



Promouvoir des politiques réalistes en matière de vieillissement actif 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

Promouvoir des politiques réalistes en matière de vieillissement actif dans le secteur hospitalier

Rapport final à la FSESP et l'HOSPEEM

C3169 / Mai 2006

ECOTEC Research & Consulting

Anne-Mari Nevala

► 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	Méthodologie.....	2
2.0	Changements démographiques	3
2.1	Taux d'emploi des travailleurs âgés	4
3.0	Profil d'âge du personnel hospitalier.....	7
4.0	Défis posés par le vieillissement de la main-d'œuvre	15
4.1	Perte de main-d'œuvre qualifiée / incapacité à recruter des jeunes gens	15
4.2	Demande de services de santé	16
5.0	Réponses aux défis.....	17
5.1	Approche stratégique globale.....	17
5.2	Répondre au problème par la négociation collective au niveau national	21
5.3	Conserver le bien-être et la motivation du personnel âgé	22
5.4	Développement des options d'emploi et de retraite flexibles	23
5.5	Gérer le transfert des connaissances.....	24
5.6	Mécanismes pour une meilleure planification des effectifs	25
5.7	Stratégies en matière d'ergonomie et H&S	25
5.8	Éliminer la discrimination fondée sur l'âge.....	26
5.9	Accès à la formation tout au long de la carrière	27
5.10	Une perspective irlandaise	28
5.11	Une perspective italienne	30
6.0	Conclusions	34

1.0 Introduction

La présente étude illustre le profil d'âge du personnel hospitalier en Europe et identifie et analyse les initiatives menées au sein du secteur hospitalier, qui ont répondu au problème du vieillissement de la main-d'œuvre. La Fédération syndicale européenne des Services publics (FSESP) et l'Association européenne des employeurs hospitaliers (HOSPEEM) ont commandité l'étude, qui a reçu le soutien de la Commission européenne sous la ligne budgétaire 04.03.03.01.

Le développement du dialogue social au niveau européen dans le secteur hospitalier a commencé par une conférence en mai 2000. Une seconde conférence a eu lieu en 2002 et a souligné l'importance du développement d'un dialogue à la lumière de l'élargissement. La conférence a également mis en exergue deux questions-clés du dialogue social sectoriel ; les questions relatives à la libre circulation des travailleurs et aux pénuries de main-d'œuvre qualifiée auxquelles font face les hôpitaux dans bon nombre de pays d'Europe occidentale. Alors que ces questions demeurent, le vieillissement actif est de plus en plus d'actualité et son profil continue à augmenter principalement en raison des changements démographiques, de la position précaire des travailleurs âgés sur le marché du travail et des mesures récentes prises par les gouvernements visant à retarder l'âge de la retraite.

La conférence HOSPEEM / FSESP organisée les 16 et 17 mars 2006 constituait la quatrième réunion paneuropéenne avec comme principal objectif de formaliser le dialogue social dans le secteur hospitalier au sein de l'Union européenne. Les premiers résultats de cette étude ont été présentés lors de cette conférence. Ce rapport final présente les résultats de l'étude et prend en compte les commentaires et points de vue des participants à la conférence. De manière plus spécifique, ce rapport donne un aperçu du profil d'âge du personnel hospitalier dans l'UE (UE-25) et expose de façon détaillée les différences entre les « anciens » (UE-15) et les « nouveaux » (UE-10) États membres.

Outre un aperçu du secteur hospitalier, cette étude présente également une série d'études de cas d'initiatives régionales et locales visant à relever les défis posés par les changements démographiques et à promouvoir des mesures réalistes contre le vieillissement actif parmi le personnel hospitalier. Les initiatives nationales soutenues par les employeurs et les syndicats ont également été étudiées.

Enfin, ce rapport évalue également les manières dont le dialogue social sectoriel au niveau européen peut contribuer à répondre au problème du vieillissement de la main-d'œuvre.

1.1 Méthodologie

Les données Eurostat ont été utilisées pour fournir un aperçu des modèles et tendances en matière de profil d'âge des professionnels de la santé et des travailleurs du secteur hospitalier dans l'Union. L'analyse se rapporte au profil d'âge des travailleurs de la santé et de l'action sociale (code NACE : N) par sexe, et examine les tendances et modèles entre les anciens et les nouveaux États membres. Vu que les données Eurostat ne sont pas exhaustives pour tous les nouveaux États membres¹ et par souci de fiabilité et de représentativité² de l'Enquête sur la main-d'œuvre, les données à l'échelle européenne ont été complétées par des statistiques provenant de sources nationales pour certains pays étudiés. Il convient de noter que les données détaillées Eurostat pour les « travailleurs de la santé humaine » n'ont pas été analysées dans le cadre de la présente étude : il ressort de discussions avec Eurostat que les données ne sont pas complètement représentatives et ne sont pas disponibles pour tous les États membres.

Afin de compléter l'analyse statistique, une série d'entretiens par téléphone avec des organisations de partenaires sociaux des pays faisant l'objet de l'étude ont été menées, ainsi que quatre études de cas détaillées. Les pays étudiés étaient : le Royaume-Uni, le Danemark, l'Allemagne, la Suède, la France, la République tchèque et la Pologne. Quelques études de cas de bonnes pratiques ont été fournies, tandis que l'étude de cas sur l'Italie examine les raisons pour lesquelles la promotion du vieillissement actif n'est pas répandue dans les hôpitaux italiens.

¹ À savoir : la Chypre, l'Estonie, la Lettonie et Malte.

² Il se peut que les données Eurostat ne soient pas fiables lorsque la taille de l'échantillon de l'Enquête sur la main-d'œuvre est limitée.

2.0 Changements démographiques

La population de l'Union Européenne vieillit en raison de faibles taux de natalité et de l'accroissement de l'espérance de vie. Parallèlement, le nombre de jeunes arrivants sur le marché du travail est en régression. D'ici 2015, une personne active sur trois aura plus de 50 ans et d'ici 2025, le taux annuel de la croissance démographique sera négatif dans la majorité des pays de l'Union.

Les motifs d'ordre économique et social justifiant le vieillissement actif sont clairs :

- les avantages économiques concernent la rétention des compétences, des connaissances et de l'expérience des travailleurs plus âgés, bien qu'il y ait actuellement un débat sur la productivité et l'efficacité de ces derniers ;
- au niveau social, le vieillissement de la population pose des difficultés en termes de systèmes de protection sociale, de retraite et de soins de santé.

Le vieillissement reste une préoccupation politique au sein de l'UE et le vieillissement actif a été prôné comme l'un des remèdes en vue de contrer la hausse du coût découlant du vieillissement de la population et de soutenir la viabilité financière des systèmes de sécurité sociale.

Le vieillissement actif et l'embauche de travailleurs âgés sont tous deux coulés dans la Stratégie de Lisbonne, par le biais de l'objectif visant à accroître les taux d'activité des travailleurs âgés de 50 cent pour cent d'ici 2010, et d'orientations politiques liées, telles que la Ligne directrice 17 des Lignes directrices intégrées pour la croissance et l'emploi – *Appliquer des politiques de l'emploi visant à atteindre le plein emploi, à améliorer la qualité et la productivité du travail et à renforcer la cohésion sociale et territoriale* (adoptée en décembre 2005). En effet, la récente Communication « *Actions communes pour la croissance et l'emploi : le programme communautaire de Lisbonne* » (Com (2005), final, Bruxelles, 20/07/2005), énonçait un engagement de la Commission pour aider les gouvernements des États membres à mettre au point des stratégies pour un vieillissement actif comme suit :

« Pour attirer et maintenir plus de gens au travail, la Commission aidera les États membres dans la mise au point de stratégies pour un vieillissement actif, notamment des mesures pour prolonger les années de vie en bonne santé. Pour compléter les activités du Fonds social européen, la Commission a proposé un Programme d'apprentissage tout au long de la vie pour soutenir les activités à l'échelle de l'Union et la constitution de réseaux dans ce domaine ».

Cette recommandation visant à mettre au point des stratégies pour un vieillissement actif cadre avec les priorités politiques fixées dans le Rapport Kok de 2003, qui reconnaissait que « *sans mesures urgentes et drastiques visant à inverser les tendances actuelles, les États membres n'ont aucune chance d'approcher, et encore moins d'atteindre, les objectifs européens consistant à augmenter l'emploi des travailleurs âgés et à relever l'âge de fin d'activité* ». En effet, le rapport 2005 Emploi en Europe renforce la nécessité d'agir :

« Pour atteindre le taux d'emploi cible de Stockholm pour les personnes âgées, l'on estime que l'emploi des personnes du groupe d'âge entre 55 et 64 ans devrait augmenter de quelque 7,5 millions entre 2004 et 2010, soit environ de 1,3 million par an. Sur la période allant de 2000 à 2004, l'emploi parmi ce groupe

d'âge a augmenté de quelque 800 000 unités en moyenne par an. C'est pourquoi, malgré les progrès récents en matière de taux d'emploi parmi les personnes âgées, il faut multiplier les efforts si l'on souhaite atteindre l'objectif en 2010.

En 2005, la Commission européenne a publié un Livre vert sur les changements démographiques et la solidarité entre les générations, qui doit bientôt (mai/juin 2006) être suivi par une Communication analysant les réponses reçues et formulant des recommandations politiques relatives aux mesures à prendre pour faire du vieillissement actif une réalité.

2.1 Taux d'emploi des travailleurs âgés

Le taux d'emploi des travailleurs âgés (55-64 ans) au sein de l'Union a augmenté de 36 pour cent en 2000 à 42 pour cent en 2004 (voir tableau 2.1). La croissance est certes manifeste tant dans les anciens que dans les nouveaux États membres, mais le taux d'emploi des travailleurs âgés dans l'UE-15 est en moyenne huit pour cent plus élevé que dans les nouveaux États membres (46 pour cent en 2004 dans les anciens États membres par rapport à 38 pour cent dans l'UE-10). En 2004, le taux d'emploi cible de 50 pour cent n'avait été atteint qu'au Danemark, au Portugal, en Estonie, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. Au même moment, cependant, moins d'un tiers des travailleurs âgés entre 55 et 64 ans n'avait pas de travail en Slovénie, en Slovaquie, en Pologne, en Autriche, en Belgique, en Italie, au Luxembourg, à Malte et en Hongrie.

Au sein de l'UE-15, en 2004, la Suède (69,1 pour cent), le Danemark (60,3 pour cent) et le Royaume-Uni (56,2 pour cent) détenaient une part établie et assez importante de travailleurs âgés actifs sur le marché du travail, ce qui contrastait surtout avec l'Autriche (28,8 pour cent) et la Belgique (30 pour cent) à l'autre extrémité du spectre. Tandis qu'il y a une tendance à la hausse du taux d'emploi des travailleurs âgés en Belgique, le taux d'emploi parmi le groupe d'âge 55-64 ans n'a pas évolué entre 2000 et 2004 en Autriche.

Parmi les États membres de l'UE-10, l'Estonie (52,4 pour cent) et la Lettonie (49,9 pour cent) ont une part relativement élevée de travailleurs âgés toujours actifs sur le marché du travail – taux supérieurs à la moyenne des taux de l'UE-15. La majorité des États membres de l'UE-10 a connu un accroissement du taux d'emploi dépassant la moyenne UE-25 entre 2000 et 2004. De plus, malgré le fait qu'ils détiennent la part la plus faible de travailleurs âgés dans l'UE-25, la Slovénie et la Slovaquie ont néanmoins affiché des signes de la croissance du taux relatif de leurs travailleurs âgés respectifs depuis l'an 2000 (hausse de 6,3 pour cent et de 5,5 pour cent pour atteindre 29 pour cent et 26,8 pour cent respectivement). Cependant, en Pologne, le taux d'emploi des travailleurs âgés a baissé en réalité de quelque 2,2 pour cent. En 2004, la Pologne affichait le taux d'emploi le plus faible de travailleurs âgés parmi l'UE-25.

