



Cartographie de la problématique du personnel dans le secteur des soins aux personnes âgées

2012/18

11 | 10 | 2012



Introduction

La politique des seniors est une priorité absolue à court terme afin de maintenir la qualité du système de soins et de bien-être dans notre pays et, là où cela est possible, de l'améliorer. Itinera a publié en août 2012 un rapport décrivant le besoin croissant de soins de nos aînés et ce, aussi bien au niveau de l'offre que de la qualité des soins. Le défi est énorme. Les soins résidentiels et les soins à domicile devant respectivement croître d'un tiers entre 2010 et 2025 (KCE, 2011), le défi ne se situe pas seulement au niveau de l'offre, de la construction et de l'infrastructure, mais aussi au niveau des ressources humaines. La main-d'œuvre devra elle aussi augmenter d'un tiers, sauf si nous réussissons à accroître la productivité dans le secteur des soins.

Comment parviendrons-nous à trouver et à garder du personnel de soins qualitatif en suffisance pour faire face avec compétence à la vague croissante des soins aux seniors ? Voilà l'essentiel de la problématique toujours plus urgente du personnel dans le secteur des soins. En quête de réponses, Itinera accorde dans ce rapport la parole à un vaste éventail d'institutions dans le secteur des soins aux personnes âgées, allant du service d'aide aux familles aux soins à domicile en passant par les service flats et les résidences-services. Plus concrètement, les directions générales, responsables de la gestion des ressources humaines et dirigeants dans le secteur des soins de 265 organisations, ont été interrogés.

Le rapport est structuré comme suit. Nous analysons tout d'abord le défi en matière de ressources humaines sur la base de la littérature et des résultats de l'étude. Nous examinons quelle politique existe actuellement en l'espèce. Nous parcourons ensuite de manière systématique les résultats relatifs aux solutions potentielles sur la base d'un modèle HRM général. Nous commentons ici aussi à l'appui des connaissances scientifiques. Pour finir, nous nous attardons sur la politique du personnel dans le secteur des soins telle qu'elle est menée dans de nombreux autres pays. Itinera formule des priorités stratégiques en vue de disposer effectivement et en suffisance de personnel de soins compétent en Belgique en réponse au vieillissement de la population.

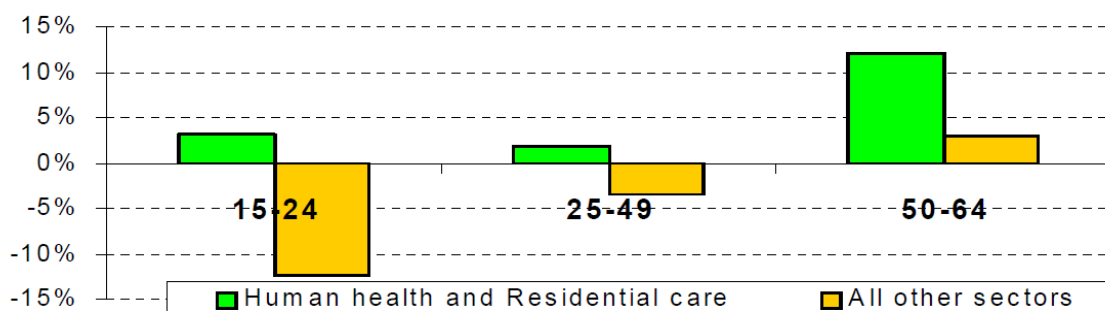
PIETER VAN HERCK
Senior Fellow Itinera Institute

Le défi en matière de ressources humaines

En 2010, on comptait dans l'UE 17,1 millions d'emplois dans le secteur des soins. Il s'agit là de 8 à 10% de l'emploi total (UE, 2012). Au cours des 10 dernières années, l'emploi dans le secteur des soins a augmenté de 21%. Même

la crise économique n'a pas empêché la création, jusqu'à ce jour, de 770.000 nouveaux jobs dans le secteur des soins. Cette croissance est très bien illustrée dans le graphique ci-dessous. Les emplois supplémentaires créés se situent aussi bien dans le groupe d'âge des jeunes que dans celui des plus âgés. Le secteur des soins a, pendant la crise, été un moteur économique puissant.

Pourcentage de variation de l'emploi par groupe d'âge entre 2008 et 2010



Source : UE, 2012

Le vieillissement n'entraîne toutefois pas seulement un besoin croissant de soins, mais aussi une vague de départs à la retraite du personnel de soins. L'âge moyen des infirmiers et infirmières au sein de l'UE se situe entre 41 et 45 ans (UE, 2012). Le départ des travailleurs vieillissants commence à battre son plein. La majorité des pays membres de l'UE accuse aujourd'hui un déficit d'effectifs du personnel de soins (flux entrant) et une augmentation de la rotation du personnel (flux interne et flux sortant). Sans mesures supplémentaires, il y aura d'ici 2020 une pénurie de 1 à 2 millions de prestataires de soins (UE, 2012). Ce qui signifie que 15% des besoins de soins ne pourront pas être comblés.

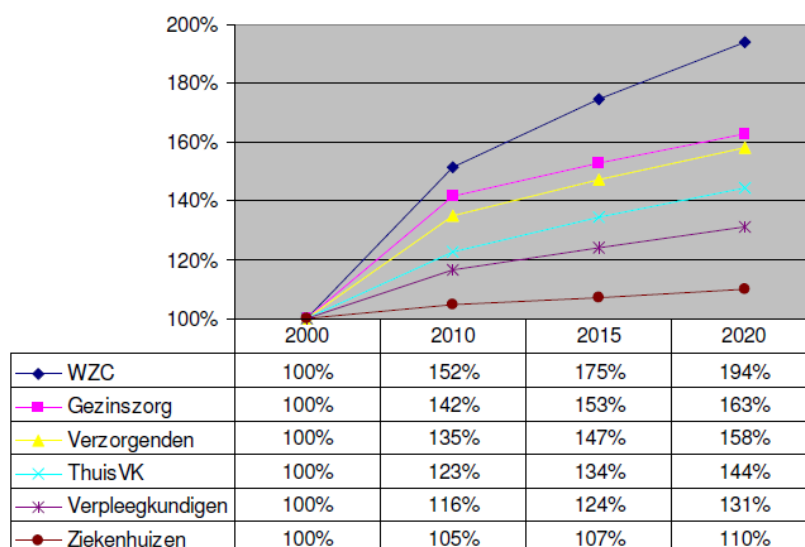
L'évolution internationale susmentionnée se confirme pour la Belgique et ses Régions. On a longtemps supposé que la croissance historique de l'offre de prestataires de soins serait suffisante pour faire face au vieillissement. Le secteur des soins dans son ensemble a été pris en considération à cet égard (Pacolet et al, 2005 ; Pacolet & Merckx, 2006). La nécessité d'un élargissement du secteur des soins semble toutefois plus urgente en ce qui concerne les soins aux personnes âgées (KCE, 2011). Rien que pour les soins aux seniors, 120.000 travailleurs supplémentaires seront nécessaires d'ici 2050 : 70.000 dans le secteur résidentiel et 47.000 dans le secteur ambulancier (Itinera, 2011). Neuf maisons de repos sur dix recherchent actuellement des pres-

tataires de soins. Le service d'aide aux familles et d'autres acteurs du secteur poussent le même cri d'alarme. Il existe en outre à cet égard de grandes différences au niveau de l'offre et de la demande. Les prestataires de soins ne savent pas vraiment se déplacer loin compte tenu des possibilités de transport limitées en cas d'heures irrégulières. La situation géographique est un critère qui intervient dans le choix professionnel de 91% des étudiants (Van Buggenhout et al, 2010). Pourquoi se déplaceraient-ils plus loin pour remé-

dier une grave pénurie si des postes vacants se présentent également tout près ?

Le graphique ci-dessous montre l'évolution de l'emploi par rapport à l'année 2000. Nous précisons à cet égard qu'il ne reflète qu'une hausse relative. Les hôpitaux, par exemple, peuvent, en raison de l'importance de leurs effectifs, toujours avoir besoin d'une hausse plus significative en chiffres absolus que d'autres sous-secteurs.

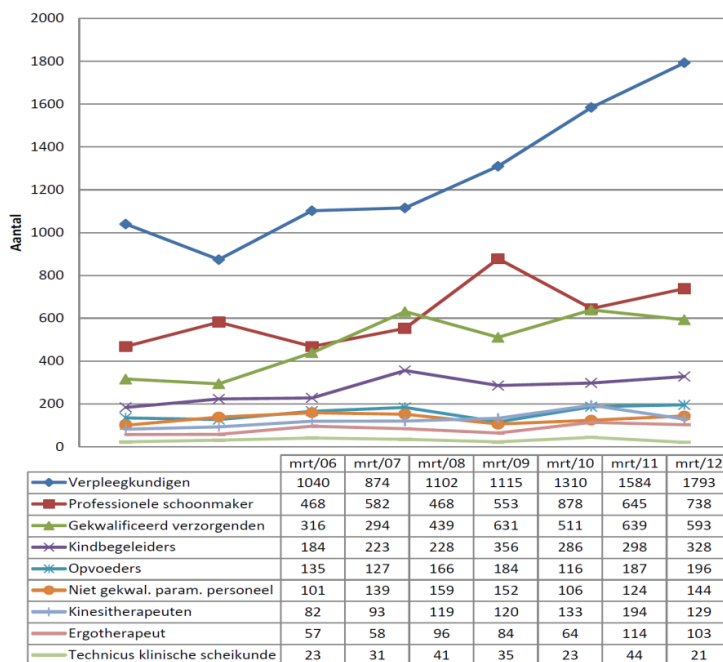
Évolution de l'emploi par sous-secteur entre 2000 et 2020



Source : Rapport annuel 'Ik ga ervoor', 2012

La demande de professions de soins spécifiques augmente aussi fortement chez nous, comme en témoignent le nombre élevé de postes vacants.

Postes vacants auprès du VDAB



Source : Rapport annuel 'Ik ga ervoor', 2012

La crise a provisoirement relancé la croissance du flux entrant de personnel de soins, qui présentait auparavant une tendance à la baisse (OCDE, 2008 ; Pacolet et al, 2005). Plus concrètement, la croissance était historiquement passée de 2,6 à 1,6% après 1990. Le secteur des soins offre fort heureusement relativement plus de sécurité d'emploi que les autres professions. D'un point de vue théorique, il faut s'attendre à ce que cette tendance se réoriente après la crise. La crise a aussi un revers négatif important. Les mesures de maîtrise des coûts actuelles ont une influence négative sur le taux de rétention et la rotation du personnel de soins dans la moitié des pays membres de l'UE, suite à la modération salariale, la réduction du personnel, la hausse de la pression du travail, etc. (EU, 2012). La crise entraîne également une hausse de la demande de soins directe en raison de son impact négatif

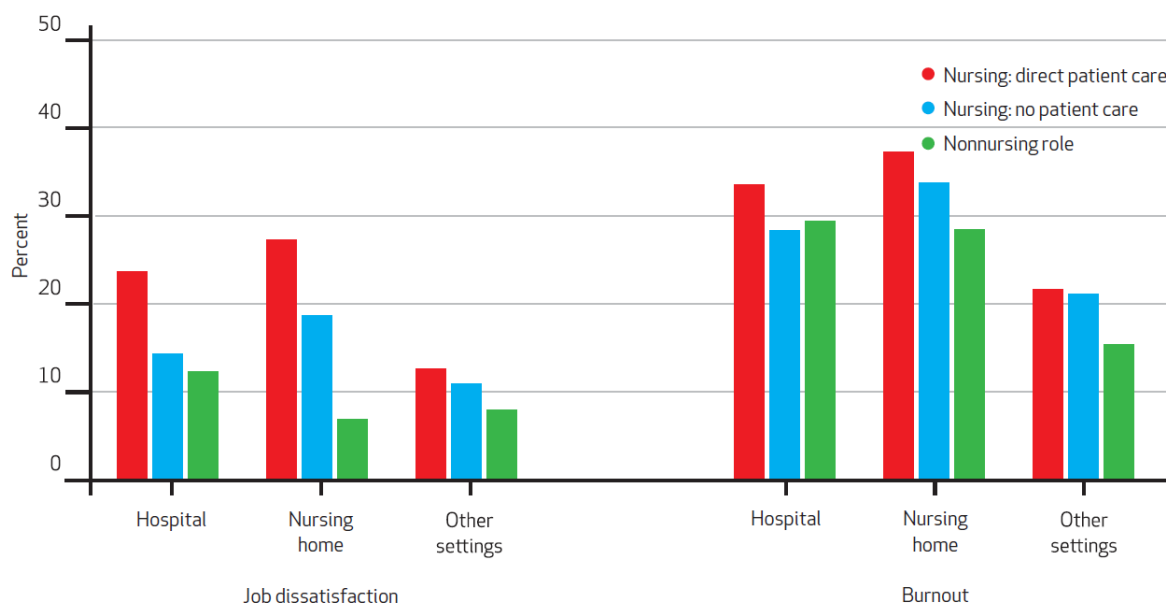
sur la santé publique (OCDE, 2011). Tout cela est susceptible de se transformer en spirale négative, avec des déficits qui aggravent la pression du travail et les conditions de travail, et qui augmentent le risque de qualité médiocre des soins. Le flux sortant de prestataires de soins dans les pays du Sud, qui sont fort touchés par la crise, illustre bien cette situation. Les infirmiers quittent leur pays pour trouver un emploi et de meilleures conditions de travail ailleurs.

Le nombre de prestataires de soins, leur qualification et leur niveau de formation, sans oublier leurs conditions de travail, sont liés à l'indicateur de santé du patient, en ce compris la mortalité (Aiken & Cheung, 2008 ; KCE, 2008 ; Van den Heede et al, 2008)). On observe plus spécialement pour les soins aux seniors des relations similaires ayant un impact sur les escarres, les

infections urinaires, le nombre d'hospitalisations, la satisfaction des patients, etc. (Rondeau & Wagar, 2001 ; 2006 ; Horn, 2008). La qualité des soins est sous pression parce que le personnel est sous pression. Il y a à cet égard un réel 'sens de l'urgence' (Van den Heede et Aiken, 2012). Les soins se caractérisent en Belgique également par une grande insatisfaction du personnel (22%), des taux élevés de burn out (25%) et une intention marquée de quitter l'institution de soins (30%) (Aiken et al, 2012 ; Sermeus & Bruyneel, 2012 ; Van den Heede et al, 2011). La Belgique a joué un rôle prépondérant dans

la réalisation de ces études et ce, aussi bien au niveau belge qu'européen. Comme le montre la figure ci-dessous, les manquements au niveau de la gestion des ressources humaines tels que perçus par les infirmiers sont d'autant plus présents dans le secteur des soins aux personnes âgées que dans celui des soins aigus (McHugh et al, 2011). Ces chiffres se rapportent aux Etats-Unis. Le taux de 'l'intention de quitter' en ce qui concerne le secteur des soins aux seniors en Belgique (28%) est toutefois comparable à celui du secteur hospitalier ("medewerkersmonitor", 2011).

Pourcentage d'infirmiers insatisfaits ou qui ont un burn out par setting, 2006-07



Source : McHugh et al, 2011

Les prestataires de soins doivent aujourd'hui faire plus (patients plus malades et cas plus complexes) avec moins (OCDE, 2011). La pression du travail est signalée comme élevée dans la littérature, et le statut et l'appréciation générale par autrui comme faibles (Simoens et al, 2005 ; OCDE). Il en a un jour été autrement (Sermeus et al, 2009). Le secteur des soins apporte bien entendu aussi une certaine satisfaction, au niveau du contact avec les patients et les seniors, du travail d'équipe, de la responsabilité personnelle, etc. Le *baromètre des collaborateurs* de 2011 montrait que les prestataires de soins du secteur des soins aux personnes âgées aiment toujours exercer leur profession et sont très motivés. La force de la satisfaction intrinsèque et de l'idéalisme est énorme dans ce secteur, plus importante qu'ailleurs. Le prestataire de soins se retrouve toutefois toujours écartelé entre ces éléments positifs et négatifs. Il est par exemple frappant de voir qu'en 2010, 140.000 personnes possèdent un diplôme d'infirmier, et que seulement 100.000 sont réellement actives dans le secteur des soins. Près de 30% des infirmiers ne sont pas (ou plus) disposés à exercer la profession pour laquelle ils ont un jour étudié. En outre, 64% des prestataires de soins travaillent dans le secteur des soins aux seniors à temps partiel. Ces deux situations entraînent une sous-exploitation importante de la capacité existante.

Une étude de Van Buggenhout et al de 2010 esquisse une image démystifiante de la problématique des ressources humaines dans le secteur des soins aux personnes âgées, contrastant avec les bonnes nouvelles du *baromètre des collaborateurs*. La moitié des résidences-services connaît des mois durant des déficits structurels d'effectif infirmier. Un quart n'arrive pas à pourvoir les postes vacants. 40% des infirmiers doivent régulièrement remplacer des collègues. 34% d'entre eux souhaitent quitter l'institution de soins

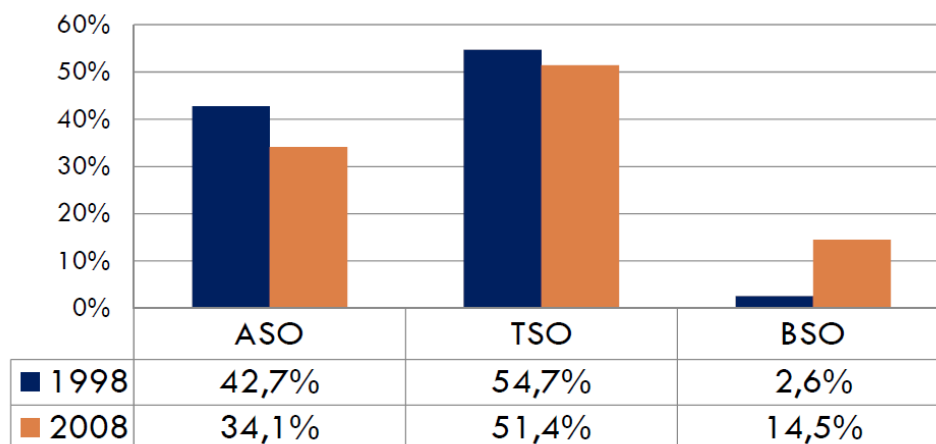
dans les 2 ans. Les étudiants de dernière année décrochent pour diverses raisons : trop peu de technique, trop de soins hygiéniques, un salaire peu élevé, beaucoup de travail du week-end, et souvent des opportunités d'évolution quasi inexistantes (Van Buggenhout et al, 2010). Les faibles opportunités d'évolution sont confirmées de manière générale (OCDE, 2011).

64% des résidences-services signalent des exigences excessives des candidats. Convaincre les stagiaires remporte peu de succès : seulement 5,2% restent dans le secteur. Un peu plus de la moitié des participants au projet 600 ont immédiatement quitté les résidences-services après avoir obtenu leur diplôme. Ce fut moins le cas pour le programme intermédiaire. Pour finir, une note positive : la qualité est considérée comme bonne à excellente par les prestataires de soins eux-mêmes (Van Buggenhout et al, 2010).

La question qui se pose est toutefois de savoir dans quelle mesure nous parviendrons encore à atteindre un tel résultat à long terme. Il est en effet aussi question d'une pénurie qualitative (Sermeus et al, 2009). Le fait que les indicateurs de soins soient améliorables, est une vérité qui dérange. Ceci a abondamment été documenté en 2009 dans le plan d'action 'Blauwdruk Verpleegkunde' (*Projet soins infirmiers*) pour ce qui est des escarres, des infections nosocomiales, etc. (Sermeus et al, 2009). Les connaissances professionnelles des infirmiers belges sont de 30 à 34% moins élevées que celles de leurs collègues américains. Le niveau d'étude du flux entrant dans les formations de soins se décale vers l'enseignement secondaire professionnel, comme l'illustre la figure ci-dessous.

Evolution du flux entrant entre 1998 et 2008

Enquête dans 8 hautes écoles



Source : Rapport annuel 'Ik ga ervoor', 2012

Encore une vérité qui dérange (Sermeus et al, 2009) : malgré plusieurs diplômes et diverses compétences, la grande majorité des prestataires de soins ne connaît qu'un seul exercice de la profession. Les institutions de soins de santé ne savent souvent pas que faire des prestataires de soins qui possèdent un diplôme universitaire. Aujourd'hui, le 'principe du saumon' de la mobilité en amont est encore appliqué de manière très limitée dans le secteur des soins. Le principe de la différenciation de la fonction et des échelons cliniques ('clinical ladders') est quasi inexistant dans la pratique. On opte pour le nivellement, avec à la clé un incroyable gaspillage de talent, de connaissances et de compétences. Ceci peut avoir un impact sur des aspects tels que les erreurs de calcul et les erreurs médicamenteuses qui y sont liées, avec la mortalité y afférente. La troisième vérité qui dérange est que les infirmiers consacrent 20% de leurs temps à des tâches non infirmières. Il s'agit là à nouveau d'un important gaspillage d'une rare expertise. Force est malheureusement de constater qu'il n'y a pas

encore eu de grands changements au niveau de ces manquements depuis la publication du plan d'action en 2009, y compris pour les soins aux seniors. Nous y reviendrons dans le commentaire des résultats de l'enquête Itinera.

L'UE, l'Institute of Medicine et d'autres institutions renommées insistent fortement sur le fait que mettre l'accent sur une problématique plus chronique et sur l'arrivée continue de nouvelles technologies et possibilités de soins, entraîne également un déplacement des compétences requises pour les prestataires de soins (Dubois et al, 2006; UE, 2012; IOM, 2008). De nouveaux modèles de soins domineront les soins aux seniors du futur : plus grande collaboration interdisciplinaire, case management, chronic disease management, management pharmaceutique, visites à domicile préventives, réhabilitation proactive, formation et soutien des aidants proches, soins transitoires, applications fondées sur les preuves, etc. Les divers défis que nous esquissons ci-dessus indiquent que nous ne

sommes provisoirement pas en mesure, en ce qui concerne la politique des ressources humaines, d'apporter une réponse satisfaisante à de tels besoins innovateurs.

En 2003 déjà, d'importants défis ont été définis pour la politique du personnel dans le secteur des soins en Belgique, dans le cadre de l'étude Belimage (Dierckx de Casterlé et al, 2003) : frustration, insatisfaction et fatigue dans le secteur des soins, image négative de la profession, manque d'autonomie, manque de soutien logistique et administratif, manque de soutien de la part du management, pour ne citer que quelques-uns des résultats. Comment se fait-il que ces aspects soient toujours identifiables en 2012 ? Comme l'indiquaient Dubois et al. en 2006, on investissait moins dans le passé dans la politique du personnel dans le secteur des soins. Les prestataires de soins étaient souvent considérés comme un coût au lieu d'un enrichissement et d'un investissement dans l'avenir. Le personnel représente en effet 70% des dépenses de soins totales. Vu le statut de salarié des prestataires de soins, le management et les responsables politiques ne rencontrent pas de réelle opposition face à l'idée d'économiser sur le personnel. Il s'agit là aussi de l'une des causes de problèmes chroniques tels qu'un manque toujours récurrent d'équilibre entre l'offre et la demande de personnel, une répartition inexacte du personnel, des compétences qui ne sont pas accordées entre elles, des conditions de travail sous-optimales (Dubois et al, 2006). Il est dès lors grand temps de se pencher sur la politique actuelle en matière de ressources humaines dans le secteur des soins.

