans lesquelles ils interviennent, des innovations technologiques et des changements d'échelle et de nature de politique en réponse à ces développements. Afin que les qualifications du personnel puissent supporter l'implémentation des changements d'offre dans le secteur hospitalier, il existe une reconnaissance croissante de la nécessité d'utiliser et de déployer de manière plus efficace et plus performante des professionnels et des travailleurs hospitaliers.

L'évaluation des changements de besoins de qualification dans le secteur hospitalier est un domaine majeur de préoccupation car les pays essaient de réformer et d'améliorer les performances de leurs services de santé. La main-d'œuvre dans le secteur hospitalier est particulièrement complexe avec de nombreux groupes professionnels différents avec des rôles distincts et leurs propres structures éducatives et réglementaires. Les nouveaux défis soulevés par les récentes réformes de la santé semblent nécessiter une approche plus holistique, rassemblant les qualifications des différents groupes professionnels, et dans d'autres domaines une plus grande spécialisation et une adaptation des qualifications aux

nouvelles technologies et avancées médicales. Par conséquent, il est probable que certains rôles s'étendent à des responsabilités supplémentaires et d'autres à des responsabilités entièrement nouvelles. Le secteur hospitalier a besoin de développer la formation et les programmes de développement pour les professionnels et travailleurs hospitaliers afin de répondre à ces nouvelles exigences. Par conséquent, il est important d'analyser comment les responsabilités ont été ou seront modifiées et comment ceci peut se traduire de manière adéquate dans les initiatives de formation.

Travailler dans le secteur hospitalier implique une offre de soins efficace aux patients et nécessite beaucoup de main-d'œuvre. Ceci requiert un mélange sophistiqué de services cliniques, services de gestion, services techniques et autres services concernant les intrants qui doivent être maximisés pour atteindre les meilleurs résultats possibles en termes de soins en accord avec les innovations et protocoles cliniques en perpétuelle évolution.

1.2.1 Reconnaissance des qualifications pour les professionnels et travailleurs hospitaliers

Au niveau européen, la Commission européenne a entamé une réforme du système pour la reconnaissance des qualifications professionnelles, afin de rendre le marché du travail plus flexible, de poursuivre la libéralisation en matière d'offre de services, d'encourager une reconnaissance plus automatique des qualifications et de simplifier les procédures administratives. La proposition d'une nouvelle directive dans ce domaine vise à consolider quinze directives en une seule loi. Ceci inclut douze directives sectorielles – couvrant les professions de médecin, d'infirmier dans le domaine de la médecine générale, des soins dentaires, d'obstétricien et de pharmacien – et trois directives qui ont établi un système général pour la reconnaissance des qualifications professionnelles et couvrent la plupart des autres professions réglementées.

La directive adopte le principe de reconnaissance automatique des spécialités médicales et dentaires communes à au moins deux États membres dans le cadre de la loi actuelle, mais limite les ajouts ultérieurs à la directive 2005/36/CE de nouvelles spécialités médicales – ayant droit à la reconnaissance automatique – à celles qui sont communes à moins deux des quinze États membres. De plus, cette directive n'empêche pas les États membres de se mettre d'accord entre eux sur la reconnaissance automatique de certaines spécialités médicales et dentaires communes mais non reconnues automatiquement au sens de la directive, conformément à leurs propres rôles.

1.2.2 Le défi de développer une main-d'œuvre qualifiée

Il existe d'importantes disparités entre les pays dans la manière dont les politiques et stratégies de développement de la main-d'œuvre dans le secteur hospitalier sont initiées et appliquées. Il est nécessaire de fournir au secteur hospitalier les outils et méthodes spécifiques permettant d'identifier les besoins de qualification qui naissent des défis auxquels est confronté le secteur ; et de soutenir la redéfinition et l'extension des rôles existants, ainsi que le développement de nouveaux rôles. De plus, il est nécessaire de développer des cadres d'application qui augmentent la transférabilité des compétences et qualifications.

2.0 Rôles dans le secteur hospitalier

2.1 Professions dans le secteur hospitalier

Les professions dans le secteur hospitalier incluent le personnel médical et non médical. Le personnel médical inclut les médecins, dentistes, infirmiers, obstétriciens, pharmaciens, biologistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, masseurs et laborantins. Le personnel non médical inclut le personnel des services administratifs, financiers et comptables, ainsi que les gestionnaires.

2.1.1 Personnel médical

Le personnel médical dans les hôpitaux inclut les médecins, infirmiers, obstétriciens, pharmaciens, biologistes, psychologues, dentistes, physiothérapeutes, laborantins, ainsi que de nombreuses autres professions. Presque toutes ces catégories, en particulier parmi les médecins, dentistes et infirmiers, sont divisées en spécialités. Par exemple, au Royaume-Uni, il y a plus de 60 spécialités médicales parmi les médecins et les infirmiers.

La plupart des professions médicales sont réglementées. Cela signifie que pour effectuer les tâches avec un rôle donné, il existe une exigence statutaire de posséder un diplôme ou toute autre qualification professionnelle. Le nombre de professions réglementées dans l'UE varie d'un pays à l'autre^I.

Les caractéristiques communes à la formation des médecins dans l'UE comprennent l'obtention d'un diplôme de médecine et une période de formation sur le terrain. De la même manière, la majeure partie de la formation des infirmiers est effectuée au niveau tertiaire, bien que certains pays, comme la Pologne, ont encore un grand nombre de d'infirmiers de niveau secondaire^{II}. En Italie, à la suite de la réforme du système de santé en 1992, les médecins et autres professionnels de la santé ont un plus grand rôle de gestion et doivent être embauchés par des sociétés spécialisées dans la santé. Ils doivent avoir une spécialisation comprenant une autre formation universitaire de quatre à cinq ans.

Le contenu de la formation médicale a tendance à être réglementé au niveau central tandis que pour d'autres professions (ex. : personnel infirmier en Allemagne), des responsabilités de niveau régional (*Länder*) s'appliquent. Même dans ces systèmes fédéraux, il existe des références nationales qui servent de base à l'éducation et au parcours de formation.

Dans certains pays, comme la Suède, les qualifications et compétences nécessaires pour chaque spécialité médicale sont définies par des sociétés de spécialistes au sein de la *Swedish Medical Association* et de la *Swedish Society of Medicine* et sont alors autorisées par le Conseil national de la santé et de la protection sociale suédois (*National Board for Health and Welfare*).

^I Pour une présentation des professions réglementées dans l'UE, consultez le site Web de la Commission européenne :

http://europa.eu.int/comm/internal_market/qualifications/regprof/regprofs/dsp_bycountry.cfm

^{II} Le recrutement dans les écoles d'infirmières secondaires s'est terminé en 2004.

2.1.2 Personnel non médical

Malgré l'accent mis sur les soins des patients, les hôpitaux emploient également beaucoup de personnel non médical pour assurer le bon fonctionnement du service. Ces groupes incluent :

Les gestionnaires : Le personnel de direction est un élément important du personnel de la santé. Dans la plupart des pays, le personnel de direction nécessite une formation générale. Mais, dans certains pays, comme le Royaume-Uni et l'Italie, il est préférable que le personnel de direction ait déjà une expérience dans le secteur de la santé.

Le personnel de soutien : Le personnel de soutien inclut le préposé aux soins de santé britannique (health care assistant - HCA), la secrétaire médicale polonaise, le personnel de blanchisserie, cuisine, nettoyage, etc. En Angleterre uniquement, le nombre de HCA est d'environ 200 000. Le personnel de soutien est la deuxième plus grande catégorie dans le système de la santé NHS¹. Par conséquent, c'est un groupe qui représente la plus grande partie du personnel hospitalier. En Italie, de plus en plus de services de soutien ont été externalisés au cours des dernières années.

Services administratifs, financiers et comptables

2.2 Définition des rôles

Les pays analysés dans le cadre de cette étude ont montré des approches différentes de la définition des rôles dans le secteur. Dans certains pays, comme au Royaume-Uni et en Irlande, les rôles sont définis très minutieusement et l'importance accordée aux qualifications et à leur développement est très grande. Dans les autres pays, cependant, les rôles sont définis moins minutieusement et la flexibilité d'assumer de nouvelles responsabilités est plus grande (Allemagne, Suède, Pologne). Il est très important de noter qu'il existe des différences en termes de compétences et de qualifications en général. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni et l'Irlande, les compétences sont considérées comme faisant partie importante du rôle et du développement individuel.

Dans certains pays comme la Pologne, l'accent est essentiellement mis sur les qualifications professionnelles tandis que l'acquisition de compétences-clés est considérée avoir lieu par le biais de l'expérience professionnelle. Ceci présente à la fois des avantages et des inconvénients. Avoir défini en détail les rôles dans le secteur contribue sans aucun doute à évaluer les besoins de compétences et cartographier les compétences existantes dans le secteur. Ceci contribue également à la gestion des ressources humaines. Toutefois, l'inconvénient d'un tel système rigide est que les qualifications et compétences peuvent continuer d'être reconnues. Ceci peut conduire à une plus faible reconnaissance du travail réellement effectué et des difficultés d'évaluation des besoins de qualifications pour des professions particulières.