Tableau 2.1 : Taux d'emploi des travailleurs âgés (55-64) 2000, 2004 et changements 2000/04 (%)

PAYS	2000	2004	Changement 2000/04	PAYS	2000	2004	Changement 2000/04
<i>Moy. UE-15</i>	39	46	7	<i>Moy. UE-10</i>	33	38	5
Belgique	26,3	30	3,7	Rép. tchèque	36,3	42,7	6,4
Danemark	55,7	60,3	4,6	Estonie	46,3	52,4	6,1
Allemagne	37,6	41,8	4,2	Chypre	49,4	49,9	0,5
Grèce	39	39,4	0,4	Lettonie	36	47,9	11,9
Espagne	37	41,3	4,3	Lituanie	40,4	47,1	6,7
France	29,9	37,3	7,4	Hongrie	22,2	31,1	8,9
Irlande	45,3	49,5	4,2	Malte	28,5	31,5	3
Italie	27,7	30,5	2,8	Pologne	28,4	26,2	-2,2
Luxembourg	26,7	30,8	4,1	Slovénie	22,7	29	6,3
Pays-Bas	38,2	45,2	7	Slovaquie	21,3	26,8	5,5
Autriche	28,8	28,8	0				
Portugal	50,7	50,3	-0,4				
Finlande	41,6	50,9	9,3				
Suède	64,9	69,1	4,2				
Royaume-Uni	50,7	56,2	5,5				
<i>UE-25</i>	36	42	6				

Source : Eurostat, Enquête sur la main-d'œuvre, 2006

Si l'on considère les neuf pays de l'étude, seules l'Italie et la France, parmi les anciens États membres, ont un taux d'emploi des travailleurs âgés qui est inférieur à la moyenne UE-15. Toutefois, le taux d'emploi parmi le groupe d'âge 55-64 ans a progressé dans les deux pays. La République tchèque a, certes, un taux d'emploi immanquablement plus élevé de travailleurs âgés que la moyenne du taux UE-10, mais elle est toujours en deçà du taux cible de Lisbonne.

En termes de sexe, le taux d'emploi des travailleurs âgés féminins s'est accru de 7 pour cent entre 2000 et 2004, en comparaison avec une hausse de 5 pour cent pour le chiffre correspondant chez les hommes. Cependant, tandis que le taux d'emploi moyen des travailleurs âgés masculins s'élevait à 53 pour cent en 2004, le taux correspondant chez les femmes est resté quelque 20 pour cent inférieur pour atteindre 33 pour cent. Les différences entre les taux d'emploi chez les hommes et chez les femmes entre les anciens et les nouveaux États membres sont évidentes, bien que le taux d'emploi masculin soit de 4 pour cent inférieur dans l'UE-10 par rapport à l'UE-15 et qu'il y ait un écart de 9 pour cent pour le chiffre correspondant chez les femmes.

Tableau 2.2 : Comparaisons des taux d'emploi entre les travailleurs âgés masculins et féminins, 2004

2004	Femmes	Hommes
UE-25	33 %	53 %
UE-15	37 %	55 %
Nouveaux États membres	28 %	51 %

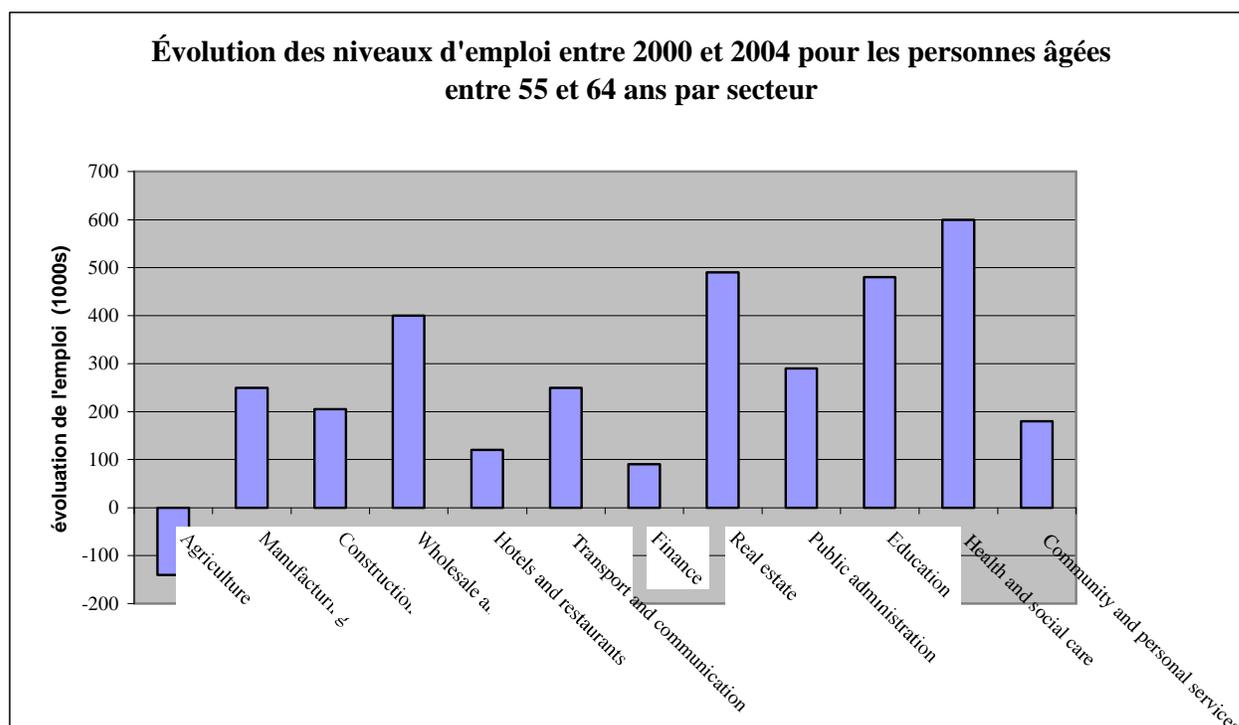
Eurostat, 2006

3.0 Profil d'âge du personnel hospitalier

Les défis auxquels fait face le secteur hospitalier en matière de main-d'œuvre peuvent présenter de nombreux aspects et être complexes. L'offre de personnel peut être affectée par des facteurs sociodémographiques, économiques et politiques. Le vieillissement des travailleurs du secteur de la santé constitue un important facteur sociodémographique qui influence non seulement la gestion des ressources humaines de chaque hôpital et l'élaboration de politiques d'intérêt public au niveau national et européen, mais qui peut également avoir un impact direct sur chaque citoyen en Europe si le vieillissement de la main-d'œuvre dans le secteur entraîne des pénuries d'effectifs considérables à un moment où la demande de services de santé est en pleine expansion. Mais avant de passer à l'analyse des défis posés par le vieillissement de la main-d'œuvre et de discuter des méthodes fructueuses qui permettent de relever ces défis, ce chapitre examine le profil d'âge des travailleurs dans le secteur de la santé et de l'action sociale. Il commence par évaluer l'ampleur de l'impact des changements démographiques sur le secteur en comparaison avec 11 autres secteurs-clés, avant de passer à une analyse plus détaillée à l'échelle nationale et européenne.

La Figure 3.1 ci-dessous illustre l'évolution du nombre de personnes âgées entre 55 et 64 ans employées par le secteur entre 2000 et 2004. Hormis l'agriculture, ce nombre a augmenté dans tous les secteurs. Le secteur de la santé et de l'action sociale (code NACE : N) a connu la plus grande hausse de ce nombre parmi ce groupe d'âge dans l'UE-25. Entre 2000 et 2004, le nombre d'employés âgés entre 55 et 64 ans dans le secteur de la santé et de l'action sociale a progressé de quelque 600 000 unités.

Figure 3.1 : Évolution des niveaux d'emploi des personnes âgées entre 55 et 64 ans par secteur, 2000 - 2004



De gauche à droite : Agriculture, Industries manufacturières, Construction, Vente en gros et au détail, Hôtels et restaurants, Transports et communications, Finance, Immobilier, Administration publique, Enseignement, Soins de santé et aide sociale, Services communautaires et personnels

Source : Eurostat / Enquête sur la main d'œuvre, 2005

Le Tableau 3.1 ci-dessous illustre l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale par cohorte d'âge au 2^e trimestre 2000 et au trimestre correspondant en 2005 pour l'UE-25 et l'UE-10. Le tableau indique une hausse générale de l'emploi pour l'UE-25 de 13,4 pour cent pour passer de 16,9 millions à 19,2 millions. Toutefois, alors que l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale a connu une progression de 15,3 pour cent dans l'UE-15, il a reculé de 1,8 pour cent dans l'UE-10. Le tableau montre aussi une croissance significative parmi les travailleurs âgés pour l'UE-25 et l'UE-10. En termes de structure de l'emploi par cohorte d'âge, les modèles de changement entre 2000 et 2005 diffèrent entre l'UE-15 et l'UE-10.

Dans l'UE-15, toutes les cohortes d'âge, sauf deux (15-19 ans et 30-34 ans), ont connu une hausse de l'emploi, cependant les hausses proportionnelles les plus importantes ont été observées parmi les groupes d'âge plus avancé. Le modèle de la croissance d'emploi parmi les groupes d'âge plus avancé est également évident pour l'UE-10, cependant il est associé à des chiffres de base bien plus bas que pour l'UE-15 et il est lié à des pertes dans cinq cohortes d'âge plus jeune.

Tableau 3.1 : L'emploi (en milliers) dans le secteur de la santé et de l'action sociale et évolution en pour cent 2000 - 2005

ÂGE	ANNÉE	UE-25	évolution en % 2000-2005	UE-15	évolution en % 2000-2005	UE-10	évolution en % 2000-2005
15 - 19	2000, tr.02	275		269		6	
	2005, tr.02	271	-1,5	267	-0,7	4	-33,3
20 - 24	2000, tr.02	1 077		966		111	
	2005, tr.02	1 152	7,0	1 074	11,2	78	-29,7
25 - 29	2000, tr.02	1 822		1 635		187	
	2005, tr.02	1 927	5,8	1 736	6,2	191	2,1
30 - 34	2000, tr.02	2 336		2 099		237	
	2005, tr.02	2 273	-2,7	2 035	-3,0	238	0,4
35 - 39	2000, tr.02	2 658		2 395		263	
	2005, tr.02	2 651	-0,3	2 406	0,5	245	-6,8
40 - 44	2000, tr.02	2 742		2 431		311	
	2005, tr.02	3 048	11,2	2 764	13,7	284	-8,7
45 - 49	2000, tr.02	2 452		2 102		350	
	2005, tr.02	2 944	20,1	2 618	24,5	326	-6,9
50 - 54	2000, tr.02	1 940		1 703		237	
	2005, tr.02	2 464	27,0	2 223	30,5	241	1,7
55 - 59	2000, tr.02	1 095		1 000		95	
	2005, tr.02	1 668	52,3	1 536	53,6	132	38,9
60 - 64	2000, tr.02	398		365		33	
	2005, tr.02	622	56,3	568	55,6	54	63,6
65 - 69	2000, tr.02	98		81		17	
	2005, tr.02	135	37,8	115	42,0	20	17,6
Total	2000, tr.02	16 893		15 046		1 847	
	2005, tr.02	19 155	13,4	17 342	15,3	1 813	-1,8

Source : Eurostat, 2006

Le Tableau 3.2 ci-dessous indique la part d'employés par cohorte d'âge dans le secteur de la santé et de l'action sociale. Les chiffres en rouge indiquent une progression et les chiffres en bleu indiquent un recul de la contribution de la cohorte d'âge à l'emploi dans le secteur, exprimée en pour cent. Pour l'UE-25, l'UE-15 et l'UE-10, il y a une progression de la contribution relative des employés âgés entre 50 et 69 ans dans le secteur de la santé et de l'action sociale de près d'un cinquième en 2000 (UE-25 – 21 pour cent, UE-15 – 20,8 pour cent et UE-10 – 20,6 pour cent) jusqu'à près d'un quart en 2005 (UE-25 – 25,5 pour cent, UE-15 – 25,7 pour cent et UE-10 – 24,7 pour cent).

Tableau 3.2 : Part (%) des employés dans le secteur de la santé et de l'action sociale par groupe d'âge, 2000 - 2005¹

Groupe d'âge	UE-25		UE-15		NÉM	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Total (en milliers)	16 893	19 155	15 046	17 342	1 847	1,813
15 – 19	1,6	1,4	1,8	1,5	0,3	0,2
20 – 24	6,4	6,0	6,4	6,2	6,0	4,3
25 – 29	10,8	10,1	10,9	10,0	10,1	10,5
30 – 34	13,8	11,9	14,0	11,7	12,8	13,1
35 – 39	15,7	13,8	15,9	13,9	14,2	13,5
40 – 44	16,2	15,9	16,2	15,9	16,8	15,7
45 – 49	14,5	15,4	14,0	15,1	18,9	18,0
50 – 54	11,5	12,9	11,3	12,8	12,8	13,3
55 – 59	6,5	8,7	6,6	8,9	5,1	7,3
60 – 64	2,4	3,2	2,4	3,3	1,8	3,0
65 – 69	0,6	0,7	0,5	0,7	0,9	1,1

Source : Eurostat, 2006

Dans l'UE-15, il y a également une progression de la contribution des travailleurs âgés entre 45 et 49 ans, ce qui n'est pas le cas dans l'UE-10, où la contribution de ce groupe d'âge a diminué. Pour l'UE-10, la contribution relative des groupes d'âge des 25-29 ans et 30-34 ans a augmenté, bien qu'en chiffres absolus, cette augmentation ne représente que quelque 5 000 employés.