Politique HRM actuelle

Depuis 2009/2010, un plan stratégique a été développé aussi bien au niveau fédéral que régional pour la politique du personnel dans le secteur des soins.

Au niveau fédéral, un plan quinquennal court jusqu'en 2014. On voit immédiatement que ce plan ne se rapporte pas à toutes les professions de soins et institutions de soins. L'accent est mis sur les soins infirmiers, sans dépasser les hôpitaux, les résidences-services et les soins à domicile. D'autres professions de soins et institutions de soins qui sont pertinentes pour les soins aux seniors, comme les aides-soignants, ne sont pas abordées. Le but est d'augmenter l'attrait de la profession d'infirmier à l'aide des mesures suivantes :

1. Augmentation de l'effectif de 1 ETP supplémentaire par 30 lits en vue de réduire la charge de travail et le stress (accord social).
2. Relance du projet 600 : les prestataires de soins qui n'ont pas de diplôme d'infirmier peuvent se recycler.
3. Réduction de la charge administrative et logistique à l'aide d'un dossier infirmier informatisé (16,3 millions d'euros via BMF (*budget de moyens financiers*) dans les hôpitaux), de personnel de soutien (élargissement du maribel social aux services de gériatrie et de revalidation) et du soutien de l'ergonomie (matériel, conseils spécialisés, financement).
4. Financement effectif du nombre prévu de membres du personnel : vers une échelle de financement des soins aux seniors plus adéquate et le soutien d'un infirmier spécialisé en gériatrie.
5. Attention pour les qualifications :

- a. Réserver le titre d’infirmier aux bacheliers, conformément à la réglementation européenne,
 - b. Encourager les spécialisations par le biais de normes imposées,
 - c. Encourager les formations Master,
 - d. Différentiation de la fonction et extension des responsabilités par le biais de la formation continue : introduction d’un système d’accréditation dans le secteur des soins aux seniors et prise en considération des études de KCE, IF-IC et RIM-DHM. Une reconnaissance progressive des titres professionnels et une réflexion sur l’élargissement des tâches des spécialistes infirmiers en concertation avec le collègue médical.
6. Meilleure rémunération pour les prestations irrégulières (heures supplémentaires), les spécialisations (5 à 10% de la rémunération) et les fonctions de cadres infirmiers (relever le barème).
 7. Différentiation des tâches et des fonctions dans le secteur des soins à domicile par le biais d’une rémunération : consultation infirmière, spécialisation, cabinet de groupe, collaboration interprofessionnelle.
 8. Reconnaissance sociale et implication dans le processus décisionnel par le biais de formations supérieures/universitaires, d’une meilleure rémunération, d’une visibilité sociale accrue (campagne de promotion) et d’un engagement structuré systématique de la profession au sein de l’INAMI, des hôpitaux et des conseils. Les soins aux personnes âgées sont étrangement absents de la liste des structures de concertation en ce qui concerne la représentation des professions de soins.

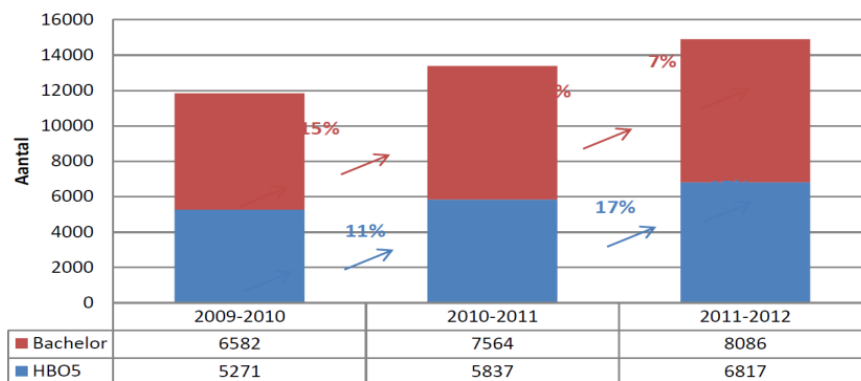
On ne sait pas très bien pour l’instant quelles parties du plan ont déjà été implémentées à la

mi-2012, quels en sont les effets, et ce qui est encore en chantier pour les prochaines années.

Au niveau régional, un plan ambitieux visant à soutenir la politique du personnel dans le secteur des soins, est également en cours de réalisation. Un ambassadeur flamand pour les professions de soins a été désigné pour coordonner un vaste éventail d’initiatives en vue de soutenir le flux entrant, le flux interne et la rétention du personnel de soins. L’accent était principalement mis, au cours des deux années précédentes, sur les campagnes d’amélioration de l’image des professions de soins. Environ 300 personnes se sont investies à cet effet. La politique se concentrera à l’avenir aussi davantage sur les groupes cibles spécifiques tels que les allochtones. La capacité de formation est élargie au niveau financier et complétée par des initiatives complémentaires du VDAB, de VIVO, etc. Les stages dans le secteur des soins aux seniors sont aussi plus explicitement utilisés comme instrument visant à stimuler le flux entrant.

Les résultats de la politique flamande en matière de flux entrant ont déjà été publiés pour les deux premières années. La figure ci-dessous illustre une hausse de 26% du nombre d’étudiants en soins infirmiers. Le nombre de diplômes délivrés n’a toutefois augmenté que de 11%, et le nombre de postes vacants a doublé au cours de la même période. Grâce à des contrats VDAB, une hausse de 6,5% du nombre d’aides-soignants a été réalisée ces trois dernières années. Le nombre d’étudiants en soins infirmiers a augmenté de 43% au cours de la même période. Il s’agit ici du passage d’aide-soignant à soignant et non d’un accroissement net.

Evolution du nombre d'étudiants en soins infirmiers: augmentation entre 2009 et 2011: 26%



Source : Rapport annuel 'Ik ga ervoor', 2012

Le plan de gestion flamand soutient également l'innovation dans le secteur des soins, par le biais de nouvelles technologies en vue de soulager et de soutenir le personnel de soins. Des projets pilotes sont en cours. Des réseaux d'apprentissage ont également été développés en 2008 en matière de rétention (projets pilotes dans 64 institutions) en vue de stimuler une politique des compétences. Des entretiens de sortie en vue d'analyser le flux sortant ont également été encouragés. De tels entretiens permettent de communiquer des points d'amélioration de manière sûre pour le travailleur.

D'importants aspects HRM tels que le leadership, l'approche de l'absentéisme pour cause de maladie, la flexibilité, la différenciation de la fonction/les opportunités de carrière, le décloisonnement d'une approche cloisonnée et les glissements de tâches sont brièvement mentionnés dans les plans de gestion flamands, mais n'ont pas encore concrètement été développés et implémentés. La question se pose de savoir dans quelle mesure ces mesures prendront forme d'ici 2014. Le recrutement international devrait être examiné en

termes d'expérience acquise dans la pratique. Il est assez étonnant de voir à cet égard qu'il est directement (dès le début) précisé que le recrutement international n'est pas une priorité, et que le gouvernement ne souhaite pas l'encourager. Pour autant que cela soit publiquement connu, aucune politique de soutien complémentaire n'est menée en Région wallonne en vue de soutenir la politique du personnel dans le secteur des soins. On y compte sur une approche exclusivement fédérale (voir ci-dessus). On fait relativement davantage appel, à Bruxelles et en Wallonie, au recrutement international d'étudiants et de prestataires de soins étrangers originaires de France, de Tunisie, du Liban, etc.

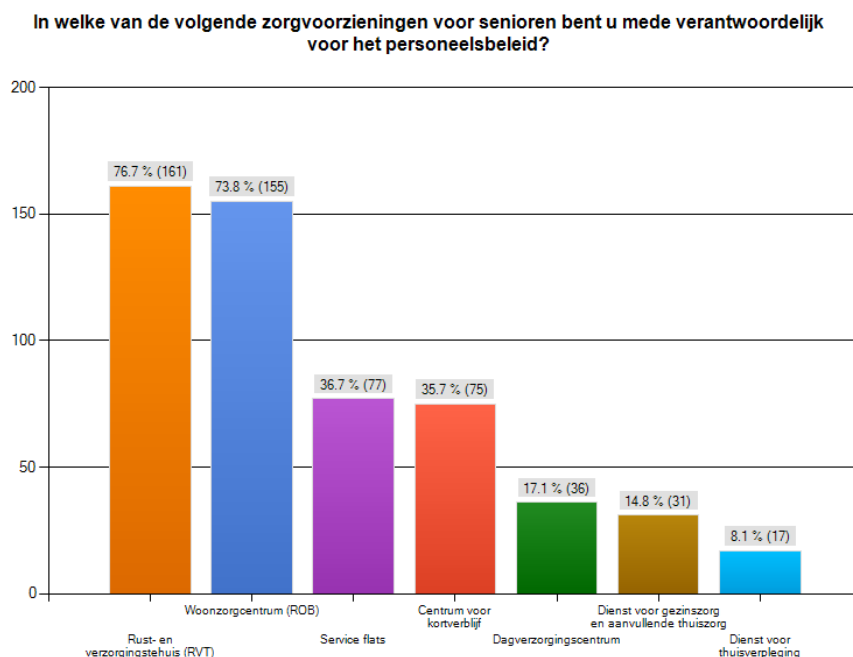
L'Union européenne soutiendra ces prochaines années la gestion des ressources humaines dans le secteur des soins au moyen de modèles de projection des besoins en effectifs, du partage des meilleures pratiques HRM (EU skills panorama) et de l'anticipation des futurs besoins en compétences (modèles de soins intégrés, e-health, etc.) (UE, 2012). On ignore encore quelle forme adopteront ces mesures de soutien.

Enquête Itinera : description de l'échantillon et méthodes analytiques

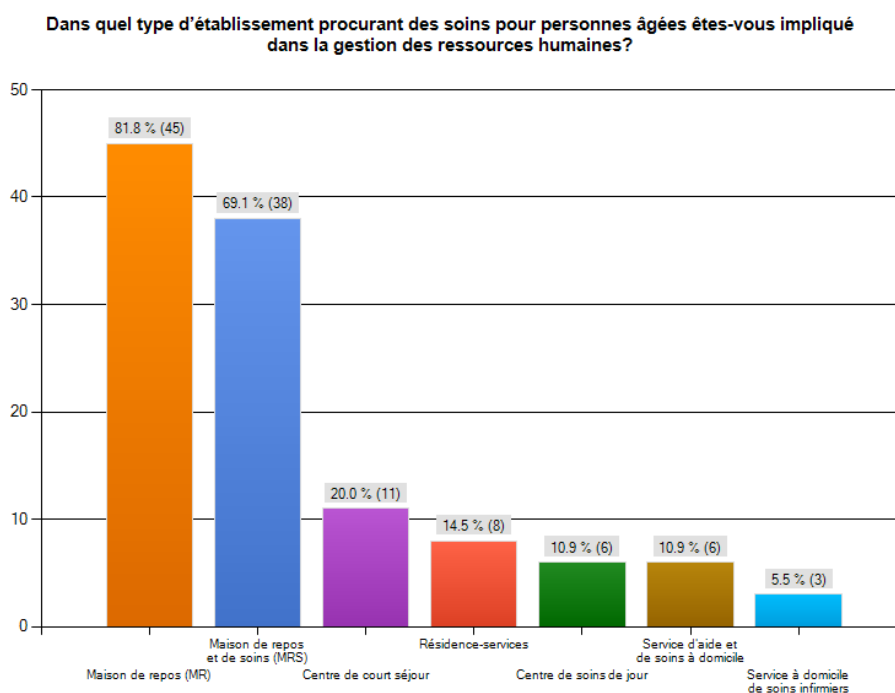
Itinera a interrogé des directions générales, des directions HRM et des responsables du secteur des soins au sein des diverses institutions de soins actives dans les soins aux personnes âgées : centres de court séjour, centres de soins de jour, services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, services de soins à domicile, service flats et résidences-services (MRPA/MRS). Toutes les institutions de soins agréées à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie ont été invitées à participer par e-mail (10% d'abandon pour cause d'adresse e-mail non disponible). 265 institutions ont participé à l'étude. Cet échantillon de 10% des institutions de soins existantes donne un bon aperçu du secteur des soins aux personnes âgées, avec les observations suivantes en ce qui concerne les limites de la représentativité. La communauté flamande est surreprésentée à concurrence de 20% et la communauté française est sous-représentée à concurrence de 20% dans le panel de répondants par rapport à l'ensemble du secteur. Les résultats combinés sont dès lors toujours commentés séparément pour les deux communautés. Il convient également de tenir compte, pour l'interprétation des résultats, du fait que les institutions de soins résidentielles sont surreprésentées par rapport à leur présence au niveau communautaire (10 à 20% de surreprésentation pour les résidences-services, 3 à 25% pour les service flats, 12 à 27% pour les centres de court séjour, et 4 à 10% pour les centres de jour). Il en va de même pour les services d'aide aux familles (4 à 8% de surreprésentation). Les soins à domicile connaissent une sous-représentation limitée de 1 à 4%. Les statuts des institutions de soins sont étroitement liés à la répartition sectorielle par communauté,

sauf en ce qui concerne une surreprésentation de 10% des institutions de soins publiques, et une sous-représentation de respectivement 7 et 2% des ASBL et des organisations commerciales en Communauté flamande. Les institutions de soins commerciales sont sous-représentées à concurrence de 4% par rapport à la Communauté française. Les institutions publiques sont ici aussi surreprésentées à concurrence de 10%. Les institutions de soins comptent en moyenne 123 (FR) à 140 (NL) membres du personnel. Il s'agit dans les deux cas d'une majorité de petites institutions de soins, mis à part quelques exceptions importantes (voir plus loin). Le nombre moyen de prestataires de soins occupés est de 27 (FR) à 46 (NL). Après avoir pris contact avec un échantillon de 10 institutions qui n'ont pas participé à l'étude, nous avons appris qu'elles n'ont pas participé par manque de temps ou pour une question de nature pratique, et non pour une raison de contenu, ce qui changerait les résultats de façon systématique. Des statistiques de la présence d'un rapport significatif entre les caractéristiques de la communauté, le type d'institution de soins, la province, le statut de l'institution de soins, la fonction du répondant de chaque institution de soins, et le nombre de membres du personnel par organisation (= taille de l'organisation), ont été établies pour tous les résultats. Les graphiques suivants illustrent l'échantillon des institutions de soins participantes par communauté en ce qui concerne ces aspects.

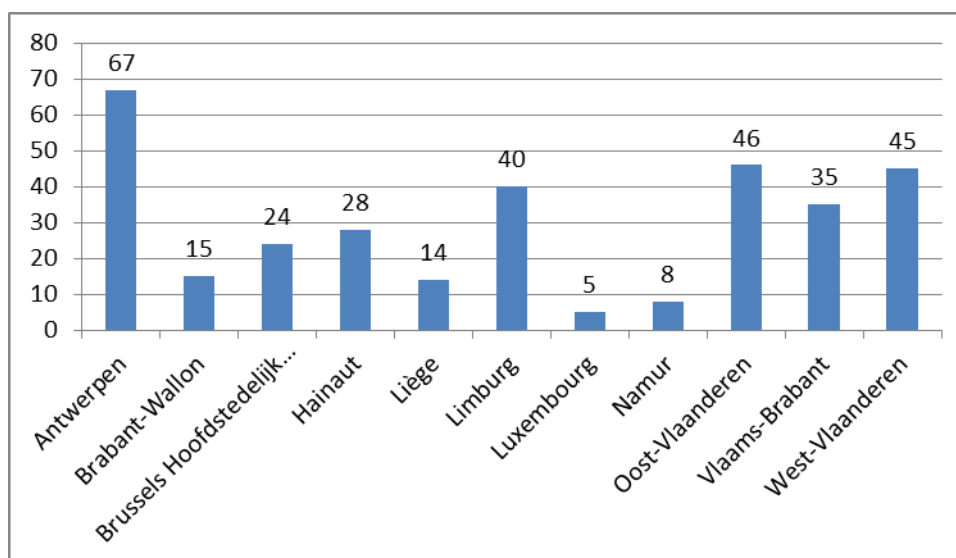
Répartition pourcentuelle et absolue du type d'institution de soins en Communauté flamande (n=210)



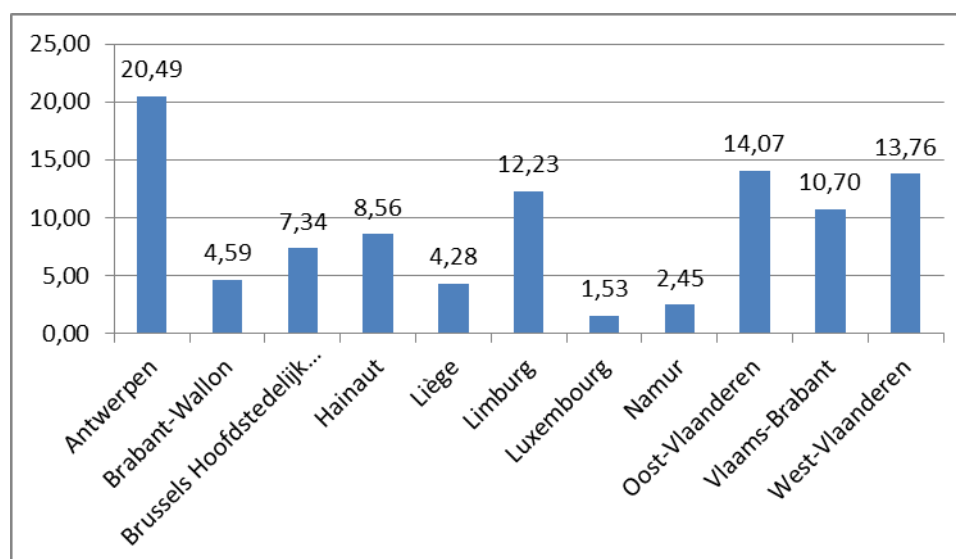
Répartition pourcentuelle et absolue du type d'institution de soins en Communauté française (n=55)



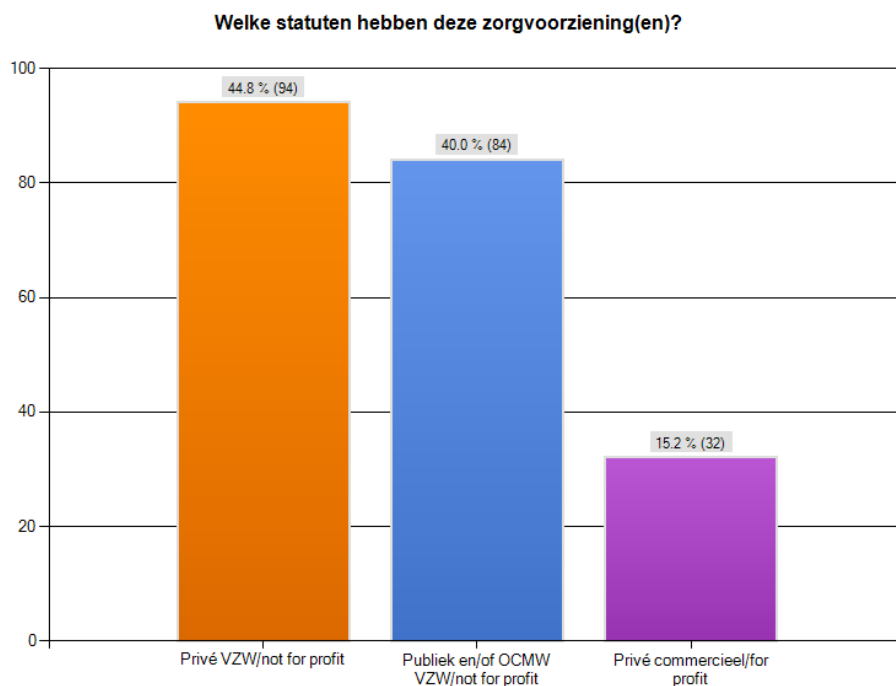
Répartition absolue des institutions de soins dans les provinces (n=265)



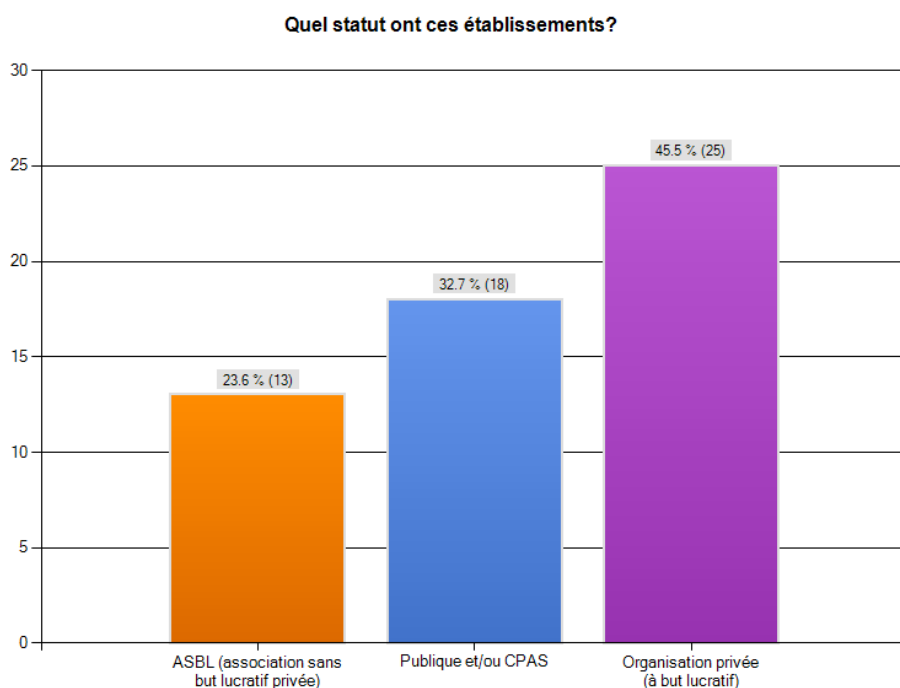
Répartition pourcentuelle des institutions de soins dans les provinces (n=265)