Il est très important de noter ici que dans certains pays, l'existence de titres de spécialistes et leur protection ne signifie pas forcément la protection de l'étendue des activités. En Allemagne, par exemple, un infirmier peut accéder à n'importe quelle activité de soins infirmiers, à l'exception du professeur de soins infirmiers, qui doit se spécialiser. On retrouve une situation similaire en Pologne. Il existe cependant une certaine pression pour désigner des sphères de compétence pour les infirmiers spécialisés, car il existe une valeur certaine à posséder une formation et un titre de spécialiste.

¹ Dans le système de la santé britannique, la plus grande catégorie est le personnel infirmier, suivie par le personnel de soutien, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, etc. Les médecins appartiennent au groupe le moins nombreux.

2.3 Réglementation de l'apprentissage permanent

La formation continue pour de nombreuses professions médicales, notamment les médecins, les infirmiers et les obstétriciens, est réglementée au niveau national, régional ou local. Comme mentionné ci-dessus, la formation continue en Allemagne est réglementée au niveau régional tandis que cette responsabilité est décentralisée au niveau local au Royaume-Uni et en Suède. En Italie, la formation continue des médecins et autres professionnels de la santé est réglementée par la législation nationale et par la législation au niveau régional et local. La négociation nationale et locale est complémentaire à la législation.

La formation continue est souvent supervisée par les organismes professionnels respectifs et est régie par la loi. Par exemple, en Pologne, la formation continue est réglementée par les lois s'appliquant aux professions médicales. Actuellement, la formation continue est réglementée pour trois professions : les docteurs, les dentistes et les pharmaciens. Dans le cas des infirmiers, la formation continue est réglementée jusqu'au niveau de spécialisation. Au Royaume-Uni, la formation continue est réglementée par les accords sur les connaissances et qualifications (*Knowledge and Skills Agreements*). Actuellement, l'accord sur les qualifications sectorielles (*Sector Skills Agreement - SSA*) pour le secteur de la santé est en cours de préparation. Le but du SSA est d'aligner l'employeur, les organismes d'apprentissage, les organismes de financement et le gouvernement autour de l'ensemble d'objectifs qui traitera des besoins de qualifications dans le secteur et l'offre de formation pour le personnel soignant¹.

En Suède, les accords collectifs au niveau national et local fournissent des plans de compétences à négocier entre chaque employé et son supérieur hiérarchique sur une base annuelle.

Concernant la situation du personnel de soutien, la position est différente. Par exemple, jusqu'à récemment au Royaume-Uni, la formation mettait l'accent sur les médecins et les infirmiers, auxquels était attribuée la majeure partie des budgets de formation au détriment du personnel de soutien. Actuellement, il existe un certain nombre de programmes qui mettent l'accent sur le développement de qualifications du rôle d'assistant dans le secteur de la santé (cf. section 4.2.2 de ce rapport).

2.3.1 Exemple – Suède

2.3.1.1 Médecins

Au niveau individuel, une fois par an, chaque médecin a un entretien d'1 à 2 heures avec ses cadres. L'entretien couvre les performances de l'employé, le développement, le besoin de formation médicale et l'examen du salaire. Les besoins de formation sont ainsi adaptés individuellement en fonction des performances d'un employé. Les coûts de formation sont totalement ou partiellement pris en charge par l'employeur. De plus, les accords collectifs au niveau national et local fournissent des plans de compétence qui sont destinés à fournir des plans de développement de compétences annuels pour chaque employé et sont contrôlés par le supérieur hiérarchique de chaque employé.

¹ Pour de plus amples informations sur l'accord sur les qualifications sectorielles, visitez le site : <http://www.skillsforhealth.org.uk/ssa/about.php?page=1>

Au niveau de la profession, la *Swedish Medical Association* en coopération avec la *Swedish Society of Medicine* mène un programme pour contrôler et évaluer la qualité des programmes de formation chaque année.

Les contrôles sont également effectués par l'institut de développement professionnel des médecins en Suède (*Institute for Professional Development of Physicians - IPULS*). Actuellement, la *Swedish Medical Association* développe un site Web complémentaire (au site Web de l'IPULS) sur lequel les médecins individuels peuvent vérifier leur développement professionnel continu¹.

Une récente étude des spécialisations médicales a été présentée en 2003 au conseil national de la santé suédois. Cette étude comportait une proposition de division des spécialités en spécialités principales et sectorielles. Elle comportait également une proposition du gouvernement d'ajouter un programme de formation à la recherche publique en complément de certaines spécialités¹¹.

2.3.1.2 *Infirmiers*

Environ 45 % des infirmiers se spécialisent pendant 2 ou 3 ans après leur diplôme. La formation est échelonnée de différentes manières, à temps complet ou partiel 0,75/0,25. Les infirmiers travaillent généralement en parallèle. En raison des contraintes liées à la charge de travail, les infirmiers peuvent suivre une formation à distance ou en ligne.

Les partenaires sociaux ont souvent une influence informelle sur le calendrier de formation continue. Ceci a lieu via la consultation continue au sein du dialogue social où une grande variété de thèmes sont traités. Néanmoins, il n'existe pas d'accords collectifs au niveau national pouvant fournir le planning de formation pour le secteur de la santé.

En général, il existe des différences entre les hôpitaux, car les autorités sanitaires locales sont responsables de leurs propres programmes de développement de compétences et de formation. De plus, certains hôpitaux ont introduit l'« échelle de carrière » qui, en quelques mots, est un programme de développement des connaissances et des responsabilités destiné aux infirmiers. Les projets inclus dans le programme sont souvent préparés avec les partenaires sociaux.

¹ National Report 2004 Sweden, The Swedish Association of Hospital Physicians, AEMH 05/022, 12.04.2005, p.5

¹¹ Ibidem, p.5

3.0 Défis auxquels est confronté le secteur hospitalier

3.1.1 Facteurs économiques

À mesure que les sociétés européennes vieillissent et que la pression sur une meilleure offre de services augmente, les dépenses liées à la santé et aux services sociaux ne cessent de croître^I. Parallèlement, la pénurie d'effectifs et de main-d'œuvre qualifiée déjà reconnue dans plusieurs pays, met la pression sur les modifications en matière de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé pour atteindre une efficacité maximale avec les ressources disponibles.

3.1.2 Mutation sociale

Dans le domaine de la santé, comme dans de nombreux services publics, le public exige une amélioration continue des services, ce qui nécessite une mise à jour régulière des compétences parmi le personnel. L'une des mutations qui peut être observée dans les soins est la tendance à déplacer les soins de l'hôpital vers des cabinets de médecine générale sur la base de l'offre de proximité / à domicile. Cette tendance peut être observée dans les plans de réforme récents du système de santé britannique NHS. Le Livre blanc « Notre santé, nos soins, notre message : une nouvelle direction pour les services communautaires » envisage des budgets plus localisés, et des médecins généralistes ayant davantage de responsabilités en termes de planification et de gestion budgétaire^{II}. La réforme envisage également un nombre accru de nouveaux opérateurs dans le secteur de la santé, notamment des prestataires privés. Ceci devrait accroître la concurrence entre les prestataires de santé, relevant ainsi le niveau des exigences. Un plus grand accent sera mis sur la prévention et les services associés, comme les soins sociaux et de santé. Ceci nécessitera des équipes interdisciplinaires.

Cette tendance est également présente en Suède et en Irlande, où les soins se rapprochent du domicile des patients. Ainsi, les services sociaux et de santé doivent être intégrés pour atteindre une efficacité maximale et fournir la meilleure qualité de service possible^{III}. Cette tendance est en train de naître en Italie, soutenue par la négociation collective nationale.

3.1.3 Progrès technologique et avancées médicales

Le progrès médical est un facteur important de changement qui exige un développement continu des compétences du personnel afin de tirer profit des nouvelles inventions technologiques ou améliorations dans la prestation de services de santé. L'avancée technologique va probablement mélanger les postes et activités à l'avenir. On peut citer par exemple les avancées dans le domaine de l'informatique qui ont réduit la charge de travail des employés de bureau mais ont créé à leur tour des opportunités d'emploi dans le domaine informatique^{IV}.

^I Cf., par exemple : Healthcare expenditure: a future in question, L'Observateur OCDE, décembre 2001

^{II} Our health, our care, our say: a new direction for community services, janvier 2006, disponible à l'adresse suivante : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/74/59/04127459.pdf>

^{III} Cf., par exemple : Quality and Fairness: A Health System for You, Health Strategy, Department of Health and Children, Ireland, 2001, p.16

^{IV} Nolte E., Human resources for health and health system functions: trends, opportunities and challenges, European Observatory on Health Systems & Policies, 2nd Policy Dialogue in the Baltic Countries, Vilnius, 26-27 septembre 2005, PPT presentation

Un autre développement important est la télémédecine qui peut faciliter le déplacement de l'hôpital et résoudre les problèmes des zones rurales distantes en Europe (ex. : Norvège). De plus, la modification de styles de vie et davantage d'équipements à domicile permettent aux personnes âgées et aux personnes souffrant de maladies chroniques d'être soignées à domicile et non à l'hôpital.