Concernant le sexe, les données Eurostat révèlent également que, bien que la part de travailleurs féminins soit considérablement plus élevée dans le secteur de la santé, cette tendance finit par s'inverser dans les groupes d'âge plus avancé (à partir de 60 ans et plus). Les données font état d'une baisse prononcée du nombre de travailleurs âgés féminins dans l'UE-10 et l'UE-15 à partir de l'âge de 50 ans, tandis que l'emploi des travailleurs âgés masculins dans le secteur reste beaucoup plus important, avec une baisse moins marquée de l'emploi, dans la mesure où parmi le groupe d'âge de 60 à 70 ans, l'emploi chez les hommes dépasse l'emploi chez les femmes. Même si le secteur de la santé dans l'UE-10 est moins important en taille que dans l'UE-15, cette tendance au niveau de l'emploi par sexe est pourtant similaire.

¹ Veuillez noter que la collecte des données dans certains des nouveaux États membres est quelque peu fragmentée, les informations ne sont donc mentionnées qu'à titre indicatif.

Lorsque nous analysons le profil d'âge du personnel hospitalier dans les neuf pays de l'étude plus en détail (sur la base des données Eurostat), le Tableau 3.3 qui suit révèle que la Suède a la part la plus grande de travailleurs âgés. En effet, en Suède, 21,6 pour cent du personnel de la santé sont âgés de 55 ans ou plus, tandis que les travailleurs âgés représentant la part la moins élevée des travailleurs des soins de santé en République tchèque (à peine 5,5 pour cent). Les employés âgés représentent également une part assez réduite de tous les travailleurs en Pologne, juste 8,5 pour cent.

Tableau 3.3 : Part (%) des employés dans le secteur de la santé et de l'action sociale par groupe d'âge, 2005

	Danemark	Allemagne	France	Irlande	Italie	Suède	Royaume-Uni	Rép. tchèque	Pologne
15 – 19	20,2	0	0	0	0	10,3	8,7	0	0,0
20 – 24	4,1	8,4	5,5	7,6	2,2	2,8	1,5	22,3	4,2
25 – 29	8,3	10,6	9,6	13,0	7,2	8,0	10,7	4,0	11,9
30 – 34	8,1	10,4	12,4	14,1	15,1	10,1	12,2	4,6	16,7
35 – 39	11,6	14,7	14,4	13,5	16,3	6,4	2,7	48,6	0,3
40 – 44	10,8	17,2	15,8	13,0	17,0	14,1	16,7	4,4	20,8
45 – 49	12,3	15,2	15,7	13,0	17,0	13,8	15,2	5,0	25,2
50 – 54	10,4	12,3	14,8	11,9	14,7	12,8	13,2	5,5	12,2
55 – 59	10,4	7,1	9,7	9,2	7,6	13,2	12,3	4,1	4,9
60 – 64	3,0	3,4	1,9	4,9	2,4	7,7	5,4	1,1	2,3
65 – 69	0,8	0,7	0,2	0	0,6	0,7	1,5	0,3	1,3

Source : Eurostat, 2006

Pour ce qui est de l'évaluation de l'évolution du profil d'âge au cours de ces cinq dernières années, les données Eurostat indiquent que le nombre de travailleurs âgés (55+) a doublé ou pratiquement doublé parmi certains groupes d'âge. Ainsi, le nombre de professionnels des soins de santé âgés entre 60 et 64 ans a doublé durant cette période au Danemark, et le nombre de ceux âgés entre 55 et 59 ans a plus que doublé en République tchèque. Le nombre d'employés dans le secteur irlandais de la santé a augmenté plus uniformément dans tous les groupes d'âge durant ces cinq dernières années ; en effet, toutes les cohortes d'âge ont connu une hausse générale. Le Tableau 3.4 indique que dans le secteur polonais de la santé, le nombre de travailleurs âgés entre 55 et 64 ans a légèrement baissé, contrairement à la tendance observée dans les autres pays de l'étude. Cette tendance est semblable à celle de la baisse générale du nombre de travailleurs âgés en Pologne.

Tableau 3.4 : Nombre (en milliers) d'employés dans les groupes d'âge avancé (55 - 64) entre 2000 et 2005

	DK	GER	FR	IE	IT	SW	UK	CZ	PL
2000	48	345	n,a	15	107	124	404	28	60
2005	86	429	349	26	161	152	595	51	59

Source : Eurostat, 2006

Par rapport au profil d'âge des différentes catégories de personnel hospitalier, les statistiques de HOPE indiquent qu'entre 1995 et 2000, le nombre de médecins en Europe âgés de moins de 45 ans a diminué de 20 pour cent¹. Parallèlement, le nombre de médecins âgés de plus de 45 ans a augmenté de 50 pour cent². En France, l'âge moyen des médecins est passé de 42,4 à 47 ans entre 1990 et 2000. Tandis que 55 pour cent des médecins français étaient âgés de moins de 40 ans en 1985, seuls 23 pour cent étaient âgés de moins de 40 ans en 2000. En Allemagne, l'évolution n'a pas été aussi radicale ; l'âge moyen des médecins dans les hôpitaux est en fait passé de 39,3 ans à 39,2 ans entre 1992 et 2000.

En Suède, l'âge moyen des médecins dans les hôpitaux augmente depuis le début des années 90 : il est passé de 42 ans à 45 ans entre 1994 et 2002³. Le Tableau 3.5 ci-dessous présente le profil d'âge des médecins danois en 2005 (membres de la *Swedish Medical Association*). Bien qu'il ne soit pas tout à fait représentatif du secteur hospitalier, le Tableau révèle quelques différences intéressantes au niveau du sexe dans l'emploi des travailleurs âgés. Quelque 31 pour cent de l'ensemble des médecins suédois sont âgés de 55 ans, mais le groupe d'âge de 55 ans et + ne représente que 24,3 pour cent de la main-d'œuvre féminine et 36 pour cent de la main d'œuvre masculine. Ainsi, ces statistiques concordent avec l'analyse des différences par sexe dans les données Eurostat qui a découvert que les employés masculins du secteur de la santé ont tendance à travailler plus longtemps que leurs collègues féminins.

Tableau 3.5 : Profil d'âge des médecins suédois (% de la main d'œuvre totale), 2005

ÂGE	FEMMES		HOMMES		TOTAL	
	N° d'actives	% de la main d'oeuvre	N° d'actifs	% de la main d'oeuvre	N° d'actifs	% de la main d'oeuvre
< 29	808	6,7	461	2,8	1 269	4,5
30 – 34	1 487	12,3	1 128	6,9	2 615	9,2
35 – 39	1 502	12,5	1 517	9,3	3 019	10,6
40 – 44	1 529	12,7	1 886	11,6	3 415	12,0
45 – 49	1 988	16,5	2 454	15,1	4 442	15,7
50 – 54	1 821	15,1	2 978	18,3	4 799	16,9
55 – 59	1 914	15,9	3 566	21,9	5 480	19,3
60 – 64	1 011	8,4	2 301	14,1	3 312	11,7
Total	12 060	100	16 291	100	28 351	100

Swedish Medical Association, 2005

Pour ce qui est de l'âge moyen des infirmiers, en 2002, il était de 44 ans en Suède et de 40 ans en Angleterre. Entre 1994 et 2002, l'âge moyen d'un infirmier a augmenté de 41 à 44 ans⁴. Le secteur infirmier français a connu un accroissement de 5,5 ans de l'âge moyen de

¹ HOPE (2004), *The healthcare workforce in Europe: Problems and solutions*.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

leur personnel infirmier entre 1990 et 2000 ; l'âge moyen est passé ainsi de 37,5 ans à 43 ans. En Angleterre, l'âge moyen des infirmiers a augmenté de 38 à 40 ans, bien que certaines spécialisations du secteur infirmier y a connu une hausse bien plus forte (en particulier l'obstétrique).

Le tableau suivant fournit une répartition plus détaillée du profil d'âge des infirmiers et des obstétriciens au Royaume-Uni au cours de ces dix dernières années. Tandis qu'il y a 10 ans, plus de la moitié des infirmiers et obstétriciens (53,3 pour cent) avait moins de 40 ans, aujourd'hui, quelque 62,4 pour cent des infirmiers et obstétriciens (28 pour cent) sont âgés de 40 ans et plus. Plus d'un infirmier et obstétricien sur quatre (28 pour cent) est âgé de 50 ans et plus, en comparaison à un sur cinq (20,6 pour cent) il y a dix ans.

Tableau 3.6 : Profil d'âge des infirmiers et obstétriciens en Grande-Bretagne

Âge	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
< 25	4,1	3,6	3,2	3,0	2,9	2,1	2,2	2,1	2,0	1,9
25-29	12,8	11,8	10,9	10,3	9,9	7,3	8,9	8,5	8,4	8,3
30-39	36,4	36,1	35,7	34,8	33,7	31,3	30,6	29,4	28,3	27,4
40-49	25,2	26,7	27,6	28,6	29,6	32,2	32,3	33,3	33,9	34,4
50-54	9,4	10,3	11,0	11,3	11,6	12,8	11,5	11,5	11,6	11,9
55 >	11,2	11,5	11,7	12,3	12,3	13,2	14,5	15,3	15,7	16,1

Source : The UK Nursing and Midwifery Council, 2005

Des statistiques provenant du Danemark sur le personnel hospitalier dans la région de Copenhague révèlent que près d'un tiers de tous les travailleurs du secteur hospitalier prendront leur retraite dans les 10 à 15 ans à venir ; 32,4 pour cent de tous les employés sont âgés de 50 ans et plus (voir Tableau 3.7 ci-dessous). Seul un cinquième de l'ensemble du personnel hospitalier est masculin, mais leur proportion dans le personnel total augmente avec l'âge. Tandis que les employés masculins forment 13,5 pour cent de tous les employés âgés entre 20 et 30 ans, ils représentent 27,1 pour cent de tous les employés de plus 60 ans. Ces statistiques mettent également en évidence quelques incohérences avec les données Eurostat relativement au nombre de jeunes gens (de moins de 20 ans) actifs dans le secteur de la santé.

Tableau 3.7 : Profil d'âge du personnel hospitalier dans la région de Copenhague, 2004

ÂGE	FEMMES		HOMMES		TOTAL	
	N° d'actives	% de la main d'œuvre	N° d'actifs	% de la main d'œuvre	N° d'actifs	% de la main d'œuvre
< 20	397	0,6	103	0,7	500	0,6
20 – 30	8 527	11,9	1 337	8,9	9 864	11,4
30 – 40	18 797	26,2	3 369	22,5	22 166	25,6
40 – 50	21 734	30,3	4 230	28,3	25 964	30,0
50 – 60	18 791	26,2	4 652	31,1	23 443	27,1
60 >	3 375	4,7	1 256	8,4	4 631	5,3
Total	71 621	100,0	14 947	100,0	86 568	100,0

Source : Dansk Sygeplejeråd

Enfin, la part de travailleurs âgés pour les différentes catégories de personnel hospitalier (NHS anglais) est présentée au Tableau 3.8 ci-dessous. Le tableau illustre que le personnel de soutien est actuellement celui qui est le plus touché par le vieillissement puisque 18,2 pour cent de l'ensemble du personnel de soutien ont plus de 55 ans. Les gestionnaires et les administrateurs arrivent en seconde place avec 14,5 pour cent. Cela démontre une tendance intéressante au Royaume-Uni où les professionnels des soins de santé sont, en fait, plus jeunes que ceux affectés à des tâches non médicales.

Tableau 3.8 : La part de travailleurs âgés (%) par catégorie différence de travailleurs, NHS en Angleterre, 2003

Groupe du personnel	55 - 64	65 +
Médical et dentaire	10,7	0,9
Infirmierie, obstétrique	9,8	0,1
Professionnels paramédicaux	8,6	0,2
Scientifiques et professionnels	8,9	0,4
Préposés aux soins de santé & personnel de soutien	17,7	0,5
Gestion et administration	14,1	0,4

Source : NHS 2003

4.0 Défis posés par le vieillissement de la main-d'œuvre

Deux points majeurs sont apparus dans le chapitre précédent à propos du secteur des soins de santé : une tendance générale de la croissance de l'emploi, résultant en des pénuries de main-d'œuvre et un vieillissement accéléré du personnel. En effet, le personnel du secteur des soins de santé vieillit plus rapidement que dans tout autre secteur économique. Selon certaines études, l'emploi devrait continuer à croître, et sur la base des tendances actuelles, la main-d'œuvre continuera à vieillir. Des études du Royaume-Uni, par exemple, ont estimé une croissance d'environ 4 pour cent par an à court terme. Toutefois, ces derniers mois, les plans de licenciement du NHS faisaient la une, ce qui est donc en contradiction avec la tendance d'une croissance constante¹.