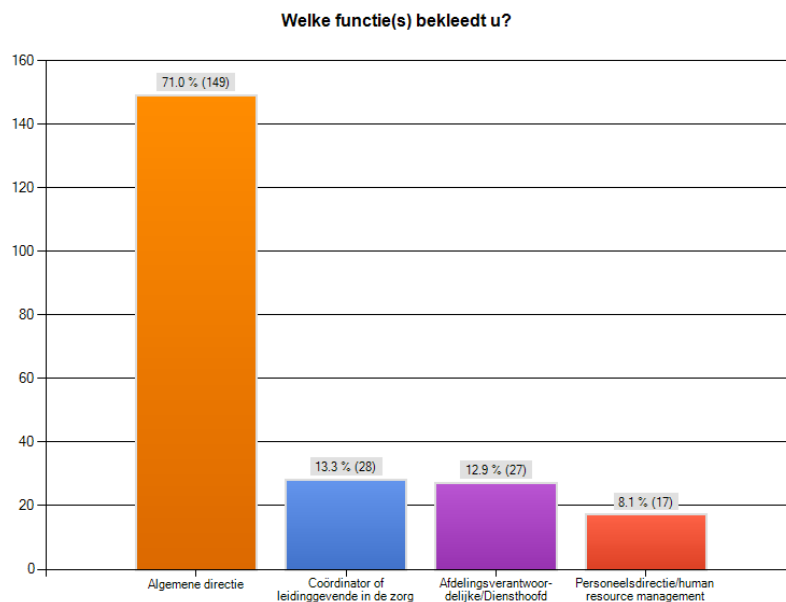
Répartition pourcentuelle et absolue des statuts des institutions de soins en Communauté flamande (n=210)



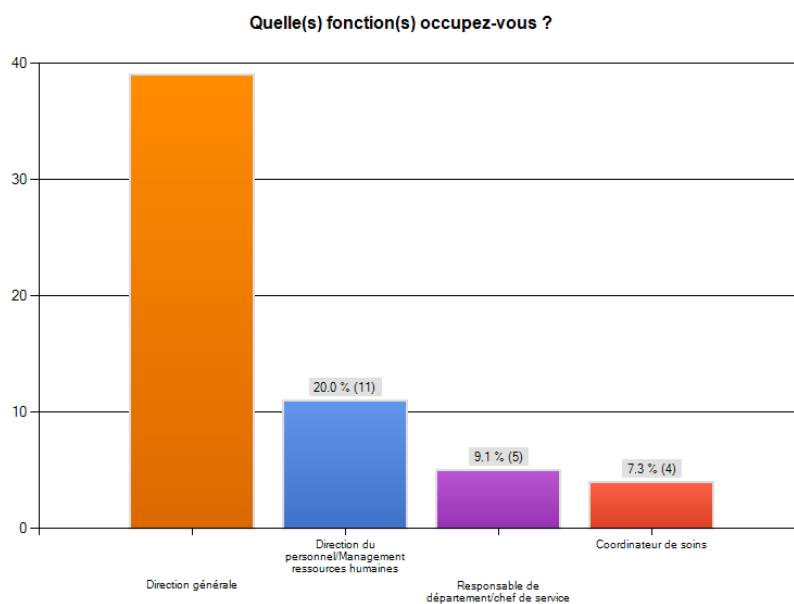
Répartition pourcentuelle et absolue des statuts des institutions de soins en Communauté française (n=55)



Répartition pourcentuelle et absolue des fonctions du répondant en Communauté flamande (n=210)



Répartition pourcentuelle et absolue des fonctions du répondant en Communauté française (n=55)



Répartition pourcentuelle et absolue des institutions de soins par nombre de membres du personnel occupés dans la dispense de soins (n=265)

Nombre de prestataires de soins (ETP)	Institutions de soins
< 50	58% (153)
50-99	25% (65)
100-149	8% (19)
150-199	2% (5)
200-299	1% (3)
300-499	1,5% (4)
500-999	3% (9)
1000-2000	1% (3)
> 2000	1,5% (4)

Analyse statistique

Les relations ont été analysées au moyen d'un test t indépendant pour variables continues (test U de Mann-Whitney en l'absence de répartition normale) et d'un test du khi carré pour variables catégoriques (test exact de Fisher pour les observations de petits échantillons). Nous indiquons à la suite des résultats, si cela est significatif, la valeur p qui exprime la probabilité qu'une relation soit observée par hasard lors de l'échantillonnage et n'existe donc pas pour le secteur dans son ensemble. 0,05 est le seuil généralement admis à cet égard. Les relations ont été testées pour les caractéristiques contextuelles suivantes : Communauté flamande contre Communauté française, type d'institution de soins, statut de l'institution de soins, taille de l'institution de soins et fonction du répondant.

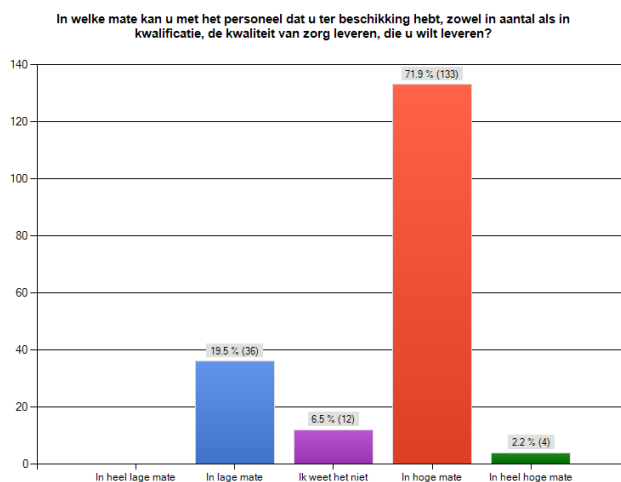
Résultats : les défis de la problématique des ressources humaines

Impact signalé sur la qualité des soins

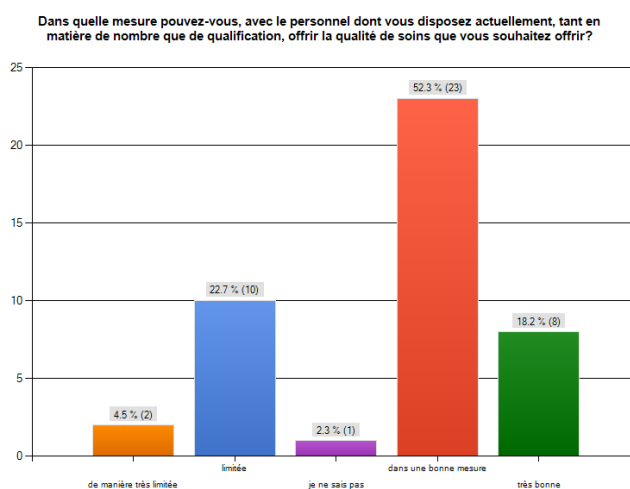
Un premier résultat positif est que la majorité des répondants estime que la disponibilité du per-

sonnel permet encore de dispenser des soins de bonne qualité. Il existait à cet égard une relation significative avec les caractéristiques contextuelles décrites. Toutefois, 21% des institutions de soins dans les deux communautés signalent une qualité défailante suite à la problématique du personnel.

Impact sur la qualité des soins en Communauté flamande (n=185)



Impact sur la qualité des soins en Communauté française (n=44)

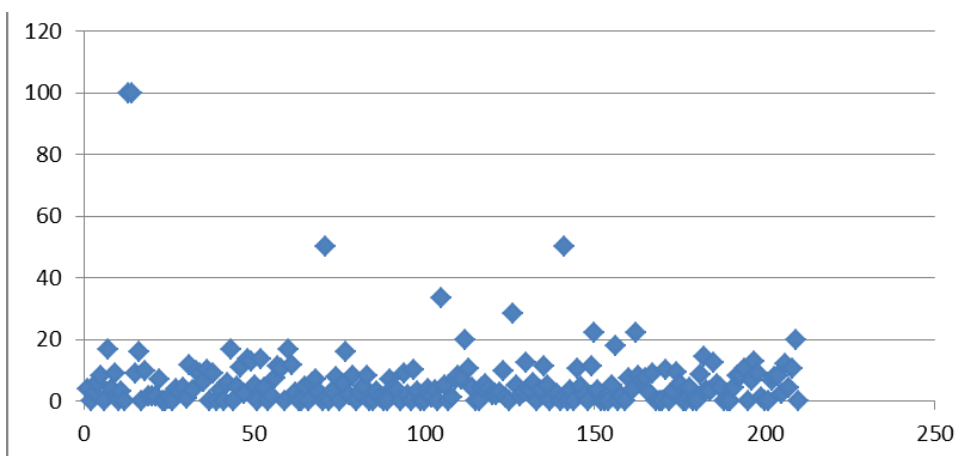


Pénurie du personnel de soins

Les institutions de soins connaissent actuellement une pénurie de 5 à 7 ETP, ce qui correspond à 7% de leurs effectifs (pas de différences signifi-

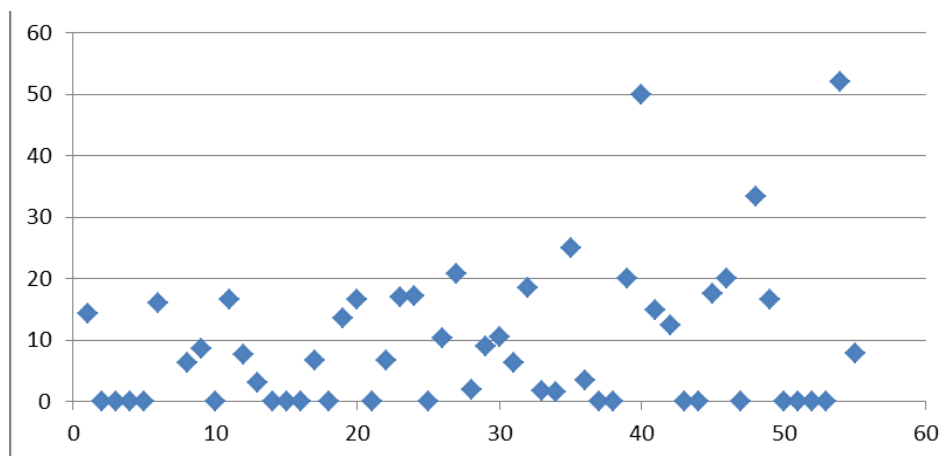
catives par contexte). Les graphiques ci-dessous montrent que cette pénurie va vers 15 à 20% pour un nombre considérable d'institutions.

Pénurie de prestataires de soins en Communauté flamande (n=210)



L'exception d'une pénurie de 100% se rapporte à une nouvelle institution de soins, qui n'a pas encore engagé de personnel. Il n'en est pas tenu compte pour les analyses.

Pénurie de prestataires de soins en Communauté française (n=55)



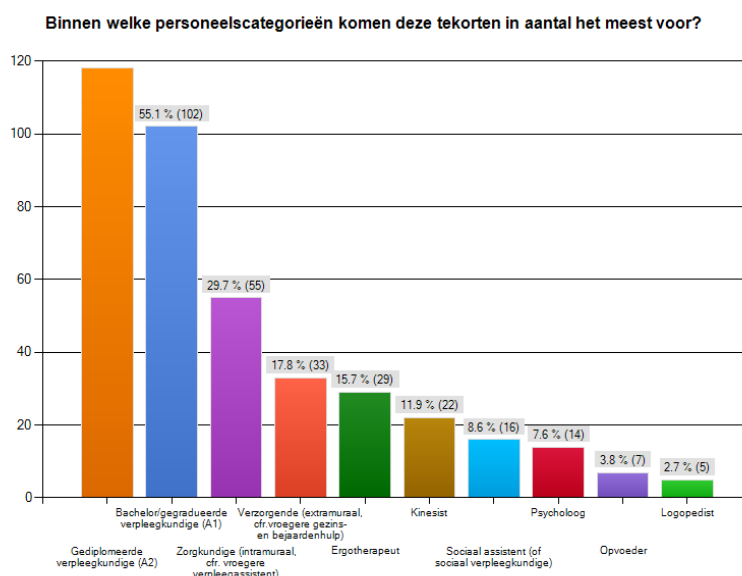
Il existe une légère corrélation inverse entre la taille de l'institution et le pourcentage de pénurie (corrélation de Spearman = -0,19). Les petites institutions ont des pénuries relativement plus importantes que ce à quoi on pourrait proportionnellement s'attendre.

Pénuries par catégorie de personnel

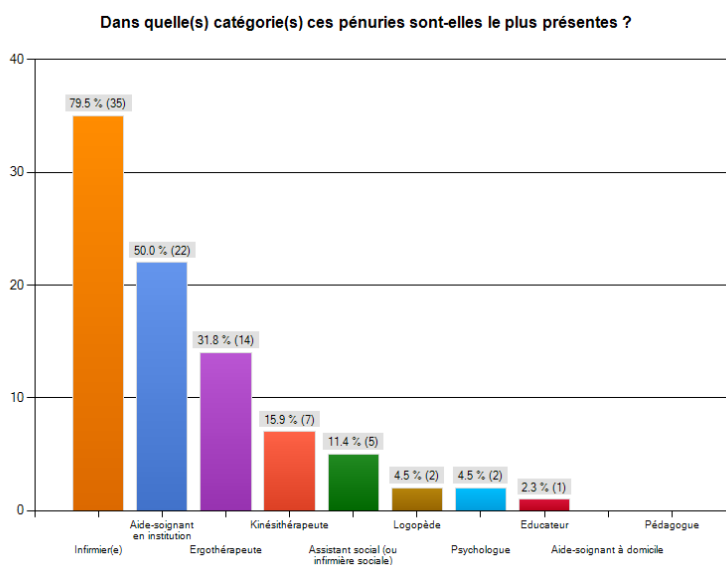
Comme il ressort des graphiques ci-dessous, il s'agit avant tout d'une pénurie d'infirmiers. Ceci est quasi unanimement confirmé par les institutions de soins. 30% des institutions signalent

toutefois également une pénurie de soignants ou d'aides-soignants hospitaliers et 12% une pénurie d'aides-soignants hospitaliers. 16% des institutions connaissent une pénurie d'ergothérapeutes. Aucune relation significative n'a été détectée.

Pénuries par catégorie de personnel en Communauté flamande (n=210)



Pénuries par catégorie de personnel en Communauté française (n=55)

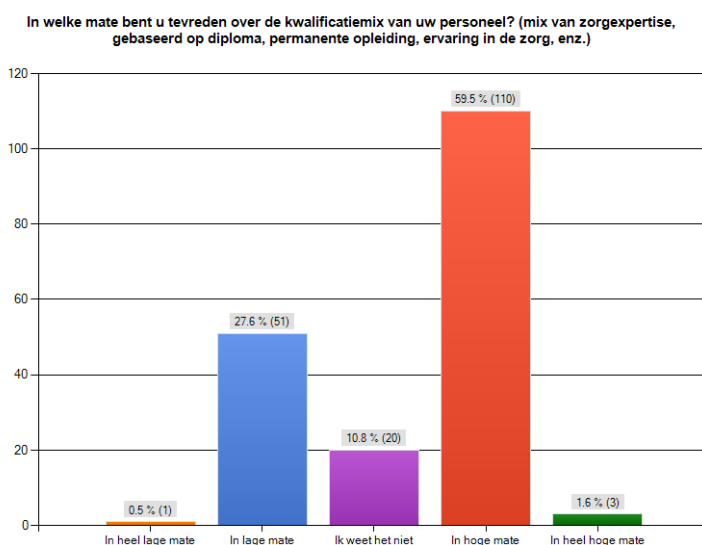


Eventail des compétences du personnel de soins

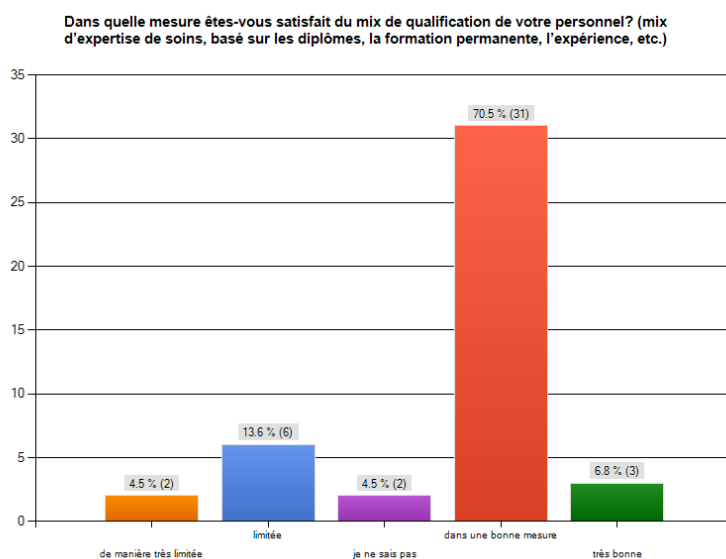
La majorité des répondants est satisfaite de l'éventail des compétences présentes dans l'institution de soins. 27% des institutions ne sont pas satisfaites de l'éventail de compétences actuel. La satisfaction est relativement plus faible dans

les MRPA ($p=0,04$), les MRS ($p=0,001$) et les centres de jour ($p=0,01$). Les responsables dans le secteur des soins sont eux-mêmes relativement plus satisfaits que les répondants parmi la direction générale ou HRM ($p=0,03$).

Evaluation de l'éventail de compétences en Communauté flamande (n=185)



Evaluation de l'éventail de compétences en Communauté française (n=44)

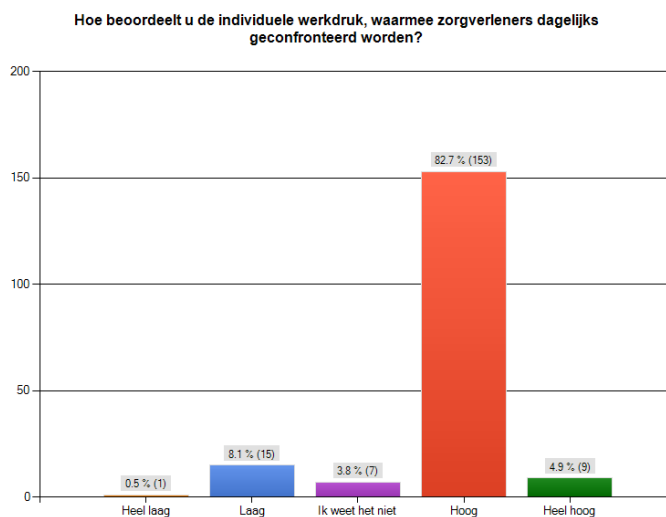


Evaluation de la pression du travail

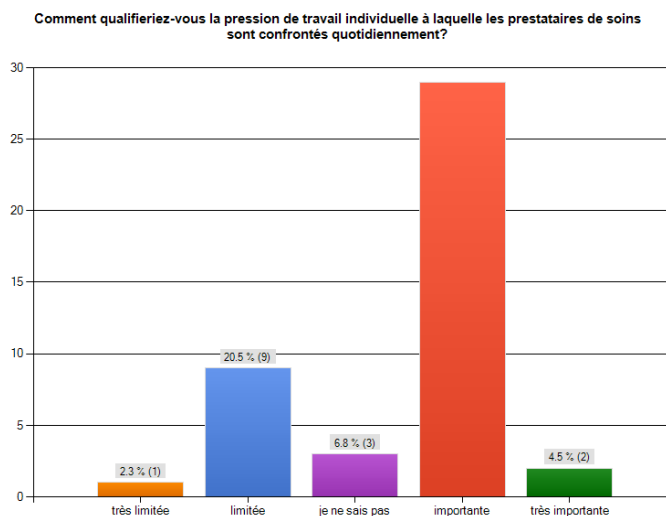
Les résultats relatifs à l'évaluation de la pression du travail dans le secteur des soins sont marquants. 85% des institutions de soins signalent une pression du travail élevée. Il y a seulement une relation significative avec le statut de l'insti-

tution de soins. Les organisations commerciales rapportent une pression du travail plus faible ($p=0,001$). Un contrôle de la dépendance aux soins signalée des seniors ne montre pas de différences significatives par statut. L'évaluation plus faible reflète donc probablement d'autres attentes.

Evaluation de la pression du travail en Communauté flamande (n=185)



Evaluation de la pression du travail en Communauté française (n=44)

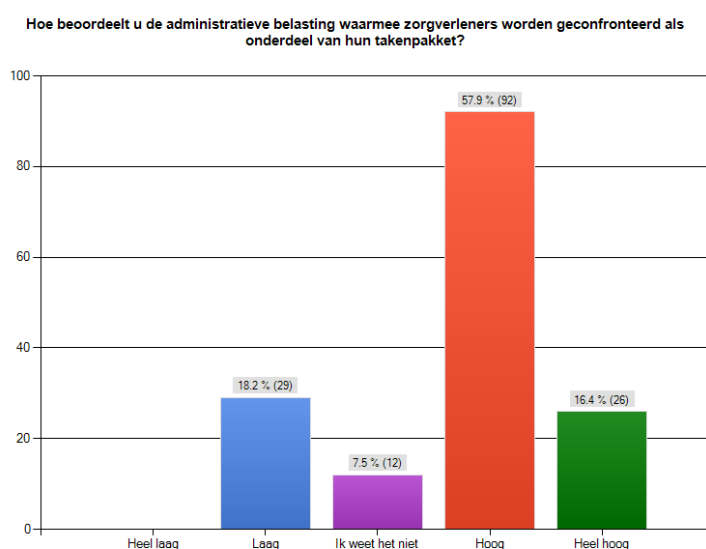


Evaluation de la charge de travail administrative

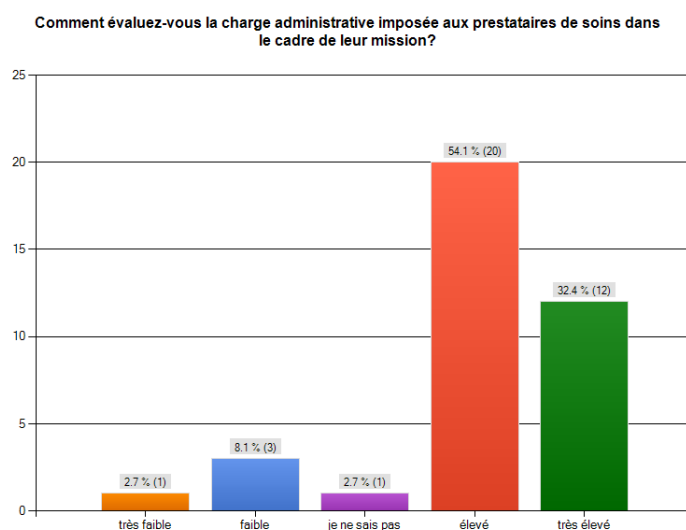
77% des institutions de soins rapportent une charge de travail administrative élevée. Le pourcentage est relativement supérieur pour les MRS par rapport à d'autres types d'institutions de

soins ($p=0,01$). Les responsables dans le secteur des soins évaluent eux aussi la charge de travail administrative comme relativement plus élevée que la direction générale et la direction HRM ($p=0,03$).