Il est également prévu que les développements dans les domaines particuliers de la médecine, comme la chirurgie, la cancérologie ou la cardiologie, conduisent à une concentration des expériences.

Le développement de l'informatique conduit à des modifications des pratiques de travail parmi le personnel soignant car il permet un meilleur partage des informations et un meilleur apprentissage (bibliothèques numériques, bases de données en ligne, apprentissage à distance, apprentissage en ligne, etc.) et archivage (dossiers électroniques des patients). Ceci peut également conduire à l'émergence d'un groupe de patients plus habilités à ne pas vouloir accepter sans critique le modèle de soins fourni à ce jour^I.

3.1.4 Tendances démographiques

En raison du vieillissement du personnel et du taux de remplacement insuffisant entre les départs et les arrivées, il se peut qu'il y ait d'importantes pénuries de personnel à l'avenir. C'est le cas au Royaume-Uni où le départ à la retraite de 100 000 infirmiers est prévu d'ici 2010^{II}. En Suède, la demande de médecins généralistes est passée de 4 500 en 1999 à 6 000 en 2008. Actuellement, il y a également des pénuries observées parmi le personnel infirmier, en particulier parmi les spécialistes^{III}. Ces pénuries auront un impact significatif sur le profil des effectifs car les employés qui partiront seront ceux qui sont les plus expérimentés. Lorsque les pénuries de main-d'œuvre qualifiée sont importantes, il peut également être nécessaire de remodeler certains rôles afin d'autoriser d'autres professions à effectuer certaines tâches.

3.1.5 Développements réglementaires/politiques

Les modifications réglementaires et politiques qui ont une influence sur le secteur représentent un autre défi. Les développements les plus importants identifiés ont été les plafonds d'emplois des professions et l'application de la Directive européenne sur le temps de travail.

3.1.5.1 Plafonds d'emplois

Le secteur hospitalier en Irlande, par exemple, connaît des problèmes de pénurie de main-d'œuvre qualifiée en raison des plafonds d'emplois pour les professions, qui incluent également le secteur de la santé. Actuellement, c'est un grand problème pour les syndicats car de nombreux hôpitaux emploient du personnel au-delà de ce plafond. Par conséquent, lorsqu'une personne quitte son poste, il est difficile de la remplacer.

^I Ibidem

^{II} UNISON National Student Survey 2005, UK, p.10

^{III} Cf. : The Healthcare System in Sweden, Factsheet, disponible à l'adresse suivante :

http://www.sweden.se/templates/cs/BasicFactsheet_6856.aspx

Les plafonds d'emplois conduisent à l'externalisation des fonctions de soutien aux agences. Ces fonctions incluent les soins aux enfants, l'administration et la gestion des déchets environnementaux. Les syndicats prétendent que l'externalisation et la privatisation n'optimisent pas les ressources car les employés d'agence sont payés deux fois plus que les travailleurs hospitaliers. De plus, leur travail n'est pas réglementé par les mêmes règlements sectoriels que ceux du secteur de la santé. Il est ainsi difficile de garantir la même qualité de service, ainsi que le contrôle et la supervision de leur travail. L'externalisation conduit également à un déclin des niveaux de compétences parmi le personnel de la santé.

Un autre exemple inclut la Pologne où en 2003 le nombre de postes spécialisés pour les médecins a été limité. Ces hôpitaux qui ont été accrédités pour mener un programme de formation des spécialistes préparant les jeunes médecins à une spécialisation doivent faire jouer la concurrence pour occuper les postes de spécialistes. La demande pour ces postes est très élevée car il est très difficile pour les médecins non spécialistes d'obtenir un emploi. Comme la demande est très élevée et l'offre est très limitée, de nombreux médecins décident de travailler dans des entreprises pharmaceutiques ou autres secteurs associés.

3.1.5.2 *Directive sur le temps de travail*

La Directive européenne sur le temps de travail a fait l'objet d'une grande controverse dans le secteur de la santé. Le problème le plus important associé à la jurisprudence relative à la directive (SIMAP^I et Jaeger^{II}) était que le temps d'astreinte passé dans les locaux de l'employeur devait être inclus lors du calcul du temps de travail. Afin de résoudre les difficultés causées par les jugements SIMAP et Jaeger, certains hôpitaux ont déclaré qu'ils devraient employer du personnel supplémentaire. En Allemagne, par exemple, l'application de la directive entraînerait la mise en place du travail en trois-huit et nécessiterait 15 000 à 27 000 médecins supplémentaires^{III}. Au Royaume-Uni, 12 500 médecins supplémentaires seraient nécessaires. Par conséquent, les coûts du secteur de la santé devraient fortement augmenter. Afin de répondre aux exigences de la directive initiale, certains pays comme le Royaume-Uni ont développé des programmes-pilotes destinés à tester le processus de réduction du temps de travail des médecins (en particulier les jeunes médecins car ils travaillent plus longtemps en raison de leurs besoins de formation). Presque tous les programmes-pilotes ont pu accroître la conformité des jeunes médecins à la directive^{IV}.

^I C-303/98 SIMAP v. Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana, Arrêt de la Cour du 3 octobre 2000, Rec.2000, p.I-7963

^{II} C-151/02 Landeshauptstadt Kiel v Norbert Jaeger, Arrêt de la Cour du 9 septembre 2003, Rec.2003, p.I-8389

^{III} Country report – Germany, Association européenne des médecins des hôpitaux, AEMH 04/029, avril 2004

^{IV} Pour de plus amples informations, cf. : Working Time Directive, Pilots Programme Report, NHS Modernising Agency, 12 janvier 2005, à l'adresse suivante : <http://www.wise.nhs.uk/sites/workforce/usingstaffskillseffectively/Document%20Library/1/WTD%20Final%20Report.pdf>

4.0 Réponse aux défis

Comme mentionné ci-dessus, les défis-clés en termes de développements de compétences portent sur les mutations économiques, sociales, politico-démographiques et technologiques. Les nouvelles tendances et les nouveaux développements ont conduit à des pénuries de main-d'œuvre qualifiée ainsi qu'au besoin de nouvelles compétences. Cette section explique comment le secteur hospitalier dans certains pays a réussi à relever ces défis.

4.1 L'importance de la planification des effectifs

Les pénuries d'effectifs et de main-d'œuvre qualifiée dues aux défis mentionnés ci-dessus prouvent clairement le besoin d'une planification améliorée des effectifs qui associe une compréhension des compétences dans les effectifs actuels et la disponibilité du personnel dans un marché du travail plus vaste à la planification des services. Une compréhension globale des effectifs actuels, notamment les compétences et le profil d'âge, ainsi que les raisons des difficultés de rétention et les exigences de services futures peuvent contribuer à la formulation de meilleurs programmes de développement de compétences. De même qu'une amélioration des compétences du personnel existant, ceci peut impliquer de remodeler certains rôles pour répondre aux nouvelles exigences ou faire face aux pénuries de personnel.

4.2 Recrutement à l'étranger

Confrontés à des pénuries d'effectifs et de main-d'œuvre qualifiée, les secteurs de la santé dans de nombreux pays européens ont cherché à accroître le recrutement à l'étranger. Les partisans de cette solution prétendent que le recrutement à l'étranger contribue à répondre aux pénuries importantes de compétences à un coût relativement faible. Mais, les opposants / critiques soulignent le fait que le recrutement à l'étranger n'est pas une solution à long terme car elle ne résout pas le problème à la source, qui est l'offre interne d'une main-d'œuvre qualifiée. De plus, le personnel étranger quittera certainement le pays après une certaine période. Finalement, la demande de professionnels de la santé devrait s'intensifier et a déjà dépassé l'offre. Par conséquent, il est possible que l'offre de professionnels de la santé étrangers diminue de manière importante¹. Il existe des problèmes éthiques liés au problème de migration, en particulier au développement de normes éthiques pour le recrutement et le contrôle des agences de recrutement.

Le recrutement de personnel étranger peut être problématique en raison des différentes règles d'obtention d'une qualification et du perfectionnement. Ce problème est particulièrement important pour les professions réglementées dans l'UE.

La libre circulation des biens, des services, des capitaux et de la main-d'œuvre est l'une des valeurs-clés du marché intérieur européen. Dans le contexte de la libre circulation de la main-d'œuvre, il est ainsi vital pour les individus que leurs qualifications et compétences soient reconnues au sein de l'UE.

Il existe deux régimes qui facilitent la mobilité des professions, le régime général et le régime sectoriel. Le régime général peut nécessiter une évaluation au cas par cas des diplômes afin de faciliter la reconnaissance des qualifications. Le régime sectoriel est basé sur des critères

¹ Skills needs in the Irish economy: The Role of Migration, p.89-90

de formation minimaux et est détaillé dans les directives sectorielles. Les critères communs minimaux permettent une reconnaissance automatique des qualifications. Jusqu'en 2005, il y avait 12 directives sectorielles.