En regardant plus loin, le vieillissement pose un triple dilemme (connu également comme le « triple vieillissement ») pour le secteur de la santé :

- perte de main-d'œuvre qualifiée ;
- incapacité à recruter des jeunes gens ;
- demande accrue des services de santé / hospitaliers.

Ce chapitre examine ces problèmes et la manière dont le vieillissement de la main-d'œuvre devrait influencer le secteur dans les dix prochaines années.

4.1 Perte de main-d'œuvre qualifiée / incapacité à recruter des jeunes gens

Dans un contexte de croissance de l'emploi / pénurie de main-d'œuvre, les hôpitaux doivent gérer les problèmes relatifs à la planification des effectifs et aux ressources humaines provoqués par la perte de main-d'œuvre qualifiée et l'incapacité à recruter des jeunes gens pour travailler dans le secteur (dans certains pays, une carrière dans le secteur hospitalier, l'infirmier en particulier, est considérée comme peu attrayante en raison des salaires relativement bas). L'échelle du problème auquel est confronté le secteur est illustrée comme suit :

en 2001, le Royaume-Uni a estimé que d'ici 2008, le NHS devra augmenter sa main-d'œuvre de 200 000 unités incluant : 15 000 nouveaux conseillers et généralistes, 35 000 infirmiers et obstétriciens, 30 000 thérapeutes et scientifiques et 27 000 préposés aux soins de santé (HCA)². De plus, une pénurie de 25 000 médecins est prévue d'ici 2020 ;
les partenaires sociaux des Pays-Bas ont estimé que le secteur hospitalier néerlandais sera confronté à une pénurie de 25 000 infirmiers au cours des dix prochaines années ;
quelque 50 pour cent des infirmiers français devraient prendre leur retraite d'ici 2015 ;
environ 100 000 infirmiers britanniques devraient prendre leur retraite d'ici la fin de cette décennie.

Une autre complication liée à la perte de travailleurs âgés dans le secteur de la santé est le risque d'un écart grandissant au niveau des compétences. Il n'y a pas de substitution parfaite d'un travailleur âgé expérimenté quittant le secteur qui doit être remplacé par un

¹ Workforce Development Confederation, 2004

² Ibid.

jeune travailleur, récemment formé. La sortie du marché du travail signifie en réalité que des années de compétences et d'expertise quittent simplement le secteur. Il est dès lors essentiel pour le secteur de s'assurer que des mécanismes sont mis en place pour utiliser à bien les compétences et l'expertise des travailleurs âgés. Toutefois, toute mesure prise en ce sens ne devrait pas discriminer ou désavantager les travailleurs des autres groupes d'âge : le secteur a déjà du mal à recruter à partir d'une réserve décroissante de jeunes gens, c'est pourquoi il doit tenir compte des besoins de tous les employés, pas seulement des travailleurs âgés.

Comprendre les raisons pour lesquelles les personnes quittent le secteur est un défi important pour l'avenir. En général, les employés plus instruits tendent à rester en activité plus longtemps que ceux moins instruits. Cependant, des études sur le secteur de la santé ont démontré que l'accroissement de la charge de travail, un manque de reconnaissance, de longues heures, le besoin de compromettre la qualité des soins, un manque de soutien, une structure de carrière rigide et le changement continu sont des facteurs majeurs liés au travail qui influencent la sortie anticipée du marché du travail. L'étude NEXT traite abondamment de la compréhension des raisons de la sortie du marché du travail des soins infirmiers : l'étude a découvert que les niveaux d'éducation ont une influence sur le désir ou non des infirmiers à prendre leur retraite anticipée et que l'intention de quitter leur emploi est également influencée par les conditions de travail mentionnées ci-dessus.

4.2 Demande de services de santé

La troisième dimension est une demande accrue des services de santé et hospitaliers étant donné que la population faisant appel à ces services vieillit également. À titre d'exemple, les chiffres suivants présentent la croissance prévue par groupe d'âge avancé pour 2030 :

15,5 % pour le groupe d'âge entre 55 et 64 ans ;
37,4% pour le groupe d'âge entre 65 et 79 ans ;
le nombre de personnes de plus de 80 ans devrait croître de 57 %.

Récemment, nombreux sont les pays qui ont connu une croissance de la part des femmes s'inscrivant dans des écoles de médecine. Cela a aussi des implications sur la planification à long terme des effectifs dans le secteur hospitalier (en raison des interruptions de carrière et du travail à temps partiel).

5.0 Réponses aux défis

La promotion de politiques réalistes en matière de vieillissement actif est l'un des outils de politique majeurs visant à s'attaquer aux effets du vieillissement de la main-d'œuvre. D'entrée de jeu, les décideurs ont tenté d'identifier le vieillissement actif uniquement à l'aide de politiques qui encouragent les gens à travailler plus longtemps. Plus récemment, un consensus européen s'est formé autour de l'idée que ces stratégies actives pour le vieillissement devraient s'axer sur une approche du cycle de vie comprenant au moins cinq dimensions supplémentaires : l'accès à la formation et aux nouvelles techniques tout au long de la vie professionnelle (LLL), la santé et le bien-être de la main-d'œuvre, le changement de comportements envers les travailleurs âgés, la qualité des conditions et de l'environnement de travail et des contrats de travail flexible. En effet, la Commission européenne a recommandé aux États membres de :

- accorder des incitations aux travailleurs pour qu'ils prennent leur retraite plus tard et aux employeurs pour qu'ils engagent et conservent des travailleurs âgés ;
- promouvoir l'accès de tous à la formation, indépendamment de l'âge, et élaborer des stratégies d'éducation et de formation tout au long de la vie, notamment aux travailleurs âgés, qui sont sous-représentés dans les actions de formation ;
- améliorer la qualité de l'emploi afin d'assurer un cadre de travail attrayant, sûr et adaptable tout au long de la vie professionnelle, ce qui comprend la possibilité de travail à temps partiel et d'interruptions de carrière.

Ce chapitre porte sur les différentes stratégies et initiatives dans toute l'Europe, qui ont répondu au changement démographique dans le secteur hospitalier. Des exemples ont été recommandés par des organisations de partenaires sociaux nationaux ou d'autres professionnels du secteur de la santé et sont mis en œuvre par des hôpitaux individuels, des trusts hospitaliers (*health trust*) et/ou des partenaires sociaux – ou des programmes/accords nationaux. La plupart des exemples tendent à provenir des pays où les politiques en matière de vieillissement actif sont les plus avancées, tels que le Royaume-Uni et les pays scandinaves. En effet, cette étude a découvert des signes manifestes qui indiquent que, tandis que l'expression « vieillissement actif » est à présent largement utilisée dans les pays anglo-saxons dans le secteur hospitalier et de la santé, elle n'est pas autant admise ou reconnue dans de nombreux pays de l'Europe du Sud et de l'Est. Toutefois, dans ce chapitre, nous examinerons aussi des exemples provenant d'autres pays comme l'Irlande où la rétention des travailleurs âgés sera un domaine politique dans un futur proche et nous passerons également en revue la situation de la politique en matière de vieillissement actif dans le secteur hospitalier en Italie.

5.1 Approche stratégique globale

Le premier exemple de d'étude de cas se caractérise par l'une des approches stratégiques les plus globales du secteur hospitalier face au vieillissement actif.

Le South Downs NHS Trust est un trust hospitalier dans le sud de l'Angleterre offrant des services hospitaliers, de santé et d'aide sociale aux habitants de la région de Brighton et Hove. Le trust emploie actuellement 2 061 employés âgés de 16 à 74 ans. Outre le vieillissement de la main-d'œuvre, d'autres facteurs influencent la décision du trust de développer ces politiques : des difficultés de recrutement à attirer des jeunes travailleurs ; la hausse des coûts de logement ; une perte des compétences qui a été dur à remplacer

(résultant d'un âge de retraite obligatoire)¹ ; les demandes du personnel et des gestionnaires et l'introduction d'une nouvelle législation relative à l'âge au Royaume-Uni.

La stratégie du trust pour le vieillissement actif comprend quatre volets différents :

- promouvoir le travail dans le secteur de la santé parmi les jeunes gens ;
- inciter d'anciens employés à reprendre le travail ;
- élaborer des politiques relatives à la retraite et à l'emploi des travailleurs âgés ;
- améliorer le bien-être et la formation des travailleurs âgés.

Chacun de ces volets est discuté ci-dessous.

A. Promouvoir le travail dans le secteur de la santé parmi les jeunes gens

En vue de conserver une main-d'œuvre équilibrée à l'avenir, le trust vise à retenir les travailleurs âgés tout en attirant des jeunes gens locaux vers le secteur. Traditionnellement, le trust emploie peu de personnel jeune, en partie à cause de la nature de nombreux postes qui requièrent une qualification professionnelle et/ou une expérience antérieure.

Le trust a travaillé dur pour attirer des jeunes infirmiers récemment qualifiés dans tous les domaines des soins infirmiers à venir travailler pour le South Downs NHS Trust, par le biais d'une plus grande participation dans le programme local pour les jeunes infirmiers. Par ailleurs, le trust a aussi passé en revue ses opportunités d'expérience de travail avec les écoles et collèges locaux pour promouvoir les avantages du travail dans un service de santé. Leur travail a vu l'introduction du « *Managers' Guidelines for Work Experience Placements* ». En vue de s'engager avec encore plus de jeunes, le trust a collaboré avec le partenariat local « *Education Business Partnership* » et a augmenté sa participation active aux journées carrière et industrie.

B. Inciter d'anciens employés à reprendre le travail

Dans le cadre du programme de formation des infirmiers, le trust a été l'un des premiers à proposer de nouveaux plans de formation, tels que des placements dans des services communautaires. Le trust a également travaillé étroitement avec l'équipe « *Supported Employment Team* » du Conseil de Brighton et Hove afin d'encourager les personnes qui travaillaient anciennement dans le secteur de la santé à reprendre le travail. Une grande partie des personnes participant au projet disposent d'une bonne base de connaissances mais se sentent discriminées ou manquent de confiance en raison de leur âge. Par le biais de ce plan, le trust offre des placements professionnels dans des hôpitaux ou des services communautaires d'action sociale et fournit aux personnes des informations sur les perspectives de carrière.

C. Élaborer des politiques relatives à la retraite et à l'emploi des travailleurs âgés

Bien que le trust se soit toujours montré flexible envers le personnel désireux de continuer à travailler après l'âge légal de la retraite, une nouvelle politique concernant les travailleurs âgés, introduite en 2003, a supprimé l'âge obligatoire de la retraite. La nouvelle politique a donné au personnel le droit de continuer à travailler aussi longtemps qu'il le désire.

Le trust encourage également une série d'options ayant pour but d'aider les gens à travailler au-delà de l'âge légal de la retraite. Les options suivantes sont disponibles :

- travail flexible ;
- retraite anticipée ;

¹ aboli en 2003

- retraite anticipée et retour au NHS ;
- désengagement - réduction du nombre d'heures menant à une retraite progressive ;
- rétrogradation – mutation vers un poste de grade inférieur menant à la retraite ;
- préretraite sabbatique (grâce à la politique sabbatique du Trust) ;
- travail « normal », retraite entre 60 et 65 ans ;
- retraite entre 60 et 65 ans et retour au NHS ;
- continuer à travailler après 65 ans ;
- continuer à cotiser à un régime de retraite jusqu'à l'âge de 70 ans si travail pour le NHS et si le niveau maximal de cotisation n'a pas été atteint.

Les changements identifiés ci-dessous sont le résultat d'une révision intégrale des politiques du trust en matière de retraite et d'emploi. Cette révision a été effectuée par le *Joint Staff Committee*, la direction du trust et les délégués syndicaux.

D. Améliorer le bien-être et la formation des travailleurs âgés

Le trust s'engage à promouvoir l'égalité et la diversité et à s'attaquer à la discrimination fondée sur l'âge au travail. Tous les responsables du recrutement du trust sont priés de suivre une formation sur le recrutement et la rétention, qui couvre la discrimination et la retraite. Aucune référence à l'âge (plus âgé ou plus jeune) n'est faite dans les documents pour le recrutement à moins qu'une question de droit, d'assurance ou d'enregistrement ne l'exige.

Tout le personnel est encouragé à suivre des formations tout au long de leur carrière professionnelle. Le trust favorise le développement du personnel et les programmes d'apprentissage tout au long de la vie, incluant une formation de retour à l'apprentissage (*Return to Learn*). Beaucoup de participants sont des travailleurs âgés.