Evaluation de la charge de travail administrative en Communauté flamande (n=159)



Evaluation de la charge de travail administrative en Communauté française (n=37)

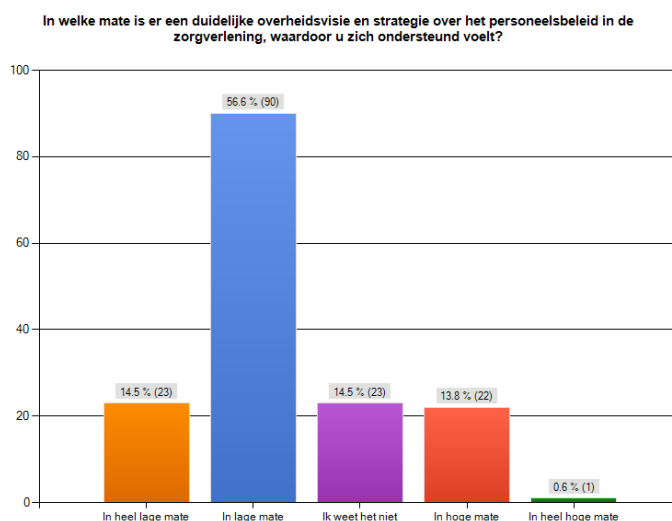


Degré de soutien d'une vision et d'une stratégie claires des autorités

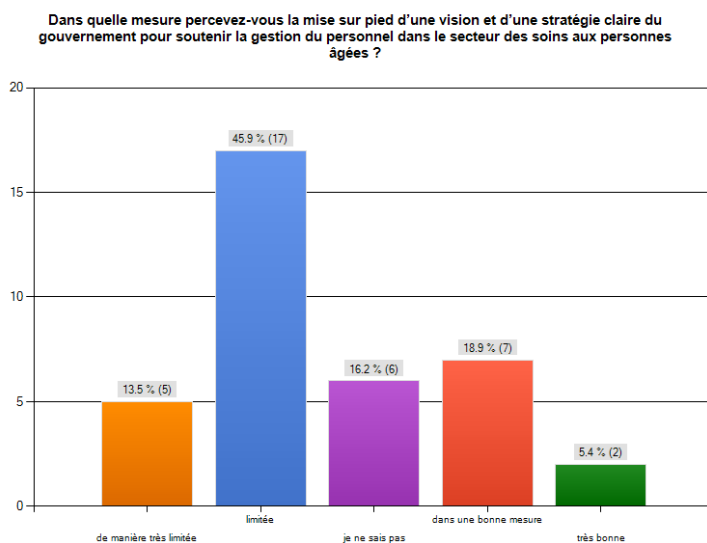
69% des institutions de soins ne se sentent pas soutenues par une vision et une stratégie claires des autorités en ce qui concerne la gestion du personnel dans le secteur des soins. Les MRPA ($p=0,01$), les MRS ($p=0,03$) et les centres de court séjour ($p=0,02$) sont relativement plus négatifs à

cet égard. Il en va de même pour les organisations commerciales ($p=0,04$), qui ne représentent pourtant que 22% des organisations participantes. La direction générale est nettement plus négative ($p=0,009$), alors que les responsables dans le secteur des soins se montrent davantage positifs par rapport à la vision et à la stratégie des autorités ($p=0,01$).

Evaluation de la vision et de la stratégie des autorités en Communauté flamande (n=159)



Evaluation de la vision et de la stratégie des autorités en Communauté française (n=37)

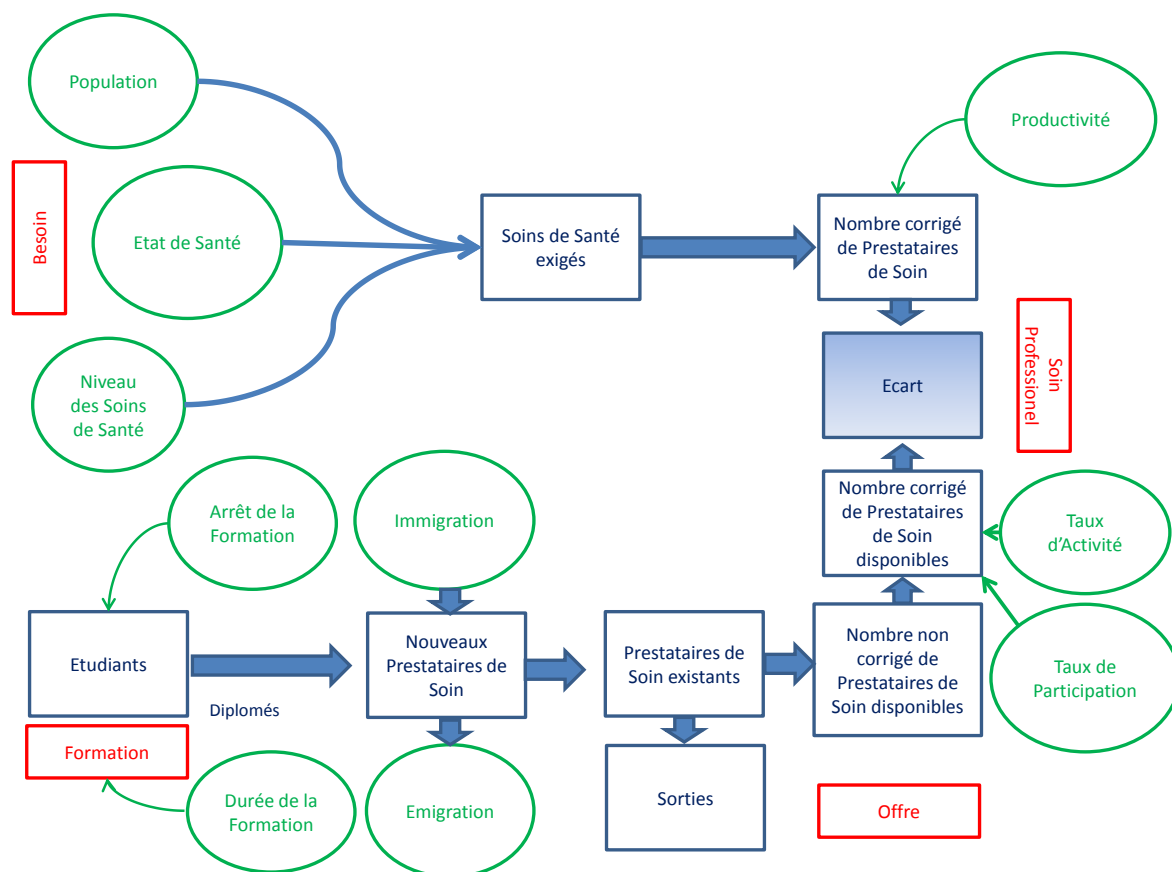


Certains participants mentionnent ici très explicitement des manquements (glissement des tâches, normes, échelle pour l'octroi de financement, rémunération, effets de sortie indésirables des mesures, l'effectif quittant le secteur des soins aux seniors, etc.). Ces aspects seront abordés ultérieurement. D'autres participants signalent un manque total de vision ou de politique (Wallonie), une stratégie irréaliste, le caractère contraignant/manque de liberté dans l'institution de soins, et le caractère à court terme de nombreuses mesures. Les récentes campagnes sont toutefois considérées comme positives (Flandre). Vous pouvez consulter pour l'ensemble des résultats un aperçu des citations des participants reproduites littéralement dans le document joint 'La politique du personnel dans les soins à l'égard des personnes âgées: voix du terrain' (www.itinerainstitute.org).

Résultats : les éléments d'une politique des ressources humaines dans le secteur des soins

Nous nous basons sur le cadre HRM théorique de Murphy et al (2012) pour rechercher des solutions potentielles aux défis définis. Comme indiqué ci-dessous, nous commentons avant tout l'aspect des besoins en matière des soins aux seniors (1). Ce thème nous amène à l'affectation des ressources humaines en fonction de ces besoins en matière de soins (2) et au degré d'innovation et de productivité (3). Ces aspects englobent conjointement la demande de ressources humaines. Nous abordons ensuite l'aspect de l'offre avec l'attractivité des professions de soins (4), la rémunération (5), la formation de base et la formation continue (6), l'afflux via d'autres canaux (7), les groupes cibles alternatifs (8), le recrutement international (9), les opportunités de carrière et la différenciation de la fonction (10), et les mécanismes de rétention (11). Nous commentons pour finir, à la frontière de l'offre et de la demande, l'aspect des conditions de travail (12), de la planification des soins et des horaires de service (13), du glissement des tâches (14) et de la gestion des performances (15). Nous terminons par les normes et le financement (16).

Cadre théorique du HRM dans le secteur des soins



Source : Murphy et al, 2012

Les besoins en matière de soins aux seniors

Comme déjà décrit en détail dans divers rapports complémentaires, le vieillissement crée un important besoin d'extension de l'offre de soins aux seniors, et donc du personnel (nombre et qualification) qui y est lié. Toutefois, vieillir sainement grâce à un style de vie sain et préventif, un bien-être psychosocial et un environnement qui soutient et améliore le fonctionnement du senior dans tous ses aspects, peut déjà en partie faire fléchir ce besoin croissant. Puisqu'il s'agit ici de la mission principale des soins, voilà le point de départ logique de toute politique, y compris de la politique des ressources humaines. Comme

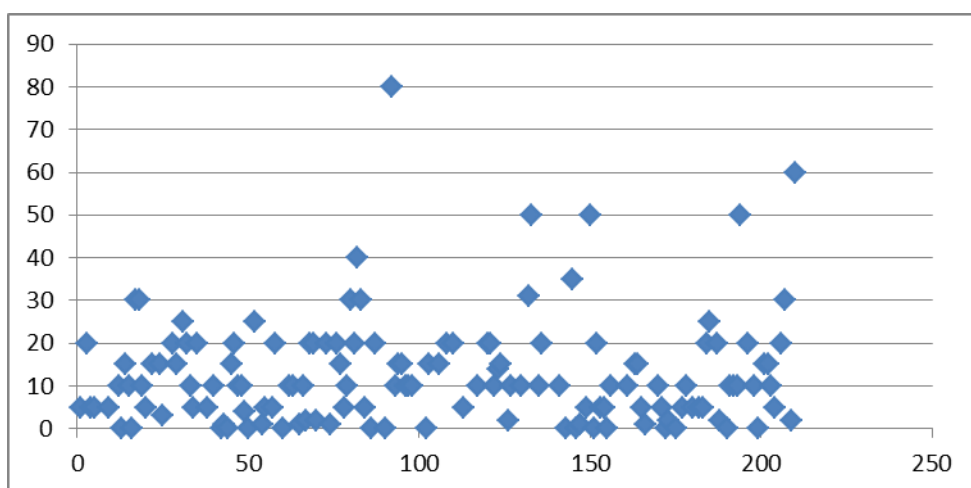
décrit dans l'introduction, un grand nombre des éléments des meilleures pratiques HRM contribuent directement à cet objectif. Outre les éléments que nous commentons ci-dessous, nous renvoyons à Itinera, 2011 et 2012, pour ce qui est des meilleures pratiques en dehors de la politique du personnel. La prévention et la coordination constituent deux priorités à cet égard (Fujisawa & Colombo, 2009 ; Tjadens & Colombo, 2011).

Il est éloquent à cet égard que les institutions de soins signalent que les preuves ou la valeur ajoutée pour la santé et le bien-être fait défaut pour une

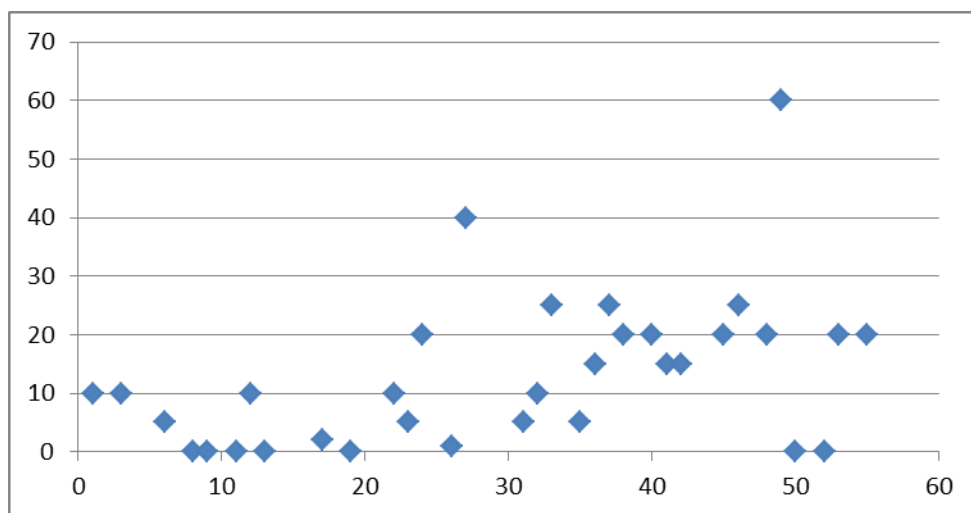
moyenne de 13% des soins (pas de différences contextuelles significatives). Il s'agit donc d'activités inutiles. Comme le montrent les graphiques ci-

dessous, les réponses à ces questions étaient très divergentes. La médiane est égale à 10%.

Evaluation pourcentuelle des soins sans preuves ou valeur ajoutée en Communauté flamande (n=138)



Evaluation pourcentuelle des soins sans preuves ou valeur ajoutée en Communauté française (n=33)



En ce qui concerne la sécurité des patients, la correction d'une erreur demande selon les répondants en moyenne 8 à 9 heures de gestion des

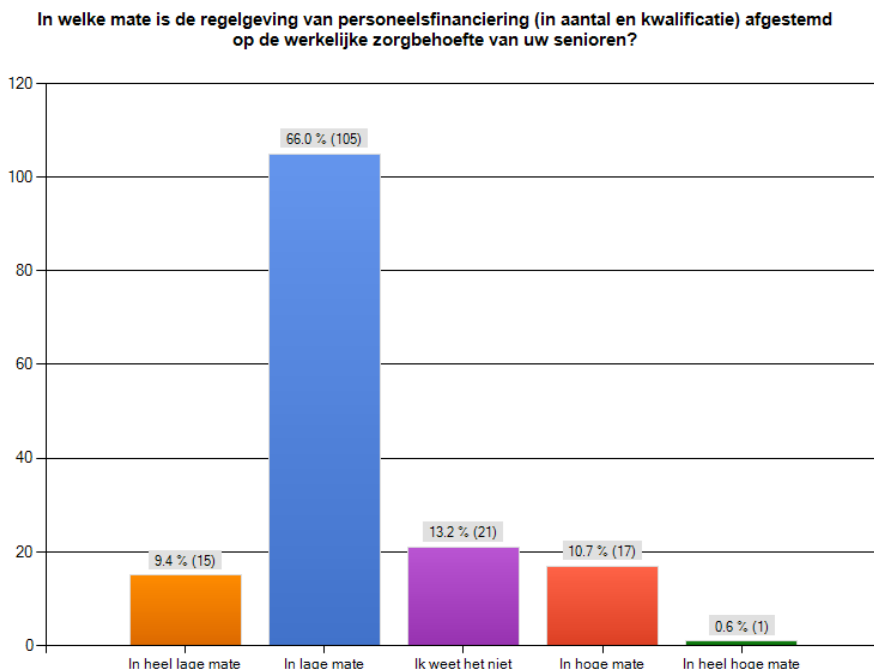
effectifs (staffing) (moyenne de 2 à 4 heures ; pas de différences significatives).

L'affectation des ressources humaines, et donc le financement y afférent, en fonction des besoins en matière de soins

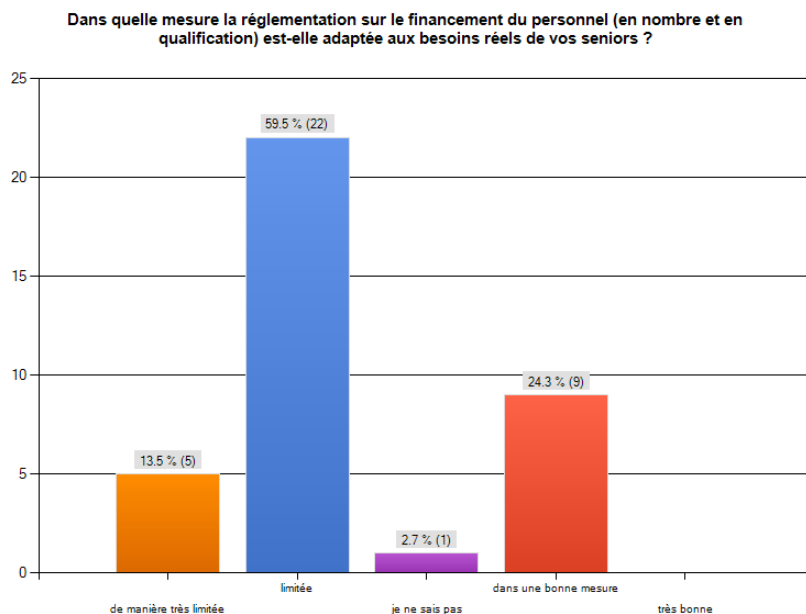
75% des institutions de soins signalent une harmonisation insuffisante avec les besoins réels en matière de soins des seniors. Il n'y a pas à cet égard de relations significatives avec les caractéristiques contextuelles. Cette problématique a depuis 2009 aussi régulièrement été inscrite à l'ordre du jour par le monde académique (Sermeus et al, 2009). En ce qui concerne les hôpitaux, une affectation plus précise est développée. Pour ce qui est des soins aux personnes âgées, on examinerait des alternatives aux échelles uti-

lisées, en raison de leur caractère dépassé et de leurs fondements scientifiques limités. Étant donné que d'autres échelles actualisées, connues au niveau international et fermement validées, sont disponibles, la révision entamée mérite une implémentation pratique rapide. Une nouvelle échelle doit non seulement permettre de financer rétrospectivement, mais aussi de formuler des objectifs de soins réactivants de manière proactive et donc d'améliorer la santé et le bien-être de façon ciblée (voir précédent). Une telle échelle peut aussi être utilisée en interne dans l'institution en vue d'affecter les effectifs en fonction de l'évolution des besoins en matière de soins.

Evaluation de l'harmonisation du financement des ressources humaines avec les besoins en matière de soins en Communauté flamande (n=159)



Evaluation de l'harmonisation du financement des ressources humaines avec les besoins en matière de soins en Communauté française (n=37)



Innovation et productivité

L'innovation peut soutenir aussi bien les objectifs en matière de soins que la productivité via une meilleure administration, communication et coordination ; via l'automatisation (la prise en charge de tâches manuelles) ; via la limitation de la charge de travail en ce qui concerne les tâches de soins à accomplir ; et via le soutien des soins autonomes par le patient ou la famille (Fujisawa & Colombo, 2009 ; OCDE, 2008 ;

OCDE, 2009). Voici ci-dessous quelques options mentionnées dans la littérature et par les répondants. Certains répondants s'inquiètent que cela se fasse au détriment du contact humain et du temps que l'on passe avec le patient. La politique actuelle investit dans l'informatisation, l'ergonomie (fédéral) et les projets pilotes innovants (Flandre). Il s'agit toutefois d'un budget limité et d'une lente implémentation.

Télé-éducation	Planification du flux de travail	Gestion électronique des horaires	Extraction automatique des données	Technologie de synthèse vocale
Vidéocommunication	Dossier électronique	Robots	Télémonitoring	Innovation dans le matériel de soins
Gestion des maladies chroniques	Tablettes et ordinateurs de poche	Davantage de lève-malades de meilleure qualité	Détecteurs	Distributeur de médicaments

Il importe d'attirer l'attention sur le fait que l'innovation et la productivité ne se rapportent pas seulement à la technologie. La manière de travailler, c'est-à-dire qui fait quoi à quel moment en coopération, peut considérablement contribuer à la gestion des ressources humaines via l'optimisation des processus. Une récente étude de pointe dans le secteur des hôpitaux en Belgique démontre que l'utilisation de circuits de soins améliore les processus organisationnels, réduit le risque de burn out, met mieux les compétences en valeur, améliore la gestion des conflits et le climat d'équipe pour l'innovation (Deneckere et al, 2012). Les circuits de soins, le lean management, le six sigma, etc. sont des instruments essentiels qui ne sont pas encore suffisamment admis dans le cadre des soins aux seniors. L'amélioration de l'efficacité sur la base d'un engagement plus intelligent, notamment au moyen de la mesure du volume de travail, peut également contribuer à une gestion interne optimale des déficits d'effectifs (Deschamps, 2004). La volonté d'investissement et d'engagement des prestataires de soins dans le secteur des soins aux personnes âgées, en vue de participer à l'amélioration des processus est, avec 75%, moins élevée de 5% que dans les autres secteurs (moniteur des collaborateurs, 2011).

Ceci nous amène à l'offre de ressources humaines, que nous abordons par étapes.

L'attractivité des professions de soins

L'image des professions de soins est toujours mentionnée comme la priorité numéro un dans le cadre du soutien de la gestion du personnel. Dans un classement réalisé par les institutions de soins, l'image des professions de soins figure en tête de liste des facteurs qui sont importants pour attirer et conserver des effectifs. Les résultats intermédiaires au niveau politique flamand,

qui ont déjà été commentés, démontrent que les campagnes sont un élément essentiel de la politique. Elles augmentent le flux entrant. Elles sont toutefois insuffisantes en soi, comme le démontre le fossé qui persiste dans les résultats en ce qui concerne le besoin d'effectifs. La situation est également confirmée dans la littérature (OCDE, 2011 ; Simoens et al, 2005). Cet instrument politique est fort développé au niveau flamand, moyennement au niveau fédéral et pas du tout au niveau wallon.