La réforme proposée de la reconnaissance des qualifications envisage une consolidation de trois directives du système général^I avec douze directives sectorielles^{II} couvrant les sept professions de médecin, infirmière, praticien dentiste, chirurgien vétérinaire, obstétricien, pharmacien et architecte^{III}. Ces législations ont été regroupées en un seul texte, à savoir la Directive 2005/36/CE^{IV}. La nouvelle directive prendra effet le 20 octobre 2007.

Un processus similaire vient de commencer concernant la reconnaissance des compétences via le cadre de travail européen en matière de qualifications. Ceci s'applique en particulier aux professions non réglementées pour lesquelles les exigences d'accès ne sont généralement pas définies de manière stricte et qui reposent davantage sur leurs compétences. Cette découverte est particulièrement intéressante pour le secteur hospitalier où la majeure partie des emplois non réglementés est représentée.

Le problème du recrutement transfrontalier fait l'objet d'un examen plus détaillé dans un autre rapport et n'est donc pas abordé davantage dans cette étude.

4.3 Mise à niveau des compétences, reconnaissance des qualifications et redéfinition des rôles

Les pressions sociales, économiques et réglementaires ont eu pour conséquences des besoins de compétences élevés et des pénuries de main-d'œuvre qualifiée parmi le personnel hospitalier. Les deux principales réponses à ces défis ont été soulignées ici : la mise à niveau des compétences du personnel existant et le développement et la redéfinition des rôles. Ces réponses seront traitées dans les sections suivantes, et suivies d'une discussion sur les problèmes auxquels est confronté le secteur hospitalier dans sa volonté de former le personnel.

4.3.1 Mise à niveau des compétences et reconnaissance des qualifications

Les besoins de compétences les plus importants se font ressentir parmi le personnel non diplômé et le personnel de prise en charge. Jusqu'à récemment, la plupart des formations étaient destinées aux médecins et au personnel soignant, le personnel non diplômé et les professions de prise en charge n'avaient pas un accès égal aux crédits de formation. Même si la situation a changé, il est encore nécessaire de définir des exigences de compétences pour ces deux groupes qui représenteront la base des programmes de formation. De plus, il est nécessaire de définir des critères de qualifications, en particulier pour les professions de prise en charge, afin d'améliorer la qualité des services fournis par ce groupe.

^I Directives du Conseil 89/48/CEE et 92/51/CEE et Directive du Parlement Européen et du Conseil 1999/42/CE

^{II} Directives du Conseil 93/16/CEE, 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE et 85/384/CEE

^{III} Pour de plus amples informations sur la réforme du système, cf. : Réforme du système pour la reconnaissance des qualifications professionnelles sur le site SCADPlus à l'adresse suivante : <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11065.htm>

^{IV} Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil du 7 septembre 2005 concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255, 30.9.2005, p.22-142

Actuellement, la plupart des HCA au Royaume-Uni sont originaires de la communauté noire. De plus, on remarque une migration accrue parmi les professionnels de la santé dans l'UE. En raison de la plus grande diversité de la main-d'œuvre et des sociétés, les compétences interculturelles deviennent très importantes et il est nécessaire de fournir au personnel ces compétences pour de meilleures performances. Ces compétences incluent les compétences non techniques, la gestion de la diversité, la résolution des conflits ou la flexibilité sur le lieu de travail.

Comme les infirmiers et les médecins assument davantage de tâches de gestion, ils ont besoin d'une formation adéquate. La formation spécialisée est également nécessaire pour les directeurs hospitaliers afin de répondre aux besoins changeants de leur lieu de travail.

La mutation démographique devrait accroître les besoins de compétences, en relation avec des maladies plus chroniques et plus déficientes dont souffrent les individus de plus en plus âgés. Parallèlement, il faut également répondre à la demande croissante des patients de rester indépendants et de recevoir des soins à leur propre domicile¹. La plus grande autonomisation des patients nécessitera des compétences supplémentaires de la part du personnel soignant ainsi que des compétences pédagogiques et communicationnelles. Un nombre croissant de patients âgés peut entraîner des pénuries de personnel dans les domaines de la gériatrie ou une offre insuffisante de soins à domicile.

En Italie, les lois et les contrats de travail ont réévalué les compétences des infirmières et des professionnels de la santé afin de mettre à niveau les connaissances et compétences du personnel de la santé et de créer un service de santé plus moderne². Vous trouverez d'autres exemples d'initiatives visant à mettre à niveau et à reconnaître les compétences dans la section 5 de ce rapport.

4.3.2 Développement et redéfinition des rôles

Les besoins financiers et le besoin d'une plus grande efficacité ont entraîné une volonté d'organiser différemment les rôles dans les hôpitaux. Il y a une tendance générale à déléguer certaines tâches administratives et auxiliaires, mais également certaines tâches cliniques aux autres professionnels ou personnels auxiliaires. Ceci s'applique en particulier aux soins infirmiers où les rôles des infirmiers se sont étendus de manière à ce qu'ils puissent assumer certaines tâches effectuées auparavant par les médecins et au personnel assistant qui assume les tâches effectuées auparavant par les infirmiers. Cette tendance est particulièrement visible au Royaume-Uni et en Suède. Des exemples spécifiques incluent les infirmiers cliniques britanniques, qui assument les responsabilités des médecins, dans le domaine de l'oncologie ou de la tuberculose, par exemple.

Cette délégation de tâches a également lieu dans certaines catégories, telles que les infirmiers diplômés et non diplômés au Royaume-Uni, où ces derniers assument de nombreuses responsabilités des infirmiers diplômés. Les infirmiers diplômés, à leur tour, assument de nombreux rôles administratifs et de gestion.

Comme mentionné dans les sections précédentes, l'approche des soins a changé, elle inclut désormais les soins fournis au domicile des patients. Ceci entraîne la modification de

¹ Swedish Health Care in an International Context – a comparison of care needs, costs, and outcomes, Swedish Association of Local Authorities and Regions, Stockholm, 2005, p.4

² Aran: 'Assessment skills needs of health professions in Italy', conférence FSESP, Bruxelles 16-17 mars 2006

certaines programmes de formation. En Suède, par exemple, les infirmiers sont également formés à l'extérieur des hôpitaux pour fournir des soins au domicile des patients.

4.3.3 Émergence de nouveaux rôles

Une plus grande spécialisation et délégation des tâches à différents groupes professionnels ont souvent entraîné la création de nouveaux rôles. Au Royaume-Uni, le principal changement de rôles implique l'extension du rôle des infirmiers afin d'augmenter le nombre d'heures cliniques et chirurgicales des médecins. Il existe également de nouveaux rôles d'assistant pour augmenter la capacité des cadres supérieurs. Exemples de nouveaux rôles :

4.3.3.1 *Praticien de formation supérieure*

Ce rôle est développé par l'autorité sanitaire stratégique de Greater Manchester (Strategic Health Authority) pendant les 3 années à venir. Les principaux acteurs de développement du nouveau rôle ont été :

- la modernisation de la main-d'œuvre et l'offre de meilleurs services aux patients ;
- les réductions du nombre de postes de jeunes médecins à la suite de la Directive européenne sur le temps de travail ;
- la possibilité d'évolution de carrière offerte au personnel professionnel / diplômé et de développement de leurs compétences ; et
- la modification des méthodes de recrutement en raison du profil de la main-d'œuvre (grand nombre de personnes entre 30 et 40 ans)ⁱ.

Le rôle est un rôle dirigeant développé pour assister le personnel médical dont les départs en retraite sont très nombreuxⁱⁱ. Le nouveau rôle est supposé soulager le personnel médical de certaines tâches afin d'augmenter le temps passé à effectuer des tâches cliniques. Parallèlement, le rôle est destiné à pallier les pénuries de personnel. Les exemples de tâches du praticien de niveau supérieur incluent l'admission et la sortie, la prescription et le travail entre les services, les professions et les localités.

4.3.3.2 *Praticien assistant*

Le rôle est également développé par l'autorité sanitaire stratégique de Greater Manchester (Strategic Health Authority) dans le cadre du programme des assistants praticiens « Work, Earn and Learn » (Travailler, gagner et apprendre) établi en 2001. Le programme est un programme de formation en 2 ans au cours duquel les participants apprennent leur métier. Principales motivations au développement de ce rôle :

- amélioration de la capacité de la main-d'œuvre et de la qualité du service rendu aux patients ;
- baisse reconnue du nombre de personnel clinique en 2004-2005ⁱⁱⁱ ;
- prévision de pénuries de personnel clinique d'ici 2088/9 ; et
- augmentation des perspectives de carrière pour le personnel de soutien.

ⁱ Delivering the Workforce: The Mancunian Way, The reality of workforce redesign, Manchester Conference Centre, 28 avril 2005

ⁱⁱ Pour de plus amples informations sur le rôle, consultez le site :

http://www.gmsa.nhs.uk/core/dtw/advanced_practitioner_leaflet_the_advanced_practitioner_role.pdf

ⁱⁱⁱ *Delivering the Workforce – The Assistant Practitioner*, Workforce Development Confederation, Greater Manchester NHS, Learners Journey Conference, PPT presentation

Le rôle de praticien assistant est au-dessous du niveau d'infirmier diplômé et a pour but d'assister le praticien.