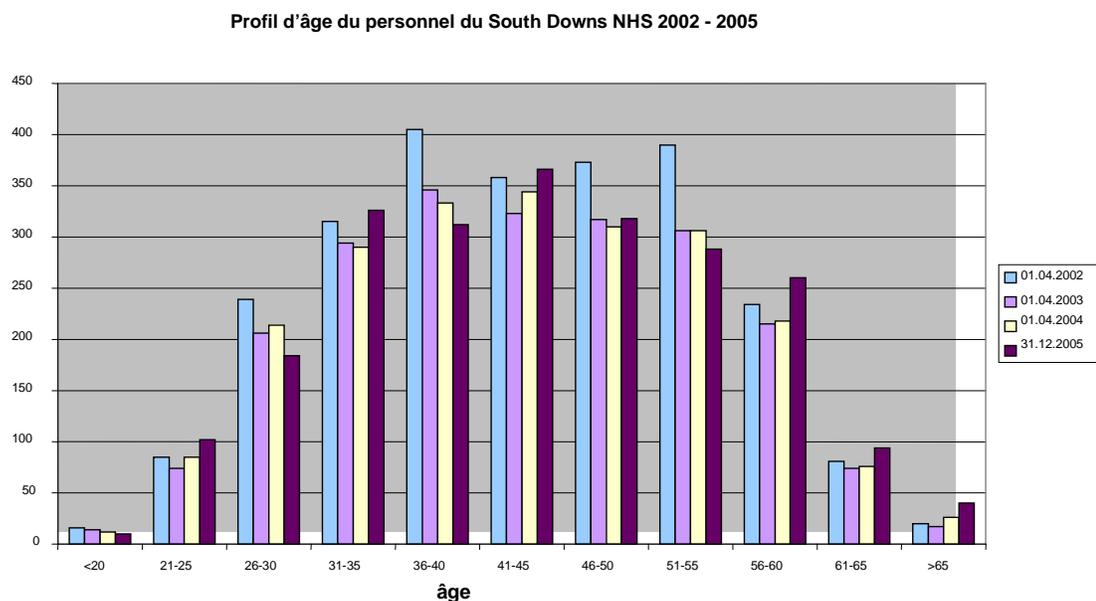
Pour certains membres du personnel, il se peut que la santé et la performance diminuent avec l'âge, même si le trust reconnaît que tel n'est pas toujours le cas. Les problèmes en matière de santé et de performance qui pourraient se poser sont gérés comme le serait un problème d'aptitude pour tout autre membre du personnel. Le trust met également en avant la valeur de la diversité qu'une personne âgée peut apporter à une équipe. Par exemple, une compréhension de l'histoire d'une organisation/d'un département/d'une profession pourrait être aussi précieuse que la capacité à entreprendre une activité physique de haut niveau. Une étude récente sur le personnel révèle qu'un nombre considérable de membres du personnel ont des responsabilités de soigneur. Le trust tient à aider le personnel assumant des responsabilités de soin en les aidant à équilibrer leurs engagements privés et professionnels. Cela pourrait à leur tour les aider à continuer à travailler alors qu'ils auraient peut-être songé à prendre leur retraite.

5.1.1 *Impact*

Lors de l'évaluation de l'impact de la politique, le premier constat est qu'une hausse du nombre de personnes désireuses de travailler après l'âge légal de la retraite s'est déjà manifestée dans l'année de l'introduction de la politique. Le nombre d'employés âgés de plus de 65 ans a augmenté de 17 à 26 pendant la première année d'application de la politique. En même temps, le trust a aussi réussi à attirer davantage de jeunes gens ainsi que des personnes âgées de 55 ans et plus (voir Figure 5.1).

Par ailleurs, il y a une preuve qui indique que certains employés postulaient pour un poste au sein du trust plus tard dans leur carrière car ils souhaitent avoir l'option de continuer à travailler au-delà de l'âge de 65 ans.

Figure 5.1 Profil d'âge de la main-d'œuvre, 2002 - 2005



Les représentants du trust pensent que l'introduction de ces politiques a également permis une meilleure compréhension des problèmes liés à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle et l'acceptation généralisée du travail flexible. En effet, le feed-back d'une étude récente sur le personnel indique que celui-ci soutient aussi les développements politiques.

5.1.2 Leçons

L'expérience du trust montre qu'octroyer des droits au personnel (plutôt qu'aux gestionnaires seulement) et promouvoir de manière intense l'engagement à long terme envers des nouvelles politiques vis-à-vis de *tous* les membres du personnel ont favorisé l'intégration rapide des nouvelles politiques et l'engagement par le personnel. Le trust a écrit à l'ensemble du personnel et fourni des informations sur les options. Il a également formé les gestionnaires à la nouvelle politique. Les options de retraite flexible et la nouvelle politique sont également encouragées par d'autres moyens : à l'initiation, à la conférence annuelle du personnel, aux salons de recrutement, dans le manuel du personnel, via l'intranet, le bulletin d'information mensuel, les semaines de la formation pour adultes et les formations sur la préretraite deux fois par an.

Le personnel souhaitant prendre leur retraite est encouragé à s'inscrire à une formation sur la préretraite, qui est devenue très populaire. Ces formations, gérées par le département des ressources humaines du trust, fournissent des informations sur les options de retraite flexible et offrent l'occasion de discuter des retraites. La politique encourage aussi le personnel et les gestionnaires à dialoguer sur les plans de retraite. Des discussions au début sur la retraite signifient que la retraite est bien planifiée et que les deux parties sont impliquées activement dans des questions de santé et d'aptitude si elles venaient à se poser.

Les organisations nationales de partenaires sociaux ont également joué un rôle dans l'élaboration de cette politique. Le trust a eu recours à la technique des « 5 pourquoi », utilisée par la *NHS Modernisation Agency* pour remanier leurs politiques en matière de retraite. Ils ont aussi bénéficié des normes *NHS IWL*¹ qui ont été développées en collaboration avec les partenaires sociaux. Les syndicats et le coordinateur du personnel étaient en faveur des développements politiques. Les syndicats ont été consultés au cours du processus de développement et leurs observations ont été prises en compte lors de l'élaboration de la politique.

Ce cas montre l'importance d'avoir un « *age champion* » (employeur qui emploie un grand nombre de travailleurs âgés) pour mettre en avant le problème du vieillissement de la main-d'œuvre au sein d'un trust de santé individuel ou d'un hôpital. En l'occurrence, il s'agissait d'un membre honoraire du département des ressources humaines. Il est d'autant plus important pour le « champion d'âge » de gagner l'engagement des représentants de la direction et des employés en vue d'assurer l'implémentation complète et la continuité au cas où un individu quitte le trust. Dans le cas de South Downs, le président, le conseil et les délégués syndicaux du trust étaient très impliqués et engagés dans l'élaboration de ces politiques depuis le début.

Lors de l'évaluation de l'efficacité des diverses politiques introduites, le trust a souligné que c'est l'ensemble des mesures qui s'est avéré le plus efficace – au lieu de certains éléments seulement. Il était certes important pour le trust d'offrir un bon environnement de travail et des options de travail flexible pour les travailleurs âgés afin de ne pas perdre des personnes qualifiées uniquement à cause de leur âge, mais il était tout aussi important d'engager des jeunes gens afin de former une base pour la stratégie de recrutement à long terme du trust. Par ailleurs, les options de travail flexible se sont également avérées efficaces pour retenir des employés âgés et plus jeunes.

Néanmoins, le trust reconnaît que certains domaines peuvent être améliorés, principalement au niveau du contrôle, des entretiens de planification de retraite et de l'accès & de la participation aux formations.

5.2 Répondre au problème par la négociation collective au niveau national

La négociation collective au niveau national a également été utilisée pour contrebalancer les effets provoqués par le vieillissement du personnel hospitalier. Ainsi, en Belgique, les partenaires sociaux du secteur de la santé ont négocié une réduction des heures de travail pour les travailleurs âgés (32 heures à l'âge de 55 ans).

Au Danemark, les conseils de comtés, les autorités locales et les organisations syndicales ont négocié un accord-cadre pour la « politique des seniors » en vue d'aider à retenir les travailleurs âgés au sein du personnel du secteur gouvernement local et régional (incluant les hôpitaux). En tant qu'alternative à la sortie du travail, les employés âgés de 60 ans et plus, qui souhaitent prendre leur retraite, peuvent démarrer une profession pour seniors avec l'option d'une réduction des heures de travail tout en gardant une pension complète.

¹ Programme « *Improving Working Lives* » (amélioration des vies professionnelles) du UK National Health Service.

L'accord prend en compte : l'âge de l'employé, la durée du service (emploi actuel et précédent dans le secteur), ainsi que le fait de savoir s'ils ont droit à une pension partielle, un salaire partiel ou toute autre forme de compensation supplémentaire. Le personnel ouvrier et employé âgé de 52 ans et plus remplit les conditions requises. L'accord-cadre peut être flexible et assorti d'une prime :

- ils peuvent être déterminés ou indéterminés ;
- si cela est négocié à l'avance, quand une personne prend sa retraite après l'âge de 62 ans, un bonus spécial est octroyé ;
- un supplément de salaire peut être attribué si le salaire de la profession pour senior est plus bas que la position précédente ;
- si le passage à une profession pour senior implique une réduction des heures de travail normales, un supplément peut parfois être accordé ;
- pour les accords convenus depuis le 1^{er} avril 2002, le personnel employé qui passe à une profession pour senior a droit à avoir leur pension calculée sur la base du salaire et du statut professionnel de la position précédente (cette option n'est pas disponible pour les ouvriers) ;
- si le salaire de la profession pour senior est réduit de manière significative, jusqu'à 2 ans d'âge de la retraite extraordinaire peuvent être ajoutés aux employés/ouvriers qui étaient leur 55 ans au moment de passer à une profession pour senior et qui continuent à travailler jusqu'à l'âge de 62 ans.

Cependant, dans certains cas, les stimulants pour rester en activité peuvent concerner des améliorations de l'environnement de travail d'un individu. Une autre option consiste en des « accords de mentorat ». Dans le cadre de tels accords, le personnel convient de continuer à travailler plus longtemps pour guider le personnel junior en échange de soit a) une majoration de salaire ; b) un ajout sur les droits à la pension ; ou c) un mélange de ces avantages.

5.3 Conserver le bien-être et la motivation du personnel âgé

Une analyse précédente des raisons pour lesquelles les professionnels des soins de santé souhaitent quitter la profession prématurément ou prendre leur retraite anticipée a révélé que le bien-être tant physique que mental du personnel et un bon environnement de travail sont essentiels pour une longue carrière dans le secteur des soins de santé. L'Uppsala University Hospital est un exemple d'un hôpital individuel, qui s'est penché sur l'environnement de travail du personnel âgé déjà dès le milieu des années nonante.

L'hôpital emploie plus de 8 000 personnes. L'âge moyen des employés en 1995 s'élevait à 41,3 ans et l'on prévoyait qu'il augmente à 55 ans d'ici 2010. Dans le milieu des années nonante, l'hôpital a reconnu l'importance de garantir un environnement de travail attrayant et agréable pour les travailleurs âgés.

Pour développer ces domaines, une enquête et des entretiens ont tout d'abord été menés avec le personnel hospitalier en vue de mieux comprendre les besoins et les souhaits des travailleurs âgés. L'hôpital a ensuite mis en place des activités à la suite du feed-back du personnel. Ces activités consistaient à mettre une meilleure offre de cours et de formation continue à disposition des travailleurs âgés et à s'attaquer aux problèmes relatifs à l'environnement de travail et aux heures de travail.

Un individu de l'une des unités de l'hôpital a joué un rôle primordial dans la conception et la mise en œuvre de ces activités. Cette étude de cas, cependant, montre l'importance du

soutien de la direction aux stratégies pour le vieillissement vu que de nombreuses activités ont progressivement disparu au cours de ces dernières années – après le départ de l'individu qui a mis au point ces stratégies. Aujourd'hui, la plupart des activités de l'hôpital se concentrent sur la prévention *précoce* des maladies liées au stress ou des problèmes physiques par le biais d'un « centre de bien-être » pour le personnel qui examine le bien-être mental et physique du personnel. Ce centre est ouvert à tous les travailleurs et pas uniquement aux personnes âgées.

5.4 Développement des options d'emploi et de retraite flexibles

Une étude réalisée par le ministère britannique du Travail et des Pensions indique qu'un grand nombre de personnes âgées préférerait continuer à travailler au-delà de l'âge de la retraite et que les personnes âgées souhaitent rester indépendantes le plus longtemps possible¹. Actuellement, les personnes recevant des petites pensions sont les plus susceptibles de travailler au-delà de l'âge légal de la retraite, ce qui suggère qu'un impératif financier pousse certaines personnes à continuer à travailler et qu'il y a le désir d'une satisfaction continue du travail pour d'autres².

Durant les périodes de chômage élevé, l'on pensait dans la plupart des pays qu'un âge fixe de la retraite était nécessaire pour garantir des opportunités d'emploi aux jeunes gens. Aujourd'hui, les professionnels du secteur de la santé et autres sont confrontés à une situation où des nombreuses personnes veulent ou ont besoin de continuer à travailler au-delà de l'âge légal de la retraite et sont tout à fait capables de le faire. Parallèlement, les options de retraite flexible peuvent encourager certaines personnes à retarder leur retraite en choisissant une option de « rétrogradation lente », ou en encourageant d'autres à réduire leur participation au travail à une période antérieure au lieu de prendre leur retraite anticipée, ce qui améliore la rétention des travailleurs âgés.