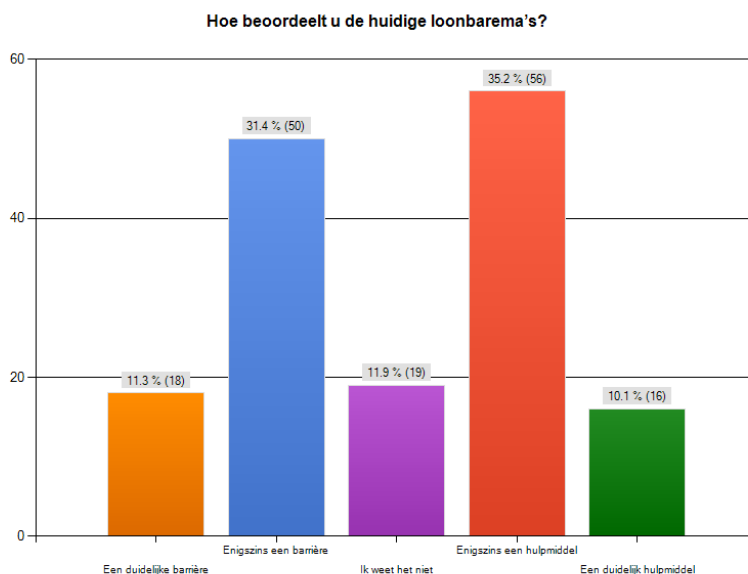
Rémunération

Les résultats indiquent un groupe important de partisans (43%) et un groupe important d'opposants (44%) aux barèmes salariaux actuels. Il n'existe pas de relations significatives avec les caractéristiques contextuelles, bien que les institutions de soins de la Communauté française classent la rémunération plus haut et la mentionnent plus souvent. À titre de comparaison : le *baromètre des collaborateurs* de 2011 a débouché sur un score positif de 67%. Les répondants citent des problèmes spécifiques tels que l'absence de relation avec la qualité, l'absence de relation avec de réelles compétences, une trop petite différence salariale entre les infirmiers et les aides-soignants, une trop petite différence salariale entre les responsables et les infirmiers (entre autres en raison de la différence au niveau des prestations irrégulières), une incitation à la différenciation de la fonction sans que le gradient salarial y afférent ne soit financé au sein des professions, et un fossé salarial par rapport au secteur hospitalier. Il est déjà en partie tenu compte de ce dernier point aujourd'hui par le biais de l'harmonisation des salaires dans le cadre du troisième volet de financement. Un répondant signale qu'une augmentation salariale implique que l'on peut également financer un nombre plus

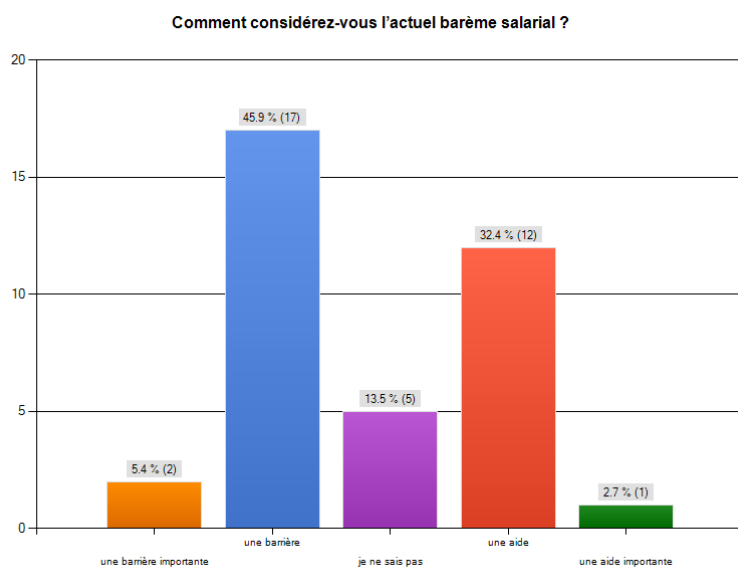
restreint d'ETP dans les limites d'un budget fermé. Il s'agit d'un équilibre difficile. Les avantages salariaux semblent aujourd'hui aussi principalement axés vers les prestataires de soins plus âgés

(ancienneté et congés liés à l'âge, voir infra) et dans une moindre mesure vers les jeunes que l'on souhaite attirer, comme le signalent certains participants.

Evaluation des barèmes salariaux en Communauté flamande (n=159)



Evaluation des barèmes salariaux en Communauté française (n=37)



Les autorités investissent réellement dans certains de ces points tels que la différence salariale entre les responsables et d'autres prestataires de soins (fédéral), et la dimension ascendante vers une spécialisation en gériatrie (fédéral). La Flandre affirme, sur la base du Compas des salaires de Vacature, que la rémunération moyenne d'un starter n'est pas si mauvaise dans le secteur des soins. Les infirmiers se situent sur le deuxième échelon de l'échelle des rémunérations des bacheliers professionnels. C'est exact. Toutefois, alors que la rémunération dans le secteur des soins de santé est de 1,8% supérieure à la rémunération brute moyenne, la rémunération dans le secteur de l'aide sociale se situe 5,3% en dessous de la rémunération brute moyenne (Grande Enquête des Salaires, 2010). La focalisation unique sur les échelons les plus hauts de bachelier et des grades supérieurs est dès lors quelque peu étrange dans le large spectre des professions de soins existantes. Au Royaume-Uni, on investit, dans le cadre de l'Agenda for Change, dans un salaire égal pour un travail de valeur égale. Au niveau européen, le fossé salarial avec d'autres secteurs augmente (UE, 2012), et la politique menée est très différente d'un pays à l'autre (Buchan & Black, 2011). La stimulation financière d'une carrière au sein d'une profession de soins fait défaut en Belgique.

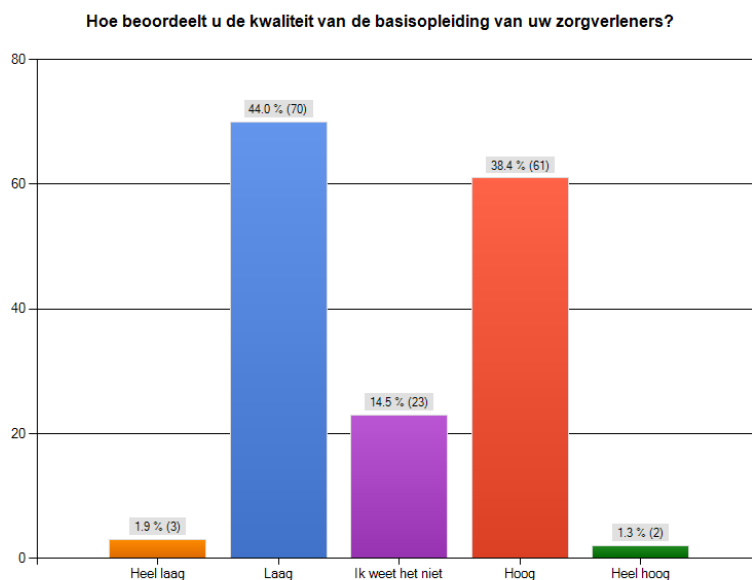
La rémunération et les avantages extralégaux ont une réelle incidence sur le flux entrant et la rétention, comme on peut le voir dans des pays tels que le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, la Finlande et la Tchéquie (Buchan & Black, 2011 ; Fujisawa & Colombo, 2009 ; Simoens et al, 2005), bien que l'influence sur la satisfaction directe en ce qui concerne le travail proprement dit soit minime (*baromètre des collaborateurs*, 2011). Les autorités pourraient davantage investir dans les avantages extralégaux (chèques-repas, frais de transport, garderie, etc.) (OCDE, 2011).

La liaison avec la carrière, les performances et les compétences est bel et bien établie en Finlande et au Royaume-Uni (Buchan & Black, 2011). Outre la question de savoir à combien doit s'élever la rémunération, il peut être pertinent de réformer la base sur laquelle la rémunération est attribuée. Les idées sur la rémunération et la rémunération à la performance en fonction de la qualité des soins sont en vogue dans la littérature scientifique relative aux professions de soins (Attree et al, 2011 ; Elgie, 2007 ; Fox & Abrahamson, 2009 ; OCDE, 2011 ; Sermeus et al, 2009).

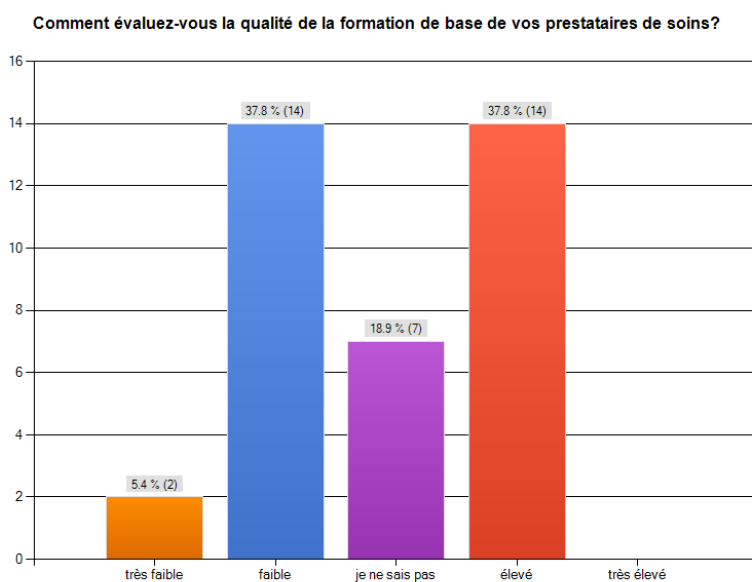
Formation de base et formation continue

Nous trouvons pour l'évaluation de la qualité de la formation de base, une même division au niveau de l'évaluation que pour la rémunération : 43% des institutions de soins sont positives, 45% négatives. L'évaluation est inférieure dans les MRPA ($p=0,01$) et les MRS ($p=0,01$) par rapport à d'autres types d'institutions de soins. La direction générale est aussi plus critique que la direction HRM et les responsables dans le secteur des soins ($p=0,04$).

Qualité de la formation de base en Communauté flamande (n=159)



Qualité de la formation de base en Communauté française (n=37)



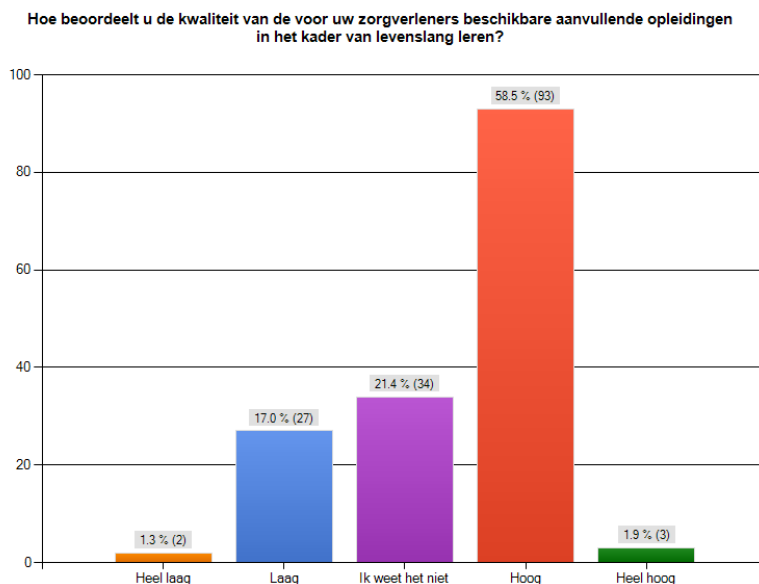
Les répondants signalent une tendance à la baisse à cet égard. On dénonce une trop grande souplesse des centres de formation pour atteindre leurs quotas. On signale plus spécifiquement pour les soignants et les aides-soignants des manquements au niveau du développement d'attitudes et des aptitudes psychosociales, communicatives et relationnelles. Le fait que la qualité de la formation de base ne soit pas toujours aussi adéquate est confirmé au niveau scientifique (OCDE, 2011 ; Sermeus et al, 2009). Le niveau de formation devrait être augmenté sur toute la ligne (Simoens et al, 2005) et les cursus, réformés (OCDE, 2011). Ceux-ci doivent davantage être axés sur l'évidence based, l'IT, l'innovation, la qualité des soins, la sécurité des patients, l'interdisciplinarité, etc. (Observatoire de l'Euro, 2006). D'autres sous-spécialisations ne sont pas nécessaires (p. ex. soins aux personnes atteintes de démence sénile en Allemagne). Les personnes peu qualifiées devraient pouvoir se former de manière très ciblée, étape par étape, dans le cadre des dites 'ladders of training' (OCDE, 2011). En Irlande et au Royaume-Uni, on peut apprendre le job progressivement alors que l'on est déjà engagé (OCDE, 2011). Mettre l'accent sur les stages et les modèles est un must, surtout pour les soins aux seniors (Aiken et Cheung, 2008 ; Chenoweth et al, 2009 ; OCDE, 2008 ; OCDE, 2011). Vu la divergence des résultats, on tire dans le cadre de la politique la conclusion hâtive que 'les formations sont disponibles pour les professions de soins et les actions peuvent principalement se concentrer sur la création d'une capacité de formation suffisante' ("Vlaamse Beleidsnota" (Note de Politique Flamande), 2010). Les initiatives ciblées en ce qui concerne les stages, les débuts d'une politique de compétences, le "Leer- en Innovatiecentrum" (Centre de formation et d'innovation), les projets pilotes en ce qui concerne une évaluation de l'avancement, etc. sont tous positifs. Mais cela sera-t-il suffisant

pour renforcer fondamentalement la qualité de la formation de base ?

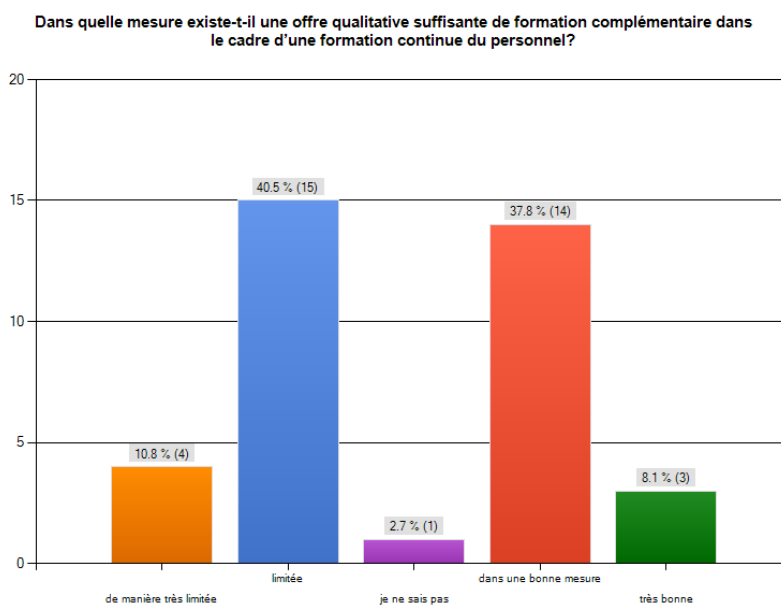
En ce qui concerne la formation continue, le tableau est beaucoup plus positif pour la Communauté flamande (60%) que pour la Communauté française (seulement 46%). Il s'agit là de l'un des rares résultats pour lesquels nous rencontrons une différence significative entre les deux communautés ($p=0,000$). Les services de soins, en tant qu'institutions de soins, obtiennent ici aussi un résultat quelque peu inférieur ($p=0,02$). En outre, il est frappant de constater que 60% des directeurs HRM participants indiquent ne pas connaître la qualité des formations complémentaires ($p=0,03$). Les répondants signalent des possibilités d'amélioration en ce qui concerne la variété du contenu (trop sommaire), le prix, le contraste entre l'offre et la qualité pour les infirmiers et les autres professions de soins. Au Canada, les prestataires de soins peuvent consacrer 20% de leur temps à la formation (OCDE, 2011). On en est encore très loin en Belgique. La politique fédérale investit dans l'accréditation du nombre d'heures suivies pour les infirmiers. Qu'en est-il des autres professions de soins ? La Communauté française, principalement, devrait soutenir la formation continue de façon plus ciblée.

À titre de comparaison, 25% des prestataires de soins dans le secteur des soins aux seniors qui ont participé au *baromètre des collaborateurs* en 2010, n'étaient pas satisfaits de la formation.

Qualité des formations complémentaires en Communauté flamande (n=159)



Qualité des formations complémentaires en Communauté française (n=37)

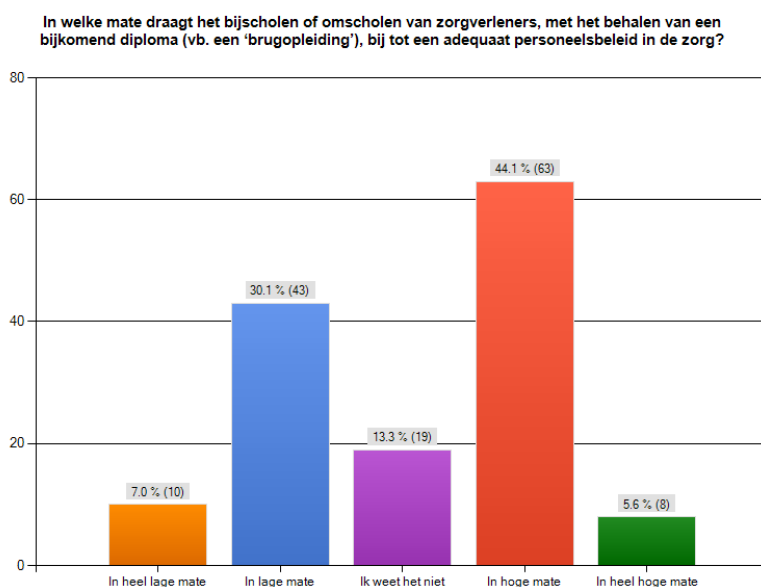


Afflux via d'autres canaux

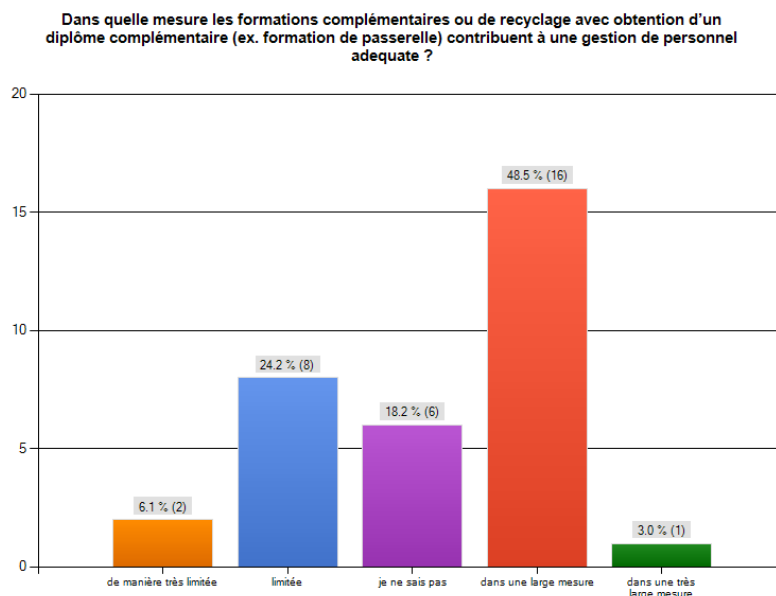
Les institutions de soins participantes sont relativement positives en ce qui concerne la reconversion des prestataires de soins (projet 600, formation passerelle, etc.) : 50% sont pour. On reconnaît que cela n'implique pas d'enrichissement net en nombre de membres du personnel, mais il s'agit jusqu'à présent de l'un des rares instruments disponibles pour l'évolution et la formation de carrière qui a été développé à part entière. La direction générale est relativement négative

par rapport à cette mesure ($p=0,03$), principalement en raison de considérations pratiques et financières. Une remarque récurrente est que les prestataires de soins vont souvent travailler ailleurs après leur reconversion, dans les soins à domicile indépendants ou dans le secteur hospitalier, par exemple. Ce qui constitue un effet secondaire indésirable pour de nombreux sous-segments des soins aux personnes âgées. On se soucie également de la qualité des formations accélérées proprement dites.

Contribution de la reconversion des prestataires de soins en Communauté flamande (n=143)



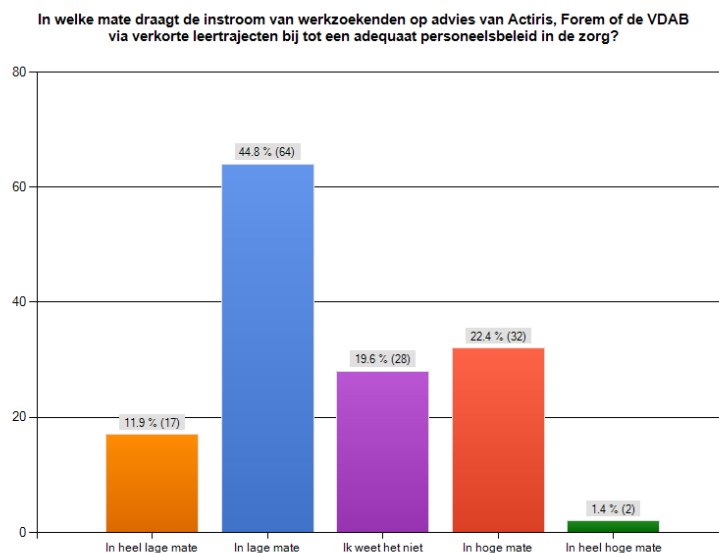
Contribution de la reconversion des prestataires de soins en Communauté française (n=33)



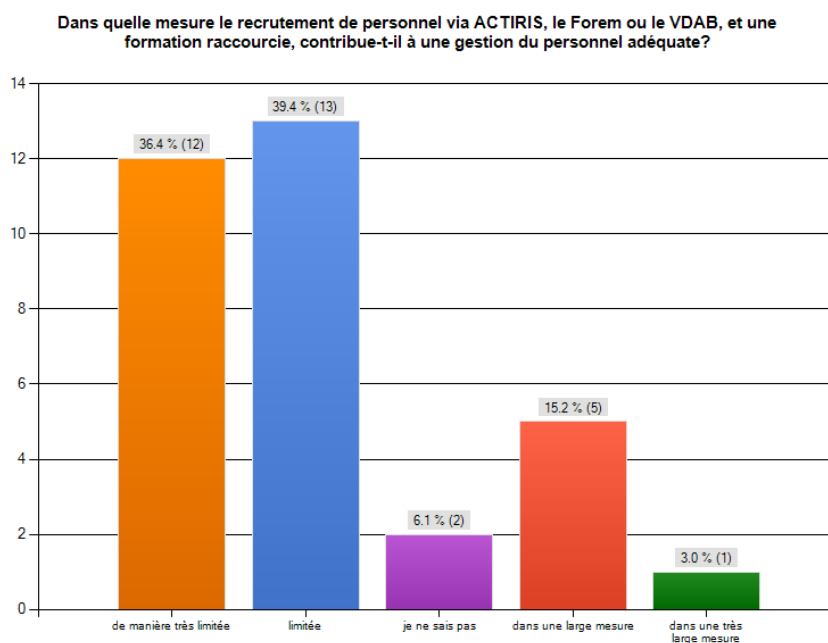
L'appréciation des répondants quant au flux entrant de demandeurs d'emploi via le VDAB, le Forem, etc. est toutefois négatif : 60% parlent d'une faible contribution à une politique de personnel adéquate. Cette opinion est aussi relativement négative en Communauté française ($p=0,008$). Il en va de même pour les MRS ($p=0,04$). Les problèmes mentionnés se rapportent à une formation défectueuse et à un manque de motivation. Certains répondants

contredisent toutefois ce dernier point. La vérité se situe probablement entre les deux, avec un mélange à la fois de nouveaux travailleurs motivés et de nouveaux travailleurs moins motivés. Vu l'important futur besoin de membres du personnel supplémentaires, ce canal d'afflux devra inévitablement être maintenu, malgré la perception négative de la majorité des répondants (Fujisawa & Colombo, 2009).