Les deux rôles sont considérés comme favorisant le mélange de compétences et la modernisation de la main-d'œuvre dans le secteur.

4.3.3.3 *Praticiens urgentistes*

En Pologne, les praticiens urgentistes sont devenus des membres importants des équipes ambulancières et peuvent effectuer de nombreuses tâches effectuées auparavant par les médecins. Bien que le rôle ne soit pas nouveau en tant que tel, son développement et son « utilisation » ont augmenté récemment, en particulier dans le cadre de la préparation d'une nouvelle loi sur les urgences médicales. Elle envisage un cursus séparé pour les praticiens urgentistes et règlemente de nombreux points comme la responsabilité professionnelle et l'étendue des responsabilités. La loi actuelle sur les urgences médicales n'a pas été appliquée en raison de sa complexité, ce qui a entraîné d'importants problèmes concernant la formation, l'évolution de carrière et l'étendue des responsabilités.

4.3.3.4 *Infirmiers en chef*

L'idée consistant à introduire le rôle de matrone moderne au Royaume-Uni est née d'une étude portant sur le point de vue du public concernant le système de santé NHS. Les résultats de l'étude ont montré qu'il y avait un grand désir du public de réintroduire le rôle de matrone. Historiquement, la matrone était une personne qui était chargée des soins infirmiers mais également de tâches diverses comme le nettoyage et la restauration. En réponse au point de vue du public, le gouvernement a décidé de réintroduire le rôle de matrone moderne. Le nouveau rôle est basé sur l'ancien rôle de matrone et doit offrir des qualités de dirigeant parmi le personnel hospitalier et contribuer à garantir la meilleure qualité possible de soins prodigués aux patients en offrant ainsi un seul et unique point de contact pour le public.

En 2001, le Great Ormond Street Hospital a commencé à appliquer ce rôle. Le travail comprenait les consultations avec de nombreux groupes qui discutaient par exemple sur le nom du poste. Comme il existait une forte opposition du personnel masculin pour que ce nouveau rôle soit appelé « matrone », il a été décidé que le nom du rôle serait « infirmier en chef ». La charge de travail comprenait 50 % de tâches cliniques pour conserver l'expérience clinique des infirmiers et 50 % d'assistance aux familles et aux patients dans divers domaines¹. Le grand avantage du nouveau rôle est la familiarité avec et la connaissance approfondie du milieu clinique. La description du rôle était très détaillée et il n'y a pas eu de mauvaise conception du rôle. Les principales faiblesses du nouveau rôle incluaient la confusion des rôles avec le rôle existant de garde-malade.

Il est prévu que le nouveau rôle offre une grande visibilité pour le personnel infirmier principal et contribue également à une meilleure qualité des soins pour les patients. Jusqu'à présent, le rôle a été évalué de manière positive en termes de satisfaction des patients. Néanmoins, il existe des doutes quant au fait que le rôle coïncide et chevauche ou non le rôle existant de garde-malade.

La compréhension de ces nouveaux rôles parmi le personnel a été un autre problème important. Le manque de compréhension peut être un grave obstacle pour l'introduction d'un nouveau rôle dans le système. Ceci peut être illustré par l'exemple de la Pologne où le rôle

¹ Modernising matrons, Roundabout, Great Ormond Street Hospital, août 2002, disponible à l'adresse suivante : <http://www.ich.ucl.ac.uk/roundabout/august02/matrons.html>

de sauveteur n'est pas souvent très apprécié par la direction de l'hôpital et est réduit à un rôle paramédical. Ceci entraîne une mauvaise utilisation des compétences et une certaine inefficacité dans les hôpitaux.

4.3.4 Principaux problèmes liés à l'offre de formation

L'un des principaux problèmes associés au développement de nouveaux rôles est la nécessité de développer une offre de formation appropriée et de générer le support des pairs. Certains rôles, comme indiqué dans la section précédente, sont expérimentés avant d'être intégrés dans le cadre de travail général des compétences/rôles. Pendant ces exercices, il est important que le nouveau rôle soit compris par les autres membres du personnel et qu'il soit suffisamment soutenu lors de son application. Dans de nombreux cas, l'introduction d'un nouveau rôle (ou la modification d'un rôle existant) est supervisée / mentorée par des personnes plus âgées. Néanmoins, comme certaines personnes interrogées l'ont indiqué, il arrive souvent qu'elles ne soient pas payées pour cette tâche, pour laquelle elles doivent faire preuve de compétences supplémentaires. Par conséquent, la qualité du support ainsi que la disponibilité du personnel et la volonté d'assumer plus de tâches peuvent être réduites.

L'aide financière des programmes de formation est souvent insuffisante voire inexistante. De nombreux systèmes de santé comme au Royaume-Uni ou en Pologne, sont confrontés à d'importants problèmes financiers. Il est ainsi difficile d'affecter des ressources suffisantes pour la formation. De plus, au Royaume-Uni, le problème des fonds de formation n'est pas nécessairement associé aux sommes totales mais à leur utilisation par les différents trusts. Certaines personnes interrogées ont déclaré que dans le passé, les fonds disponibles pour la formation ont parfois été utilisés pour compenser les problèmes financiers des trusts. Afin d'améliorer cette situation, une approche plus ciblée est nécessaire de la part des législateurs et une utilisation plus précise des fonds est également nécessaire.

De plus, il est souvent difficile pour la direction de libérer son personnel pour la formation car il quitte son poste et elle n'a personne pour remplacer cette absence. Dans le cas du Royaume-Uni, le NHS manque actuellement de personnel et connaît une crise financière qui joue également un rôle important en ce qui concerne les investissements de formation de la part des dirigeants. De nombreuses personnes ont mis en évidence ce facteur comme étant l'une des plus grandes difficultés dans l'offre de formation pour le secteur.

Il y a encore des gestionnaires qui perçoivent la formation comme une dépense plutôt qu'un investissement. Certaines autorités sanitaires n'offrent pas de formation car elles ont peur que le personnel parte. Cependant, il n'y a pas d'autres preuves confirmant cette tendance. De plus, il est prouvé que la formation du personnel améliore sa loyauté envers une institution sanitaire donnée et améliore ses performances¹.

L'approche de la formation et la volonté de suivre une formation sont un facteur très important. De nombreuses initiatives, comme SKILL en Irlande (cf. Section 5.1) et les projets initiés par Unison au Royaume-Uni (cf. Section 5.2) préparent le personnel de la santé à retourner en classe. De nombreux employés ont travaillé pendant de nombreuses années à leur poste mais n'ont pas participé à une activité de formation depuis leur diplôme. Par conséquent, il est important d'encourager les individus à retourner faire des études et à accroître les compétences et connaissances. D'autres projets visent à élaborer des méthodes permettant de valider l'apprentissage informel afin de faciliter l'emploi de migrants qualifiés parmi le personnel de santé (cf. Section 5.3).

¹ Entretien avec un représentant d'UNISON au Royaume-Uni (05/04/2006)

L'encouragement et le support offerts au personnel par la direction ne sont pas toujours suffisants pour l'inciter à suivre une formation. Dans certains cas, la relation entre l'amélioration des compétences et le salaire est très faible et n'incite pas à suivre une formation supplémentaire^I. Certaines personnes interrogées ont indiqué que bien que la relation entre le salaire et l'amélioration des compétences soit l'affaire d'un employeur individuel, la réussite des programmes de formation doit être liée à des progrès dans le travail.

L'importance des compétences interculturelles parmi le personnel de la santé est un point important qui est survenu au cours de l'étude. Les principaux problèmes qui interviennent en raison des barrières interculturelles sont l'échec dans la délégation des tâches et les faibles performances de l'équipe en général. Bien qu'il existe des initiatives destinées à la formation du personnel de la santé aux compétences interculturelles, il est généralement difficile de déterminer l'étendue et la nature de ces compétences. Ceci doit d'une part servir de base à la conception des cours de formation et d'autre part, d'ensemble de compétences pouvant être intégrées dans les standards professionnels et ainsi supportées par les programmes de formation et le contrôle.

L'offre de programmes de formation dans le secteur de la santé est un élément important des politiques de recrutement et de maintien en poste, ce qui est difficile dans certains pays. L'initiative britannique *Skills Escalator* a été conçue pour attirer davantage de travailleurs dans le secteur de la santé et leur permettre d'évoluer au travail, tout en garantissant ainsi un mélange de compétences dans le secteur. L'initiative envisage deux manières d'améliorer les compétences du personnel :

- Une personne avec un certain niveau professionnel peut développer ses compétences au même niveau de responsabilité ;
- Une personne peut développer ses compétences dans le but d'évoluer vers un autre niveau de responsabilité^{II}.

L'initiative adopte également une approche plus flexible des exigences d'admission, qui sont maintenant complétés par des programmes-pilotes et des conversions de rôle.

Les contraintes de charge de travail des travailleurs et la nécessité d'adopter une approche flexible de l'apprentissage mettent l'accent sur la validation de l'apprentissage informel qui peut contribuer à garantir un mélange des compétences dans le secteur.