Le Hertfordshire Partnership NHS Trust et le Bexley Care Trust sont deux exemples de trusts de santé individuels du Royaume-Uni qui ont développé des dispositions de travail flexible et introduit des options de retraite flexible.

Le Herefordshire Partnership NHS Trust est un trust de santé dans le Sud de l'Angleterre où un tiers de l'ensemble du personnel médical et de soutien est âgé de 50 ans et plus. Cela signifie qu'une partie substantielle des employés prendra leur décision en matière de travail et de retraite dans un futur proche. C'est pourquoi, le trust a introduit trois options de travail flexible :

- « désengagement » - comme alternative à une simple retraite, le personnel peut opter pour un désengagement en travaillant moins de jours/d'heures qu'à leur poste précédent ;

¹ Hayden et al - Research Report No.102 Attitudes and Aspirations of Older People: a Qualitative Study. Ministère du Travail et des pensions.

² Disney et al - Research Report No.72 *The dynamics of retirement: analyses of the retirement surveys*. Ministère du Travail et des pensions.

- « rétrogradation » - pour le personnel qui souhaiterait se défaire de la pression et des responsabilités de leur rôle actuel mais au lieu de quitter le travail, passer à un emploi moins exigeant qui fait appel à ses compétences et à son expérience ;
- s'inscrire pour travailler au Staff Bank Bureau du trust – prendre sa retraite, ensuite opter pour continuer à travailler sur une base « selon les besoins », donnant l'occasion de choisir les heures de travail.

Le Bexley Care Trust est un trust de santé dans la région de Londres et a été reconnu en tant qu'*Age Champion Employer* par le ministère britannique du Travail et des pensions. Le trust emploie quelque 700 professionnels des soins de santé. Leurs politiques ont été élaborées en concertation avec les délégués syndicaux et englobent les éléments suivants :

- une politique de retraite flexible ;
- des cours sur la préretraite ;
- le recrutement d'un « *Age Champion Leader* » qui travaille avec les gestionnaires de premier niveau, les délégués du personnel et le personnel pour s'assurer que l'égalité des âges est à l'avant-plan de toutes les activités du trust ;
- la mise à jour des politiques et directives en matière de ressources humaines en collaboration avec les organisations syndicales pour s'assurer qu'elles ne discriminent aucun groupe d'âge ;
- un mécanisme a été développé pour contrôler l'âge du personnel qui s'inscrit à des formations internes et externes – pour s'assurer qu'il n'y a pas de partialité dans la participation aux possibilités de développement à travers l'ensemble du personnel ;
- des études régulières sur le personnel en vue de contrôler les opinions du personnel (moral, bien-être, etc.).

Il ressort d'entretiens avec le trust que bon nombre de membres du personnel ont déjà profité de la politique de retraite flexible du trust, et les premiers résultats indiquent qu'ils sont satisfaits des nouveaux accords. Le trust a découvert aussi que la promotion de politiques de vieillissement actif les aide à retenir les membres du personnel possédant des connaissances, des capacités et de l'expérience, ce qui a un effet positif sur les coûts de recrutement et les soins prodigués aux patients. Des preuves provenant d'études sur le personnel et des propres entretiens de fin d'emploi du trust ont démontré que le personnel considère la retraite flexible comme une manière de les aider à continuer à travailler. Elle garantit que leurs capacités et connaissances ne sont pas gaspillées et qu'ils peuvent aider à guider d'autres membres du personnel au sein de l'équipe.

5.5 Gérer le transfert des connaissances

Il est important que le savoir, l'expérience et les aptitudes des médecins et infirmiers expérimentés soient transférés aux jeunes professionnels des soins de santé. Le projet « *Ikävoimat käyttöön* » est un projet-pilote développé par l'hôpital Kanta-Häme et le trust hospitalier régional Kanta-Häme de Finlande. Le projet a pour objet l'identification et la mise en application de méthodes visant à améliorer la gestion du changement au sein de la démographie de la population active – en gérant mieux le transfert du savoir et de l'expérience tacites des travailleurs âgés aux plus jeunes. Le projet est mis en oeuvre entre 2006 et 2008 en tant que projet-pilote dans l'une des unités de l'hôpital. Après cette période de deux ans, l'objectif est de généraliser cette pratique dans toutes les unités de l'hôpital et également au niveau national en tant qu'outil de bonne pratique pour les autres hôpitaux, trusts de santé et établissements d'enseignement. Les objectifs du projet sont de :

- améliorer les soins prodigués aux patients sur la base d'un meilleur fonctionnement en équipe ;
- accroître le bien-être mental et physique du personnel ;
- soutenir le développement de la direction participative.

Le projet est actuellement en phase initiale et aucune remarque concluante ne peut dès lors être faite à propos de son succès. Toutefois, le projet suit étroitement les expériences du programme national finlandais sur le vieillissement qui a largement été considéré comme un succès pour garder les travailleurs âgés en activité. Par ailleurs, le projet est lié au programme national de développement des travailleurs TYKES, qui se poursuit actuellement.

5.6 Mécanismes pour une meilleure planification des effectifs

Une approche à court terme du recrutement dans le secteur hospitalier n'a plus aucun effet dans les pays européens qui font face à de grandes pénuries de main-d'œuvre. Certes, il se peut qu'une telle approche soit toujours suffisante dans certains pays de l'Europe du Sud où l'offre de professionnels des soins de santé dépasse la demande actuelle, mais, cette approche ne peut être envisagée comme une approche durable à long terme.

La planification des effectifs est un processus continu de modelage de la main-d'œuvre afin de garantir que celle-ci dispose des capacités et de l'aptitude requises pour fournir des services. Les partenaires sociaux peuvent contribuer à ce processus en mettant des outils à la disposition des hôpitaux et trusts de santé. À titre d'exemple, l'organisation d'employeurs du secteur de la santé du Royaume-Uni, le NHS Employer, développe actuellement un outil pour les employeurs du secteur de la santé visant à aider l'établissement de profils d'âge et la planification des effectifs à long terme. L'outil fonctionne en encodant le nombre de personnes actives dans l'hôpital donné et le nombre d'employés sortant et entrant par groupe d'âge dans l'outil d'établissement de profils. Les chiffres devraient être encodés aussi longtemps que les données sont disponibles. L'outil pourra ainsi montrer les effets qu'auront les modèles actuels sur le profil d'âge de l'effectif à l'avenir. De plus, cela peut-être effectué sur une base itérative, d'une année à l'autre, pour démontrer l'impact dans le temps de toute initiative et action positive prise pour éliminer la discrimination fondée sur l'âge. L'outil sera édité à l'automne 2006.

5.7 Stratégies en matière d'ergonomie et H&S

L'emploi dans le secteur hospitalier est peut-être exigeant au niveau physique, mais les employeurs peuvent se montrer proactifs en élaborant des stratégies qui permettent aux travailleurs âgés de continuer à travailler, même si leurs capacités physiques devaient diminuer (ce qui n'est, bien sûr, pas le cas pour tous les travailleurs âgés). Ces stratégies incluent, par exemple, un aménagement des heures de travail et une meilleure collaboration entre les jeunes et moins jeunes travailleurs.

Le Varberg Hospital en Suède est un hôpital qui a essayé de répondre à ce problème. Au cours de ces récentes années, la politique suédoise en matière de soins de santé a changé en termes de prestation de services ; de soins hospitaliers à des soins communautaires. Cela a mené à d'importantes réductions de personnel à l'hôpital de Varberg. Les licenciements étaient faits sur la base de la durée du service, conduisant ainsi à un

vieillesse accrue du personnel. Ces développements ont également eu pour résultat que le personnel âgé s'occupe de patients encore plus âgés et l'hôpital a été rapidement confronté à une hausse claire de motivation faible et de congés de maladie et des niveaux plus élevés de retraite anticipée.

Face à ces développements, l'hôpital souhaitait procéder à des changements expérimentaux dans trois services différents. Ces développements incluaient des changements de l'environnement de travail et une offre de formation sur la capacité de travail. En outre, les services avaient le droit de recruter du nouveau personnel jeune en vue de contrebalancer le profil d'âge des infirmiers.

L'impact du projet était limité dans deux des services. Cependant, les activités de l'un des services se sont concentrées sur le changement des plans de périodes de travail visant à travailler plus d'heures mais moins de jours. Ce changement a donné l'impression aux employés qu'ils avaient plus de temps pour accomplir leur travail et se réunir avec d'autres membres du personnel pour discuter des soins prodigués aux patients. Les effets sur les travailleurs individuels ont été très positifs dans ce cas.

Un autre exemple est l'Hospital Group dans la région de l'Île de France qui a mené des études sur l'ergonomie au travail et sur la mécanisation de tâches plus lourdes dans les hôpitaux.

5.8 Éliminer la discrimination fondée sur l'âge

Certains employeurs dans le secteur hospitalier et en général supposent encore, souvent inconsciemment, que les travailleurs âgés sont moins flexibles, compétents ou travailleurs. Cependant, des études démontrent que, généralement, ces perceptions sont non fondées. Par exemple, sur les personnes continuant à travailler après l'âge de la retraite, 76 % des hommes et 71 % des femmes indiquent que leur santé est excellente ou bonne, en comparaison avec 54 % et 49 % des personnes inactives de même âge¹. Cela laisse penser que les personnes sont réalistes quant à leurs capacités et continuent à travailler uniquement si leur santé est suffisamment bonne. Certaines études indiquent que les travailleurs âgés sont en fait plus motivés au travail que leurs collègues plus jeunes².

Dans un futur proche, les hôpitaux, comme tous les autres employés, devront réviser leurs politiques existantes relatives au recrutement, à la promotion, à la rétention, aux conditions de travail et à la retraite pour s'assurer qu'aucune de leur activité ne discrimine un quelconque groupe d'âge. Le Conseil des ministres de l'Union Européenne a adopté la Directive sur l'égalité de traitement en matière d'emploi en 2000 (la directive du Conseil 2000/78/CE). Elle établit un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de formation et d'orientation professionnelles et est conçue pour interdire la discrimination fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle, un handicap et la religion / croyance. La directive demande aussi que les États membres adoptent des dispositions législatives interdisant la discrimination directe et indirecte d'ici 2006. La directive met également en évidence le rôle que doivent jouer les partenaires sociaux et le dialogue social dans la lutte

¹ McKay and Smeeton - Research Summary: Working after state pension age: quantitative analysis. Ministère du Travail et des pensions, résumé publié par Age Positive.

² Enquête TNO sur la situation de travail, 2002.

contre la discrimination fondée sur l'âge, par la surveillance des pratiques sur le lieu de travail, des codes de conduite et l'échange de bonnes pratiques.

À la suite de cette directive, le *NHS Employers UK* a publié un briefing pratique destiné aux employeurs du secteur de la santé au Royaume-Uni sur la nouvelle législation relative à la discrimination fondée sur l'âge – qui entrera en vigueur en 2006. Le briefing inclut également une check-list qui aide les employeurs du secteur de la santé à couvrir une gamme de pratiques et politiques essentielles en matière d'emploi (y compris le recrutement, la formation, la promotion, le harcèlement, la retraite et le licenciement)¹. Le *NHS Employers* reconnaît aussi qu'il est important pour les employeurs de sensibiliser et de changer le comportement du personnel vis-à-vis des travailleurs âgés du point de vue de la gestion financière. Selon des estimations, le coût des plaintes introduites sur la base de la discrimination directe et indirecte fondée sur l'âge pourrait atteindre 93 millions de livres sterling en un an (plus de 134 millions d'euros)².

Comme des études de cas précédentes l'ont déjà démontré, de nombreux trusts de santé britanniques (y compris South Downs et Bexley) ont révisé systématiquement toutes leurs politiques en matière d'emploi, allant du recrutement à la rétention, en vue de s'assurer que leurs pratiques ne sont pas discriminatoires sur la base de l'âge.

5.9 Accès à la formation tout au long de la carrière

L'accès à l'éducation et à la formation tout au long de la vie professionnelle représente l'un des concepts-clés qui se cachent derrière le vieillissement actif. Plusieurs études³ ont établi que des travailleurs très instruits sont moins susceptibles de prendre leur retraite anticipée. Il est donc capital que les comportements qui forment un obstacle à la formation pour certains travailleurs âgés soient abordés par les employeurs dans le secteur hospitalier. Par exemple, certains travailleurs âgés pensent qu'ils sont trop vieux pour suivre une formation et d'autres manquent de confiance parce qu'ils sont restés éloignés du milieu de formation depuis de trop nombreuses années. Dans quelques cas, certains travailleurs âgés ont peut-être été oubliés ou les travailleurs âgés eux-mêmes pensent que leurs collègues plus jeunes devraient avoir la priorité.