Contribution de l'afflux via Actiris, le Forem ou le VDAB en Communauté flamande (n=143)



Contribution de l'afflux Actiris, le Forem ou le VDAB en Communauté française (n=33)



Groupes cibles alternatifs

CONTRIBUTION DES GROUPES SOUS-REPRÉSENTÉS DANS LE SECTEUR DES SOINS

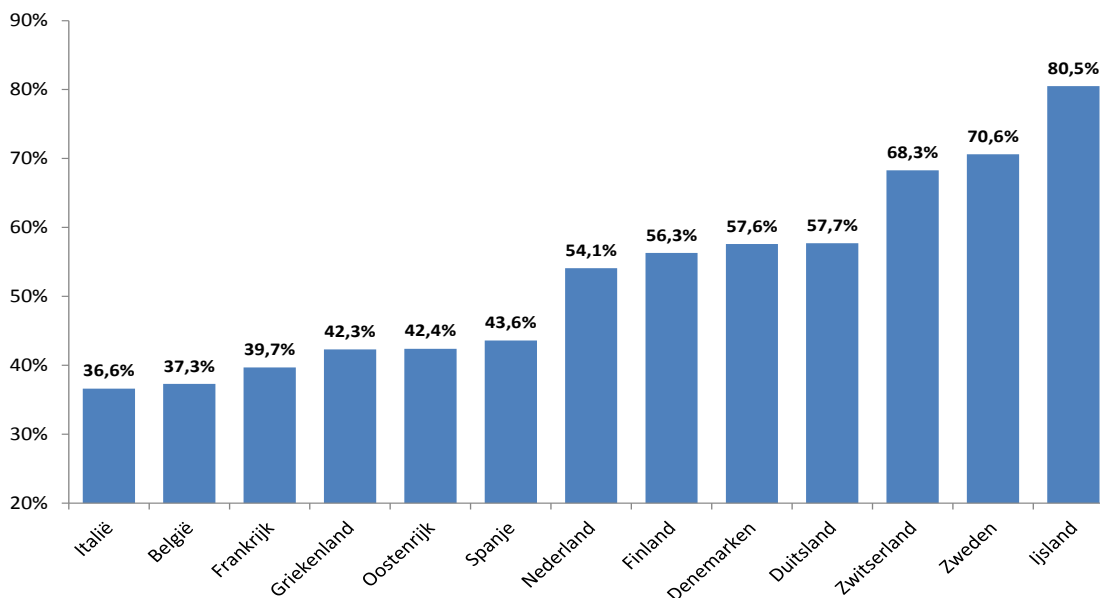
La politique peut avant tout se concentrer sur les groupes cibles qui sont actuellement encore sous-représentés dans le secteur des soins (Fujisawa & Colombo, 2009 ; OCDE, 2011). Les allochtones et les hommes en sont deux exemples. Seulement 20% des étudiants sont des hommes (Sermeus et al, 2008), et ils optent relativement moins que les femmes pour un emploi dans le secteur des soins aux seniors. Attirer davantage d'allochtones dans le secteur des soins comporte ses propres défis en raison de la langue et des différences culturelles. Il suffit de penser à l'image (stéréotype ?) de certaines femmes musulmanes qui ne

souhaitent pas soigner des hommes, etc. Ceci ne doit toutefois pas faire obstacle à une politique de soutien positive. Il existe au niveau flamand des projets de campagnes plus ciblées, ce qui est positif. L'Allemagne peut être une source d'inspiration avec sa politique 'new avenues for guys'. 70% des hommes participants en Allemagne sont positifs à propos des professions atypiques. La croissance de l'afflux d'hommes y est encore trop limitée pour l'instant (OCDE, 2011).

CONTRIBUTION DES PENSIONNÉS

Un autre groupe toujours plus important est celui des pensionnés (Fujisawa & Colombo, 2009). Le potentiel qui existe dans notre pays à cet égard, entre 55 et 64 ans par exemple, est clairement illustré dans le graphique suivant.

Personnes au travail dans la catégorie d'âge 55-64 ans



Source: OCDE

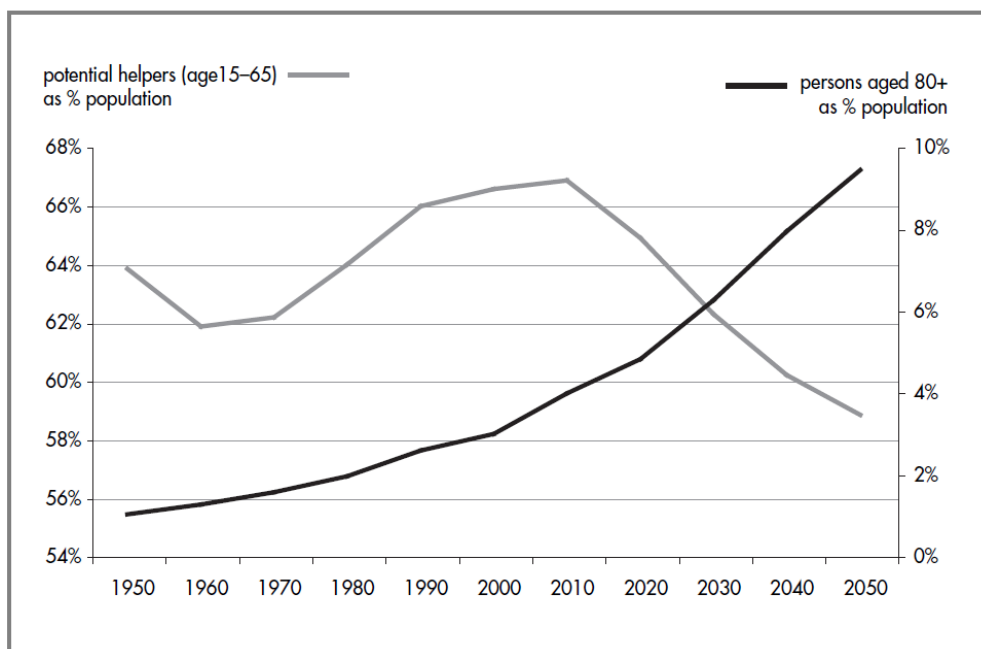
Ceci requiert bien entendu une politique des pensions plus flexible, à laquelle on s'attèle progressivement aujourd'hui (OCDE, 2008). Un nombre croissant de pays mettent sur pied des programmes ciblés pour les ex-prestataires de soins de toutes sortes, comprenant une offre de programmes d'évolution de carrière, des cours de mise à niveau ciblés, des avantages financiers, des heures plus flexibles/à choisir soi-même, etc. afin d'attirer à nouveau les pensionnés (Aiken & Cheung, 2011 ; Attree et al, 2011 ; OCDE, 2008 ; OCDE, 2011).

CONTRIBUTION DU SENIOR ET DES AIDANTS PROCHES

Il existe encore d'autres pistes alternatives, axées sur une plus grande contribution du senior et de la famille (l'assistance de proximité), et sur une plus grande implication des bénévoles (Fujisawa

& Colombo, 2009). Les intervenants de proximité peuvent en théorie non seulement être un bon complément aux soins professionnels, mais ils peuvent, à terme, également se lancer dans une profession de soins (OCDE, 2011). Au niveau international, la politique est principalement axée sur la combinaison de la profession précédente avec la création d'incitants financiers maintenant à tout le moins le revenu global (Fujisawa & Colombo, 2009; Simoens et al, 2005). Nous devons toutefois aussi être réalistes. Les relations familiales changent et s'orientent vers une plus grande individualisation, davantage de divorces, moins d'enfants et des distances plus importantes (Tjadens & Colombo, 2011). Le nombre d'aidants potentiels d'âge moyen diminue également, comme le montre le graphique suivant, avec une énorme baisse depuis 2010.

Population active et personnes de plus de 80 ans comme part de la population totale, 1950-2050



Source : OCDE

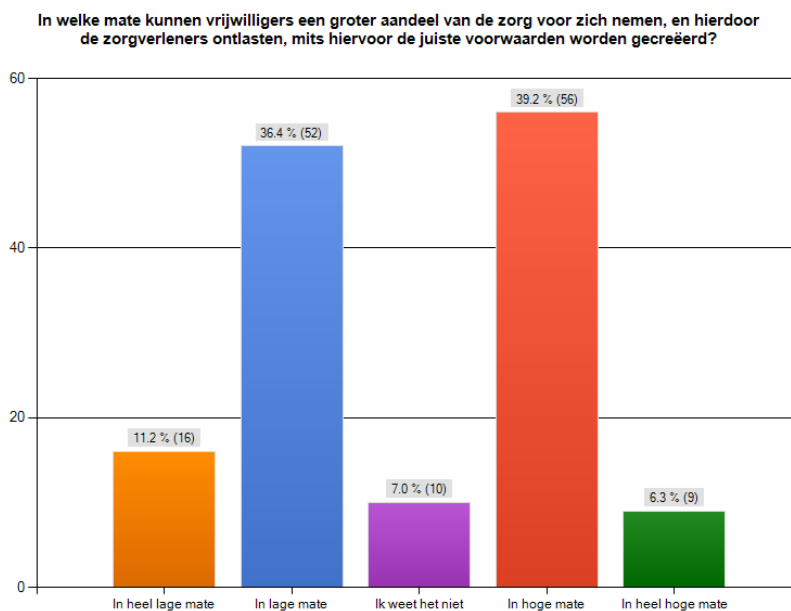
L'évaluation du niveau de soins pouvant être dispensés par le senior et sa famille varie dans les résultats de l'étude entre la Communauté flamande et la Communauté française ($p=0,008$) : en moyenne 26,3% en Communauté flamande, et 17,4% en Communauté française. La variabilité est toutefois importante dans les deux cas. La médiane est égale à 20% en Communauté flamande et à 15% en Communauté française. Dans les MRS, l'évaluation d'une telle possibilité est inférieure de 10% ($p=0,007$).

CONTRIBUTION DES BÉNÉVOLES

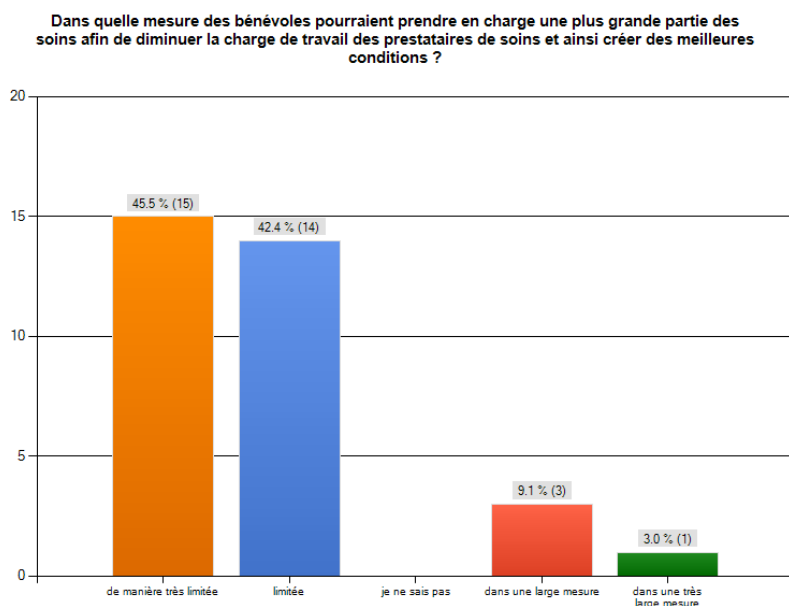
L'éventuelle contribution plus importante que les bénévoles pourraient apporter au secteur des

soins ne fait pas l'unanimité en Communauté flamande, comme le démontrent les résultats. En Communauté française, les avis sont clairement négatifs ($p=0,000$). Il n'y a par ailleurs pas de différences significatives. Des points critiques sont le caractère complémentaire plutôt que supplétif du bénévolat, le nombre de bénévoles disponibles et les compétences variables. En revanche, des domaines dans lesquels les bénévoles pourraient jouer un rôle plus important, sont cités : accompagnement des repas, transport, accompagnement pour une visite au médecin, récréation et animation, excursions, activités du groupe de résidents, entretien, tâches logistiques et administration.

Evaluation d'un glissement vers les bénévoles en Communauté flamande ($n=143$)



Evaluation d'un glissement vers les bénévoles en Communauté française (n=33)

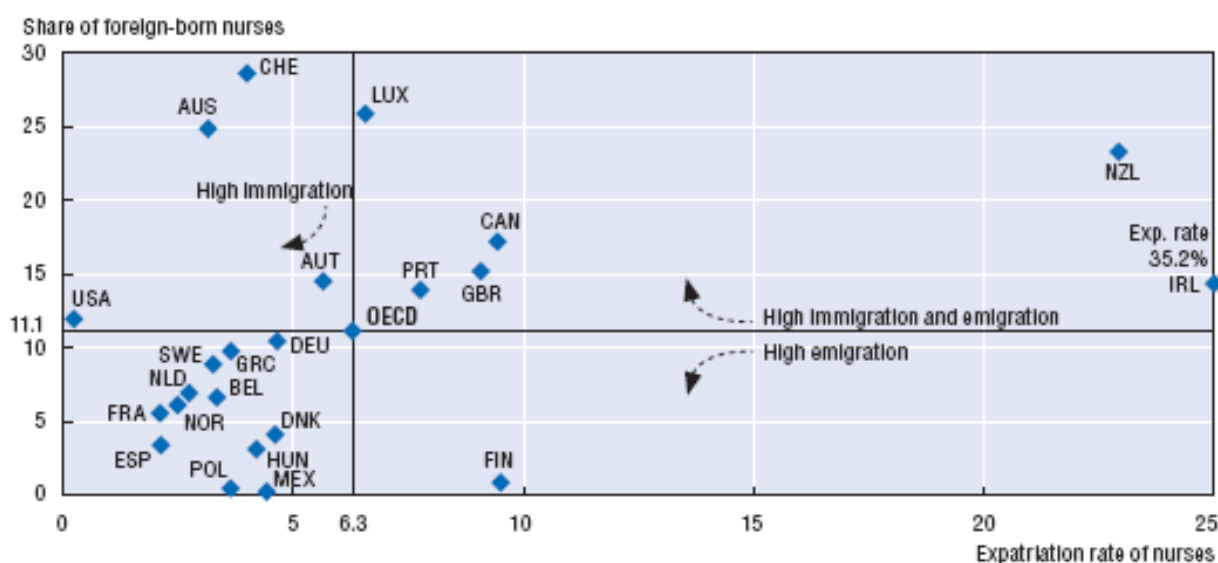


Recrutement international

La Belgique a de tout temps été une nation d'immigration et d'émigration importante pour les

prestataires de soins, comparé à d'autres pays (voir figure ci-dessous).

Taux d'immigration et d'émigration des infirmiers dans les pays membres de l'OCDE en 2000

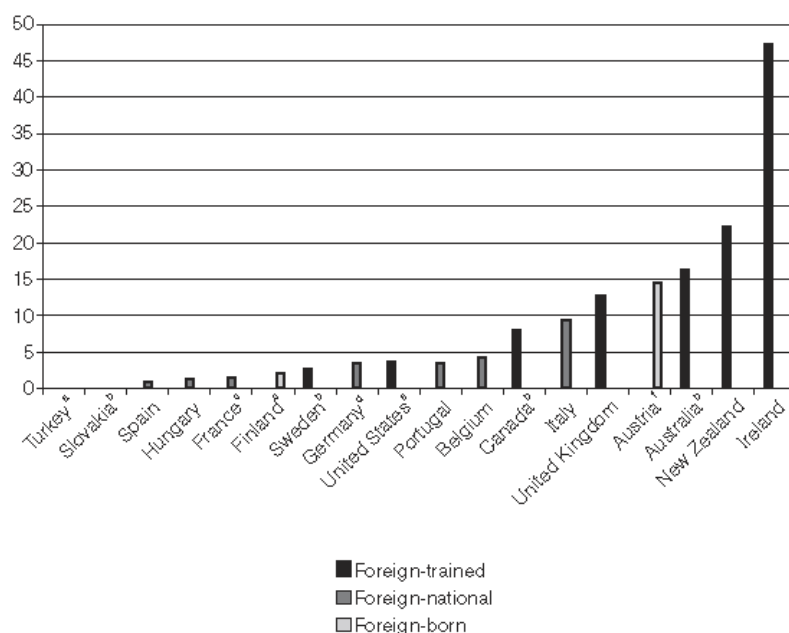


Source : OCDE, 2008

À l'heure actuelle, 9.200 des infirmiers actifs en Belgique sont nés à l'étranger (= 13,5% selon Wismar et al, 2011). 15% des infirmiers étrangers actifs en Belgique possèdent un diplôme étranger. Les autres ont obtenu un diplôme belge. Sur le total des infirmiers actifs en Belgique, seulement 1% possèdent un diplôme étranger. Nous constatons une légère tendance à la hausse au fil des années (Fondation Roi Baudouin, 2011 ; OCDE, 2010). Il a été constaté, pour la même fonction, que la plupart des prestataires de soins étrangers dans notre pays sont originaires des pays voisins : la France (un peu plus de 3.000 en 2007 ; 40,5% selon Wismar et al, 2011), les Pays-Bas (un peu plus de 500 ; 22%), l'Alle-

magne (400 ; 10%) et le Luxembourg (250). Un peu plus de 250 prestataires de soins viennent de Suisse. Viennent ensuite l'Italie et l'Espagne. La part actuelle de l'Europe de l'Est et des pays qui ne sont pas membres de l'UE, est très limitée. Ce dernier groupe comprend principalement des Polonais, des Roumains, des Philippins et des Libanais. Une comparaison plus récente avec d'autres pays démontre que la Belgique se trouve quelque part au milieu du peloton, tel qu'illustré dans la figure suivante (Wismar et al, 2011). Notez que les chiffres disponibles se rapportent quasi exclusivement aux infirmiers et non aux autres professions de soins.

Pourcentage d'infirmiers étrangers dans les pays membres de l'OCDE en 2008



Source : Wismar et al, 2011

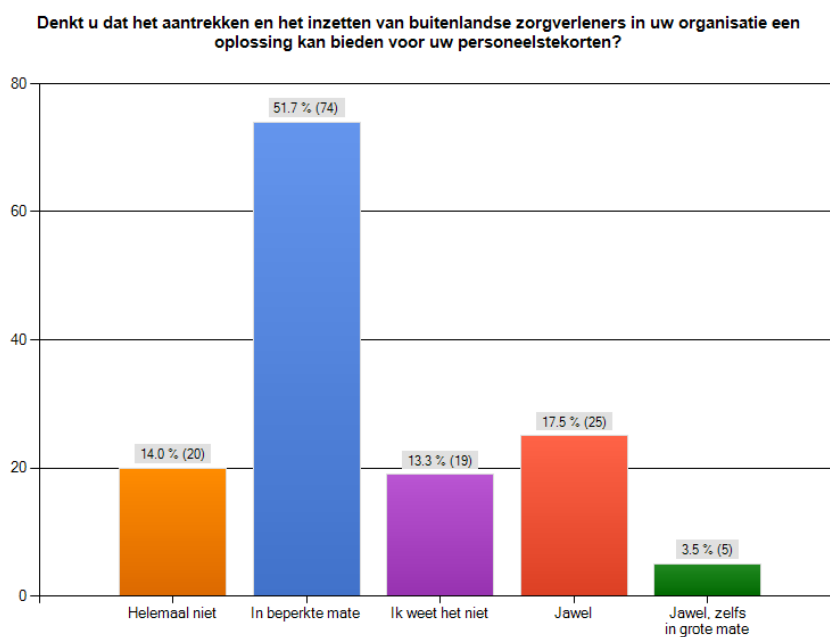
L'immigration dans notre pays est relativement plus importante (et aussi plus facile compte tenu de la langue) pour la Communauté française. Peu d'instruments politiques soutiennent l'immigration des prestataires de soins dans notre pays, mis à part la participation à l'enseignement belge, les conventions bilatérales avec les pays voisins et la réglementation européenne en matière de libre circulation de personnes, de biens et de services.

Il existe en pratique, comme pour la plupart des instruments politiques, aussi bien des success story que des échecs. Les obstacles sont la langue, les éventuelles différences culturelles et aussi parfois le mal du pays (Fondation Roi Baudouin, 2011). Ce dernier point ne devrait pas vraiment former de barrière. Chaque année prestée en Belgique est, en termes de disponibilité du personnel, une année de gagnée.

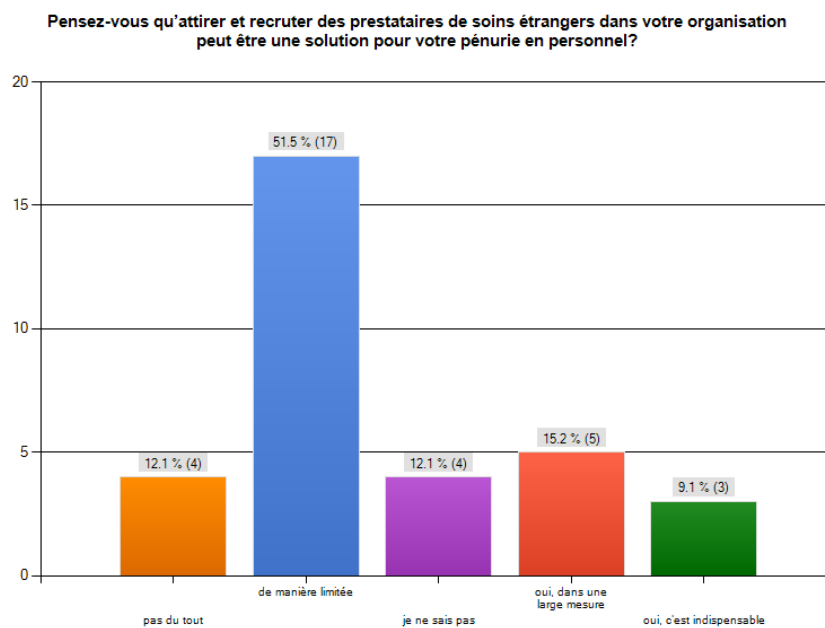
Il existe en outre une discussion éthique. D'une part, l'immigration des prestataires de soins dans notre pays entraîne une fuite des cerveaux dans le pays d'origine (Kanchanchitra et al, 2011) et, d'autre part, une grande quantité de moyens financiers, et aussi souvent de connaissances et d'expertise, affluent vers le pays d'origine. Certains pays tels que les Philippines investissent considérablement à cet égard, en formant beaucoup plus de prestataires de soins qu'ils n'en ont besoin au niveau local (OCDE, 2010). Un exemple de meilleure pratique est le lancement de programmes de 'twinning' (jumelage), dans le cadre desquels les prestataires de soins font l'objet d'échanges internationaux dans les deux directions (Aiken & Cheung, 2008). Un code d'éthique est actuellement en cours d'élaboration à l'OMS, qui formulera des recommandations nuancées en l'espèce (p. ex. ne pas encourager la migration en provenance de pays où il existe déjà d'importantes pénuries, comme dans de grandes parties de l'Afrique).

Dans les institutions de soins qui ont participé à l'enquête, 7% des prestataires de soins sont d'origine étrangère en Communauté flamande et 16% en Communauté française ($p=0,002$). Un nombre nettement inférieur de prestataires de soins étrangers sont occupés dans les institutions de soins publiques par rapport à d'autres types d'institutions de soins ($p=0,01$). 64% des participants ne considèrent pas le recrutement international comme une solution, ou seulement comme une solution limitée en ce qui concerne les pénuries d'effectifs. La langue et la culture semblent former les barrières les plus importantes, surtout pour les soins aux personnes âgées qui parlent un dialecte et ne sont pas multilingues.