^I Cf., par exemple : UNISON Student Nurse Survey 2005

^{II} Pour de plus amples informations, cf. : Site Web du ministère de la Santé publique britannique : www.doh.gov.uk. Cf. aussi : « Skills Escalator » à l'adresse suivante : <http://www.skillsforhealth.org.uk/workforce-1.php>

5.0 Initiatives nationales

5.1 Projet SKILL – Irlande

5.1.1 Contexte

Le service de la santé en Irlande est l'un des plus grands employeurs publics, avec 113 800 employés en 1998. En 2003, ce chiffre est passé à 171 800, soit une augmentation de 51 %. En 2001, le gouvernement a lancé une nouvelle stratégie nationale en matière de santé « *Quality and Fairness: A Health System for You* » (qualité et équité : un système de santé pour vous), qui a été précédée par une consultation publique et qui définit les objectifs de développement. On retrouve ainsi le développement des ressources humaines, c'est-à-dire la formation continue et l'amélioration continue des compétences et expériences de l'ensemble du personnel travaillant dans le secteur de la santé irlandais.

En 2004, le gouvernement a publié son programme de réforme de la santé (*Health Reform Programme*) qui envisage une mutation structurelle à grande échelle dans le secteur de la santé. En janvier 2005 également, un nouvel organisme de gestion de la santé (*Health Service Executive*) a été mis en place. L'idée du projet est basée sur les précédents travaux effectués pendant un certain nombre d'années, qui incluaient le rapport final du groupe de contrôle du personnel de la santé (2004) et la publication sur la reconnaissance et le respect du rôle (2003)¹. Les deux études identifient les écarts en termes d'offre de formation et de développement d'opportunités pour le personnel à des grades de soutien au sein des services de la santé.

5.1.2 Objectifs du projet

Le projet SKILL (*Securing Knowledge Intra Lifelong Learning*) vise à éduquer, développer et former le personnel de soutien aux services de la santé au maximum de leurs capacités afin d'améliorer leur rôle dans la qualité des services offerts aux patients / clients.

Actuellement, le personnel de soutien compte environ 28 500 personnes dans les hôpitaux irlandais.

Le personnel de soutien et les responsables de service de soutien incluent les assistants en santé, les porteurs, les assistants de restauration, le personnel de ménage, les personnes semi-qualifiées / les artisans / le personnel d'entretien, le personnel de soutien à domicile / le personnel de soins de proximité, le personnel de soutien à la famille, les assistants non spécialisés, les techniciens CSSD/TSSD, les assistants thérapeutes, les assistants orthophonistes, les aides de laboratoire et le personnel de blanchisserie, etc.

Les objectifs du projet pour le personnel de soutien et les responsables de services de soutien sont les suivants :

- offrir une opportunité de retour aux études ;
- mettre à jour et développer les connaissances, les compétences et améliorer l'efficacité professionnelle et par la même les services aux patients/clients ;
- accroître la satisfaction et la motivation afin de mieux contribuer à la réalisation de la mission organisationnelle ;

¹ Recognising and Respecting the Role, disponible à l'adresse suivante : <http://www.skillproject.ie/publications/rartr.doc>

- développer des domaines de compétences pour faire évoluer les exigences de « mélange de compétences » des services de la santé concernant le personnel et les problèmes de plans de relève ;
- contribuer à la réalisation d'un potentiel énorme ; et
- guider le développement du personnel et l'élaboration du plan de carrière.

Le projet est géré par une équipe qui est responsable et dirigée par le groupe d'orientation qui inclut les partenaires sociaux. L'une des premières étapes du projet SKILL consistait à développer un cadre de compétences pour les grades de soutien (ensemble de compétences associées à un rôle), outil utile permettant d'aider une entreprise et ses employés lorsqu'ils veulent mettre l'accent sur l'apprentissage et le développement de compétences et améliorer également les performances (cf. encadré ci-dessous pour plus de détails).

Cadre de compétences pour le personnel de soutien

Les huit compétences-clés sont la communication, le travail d'équipe, le développement personnel, les procédures, la législation et l'égalité, l'accent mis sur la personne, la flexibilité et l'adaptabilité, les compétences techniques, et la santé et la sécurité.

Les douze compétences spécifiques aux rôles incluent : l'administration, l'hygiène alimentaire, la conduite, la formation des autres, la gestion du matériel, les soins, la sensibilité, le traitement / les procédures sous contrôle, la cuisine, la nutrition, le nettoyage et la blanchisserie.

Ensemble de compétences pour les responsables de personnel de soutien

10 compétences-clés ont été identifiées pour les responsables de services de soutien selon quatre intitulés différents. Ceci inclut : la gestion des services (analyse et prise de décision, qualité et accent mis sur le client, la planification, l'organisation et la définition de priorités) ; la gestion de soi (changement et auto-développement, initiative, motivation et résilience) ; gestion des changements (changement de direction / réflexion stratégique, dirigeants) ; et gestion des performances (communication et influence, motivation, développement et autonomisation, établissement de relations efficaces)

Le recrutement du personnel de soutien n'est pas réglementé et la formation est généralement basée sur l'enseignement général. Le groupe de compétences est essentiellement destiné aux personnes plus âgées avec des compétences de base et qui manquent de confiance en elles pour concurrencer les compétences. Par conséquent, l'objectif du programme de formation est de relever leur niveau de compétences et de confiance. Il faut noter également que le personnel de soutien comprend un certain nombre de travailleurs d'âge avancé et moyen. Les cours ont lieu pendant la journée de travail et sont très flexibles pour le personnel.

Le projet en est encore à ses prémices. Récemment, l'analyse des besoins de formation a débuté et comprend un questionnaire sur les besoins d'apprentissage, destiné au personnel de soutien, ainsi que l'analyse des connaissances, compétences, attributs et motivations

requis de la part du personnel de soutien et de leurs supérieurs pour effectuer efficacement leurs rôles et obligations¹.

5.2 Programmes Unison du Royaume-Uni

On estime qu'environ 1/3 des employés du système de santé britannique sont non qualifiés. La vaste majorité d'entre eux sont mal rémunérés, travaillent à des grades de soutien et sont principalement des femmes, d'origines ethniques différentes. Malgré les nombreuses activités de formation organisées dans le secteur de la santé, ces groupes ont généralement peu ou pas du tout accès à la formation. Environ 40 % des employés du système de santé britannique reçoivent moins de 3 jours de formation par an. Il existe ainsi une grande inégalité dans la répartition de la formation dans le secteur. Afin de corriger cette inégalité, Unison travaille en partenariat avec les gouvernements locaux, le secteur de la santé ou de l'éducation pour offrir une formation à ces groupes en mettant au point un accord entre les employeurs et un fournisseur d'accès à des services de formation. Comme Unison est en possession de quelques programmes d'apprentissage accrédités offerts par des établissements d'enseignement supérieur, il est en position d'effectuer cette négociation.

Les cours peuvent être divisés en trois groupes :

- compétences pour les cours de la vie : compétences littéraires, arithmétiques, linguistiques et informatiques ;
- cours d' « apprentissage de la seconde chance » pour les employés qui n'ont pas suivi de cours depuis qu'ils ont quitté l'école ;
- cours professionnels : offerts en partenariat avec l'université à distance, pour les membres du personnel qui veulent passer à un grade supérieur (par exemple, d'assistant en santé à infirmier diplômé).

Les initiatives mentionnées ci-dessus interviennent dans le cadre du projet *Skills Escalator* (cf. Section 4.3.4 pour plus de détails). L'idée de base de cette initiative est d'offrir au personnel des opportunités d'évolution professionnelle. Les exemples de cours incluent les programmes de retour à l'apprentissage (*Return to Learn*) et des techniques d'étude (*Study Skills*).

5.2.1.1 Programmes *Return to Learn* (Retour à l'apprentissage) et *Study Skills* (Techniques d'étude)

La principale motivation à l'introduction de programmes de formation a été le profil d'âge des assistants en santé, dont la plupart ont 40 ans et plus et les élèves-infirmiers ont commencé leurs études à l'âge de 26 ou 27 ans. Unisonⁱⁱ a travaillé avec différents employeurs et l'université à distance pour développer des programmes qui encourageraient le personnel à retourner étudier et à mettre à niveau leurs compétences. On a pu constater que les compétences cliniques du personnel de soutien étaient très élevées mais comme de nombreux membres du personnel ne sont pas retournés en classe depuis leur diplôme, la plupart sont réticents à retourner apprendre.

ⁱ SKILL News, Issue 1, février 2006

ⁱⁱ Unison est le plus grand syndicat de Grande-Bretagne avec 1,3 million de membres représentant principalement les travailleurs du secteur public, les entreprises publiques ou les entreprises privées fournissant des services publics. Pour de plus amples informations, cf. : www.unison.org.uk

Le programme mettait alors l'accent sur le retour du personnel sur les bancs d'école via le programme :

- Return to Learn (Retour à la formation) qui mettait l'accent sur les compétences telles que la lecture et l'écriture, l'apprentissage, la recherche, la compréhension et l'expression de points de vue, etc.
- Study Skills (Techniques d'étude) qui s'étalait sur 8 ou 16 semaines pour aider à développer des compétences plus académiques parmi le personnel (8 semaines à temps plein et 16 à temps partiel). Le programme se terminait par un petit examen¹.