En Suède, le *Swedish Municipal Workers' Union Kommunal* a adopté un rôle proactif envers la formation dans le secteur et travaille actuellement avec un conseil de comté et d'autres partenaires sur un projet de développement durable des compétences lié à la main-d'œuvre du secteur de la santé.

Le Bexley Care Trust, Royaume-Uni, a introduit un mécanisme afin de contrôler l'âge du personnel qui s'inscrit à des formations internes et externes – pour garantir que tous les travailleurs disposent des mêmes opportunités de développement.

¹ <http://www.nhsemployers.org/excellence/excellence-361.cfm>

² Daily Telegraph / Cranfield School of Management 03/02/05

³ P. ex. Statistics Denmark : Seniors and the labour market.

Statistics Finland : Early exit from working life among ageing employees

5.10 Une perspective irlandaise

Le secteur de la santé forme l'un des plus grands employeurs en Irlande, représentant 9,5 pour cent de l'emploi total. L'emploi dans le secteur a progressé de manière substantielle ; par exemple, entre 1998 et 2003, l'emploi dans le secteur a augmenté de 51 pour cent¹. Les données Eurostat ont indiqué que l'emploi dans le secteur des soins de santé a augmenté dans tous les groupes d'âge entre 2000 et 2005. Une étude récente a également fait état de postes vacants dans le secteur et d'un taux d'inoccupation global de six pour cent².

La démographie de la population irlandaise est légèrement plus jeune que les démographiques dans la plupart des « anciens » États membres. Par conséquent, le vieillissement actif n'est traditionnellement pas considéré comme une haute priorité politique comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays. Concernant l'emploi dans le secteur de la santé, les protagonistes du secteur de la santé en Irlande utilisent traditionnellement l'immigration comme une stratégie-clé pour faire face aux pénuries de main-d'œuvre. Ainsi, en 2000, les autorités irlandaises ont adopté un mécanisme accéléré de visa/d'autorisation afin de faciliter l'immigration de personnes qualifiées non ressortissantes de l'EEE.

Tandis que l'immigration a contribué énormément à augmenter l'offre de professionnels des soins de santé en Irlande, elle ne peut pas résoudre à elle seule les pénuries de main-d'œuvre sectorielles. En effet, l'immigration risque de restreindre les opportunités pour les jeunes Irlandais et les taux de rétention pour les travailleurs immigrants sont plus faibles que ceux de leurs collègues de souche irlandaise. De plus, il n'y a pas de garantie que l'Irlande continuera à attirer des professionnels des soins de santé dans le même volume qu'au cours des années précédentes.

C'est pourquoi, l'une des dernières stratégies envisagées par les partenaires sociaux et le gouvernement irlandais consiste à accroître la participation au marché du travail des professionnels des soins de santé âgés et expérimentés. Ce sujet est devenu très actuel à la suite de l'abolition de l'âge de la retraite obligatoire pour les nouveaux arrivants dans la fonction publique. Au mois d'avril 2004, la loi sur la pension de la fonction publique – dispositions diverses (*Public Service Superannuation - Miscellaneous Provisions Act*) 2004 a été introduite. Cette loi a supprimé l'âge de la retraite obligatoire pour les nouveaux fonctionnaires et a augmenté l'âge minimal de la retraite de 60 à 65 ans.

En réponse à ces changements, l'organisation irlandaise des employeurs du secteur de la santé, HSE-EA, a convoqué un groupe de travail en vue d'examiner les problèmes liés à l'emploi des travailleurs âgés (accent sur la santé et l'ergonomie). Le groupe de travail étudie les questions de compétence, de capacité et d'aptitude des employés à toutes les étapes de la vie professionnelle, tout en reconnaissant que processus de vieillissement naturel peut affecter l'équilibre / la dextérité, la vision, l'audition, le fonctionnement général, la force physique et la prise de décision. L'un des objectifs de ce groupe de travail est d'identifier les initiatives visant à promouvoir la capacité à travailler des travailleurs âgés et d'examiner comment ils peuvent accomplir leur travail de manière efficace, y compris des services de santé au travail proactifs, le travail flexible, une amélioration de l'ergonomie et une réduction de la manipulation manuelle des composantes.

¹ National statistics office.

² Unité SLMRU de FÁS

Une initiative-pilote se déroule actuellement à l'Adelaide and Meath Hospital à Dublin. Cet hôpital intègre le National Children's Hospital (AMNCH) et est l'un des plus grands hôpitaux en Irlande. Il s'agit d'un hôpital universitaire volontaire et fournit des soins aux enfants, aux adultes, psychiatriques et liés à l'âge. L'AMNCH emploie 3 000 personnes dont quelque 2 700 travaillent à temps plein.

L'introduction de la loi sur les nouveaux règlements en matière de retraite a conduit l'hôpital à étudier les besoins des travailleurs âgés et les demandes aux employeurs et concernant les lieux de travail. Elle a aussi encouragé l'hôpital à se pencher sur le risque potentiel de la discrimination fondée sur l'âge. C'est ainsi que l'hôpital, en collaboration avec le HSE-EA, a entamé un projet-pilote visant à garantir que les politiques et pratiques de recrutement, de sélection, de promotion, de progression et de rétention de l'hôpital sont tout à fait insensibles à toute forme de discrimination directe ou indirecte contre les travailleurs âgés et à garantir que les conditions d'emploi dans l'hôpital contribuent à retenir, attirer et permettre aux travailleurs âgés de développer leur potentiel et d'apporter une contribution. Les objectifs spécifiques du projet sont les suivants :

- identifier les obstacles au recrutement et à la sélection des travailleurs âgés ;
- examiner la promotion des travailleurs âgés et les possibilités qui existent au sein de l'organisation ;
- promouvoir la sensibilisation au sujet des avantages d'un personnel âgé dans l'hôpital.

Le projet est mis en oeuvre en ce moment et comprend deux phases. La première phase a vu la constitution du Groupe directeur composé des principaux protagonistes internes et externes (cf. cadre ci-dessous), la clarification des règles fondamentales du projet et le développement des termes de référence pour la recherche comme suit :

- étude sur les travailleurs âgés et l'emploi – examen des problèmes soulevés pour les travailleurs âgés en Irlande en général et dans les services de santé en particulier. Le travail s'appuie sur une étude publiée en Irlande, dans d'autres États membres de l'Union et dans des organisations, organes et instituts internationaux et explore des exemples de bonne pratique et d'innovation en Irlande et dans d'autres pays ;
- audit des politiques, pratiques et procédures de recrutement, de sélection et de progression à l'AMNCH – pour déterminer la diversité d'âges parmi le personnel existant, examiner le recrutement interne et externe durant ces douze derniers mois.

Protagonistes internes :

le gestionnaire des ressources humaines ;
le personnel participant au recrutement, à la sélection, à la formation et au développement, à la santé au travail et à la pension de retraite ;
un représentant des infirmiers ;
le coprésident du comité conjoint ;
les représentants de l'IMPACT et du SIPTU.

Protagonistes externes :

l'organisation partenaire Equal at Work ;
le NCAOP, le conseil national sur le vieillissement et les personnes âgées (*National Council on Ageing and Older People*) ;
Age & Opportunity ;
Age Action Ireland ;
d'autres organes et groupes d'experts représentant les intérêts des personnes âgées en Irlande.

La deuxième phase se concentrera sur la généralisation des activités avec des groupes d'experts du secteur de la santé, des groupes d'utilisateurs et des prestataires de services de santé, et des activités de diffusion via des réunions du personnel et des sites intranet, des réunions pour le projet Equal at Work, des publications, un site web et des événements. Les résultats du projet seront présentés et publiés avec des directives de bonnes pratiques sur l'emploi des travailleurs âgés à l'AMNCH.

5.11 Une perspective italienne

La population italienne vieillit et l'espérance de vie s'accroît, le taux de natalité régresse et le taux d'emploi parmi les travailleurs âgés, s'élevant à 30,3 % en 2003, est faible. La sortie anticipée du marché du travail par le biais d'une culture de retraite anticipée subsiste, même si, au cours de ces dix dernières années, des mesures ont été prises en vue de réformer le régime des pensions et de la retraite. Avant 1992, les travailleurs de la fonction publique en Italie étaient autorisés à prendre leur retraite après avoir cotisé pendant 20 ou 15 ans, peu importe leur âge. Après 1997, ces mêmes travailleurs devaient avoir cotisé pendant au moins 35 ans et atteint l'âge minimal de 53 ans ou avoir cotisé pendant 36 ans indépendamment de leur âge avant la retraite. De plus, la réforme des pensions a progressivement retardé l'âge de la retraite. Cependant, aucune mesure active n'a accompagné l'accroissement de l'âge de la retraite pour accommoder les travailleurs âgés sur le marché du travail. Pour comprendre quels sont les effets sur le secteur de la santé, les points ci-dessous sont passés en revue :

- la structure du secteur de la santé / la négociation collective ; et
- les problèmes auxquels est confronté le secteur de la santé et les activités des partenaires sociaux concernant le vieillissement actif.

5.11.1 La structure du secteur de la santé et le système de la négociation collective

Ces dernières années, le service national de santé italien (NHS) a traversé une période de nombreuses réformes importantes qui avaient pour but d'augmenter l'efficacité et la qualité de service et de restreindre les dépenses en matière de santé. L'une des réformes portait sur le secteur de la santé uniquement et les autres sur l'emploi public en général, y compris le NHS. Les réformes ont adopté des pratiques de travail du secteur privé (décrites en tant que privatisation – *aziendalizzazione*). L'une des réformes principales datant de 1997-1998 consistait à décentraliser les fonctions fédérales vers les régions. Dans ce contexte, toutes les organisations du NHS ont été dévolues au niveau régional.

Dans ce cadre de travail, les Services locaux de santé (USL - *Unità Sanitaria Locale*) ont été remplacés par des sociétés de santé locales et des sociétés hospitalières (ASL ou AO – *aziende sanitarie locali o aziende ospedaliere*) qui fonctionnent comme les sociétés privées traditionnelles : elles sont responsables de la gestion budgétaire et des questions d'organisation et du personnel (recrutement et fixation des salaires).

La réforme de l'emploi public a également eu un impact sur toutes les administrations publiques, y compris le NHS, entraînant deux niveaux différents de négociation collective : national et local. La négociation au niveau national a lieu entre l'ARAN¹ et les syndicats sectoriels et leurs confédérations. Le contrat collectif national établit les relations de travail, les droits et devoirs, les heures de travail, les salaires et autres avantages économiques et sociaux et enfin les règles pour la négociation au niveau local (en particulier celles afférentes à la productivité).

Au niveau local, les sociétés de santé se concentrent principalement sur la négociation relative aux matières que l'accord national défère au niveau local. Celles-ci se rattachent à la productivité, aux heures supplémentaires, à l'égalité des chances, à la sécurité d'emploi, à la formation, etc. La gestion de la carrière du personnel est confiée aux sociétés de santé et le contrat national établit uniquement les principes et procédures générales qui garantissent l'uniformité des règles.

5.11.2 Les problèmes auxquels est confronté le secteur de la santé et les activités des partenaires sociaux concernant le vieillissement actif

L'évolution rapide de l'âge de la main-d'œuvre implique une nécessité de modifier radicalement la gestion du vieillissement du personnel hospitalier car, dans le futur, la qualité des soins dépendra, en partie, des performances et de la productivité du personnel vieillissant et donc de l'utilisation rationnelle des travailleurs âgés. Parallèlement, les travailleurs qui sont dans la deuxième moitié de leur vie professionnelle ont davantage conscience de la nécessité d'améliorer leur employabilité et leurs perspectives de carrière. Un autre problème se pose de savoir comment employer les travailleurs âgés plus expérimentés à d'autres activités, comme l'orientation et la formation des travailleurs plus jeunes.

Dans la réglementation italienne existante (lois et contrats nationaux), aucune règle spécifique ne protège les travailleurs âgés, il y a plutôt des règles générales et applicables à tous les employés. Pour être plus précis, en Italie, les lois et contrats de travail généraux établissent ce qui suit :

- la limite d'âge de participation aux examens publics pour un emploi dans l'administration publique a été supprimée par la loi ;
- les contrats de travail et la loi Sirchia pour les infirmiers² permettent aux travailleurs du secteur de la santé d'exercer à nouveau un emploi après avoir démissionné ;
- les réglementations nationales et la négociation locale rendent obligatoire la participation régulière à la formation (LLL). Le recyclage des travailleurs âgés a récemment été considéré comme particulièrement important. Toutefois, a fait l'objet de débats, surtout au sein des syndicats ;
- les contrats de travail et les négociations locales prévoient que les promotions sont données sur la base du mérite et de l'expérience et que les interruptions de carrière n'influencent pas les possibilités de promotion ;
- le travail à temps partiel peut être utilisé pour répondre aux besoins des travailleurs âgés (en particulier en réduisant leurs heures de travail et en évitant le travail posté). Cependant, cette possibilité est utilisée principalement par les jeunes femmes ayant des enfants ou les travailleurs socialement défavorisés. Dans le secteur de la santé, le

¹ L'ARAN est l'agence fondée en 1993 qui représente juridiquement les administrations publiques lors des processus de négociation collective au niveau national.