Evaluation du recrutement international en Communauté flamande (n=143)



Evaluation du recrutement international en Communauté française (n=33)



Une politique d'immigration des prestataires de soins est toutefois encouragée dans la littérature et ce, pour les motifs exposés ci-dessous (Attree et al, 2011; Fujisawa & Colombo, 2009). Nous savons que l'immigration augmentera en raison de la demande exponentielle de prestataires de soins. Principalement la Wallonie signale aujourd'hui déjà ne pas pouvoir faire autrement que de faire appel à la main-d'œuvre étrangère. Vu les futurs besoins en Flandre et la réponse seulement partielle à cet égard, la pénurie s'intensifiera également en Communauté flamande. Les agences commerciales anticipent bien évidemment la situation. Ce phénomène est en plein développement dans notre pays. La première raison est que le choix entre une absence d'intervention et un pilotage actif vers une situation win-win, est en réalité un choix évident (Dubois et al, 2006). En effet, l'Espagne et l'Italie nous apprennent qu'il existe dans le cas contraire un risque important de flux illégaux, avec tous les problèmes qui s'ensuivent (OCDE, 2011). De plus, sans pilotage actif de la part des autorités, l'immigrant-prestataire de soins se retrouve parfois dans une situation difficile au niveau local, devant faire face à une sous-évaluation, un travail en dessous de ses qualifications, des tâches plus ingrates par rapport à ses collègues et une discrimination. Dans de telles conditions, les personnes concernées ne se sentent pas appréciées au niveau personnel et professionnel (Nichols & Campbell, 2009). La déception et les attentes non comblées renforcent le risque d'échec. Il revient dans ce cas aux autorités de piloter plus activement la pratique par le biais de la politique.

Une politique active anticipe les problèmes en organisant des formations linguistiques plus étendues, en rendant les procédures de reconnaissance et d'équivalence les plus efficaces possible (Fondation Roi Baudouin, 2011), en accordant

une accréditation de qualité internationale aux centres de formation (Kanchanachitra et al, 2011) et en concluant des accords bilatéraux supplémentaires (UE, 2012). Une alternative fructueuse est d'organiser beaucoup plus de formations spécifiques et de formations linguistiques à distance par le biais de l'encadrement des étudiants internationaux avant qu'ils émigrent en Belgique (Kolawolee, 2009). En outre, si l'on souhaite être une région d'excellence au niveau international, pourquoi ne tente-t-on pas de ramener activement les cerveaux et même d'attirer des cerveaux supplémentaires provenant d'autres régions d'excellence concurrentes ? Non seulement les pays voisins, mais aussi un grand nombre d'autres pays occidentaux où l'immigration est tout à fait normale, entrent en considération à cet égard. Le Canada compte 20% d'infirmiers étrangers, et toutes les barrières contre l'immigration du personnel de soins y ont volontairement été supprimées (Dumont et al, 2008).

Le Royaume-Uni applique plusieurs systèmes : permis de travail 'fast track' (procédure accélérée), recrutement ciblé dans des pays spécifiques, coordination claire par les autorités, code d'éthique, régulation et contrôle des agences (Buchan et al, 2008).

Dubois et al (2006) ont dressé le tableau récapitulatif suivant des options politiques activées.

Exemples d'interventions politiques potentielles pour le recrutement international

Niveau de gestion	Critères/exemples
Organisationnel	
Jumelage	Les hôpitaux des pays d'origine et de destination développent des relations basées sur les échanges de personnel, de support de personnel et des flux de marchandises vers le pays d'origine.
Echange de personnel	Relocalisation structurée temporaire de personnel à d'autres organisations en fonction des opportunités de carrière et du développement personnel/développement organisationnel.
Support éducationnel	Les éducateurs et/ou des ressources éducatives et/ou le financement de transition temporaire du destinataire à l'organisme source.
Accord bilatéral	Les employeur(s) dans le pays de destination élaborent un accord avec l'employeur(s) ou éducateur(s) dans le pays d'origine pour contribuer à, ou pour financer les coûts de formation du personnel supplémentaire, ou au recrutement d'une durée limitée, lié à la formation et le développement avant de retourner dans leur pays d'origine.
National	
Accord bilatéral de Gouvernement à Gouvernement	Le pays destinataire développe un accord avec le pays d'origine sur le coût de financement tel que la formation de personnel supplémentaire, et/ou le recrutement de personnel pour une durée fixe, liée à leur formation et leur développement avant leur retour au pays d'origine.
Code éthique de recrutement	Le pays destinataire introduit un code qui impose des restrictions aux employeurs- qui vise les pays d'origine et/ou la durée du séjour. Les questions de couverture, de contenu et de conformité doivent tous être clarifiées.
Compensation	Beaucoup de discussions, mais pas beaucoup de preuves dans la pratique: le pays de destination verse une indemnité (en espèces ou par d'autres moyens) au pays d'origine. Peut-être une sorte de compensation échelonnée par rapport à la durée du séjour et/ou le coût de la formation, ou par rapport aux coûts de l'emploi dans le pays de destination, peut-être médiée par un organisme international?
Gestion des migrations (également au niveau régional)	Le pays(ou la région) avec un écoulement de personnel lance un programme visant à prévenir l'émigration non planifiée, en essayant de réduire en partie l'impact des facteurs d'incitation, y compris en soutenant d'autres interventions de type organisationnelles ou nationales qui encouragent la migration planifiée.
Former pour exporter	(Peut faire partie de la gestion des migrations) Le secteur public ou privé prend la décision explicite secteur de développer une infrastructure de formation afin de former des prestataires de soin à l'exportation pour ainsi générer des versements ou des avances de paiement.
International	
Code international	Comme ci-dessus, mais restreint à un certain nombre de pays, sa pertinence dépendra du contenu, de la couverture et de sa conformité. Le code du Commonwealth en est un exemple.
Accords Multilatéraux	Comme l'accord bilatéral (ci-dessus), mais restreint à un certain nombre de pays (UE?). Possibilité d'un rôle de courtoisie/surveillance par un organisme international.

Source : Dubois et al, 2006

La vérité nous oblige également à mentionner ici quelques obstacles moins substantiels qui donnent jusqu'à présent une image négative à la politique de recrutement international dans notre pays. Citons pour commencer les syndicats qui essaient d'enrayer le phénomène, en partie à juste titre en raison des inquiétudes relatives aux conditions de travail qui doivent être respectées, et en partie à tort en raison du cloisonnement du marché. Divers canaux renforcent l'impression des prestataires de soins belges locaux que les étrangers viennent leur voler leurs emplois. Cette résistance quelque peu absurde, compte tenu des déficits qui devront être comblés, continue à freiner la mise en œuvre d'une politique ciblée. Des conflits d'intérêt similaires sont présents au niveau du NARIC, l'instance qui évalue les diplômes étrangers, et au sein duquel les écoles supérieures (qui délivrent elles-mêmes des diplômes locaux) sont surreprésentées. Nous connaissons également l'histoire des prestataires de soins roumains à Bruxelles, qui font grimper la part du personnel de soins francophone, un sujet sensible pour certains acteurs néerlandophones. L'absence de politique de recrutement international est donc aussi teintée d'une nuance communautaire.

Opportunités de carrière et différenciation de la fonction

Il a récemment été constaté dans le contexte des hôpitaux belges, que l'existence ou non d'opportunités de carrière est liée à l'intention de quitter l'institution. Cette intention était en moyenne présente chez 30% des infirmiers (Van den Heede et al, 2011). La présence d'opportunités de carrière est en même temps l'un des facteurs déterminants dans le choix d'emploi des jeunes (OCDE, 2011). Tout le monde nourrit un besoin de développement professionnel permanent, sans arriver

trop rapidement à la stagnation (Dubois et al, 2006). Les opportunités de carrière constituent également un instrument essentiel pour améliorer l'image de la profession en améliorant effectivement le contenu de la profession (Fujisawa & Colombo, 2009 ; Pacolet et al, 2005 ; Zorgnet Vlaanderen, 2009).

On parle souvent au niveau international de l'utilisation de 'clinical ladders' (échelons cliniques) (Elgie, 2007 ; Simoens et al, 2005). Nous opérons à cet égard une nette distinction entre la différenciation de la fonction au sein d'une profession de soins et le glissement des tâches à travers les professions de soins (voir plus loin). Il est en soi possible de définir des niveaux de compétence au sein de chaque profession de soins, tout comme il est possible d'obtenir une promotion dans d'autres professions, ce qui va généralement de pair avec une augmentation de salaire (en partant du principe que les critères de fixation du niveau des salaires changent dans les limites d'un budget fermé). Le grade d'advance nurse practitioner' est le niveau le plus élevé pouvant être atteint par les infirmiers, en plus de rôles dans la recherche, de rôles de mentor, etc. (Aiken & Cheung, 2008). On différencie ainsi la profession en fonction de la complexité des soins. Des perspectives de carrière doivent toutefois également être développées pour les aides-soignants et les soignants, sans rapport avec l'obligation de devoir entièrement se reconverter pour exercer une autre profession. Le renforcement de ce rôle englobe également des aspects tels que les responsabilités au niveau de la population (l'infirmier en diabétologie comme exemple typique, le spécialiste en gériatrie, bien que cette profession risque à son tour d'être qualifiée de spécifique), les responsabilités en matière de gestion, les références en fonction de l'expertise spécifique acquise, les rôles de coordination, une disponibilité plus polyvalente (p. ex. rotation

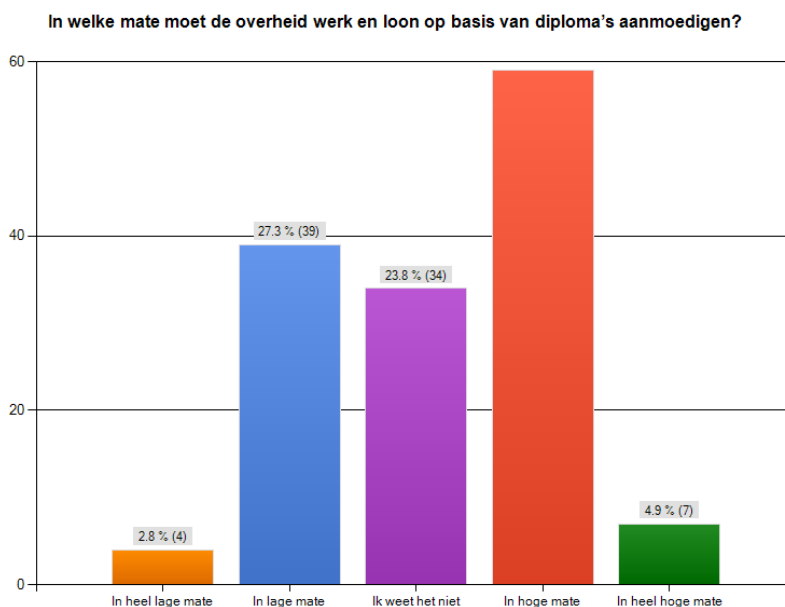
des rôles au sein des groupes cibles), une représentation dans les organes de gestion dirigeants, etc. (Elgie, 2007).

Comme nous le verrons plus tard, le glissement des tâches à travers les professions est un puissant instrument pour soutenir les possibilités de différenciation de la fonction et d'évolution de carrière (KCE, 2008). La reconversion et le coaching sont aujourd'hui encore trop exclusivement axés sur le niveau actuel des compétences liées à la fonction et non sur la progression et la promotion dans l'échelle. Le développement personnel au sein du niveau de compétences actuel est un sujet de satisfaction dans une partie du secteur des soins aux personnes âgées (*baromètre des collaborateurs*, 2011). À l'inverse, si la formation axée sur l'acquisition de compétences supérieures

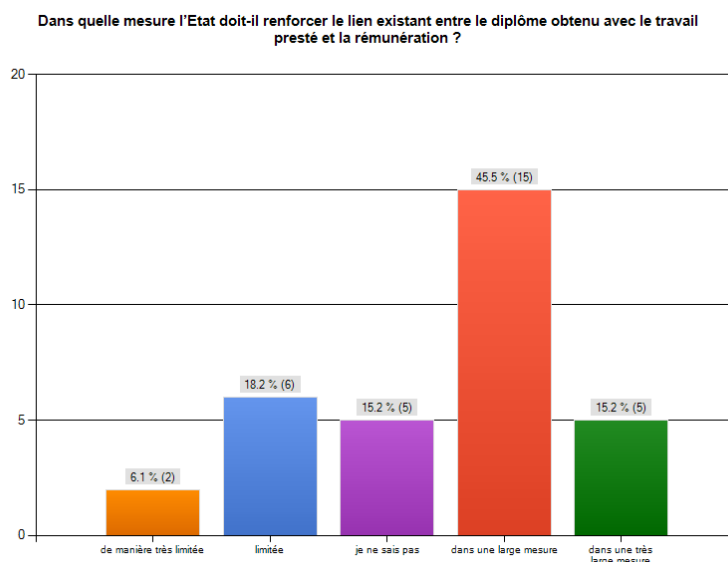
n'est pas en rapport avec la pratique des soins de santé dispensés, le risque de perdre des effectifs dans l'institution de soins est très important (OCDE, 2011).

Il convient de prendre garde, pour ce qui précède, à la confusion des rôles, au caractère imprécis et à l'ambiguïté (Dubois & Singh, 2009). Un glissement des diplômes vers les compétences et aptitudes s'impose, sans pour autant cesser de faire l'association avec les diplômes (ce que beaucoup considèrent comme une menace). Il ressort des résultats ci-dessous que 46% soutiennent encore une telle association. 21% sont indécis et 33% sont contre. Les services d'aide aux familles et les soins à domicile complémentaires s'opposent significativement davantage à une telle association ($p=0,02$).

Evaluation de l'association avec les diplômes en Communauté flamande (n=143)



Evaluation de l'association avec les diplômés en Communauté française (n=33)



La politique actuelle se penche petit à petit sur la différenciation de la fonction. Cette politique se trouve toutefois encore au début de sa phase de développement. La pratique n'entraînera que des démarches 'de bonne volonté' limitées tant que la politique des compétences n'aura pas reçu de forme plus concrète et qu'une partie du financement n'y sera pas associée en tant qu'échelle salariale. Dans un monde où l'idée du coût salarial domine, il revient aux autorités d'amener la pratique à accepter des échelles salariales plus élevées comme un élément normal de la pratique journalière. Ceci n'est possible que par le biais d'une réorientation salariale avec une moindre dépendance de l'ancienneté en vue de créer une marge de manœuvre financière.

Mécanismes de rétention

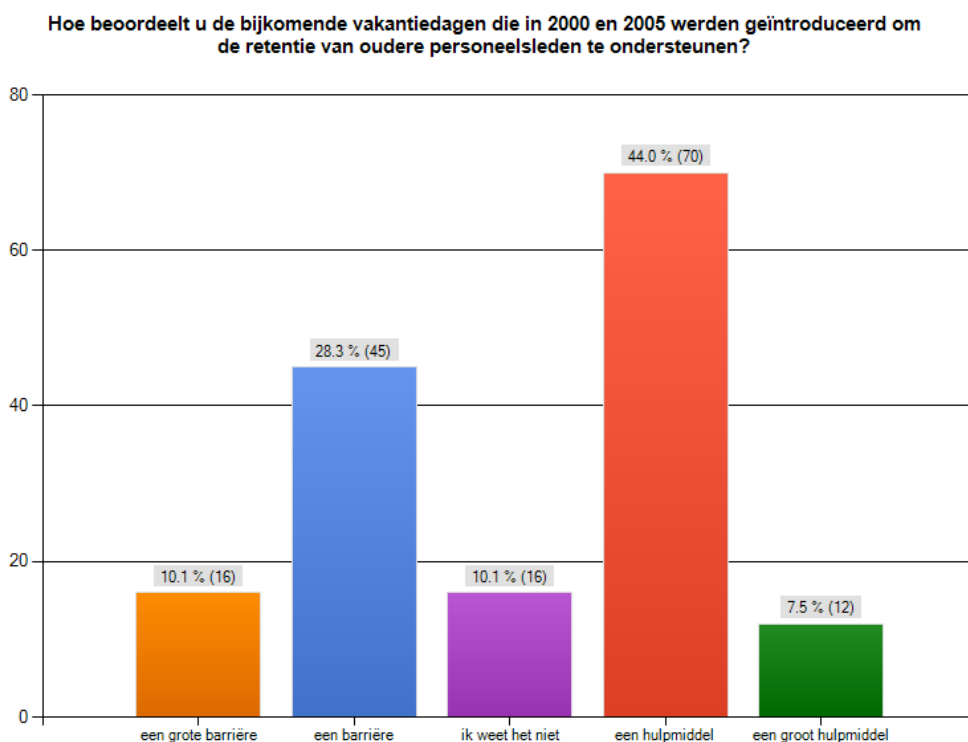
Une méthode évidente qui sera, à terme, aussi de plus en plus admise dans le secteur des soins de santé, est l'abandon de l'âge de la pension

(OCDE, 2011). On plaide également dans la littérature pour des mécanismes de sortie progressive (Simoens et al, 2005). Les infirmiers peuvent prendre leur retraite dès 58 ans. Moins de 1% des prestataires de soins actifs sont âgés de plus de 60 ans. Ils ont en outre le droit, dès 45 ans, de réduire progressivement leur nombre d'heures de travail de 15% (congrés liés à l'âge). Ils peuvent aussi opter, à titre d'alternative, pour un bonus salarial. Les prestataires de soins plus âgés actifs dans le secteur des soins aux seniors sont pourtant relativement satisfaits de leur profession ("Medewerkersmonitor", 2011). Le régime de réduction du temps de travail qui est appliqué à l'heure actuelle, est une mesure très onéreuse. Il s'agit en réalité d'une augmentation salariale de 25% par heure (Simoens et al, 2005). On voit dans la pratique que cette mesure est toutefois encore soutenue par 52% des répondants. 37% des participants considèrent les congés liés à l'âge comme un obstacle. Les institutions de soins de santé actives dans le secteur des soins à domicile sont relativement critiques par rapport à la

réduction du temps de travail ($p=0,01$). Les opposants indiquent une augmentation de la pression du travail pour le reste de l'équipe, l'extension involontaire à toutes les professions de soins possibles, en ce compris les praticiens paramédicaux et les collaborateurs logistiques, l'âge

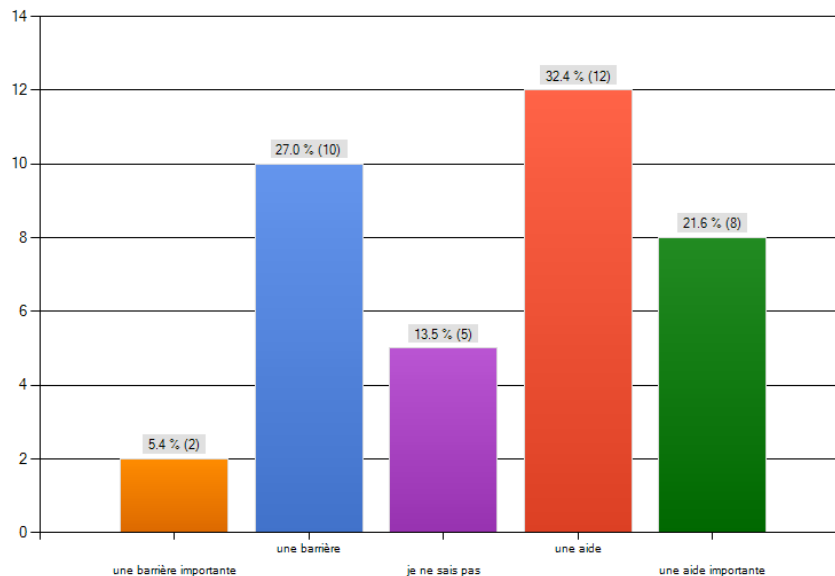
d'entrée précoce et la baisse de l'engagement dans le travail. Les partisans de cette mesure la considèrent comme un allègement positif pour les travailleurs plus âgés, qui fait qu'ils restent en poste plus longtemps.

Evaluation des jours de vacances supplémentaires pour les prestataires de soins plus âgés en Communauté flamande (n=159)



Evaluation des jours de vacances supplémentaires pour les prestataires de soins plus âgés en Communauté française (n=37)

Comment évaluez-vous les jours de vacances supplémentaires qui sont introduits à 2000 et 2005 pour soutenir la rétention du personnel plus âgé ?



Conditions de travail

Une pénurie n'est pas nécessairement une pénurie de personnel qualifié, mais une pénurie de personnel qualifié qui accepte de travailler dans les conditions de travail actuelles (Buchan & Aiken, 2008). Comme nous l'avons déjà dit dans l'introduction, un nombre croissant d'études soutiennent, y compris pour la Belgique, l'importance cruciale de bonnes conditions de travail pour la rétention et la qualité des soins (Aiken et al, 2012). On pense traditionnellement en ce qui concerne les conditions de travail à la pression du travail, qui est en effet généralement évaluée comme élevée par les répondants (voir supra et *baromètre des collaborateurs*, 2011). La pression du travail occupe la deuxième position dans le classement des facteurs ayant une incidence tels qu'évalués par les institutions de soins participantes. La réduction de la charge de travail

est impérative, mais requiert généralement des moyens financiers considérables si l'on se base sur une hausse des ETP, comme dans le cadre de la politique actuelle (Observatoire de l'Euro, 2006 ; OCDE, 2011). Toutefois, un effectif suffisant est une condition de base dans tout type d'occupation (Chenoweth et al, 2009 ; Simoens et al, 2005). La récupération prévue des heures supplémentaires est une mesure positive complémentaire dans ce cadre (Attree et al, 2011). Un deuxième élément traditionnel est l'aspect de la sécurité au travail, dont fait typiquement partie dans ce secteur la gestion de la violence et des crises (Simoens et al, 2005). Au Royaume-Uni, les autorités ont implémenté une campagne zéro tolérance claire axée sur la violence contre les prestataires de soins (OCDE, 2008). L'environnement de travail au sens classique du mot est évalué positivement par les prestataires de soins actifs dans les soins aux seniors en

Flandre (88% de scores positifs ; voir *baromètre des collaborateurs*, 2011).

Des études plus récentes identifient toutefois une cohésion de facteurs ayant un impact important en termes de conditions de travail, et également en termes de qualité des soins. Il s'agit d'une gestion de soutien, d'une structure de décision plane et horizontale, d'un leadership de soutien direct (Cumings et al, 2010), d'opportunités de carrière (voir supra), de la relation entre les pro-

fessionnels de la santé, de l'engagement et de la participation du prestataire de soins et d'une focalisation sur l'innovation et l'amélioration de la qualité. Il s'agit en l'espèce plutôt de stratégies de coût plus faible, dont l'efficacité a été démontrée (Aiken et al, 2012 ; Patterson et al, 2010 ; Van den Heede et al, 2011).

Dubois et al (2006) donnent un bon aperçu des dimensions essentielles à cet égard.