Les deux programmes préparaient le personnel à suivre des diplômes d'infirmier et à évoluer ainsi dans leur carrière.

Un programme similaire a été initié par les hôpitaux South London & Maudsley Mental Hospital, il était destiné au personnel administratif et devait les orienter vers des diplômes de service social (jusqu'au niveau maîtrise).

Unison participe également à l'élaboration de programmes pour les employés qui ne veulent pas obtenir de diplôme mais qui souhaitent cependant ne pas perdre contact avec l'environnement éducatif. Les cours offerts incluaient par exemple les questions morales, éthiques et légales concernant les soins palliatifs et visaient à mieux préparer le personnel à affronter ces questions pendant leur travail quotidien.

Les autres motivations incluaient le mélange ethnique des HCA, qui sont principalement issus des communautés noires. Parallèlement, le nombre d'infirmiers noires et asiatiques diminue et le recrutement a fortement diminué. Les projets étaient également destinés à encourager le personnel issu de la communauté noire à progresser dans les soins infirmiers.

La méthodologie adoptée par Unison, la négociation d'accords entre les employeurs et les fournisseurs de services d'accès à la formation, peut être appliquée à une grande variété de secteurs. Cependant, il existe certaines difficultés rencontrées dans le secteur indépendant où le taux de syndiqués a tendance à être très faible et certains employeurs ne veulent pas coopérer avec les syndicats.

5.2.1.2 Profil professionnel des HCA

Le profil professionnel des HCA était un processus interactif, où les participants ont dû subir une analyse F.F.P.M. d'eux-mêmes et identifier leurs forces et faiblesses ainsi que les mesures à prendre pour améliorer leurs compétences. Les participants ont dû également réfléchir sur leurs performances et les moyens de les améliorer à l'avenir.

5.3 Suède

5.3.1 Validation de l'apprentissage informel en Suède

Le centre de validation de Gothenburg a développé des méthodes de validation et proposé des « processus de validation ». Actuellement, le centre offre la validation dans les secteurs et professions ci-après :

- Santé : aide-soignant (undersköterska),

¹ Cf., par exemple : Unison Open College <http://www.unison-opencollege.org/aaa/rtl.shtml>

- Construction : maçon, ouvrier de chantier, compétences en matière de construction en bois/béton,
- Technologie et production : ingénierie d'atelier, soudeur et électricien,
- Commerce : administration commerciale.

Le processus de validation est divisé en trois étapes :

- contrôle de l'expérience professionnelle ;
- évaluation par un conseiller, pendant laquelle les connaissances et les compétences de la personne sont évaluées pendant, par exemple, une observation au poste de travail ;
- tâche à partir de laquelle les compétences de la personne sont validées et qui est effectuée sous le contrôle d'un conseiller ou d'un professeur d'enseignement professionnel.

La durée du processus de validation varie entre 1 à 8 semaines selon le secteur¹.

5.3.2 Professions reconnues officiellement / déclarées

Le projet a pour objectif d'offrir un cours de suédois accéléré et d'aider à valider les qualifications des médecins étrangers, ainsi que les autres professionnels de la santé. Il doit également aider à rechercher des emplois.

Les partenaires du projet sont les suivants : l'agence régionale pour l'emploi (*County Labour Board*) du comté de Västra Götaland, la région du Västra Götaland, l'université de Göteborg, les universités régionales et le centre de validation de la région de Göteborg. Le projet a débuté en 1999 et s'est poursuivi par trois phases supplémentaires, en 2001, 2003 et 2004. Il visait les demandeurs d'asile et les immigrants avec des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé. La phase de 1999 a commencé avec l'objectif de réduire le temps nécessaire aux médecins étrangers pour valider leurs qualifications. Le projet offrait une formation intensive et personnalisée du suédois et une aide pour les préparer aux examens écrits et pratiques nécessaires par le *Swedish National Board of Health and Welfare* (conseil national de la santé et de la protection sociale suédois). Le projet a connu un grand succès car à la fin du projet, 70 médecins sur 90 ont trouvé un emploi. La phase de 2001 a étendu le domaine d'application aux professions réglementées et comprenait les pharmaciens, les dentistes et les infirmiers. La phase de 2003 était basée sur les expériences des deux projets précédents, en adoptant cette fois une approche plus flexible, par exemple, envers les personnes dont les familles vivent loin des centres universitaires. Les participants, essentiellement des médecins et des infirmiers, ont profité de l'apprentissage à distance et de la formation assistée par ordinateur. Les outils de formation comprenaient des méthodes d'auto-évaluation des compétences existantes et d'évaluation des performances. La quatrième phase a commencé en 2004, avec l'aide du Fonds européen pour les réfugiés, et visait les demandeurs d'asile ayant une formation médicale.

Le projet a été un succès en termes de quantité et de qualité. La plupart des participants ont été engagés après la mise en place de l'initiative ou ont trouvé le processus d'enregistrement et d'enculturation plus simple. De plus, l'approche de l'apprentissage à distance a permis à certains groupes, en particulier ceux provenant de zones éloignées, de participer à la formation.

¹ European Inventory on Validation of non-formal and informal learning, ECOTEC Final Report, 2005, p.293

6.0 Rôle du dialogue social sectoriel

6.1 Collecte et analyse des informations

En raison de la complexité du sujet des qualifications, de la formation et de la qualité des soins, les partenaires sociaux doivent mettre l'accent sur la collecte d'informations qui sont fiables et comparables. Actuellement, en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale, il existe un manque de données qui rend difficile l'évaluation de la pénurie de personnel¹. Ces informations, une fois analysées, doivent servir de base aux solutions proposées au niveau national et européen.

Les partenaires sociaux peuvent jouer un rôle important dans le partage des informations sur les politiques d'éducation et de formation dans les États membres ainsi que sur les principaux développements de politiques dans le domaine. Il peut également être utile d'avoir un aperçu des systèmes d'offres d'éducation et de formation dans chaque pays, et de son analyse F.F.P.M.. Grâce à ces informations, les partenaires sociaux peuvent contribuer fortement à développer des stratégies de planification du personnel dans le secteur. De plus, les partenaires sociaux peuvent aider à établir des règles communes de planification du personnel, en particulier étant donné que c'est souvent incohérent.

6.2 Échange d'informations au niveau européen

Les informations collectées et les expériences peuvent être partagées au niveau européen. Il a également été observé que les partenaires sociaux peuvent mieux utiliser les informations déjà collectées par les différents organismes, comme la Fédération européenne des associations infirmières². Un tel échange profitera sans aucun doute du partage des exemples de bonnes pratiques, en particulier entre les anciens et les nouveaux États membres. De même : les approches de directives n'ayant pas caractère obligatoire – méthode ouverte de coordination – peuvent apporter une contribution supplémentaire.

Le dialogue social au niveau européen peut créer des opportunités d'approches communes des employeurs et des employés vers les pénuries d'effectifs et de main-d'œuvre qualifiée et leur meilleur contrôle. Ceci aide également à élaborer des actions appropriées pour répondre aux besoins de compétences dans le secteur.

6.3 Participation au processus législatif

Les partenaires sociaux sont bien placés pour exercer une pression politique au niveau national et européen via des groupes d'encadrement ou des organismes sectoriels. Les partenaires sociaux peuvent jouer un rôle important dans la fourniture de preuves et d'expériences aux nombreuses initiatives, comme les études, la collecte de données, les

¹ Cf., par exemple : The free movement of nurses and doctors within Europe provides new employment opportunities. But will it also perpetuate existing shortages? Glenn Gathercole provides the perspective of the Standing Committee of Nurses of the European Union, 14 juillet 2003, disponible à l'adresse suivante : <http://www.eph.org/a/521>

² Rapport de l'atelier « Évaluation des besoins de compétences », Bruxelles, 17 mars 2006 dans le cadre de la conférence sur la formalisation du dialogue social sectoriel européen, 16-17 mars 2006, Bruxelles

évaluations d'impact, etc. Ces données aident à élaborer des propositions de politiques appropriées et importantes au niveau national et européen.

6.4 Promotion du concept d'apprentissage permanent

Le dialogue social ne doit pas nécessairement impliquer le processus de négociation du salaire et des conditions de travail. L'un des points de vue du syndicat est que le dialogue social doit également favoriser le développement de ses membres. Les partenaires sociaux souhaitent avoir un rôle proactif et participer à la formation des futurs développements dans le secteur. Les partenaires sociaux souhaitent avoir un rôle actif dans la formation du changement en étant informés et consultés sur les raisons du changement et ses implications¹.

6.5 Promotion du dialogue social sectoriel

Les partenaires sociaux doivent jouer un rôle important dans la promotion du dialogue social sectoriel dans les pays où de tels accords n'existent pas. Dans le cas de la Pologne, le principal problème du dialogue social sectoriel est la fragmentation des syndicats et l'absence d'une organisation d'employeurs dans le secteur de la santé. Les difficultés liées à l'établissement d'une organisation d'employeurs peuvent venir du fait que les hôpitaux et les urgences sont publics et considérés comme dépendants de l'État. Par conséquent, le dialogue social a lieu entre les syndicats et l'État et non entre les syndicats et la direction de l'hôpital. Un autre problème important est souvent le manque de volonté de la part de la direction à participer au dialogue social avec les syndicats.