² Voir ci-dessous pour de plus amples informations.

travail à temps partiel est limité à 25 % de l'ensemble des employés. Un supplément de 10 % est possible selon les situations sociales ou familiales spéciales. Cette situation est, néanmoins, évaluée par chaque société de santé individuelle. Cependant, l'application de cette flexibilité avec la pénurie croissante d'infirmiers a aggravé la situation dans certains hôpitaux, en plaçant la charge d'un accroissement de travail posté sur d'autres employés afin d'assurer une prestation de services normale ;

- en vue de garantir une utilisation efficace des travailleurs souffrant de problèmes de santé (jeunes et âgés), la négociation locale et des règlements spécifiques à l'hôpital permettent à ces travailleurs d'être replacés à des postes moins exigeants ;
- les employés dans les hôpitaux privés peuvent continuer à travailler à temps partiel ou à temps plein après l'âge légal de la retraite, mais cette règle ne s'applique pas encore au secteur public.

Ces exemples illustrent que même si des règles ou lois spécifiques n'existent pas pour les travailleurs âgés, il est possible d'avoir recours à d'autres mesures stratégiques et systématiques pour s'attaquer au vieillissement de la main-d'œuvre dans le secteur hospitalier. Contrairement à d'autres pays, tels que le Royaume-Uni¹, la France, l'Allemagne et la Suède où les pénuries de main-d'œuvre sont manifestes parmi les médecins², il semble qu'en Italie, il n'y a pas de pénurie de main-d'œuvre majeure parmi les médecins, autres que les radiologues et les anesthésistes. Cependant, il y a une pénurie de main-d'œuvre chronique parmi les infirmiers, estimée à quelque 400 000³. Ce chiffre est nettement plus élevé que les chiffres cités dans le rapport HOPE⁴. Afin de lutter contre la pénurie d'infirmiers, le gouvernement italien a mis en application la loi Sirchia dans le but spécifique de promouvoir le recrutement d'infirmiers. Néanmoins, la loi fournit également des stimulants aux employés en service pour qu'ils continuent à travailler et prévoit des possibilités de revenir sur le marché du travail pour les infirmiers retraités sur la base de contrats temporaires ou à temps partiel, même si les syndicats sont préoccupés par la prolifération des contrats de travail à court terme et par les niveaux de salaire. Bien qu'elle ne soit pas présentée comme une politique en matière de vieillissement actif en soi, elle tente cependant de répondre à la perte de main-d'œuvre qualifiée dans le secteur.

Malgré la loi Sirchia et les efforts visant à retenir les employés, le sentiment général est que la profession d'infirmier est fatigante et exigeante, ce qui justifie la sortie du marché du travail. En effet, le personnel de la santé est considéré inapte à effectuer des tâches physiquement ou mentalement exigeantes après un certain âge et une étude récemment menée souligne qu'un infirmier sur cinq souhaite quitter la profession⁵.

¹ Remarque, Angleterre identifiée dans le rapport HOPE

² The Healthcare Workforce in Europe: problems and solutions – Final Report of HOPE's study group on workforce issues, Bruxelles, 12 mai 2004

³ Intention de quitter le secteur des soins infirmiers en Italie

⁴ Op cit, pp6

⁵ Étude Next. Work and health of nurses in Europe.

5.11.3 Questions d'actualité

Il y a des preuves que les partenaires sociaux nationaux italiens ont inclus des dispositions relatives au vieillissement actif même si ce dernier en tant que concept n'est pas ancré en Italie en général ou plus spécifiquement dans le secteur de la santé, malgré des pénuries de main-d'œuvre chroniques, en particulier parmi les infirmiers. Les contrats nationaux négociés par les partenaires sociaux prévoient des dispositions visant à améliorer la profession d'infirmier. Ces dispositions abordent la première dimension du vieillissement actif, c.-à-d., des incitations pour les travailleurs pour qu'ils retardent leur retraite et pour les employeurs pour qu'ils engagent et conservent les travailleurs âgés.

En termes de progrès des politiques et activités en matière de vieillissement actif, les partenaires sociaux au niveau national et local pourraient concentrer leurs actions sur :

- l'amélioration de la qualité des conditions de travail pour assurer également un service efficace et de haute qualité ;
- la surveillance concernant l'aménagement des hôpitaux pour répondre aux besoins des travailleurs âgés ;
- le changement de la perception du vieillissement actif parmi le personnel de la santé ;
- la promotion de la formation pour les travailleurs âgés ;
- la facilitation de l'avancement professionnel ;
- la fourniture d'autres incitations à travailler plus longtemps.

6.0 Conclusions

Le présent rapport a montré qu'au niveau local, national et européen, le secteur hospitalier est au défi d'élaborer des stratégies afin de contrebalancer les pénuries de personnel et de main-d'œuvre, et est également confronté à une hausse de la demande de services. Cependant, l'un des principaux problèmes pour le secteur est que le concept de vieillissement actif n'est pas généralement reconnu dans tous les coins de l'Europe : un défi ici est l'acceptation de ce qui est en fait un concept anglo-saxon dans l'Europe du Sud et de l'Est. Le dialogue social sectoriel au niveau européen peut jouer un rôle important dans la résolution de ce problème.

Deuxièmement, il importe qu'à tous les niveaux, la contribution potentielle des travailleurs âgés soit reconnue et que des mécanismes soient mis en place pour garantir qu'ils puissent apporter une contribution efficace à l'allègement des pénuries de main-d'œuvre sectorielles. La législation relative à la discrimination fondée sur l'âge et les développements politiques y afférents ont fait une différence en termes de réponse au vieillissement : cependant, il est essentiel que les employeurs ne présument pas des « capacités » des travailleurs âgés : chaque individu est unique et il ne faudrait pas supposer que leur âge les empêche d'accomplir leur travail.

Le vieillissement et la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur hospitalier est un défi à multiples dimensions, ce qui s'est manifesté de différentes manières. En effet, une dimension-clé consistera à mettre au défi les individus eux-mêmes : dans certains cas, une attente de retraite anticipée sera remise en cause et les « normes culturelles » du fait de ne pas travailler au-delà d'un certain âge devront changer – le modèle social est compromis si les taux de dépendance continuent à augmenter.

Le comportement ne changera pas nécessairement du jour au lendemain, mais des exemples de bonnes pratiques, des personnes désirant continuer à travailler plus longtemps en tant que « *age champions* » fournissent la preuve pour commencer à inverser les tendances qui ont vu une perte énorme de main-d'œuvre qualifiée. Cependant, le vieillissement ne représente qu'une dimension de la gestion du marché du travail : il ne peut pas être traité séparément. Le vieillissement doit être envisagé dans le contexte de la gestion active du marché du travail, un rôle que les partenaires sociaux doivent partager à tous les niveaux.

En ce qui concerne le niveau européen, il y a un rôle-clé à jouer dans la promotion des intérêts sectoriels au niveau européen ainsi que dans le partage et le transfert des exemples de bonne pratique aux partenaires sociaux au niveau national et infranational à travers l'Europe. En effet, pour soutenir les activités futures, il faut renforcer les preuves existantes et mener des recherches plus approfondies pour mieux comprendre les problèmes spécifiques auxquels est confronté le secteur, lesquelles aideront les partenaires sociaux à implémenter le changement. Ces activités sont à leur tour abordés ci-dessous.

En ce qui concerne la sensibilisation, un certain nombre d'activités peuvent être mises en avant :

- sensibiliser à l'importance de la dimension de la demande du vieillissement : une population vieillissante doit avoir accès à un service de santé qui répond à ses besoins ;
- encourager les partenaires sociaux au niveau national à intervenir dans le développement de stratégies pour un vieillissement actif, tel que prôné par la Commission dans « *Actions communes pour la croissance et l'emploi : le programme communautaire de Lisbonne* » ;
- Remettre en question les normes culturelles dans certains pays, ce qui consiste à balayer l'idée selon laquelle la retraite anticipée / la sortie anticipée du marché du travail est nécessaire. Il convient aussi de comprendre ce que les employés souhaitent, quelles sont les conditions pour encourager la participation – mais il faut veiller à ce que tout changement proposé n'ait pas de répercussions défavorables sur les jeunes travailleurs dans le secteur. En effet, la plupart des approches fructueuses de la gestion de l'âge prennent en considération tous les employés au lieu de cibler les actions uniquement et spécifiquement sur les travailleurs âgés. De telles interventions risquent d'arriver trop tard pour maintenir la capacité de travail et l'employabilité, ou dans le pire des scénarios, pourraient même stigmatiser les travailleurs âgés.

Les partenaires sociaux peuvent également assumer un rôle actif au niveau européen en vue de garder au premier plan / de rappeler au public les problèmes du vieillissement sectoriel. Ainsi, ils pourraient répondre à la Communication de la Commission européenne sur les changements démographiques (printemps 2006). Il importe également de sensibiliser la population à l'urgence de ce défi. Certes, les démographes, universitaires, professionnels des soins de santé et décideurs discutent de l'impact social et économique du vieillissement de la main-d'œuvre depuis des années déjà. Cependant, le futur est à présent arrivé, et les différents systèmes de santé nationaux ainsi que les hôpitaux individuels se sont préparés aux changements à différents niveaux et nombreux sont ceux qui doivent encore étudier la capacité organisationnelle à relever les défis futurs. Enfin, le processus du dialogue social au niveau européen peut jouer un rôle dans la promotion la sensibilisation à l'échelon national et infranational concernant son rôle et sa contribution à la gestion du cycle de vie.

Outre des efforts visant à sécuriser les avantages économiques pour les travailleurs du secteur, il est nécessaire d'explorer les avantages non financiers. Les études de cas présentées dans ce rapport illustrent les approches utilisées pour rendre le secteur attrayant aux yeux des nouveaux arrivants de tout âge. Alors que la rémunération est importante, les conditions / le modèle de travail et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée sont des facteurs majeurs pour attirer et retenir les travailleurs. Les études de cas du Royaume-Uni, en particulier, montrent comment un ensemble de mesures peut contribuer à attirer de nouveaux et d'anciens employés vers le secteur et à maintenir les travailleurs âgés en activité. En effet, ces exemples pourraient servir à élaborer un guide sectoriel de bonnes pratiques.

La Section 1.1 portant sur la méthodologie de l'étude a souligné des problèmes concernant la disponibilité des données sur l'emploi dans le secteur de la santé et de l'aide sociale. Il est crucial de disposer de preuves solides et fiables en vue de soutenir les activités de sensibilisation. Les services statistiques devraient être encouragés à fournir des informations détaillées sur l'emploi dans le secteur (telles que des données cohérentes sur l'emploi par groupe professionnel) sur une base régulière.

Afin de compléter le travail de NEXT, d'autres recherches sont nécessaires. Il serait utile d'explorer les points suivants et d'en communiquer les résultats :

- les raisons pour lesquelles les travailleurs (autres que les infirmiers) quittent le secteur ;
- ce qui encouragerait les travailleurs à rester dans le secteur / à retourner travailler dans ce secteur.

L'on pourrait s'attendre à ce que ce type d'étude examine les questions telles que l'environnement de travail, le stress au travail, les formes de travail (comme l'accès aux interruptions de carrière, la flexibilité des heures de travail) et la rémunération : il est nécessaire de se pencher sur les questions qui créent une mauvaise santé au travail.

Au niveau national, les partenaires sociaux doivent collaborer pour assurer la durabilité et la flexibilité des dispositions relatives au régime de retraite. Le meilleur moyen est de maintenir les employés en activité aussi longtemps que possible, mais les régimes de retraite doivent également être suffisamment flexibles pour permettre différentes options de retraite flexible telles que présentées dans certaines études de cas. Les employés sont plus susceptibles de quitter le marché du travail complètement s'ils ont l'impression que les options telles que le travail à temps partiel, la rétrogradation ou le changement de poste nuiront à leur salaire final. En effet, les études de cas ont démontré que tel n'est pas nécessairement le cas, mais les *employés doivent avoir accès à des informations détaillées* sur toutes les options disponibles et sur leur impact sur les pensions. Dans certains pays, il convient de garantir que de ces mesures sont conformes à d'autres politiques, y compris les règles sur la taxation relatives aux individus choisissant des options de retraite partielle.