Un autre exemple inclut le Royaume-Uni où le secteur indépendant, qui devrait devenir de plus en plus important en raison de la réforme envisagée, refuse souvent d'introduire l'idée de dialogue social.

¹ Thornley C., Still waiting?: Non-registered nurses in the NHS – an update, September 2005 in: Roles, responsibilities and awards, Evidence to the 2006/2007 Pay Review Body, Unison, 2006, p.13

7.0 Conclusions

Le secteur hospitalier est confronté à plusieurs défis. Premièrement, les pressions économiques visent à améliorer l'efficacité des hôpitaux et du secteur public ainsi que la qualité des services. Deuxièmement, le concept et le rôle des soins ont évolué et comprennent désormais les soins à domicile et la proximité des soins par rapport au domicile des patients. Troisièmement, le progrès technologique constant et les avancées médicales nécessitent une amélioration continue des compétences du personnel et souvent une réorganisation du travail à la suite des améliorations techniques. Quatrièmement, les mutations démographiques dans les sociétés européennes, comme le vieillissement, ont entraîné des pénuries d'effectifs et de compétences dans le secteur de soins, notamment les hôpitaux. Dernièrement, certains développements réglementaires, comme la Directive européenne sur le temps de travail ou les plafonds d'emplois pour les professions en Irlande ont entraîné une réorganisation du travail parmi les différentes catégories de personnel.


Les pénuries d'effectifs et de main-d'œuvre qualifiée sont aggravées par les difficultés de recrutement et de rétention des nouveaux arrivants dans le secteur de la santé. Par conséquent, les employeurs sont obligés de changer leur approche du recrutement et de rétention dans les hôpitaux en modifiant et en développant les rôles existants, en modifiant ainsi le mélange des compétences dans le secteur. Comme le nombre d'employés médicaux dans le secteur de la santé diminue, certaines tâches qu'ils effectuaient précédemment ont été déléguées à différentes catégories professionnelles, notamment les soins infirmiers. Il peut également être observé que les rôles d'assistant augmentent fortement en matière de soutien pour les professions de soins infirmiers et médicales. Certains exemples des nouveaux rôles développés récemment incluent le praticien de formation supérieure et le praticien assistant, l'infirmier en chef et le praticien urgentiste.

De plus, les employeurs décident d'employer des professionnels de la santé étrangers pour compenser les pénuries d'effectifs. Bien que le recrutement à l'étranger connaisse un vif succès, certains pensent qu'à long terme, cela ne résoudra pas le problème de pénurie de compétences car il n'augmente pas le personnel dans le secteur.

Afin de soutenir avec succès le développement de nouveaux rôles dans le secteur, il est nécessaire d'offrir une formation appropriée. L'un des problèmes soulevés par certaines personnes interrogées a été l'inégalité dans l'offre de formation parmi le personnel de santé. Au Royaume-Uni, l'exemple inclut la négligence relative des besoins de formation du personnel de soutien, qui, dans certains pays, représente un pourcentage important de la main-d'œuvre. Un autre problème important est l'approche de la formation de la part de la direction sanitaire qui, dans une certaine mesure, perçoit la formation comme une dépense et non un investissement. Enfin, en raison du manque de personnel dans de nombreux établissements de santé, il est difficile de libérer du personnel pour la formation.

Un autre problème important qui est survenu est l'importance de la planification des effectifs dans le secteur et de garantir sa cohérence au niveau régional et national. L'un des problèmes survenus pendant les entretiens a été le besoin de mettre l'accent sur le secteur de la santé indépendant.

Dans le contexte du recrutement à l'étranger, il est nécessaire de garantir un système efficace et transparent de reconnaissance des qualifications des professionnels de la santé.



En raison du manque de données dans le secteur, il est souvent difficile de contrôler les compétences et même la situation de l'emploi dans le secteur hospitalier. Bien qu'il existe des organismes qui collectent les données sur certaines professions et éléments sélectionnés, comme l'offre de formation, l'image générale du secteur n'est pas complète. Par conséquent, le rôle des partenaires sociaux pourrait inclure la collecte et le partage des informations. De plus, les partenaires sociaux peuvent contribuer fortement à formuler des politiques et stratégies de planification des effectifs. Une telle contribution peut intervenir via la participation au processus législatif ou via l'échange d'informations et de bonnes pratiques au niveau national et européen.

L'un des défis pour les partenaires sociaux est de promouvoir l'idée de dialogue social sectoriel. Dans certains pays, comme la Pologne, le dialogue social sectoriel pour la santé a principalement lieu entre les syndicats et l'État en raison de l'absence d'une organisation d'employeurs.

8.0 Bibliographie

1. Aran: 'Assessment skills needs of health professions in Italy', conference FSESP, Bruxelles 16-17 mars 2006
2. Site Web de la Commission européenne (présentation des professions réglementées) : http://europa.eu.int/comm/internal_market/qualifications/regprof/regprofs/dsp_bycountry.cfm
3. National Report 2004 Sweden, The Swedish Association of Hospital Physicians, AEMH 05/022, 12.04.2005
4. Healthcare expenditure: a future in question, L'Observateur OCDE, décembre 2001
5. Our health, our care, our say: a new direction for community services, janvier 2006, disponible à l'adresse suivante : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/74/59/04127459.pdf>
6. Quality and Fairness: A Health System for You, Health Strategy, Department of Health and Children, Ireland, 2001
7. Nolte E., Human resources for health and health system functions: trends, opportunities and challenges, European Observatory on Health Systems & Policies, 2nd Policy Dialogue in the Baltic Countries, Vilnius, 26-27 septembre 2005, PPT presentation
8. UNISON National Student Survey 2005, UK
9. The Healthcare System in Sweden, Factsheet, disponible à l'adresse suivante : http://www.sweden.se/templates/cs/BasicFactsheet_6856.aspx
10. Country report – Germany, Association européenne des médecins des hôpitaux, AEMH 04/029, avril 2004
11. Working Time Directive, Pilots Programme Report, NHS Modernising Agency, 12 January 2005, à l'adresse suivante : <http://www.wise.nhs.uk/sites/workforce/usingstaffskillseffectively/Document%20Library/1/WTD%20Final%20Report.pdf>
12. Swedish Health Care in an International Context – a comparison of care needs, costs, and outcomes, Swedish Association of Local Authorities and Regions, Stockholm, 2005
13. Healthcare workforce in Europe: Problems and solutions, Final report of HOPE's study group on Workforce Issues, Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Brussels, 12 mai 2004
14. Delivering the Workforce: The Mancunian Way, The reality of workforce redesign, Manchester Conference Centre, 28th April 2005, PPT presentation
15. Pour de plus amples informations sur le rôle, consultez le site : http://www.gmsa.nhs.uk/core/dtw/advanced_practitioner_leaflet_the_advanced_practitioner_role.pdf
16. Delivering the Workforce – The Assistant Practitioner, Workforce Development Confederation, Greater Manchester NHS, Learners Journey Conference, PPT presentation
17. Modernising matrons, Roundabout, Great Ormond Street Hospital, August 2002, disponible à l'adresse suivante : <http://www.ich.ucl.ac.uk/roundabout/august02/matrons.html>
18. Skills needs in the Irish economy: The Role of Migration
19. Site Web du ministère de la Santé publique britannique : www.doh.gov.uk.
20. Site Web de Skills for Health : www.skillsforhealth.org.uk
21. « Skills Escalator » à l'adresse suivante : <http://www.skillsforhealth.org.uk/workforce-1.php>
22. Sector Skills Agreement: <http://www.skillsforhealth.org.uk/ssa/about.php?page=1>

23. Réforme du système pour la reconnaissance des qualifications professionnelles (SCADPlus) à l'adresse suivante : <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11065.htm>
24. Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil du 7 septembre 2005 concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255, 30.9.2005, p.22-142 Recognising and Respecting the Role, disponible à l'adresse suivante : <http://www.skillproject.ie/publications/rartr.doc>
25. SKILL News, Issue 1, février 2006
26. European Inventory on Validation of non-formal and informal learning, ECOTEC Final Report, 2005
27. The free movement of nurses and doctors withing Europe provides new employment opportunities. But will it also perpetuate existing shortages? Glenn Gathercole provides the perspective of the Standing Committee of Nurses of the European Union, 14 juillet 2003, disponible à l'adresse suivante : **Error! Hyperlink reference not valid.**
28. Rapport de l'atelier « Évaluation des besoins de compétences », Bruxelles, 17 mars 2006 dans le cadre de la conférence sur la formalisation du dialogue social sectoriel européen, 16-17 mars 2006, Bruxelles
29. Thornley C., Still waiting?: Non-registered nurses in the NHS – an update, September 2005 in: Roles, responsibilities and awards, Evidence to the 2006/2007 Pay Review Body, Unison, 2006
30. Roles, responsibilities and awards, Evidence to the 2006/2007 Pay Review Body, Unison, 2006