Environnement de travail et conditions pour la qualité

<i>Dimension</i>	<i>Conditions de qualité pour le personnel et les patients</i>
Climat organisationnel	Climat motivant Ambiance de services Climat de sécurité Coopération pluridisciplinaire Confiance organisationnelle
Leadership du Senior Management	Puissant Visionnaire Soutenant Basé sur des valeurs Etablit la confiance, la collaboration, l'implication et agit dans une communication transparente
Horaires de travail	Période de repos adéquate Limite maximum pour les horaires de travail Durée limitée pour les périodes de travail de nuit. Protection adéquate des employés en travail d'équipe
Equilibre travail-vie	Approche familiale Possibilité de travailler en horaire flexible Avoir le choix de varier sa plage horaire Un contrôle et une demande équilibrée au travail

Source : Dubois et al, 2006

Ceci se traduit dans les priorités HRM suivantes :

HRM et conditions pour la qualité

<i>Dimension</i>	<i>Conditions de qualité pour le personnel et les patients</i>
Support du supérieur	Création de postes d'écoute Communication transparente Articulation d'objectifs communs van Etablir des coalitions Reconnaissance Délivrer de la confiance Rendre possible la participation des employés dans le processus décisionnel
Design de travail	Charge de travail adéquate Contrôle sur le travail Possibilité de faire usage de ses compétences Décision horizontale appropriée Interaction avec les autres
Travail d'équipe	Objectifs communs Leadership Structure claire Information partagée Coopération Respect mutuel Confiance
Plan de développement personnel	Développement adéquat de la carrière Accès à une éducation continue Accès aux formations Accès à des cours informels et formels

Source : Dubois et al, 2006

Tout comme un mouvement de 'magnet hospital' (hôpital aimant) a été lancé aux Etats-Unis, il est conseillé d'implémenter une approche similaire dans le secteur des soins aux personnes âgées (Attree et al, 2011). Ici aussi, le réseautage et le partage de meilleures pratiques sont nécessaires entre employeurs, travailleurs et autorités. Les programmes de leadership, le mentoring par les employeurs, etc. peuvent apporter un soutien à cet égard (OCDE, 2011). Si l'on observe l'aperçu ci-dessus, on voit encore des lacunes dans la politique actuelle des pouvoirs publics. La qualité du leadership est identifiée par les institutions de soins dans l'enquête comme troisième facteur le plus important et l'octroi d'une plus grande auto-

nomie et responsabilité comme quatrième facteur le plus important. Le *baromètre des collaborateurs* indiquait une évaluation assez positive du leadership présent. Il y aurait toutefois encore une marge d'amélioration de 15 à 20% (*baromètre des collaborateurs*, 2011). La participation au processus décisionnel (les écouter et tenir compte de leur opinion) obtenait également un score inférieur avec 20% d'insatisfaction.

Planification des soins et horaires de service

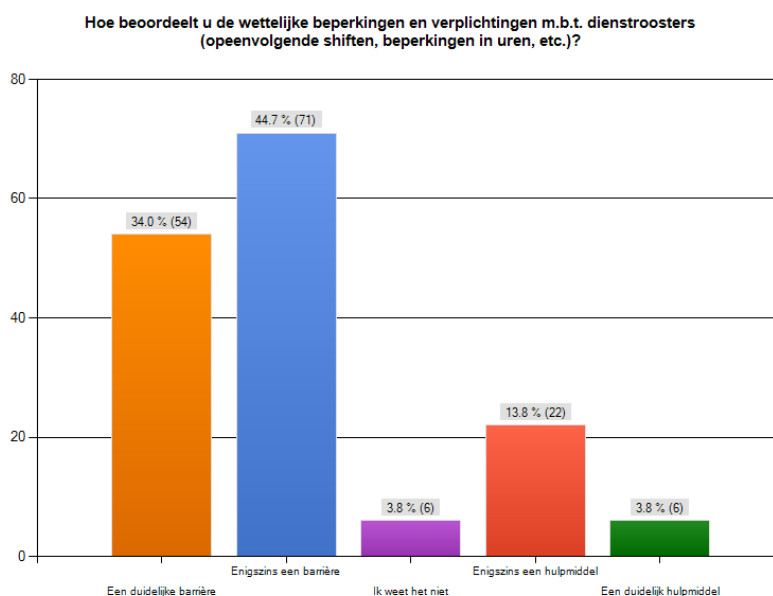
Dans les mêmes études, l'importance d'une plus grande responsabilité, d'une plus grande liberté

de décision et d'un plus grand contrôle est mise en avant en ce qui concerne la situation professionnelle individuelle. Il s'agit d'aspects tels que les contrats flexibles à temps partiel (Attree et al, 2011 ; Simoens et al, 2005) et la gestion participative (Van den Heede et al, 2011). Il importe de se sentir apprécié et d'avoir soi-même le contrôle, avec du coaching et une discussion ouverte (OCDE, 2011). L'autre revers de la flexibilité est que l'on peut aussi parfois travailler plus. Dans les pays membres de l'OCDE par exemple, 16% des travailleurs à temps partiel sont disposés à travailler plus en cas de possibilité de prestations plus flexibles (OCDE, 2011).

Une politique adaptée aux familles s'inscrit également dans ce cadre (Chenoweth et al, 2009). La possibilité de gérer soi-même ses horaires comme au Royaume-Uni (Attree et al, 2011), et les 'self responsible teams' (OCDE, 2011), avec le soutien IT nécessaire, semblent avoir des effets

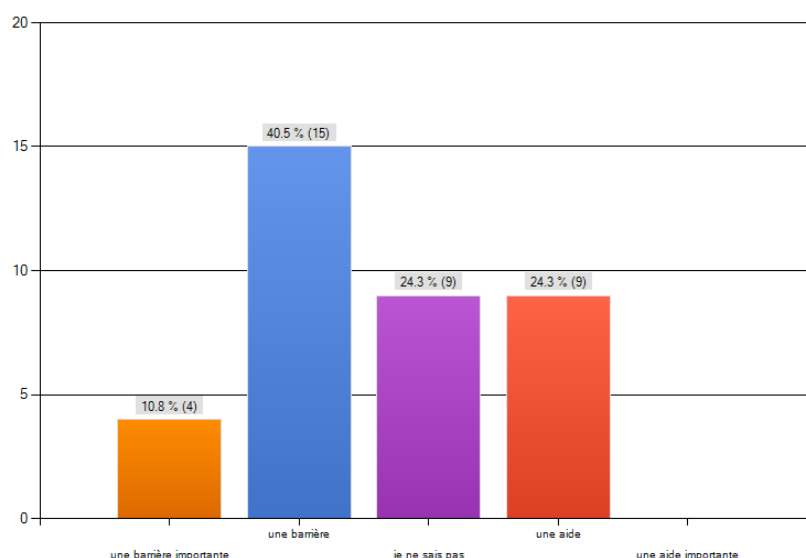
positifs à cet égard. La réglementation européenne actuelle en matière de gestion saine des horaires réagit dans une grande mesure à cette flexibilité. Il est en effet évident que des maximums soient institués en ce qui concerne les heures d'occupation en vue de prévenir les abus et les risques en matière de qualité. Les limites en matière de planification des horaires semblent toutefois aller trop loin à l'heure actuelle. Ceci est confirmé par la majorité des répondants. 70% d'entre eux considèrent cette réglementation comme un obstacle au lieu d'un outil et ce, davantage parmi les ASBL que les autres types d'institutions de soins (p=0,01). Ces résultats sont en contraste avec les résultats du *baromètre des collaborateurs* de 2011 qui rapportait une satisfaction de 83% des prestataires de soins concernant les horaires de service. On y attirait aussi très explicitement l'attention sur l'importance de la flexibilité.

Evaluation de la réglementation légale en matière d'horaires de service en Communauté flamande (n=159)



Evaluation de la réglementation légale en matière d'horaires de service en Communauté française (n=37)

Comment évaluez-vous les obligations et contraintes légales relatives aux grilles horaires (limitation des heures, shifts consécutifs, etc.) ?



La citation suivante d'un répondant en dit long à cet égard :

« Ce serait un rêve si on voulait écouter le secteur à ce sujet. Je constate avec consternation que l'horeca et le secteur de la construction ont récemment pu obtenir des réductions de charges et d'autres avantages, mais on ignore complètement un secteur qui créera des dizaines de milliers de jobs au cours des dix prochaines années. Sans parler des obligations légales liées à tous les horaires dans le règlement de travail, si cela POUVAIT correctement être mis en œuvre... Il me faudrait plus de mille pages. Une concertation urgente avec les Affaires sociales-Emploi, le CNT et la TOTALITÉ du secteur des soins de santé, est nécessaire » (voir pour d'autres citations : 'La voix du terrain' sur www.itinerainstitute.org).

Glissement des tâches

Le KCE a recommandé en 2008 une autre différenciation verticale des tâches. Un glissement des tâches des médecins vers les infirmiers spécialisés est avant tout recommandé, parce que cela améliorerait la qualité par le biais d'une éducation et d'un suivi plus vastes auprès des patients chroniques (voir aussi Delamaire & Lafortune, 2010 ; OCDE, 2008 ; OCDE, 2011). Le glissement précité contribue également à compenser les pénuries de médecins. Le recours à des soignants est ensuite également recommandé pour les soins simples et standardisés qu'ils peuvent reprendre de l'ensemble des tâches infirmières. Pour finir, une délégation de tâches administratives et logistiques est recommandée pour les collaborateurs logistiques. Il est toujours question de délégation et de surveillance, et jamais d'un remplacement intégral, parce que ceci induit des risques en matière de qualité (Dubois & Singh, 2009).

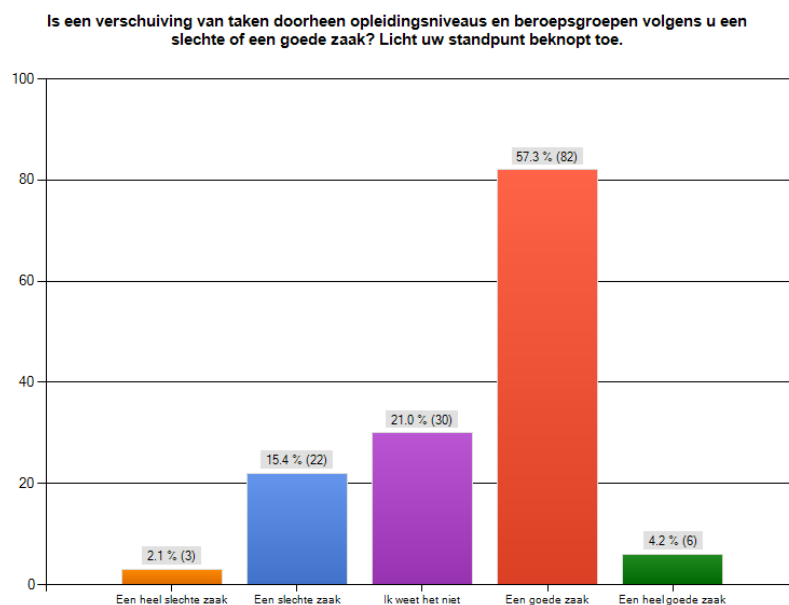
Comme déjà dit en ce qui concerne l'aspect de la différenciation de la fonction, un tel glissement des tâches entraîne une vaste marge d'interprétation des échelons cliniques au sein de chacune des professions de soins. Chacune de ces professions se voit en effet attribuer de plus en plus de responsabilités supplémentaires. Il en va de même pour le médecin qui combine son nouveau rôle de superviseur et de coordinateur avec une spécialisation dans une problématique médicale plus complexe.

Le glissement vers les soignants a déjà partiellement pris forme, avec les problèmes communautaires habituels qui s'ensuivent entre niveaux politiques, problèmes qui ont entre-temps fort heureusement été résolus. Le cas des soignants illustre le fait qu'introduire un glissement des tâches dans notre pays comporte un processus d'apprentissage difficile. En effet, le choix a été fait de faire glisser non seulement les tâches des infirmiers (le niveau au-dessus) vers les soignants, mais aussi les tâches des aides-soignants (le niveau en dessous) vers les soignants. On s'attendrait idéalement à ce que les tâches glissent uniquement du niveau supérieur au niveau inférieur et ce, pour tous les groupes professionnels, de sorte que tout le monde en profite sous la forme d'un enrichissement de l'emploi. Aujourd'hui, l'emploi de certains aides-soignants est menacé (avec un licenciement effectif pour effet) parce qu'ils ne peuvent soudain plus exercer un grand nombre de tâches qu'ils exerçaient auparavant, et pour lesquelles ils ont acquis les compétences nécessaires. Outre la souffrance humaine qu'entraîne une telle situation, ce phénomène est également préoccupant en ces temps de déficits croissants d'effectifs. Plusieurs facteurs en sont la cause : les intérêts professionnels des professions de soins, une pensée axée sur le diplôme et la formation au lieu d'une pensée axée sur les compétences, diverses exigences de formation (1.200 heures en résidences-services

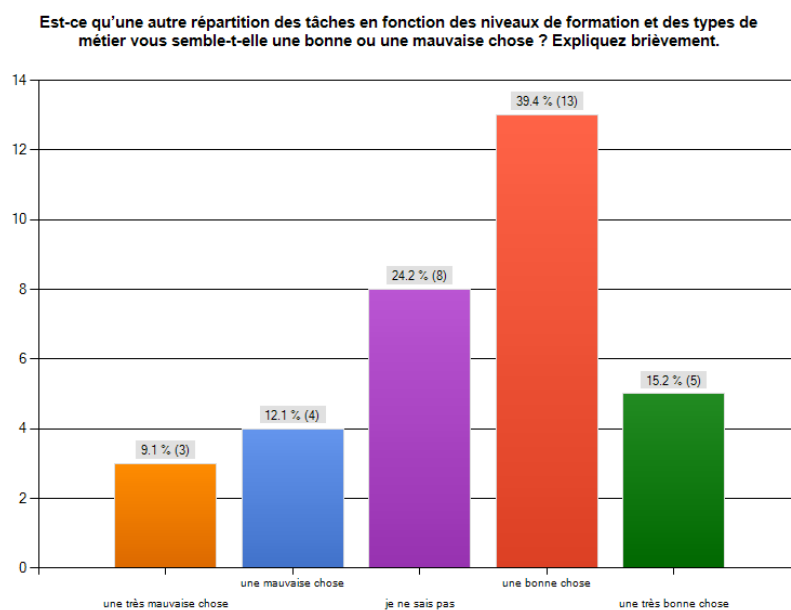
contre 5 années d'expérience et 200 heures dans le secteur des soins à domicile), une certaine dominance du secteur des soins aigus au niveau de la gestion, une sous-représentation du personnel non infirmier, etc.

Tant le dernier que le premier glissement doit encore être mis en pratique. Les bons élèves sont le Danemark, la Finlande, l'Irlande et le Royaume-Uni (Fujisawa & Colombo, 2009). Les glissements de tâches ne peuvent adopter une forme concrète qu'après l'élimination des obstacles en matière de régulation, l'organisation d'une formation appropriée et l'introduction d'incitants financiers adaptés. Le secteur y est en majeure partie favorable, comme le démontrent les résultats suivants : 60% soutiennent le glissement des tâches (pas de différences significatives), 23% sont indécis et 17% sont contre.

Evaluation du glissement des tâches en Communauté flamande (n=143)



Evaluation du glissement des tâches en Communauté française (n=33)



Gestion des performances

La conclusion finale de l'amélioration des conditions de travail et de la stimulation des bonnes compétences à partir d'un projet 'magnet' (aimant), avec toutes les conséquences favorables qui s'ensuivent en termes de rétention et de qualité, est la gestion des performances. Cette gestion englobe un feed-back basé sur des indicateurs et des tableaux de bord, la détermination d'objectifs participatifs, la mise à disposition des instruments de qualité nécessaires et l'harmonisation des incitants financiers et des systèmes de paiement (Dubois et al, 2006 ; Observatoire de l'Euro, 2006 ; Patterson et al, 2010). Ainsi, la boucle est bouclée en ce qui concerne ce qui a déjà été commenté à propos des opportunités de carrière et des ajustements salariaux.

Normes et financement

Afin de donner forme aux aspects HRM ci-dessus dans le cadre d'une politique intégrale des soins, une bonne politique en matière de normes et de financements est indispensable. Le tableau suivant de Dubois et al (2006) résume bien la façon dont le passage d'une macro-régulation à une micro-régulation doit être mis sur pied. Il ne s'agit pas ici non plus d'un remplacement intégral de l'une par l'autre, mais d'un déplacement considérable de l'accent, de sorte à créer au niveau de la direction également la liberté et l'autonomie nécessaires pour piloter les soins de façon positive. La politique a certainement encore un long chemin à parcourir sur ce point en Belgique.

Synthèse de la macro-régulation contre la micro-régulation

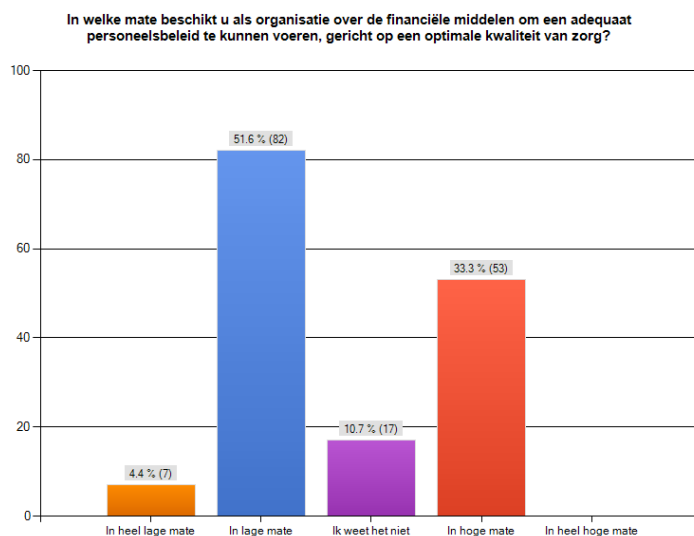
	<i>Régulation Macro</i>	<i>Régulation Micro</i>
Objectif	Contrôle de la structure du marché, critères et comportements des participants	Gestion de la livraison des services et du résultat
Domaines d'action	Inputs et prix	Outputs et résultats
Instruments	Numerus Clausus Schéma compensatoire Qualifications Minimales Normes d'usage	Classements Recrutement basé sur le qualitatif Amélioration continue de la qualité Gestion des risques Benchmarking, cercles de qualité et procédure de traitement standardisé
Contenu et portée	Normatif et détaillé	Flexible et personnalisé

Source : Dubois et al, 2006

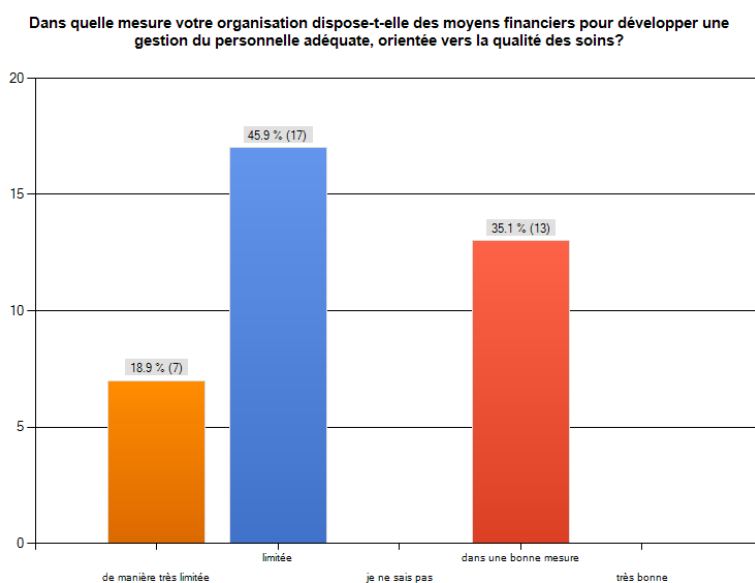
En ce qui concerne le financement du personnel, il est actuellement clairement question de déficits structurels dans le secteur des soins aux personnes âgées qui ne sont pas résolus à l'aide de

1 ETP supplémentaire. Cette tendance est confirmée par 58% des répondants, tel qu'il ressort des graphiques suivants.

Evaluation des moyens financiers en Communauté flamande (n=159)



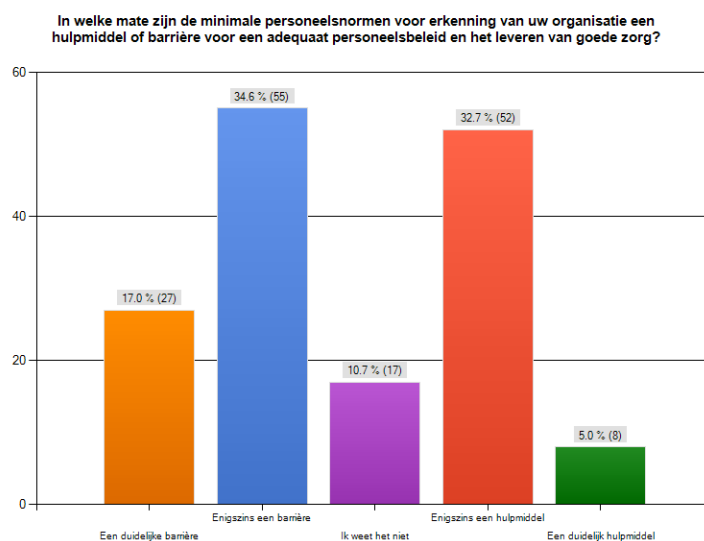
Evaluation des moyens financiers en Communauté française (n=37)



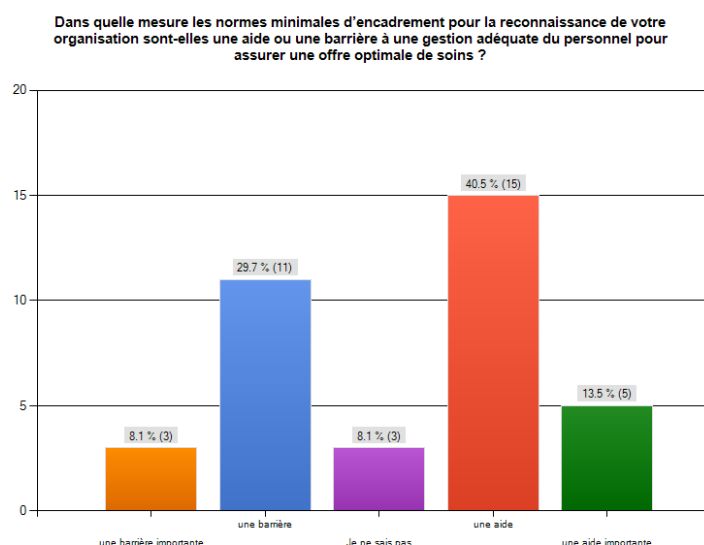
En ce qui concerne les normes minimales de personnel, nous observons une dichotomie importante entre les avis favorables et les avis défavorables. Les MRPA et les ASBL s’y opposent

relativement plus ($p=0,006$ et $p=0,02$). Les fournisseurs de soins publics se montrent plus positifs ($p=0,02$).

Evaluation des normes minimales de personnel en Communauté flamande (n=159)



Evaluation des normes minimales de personnel en Communauté française (n=37)



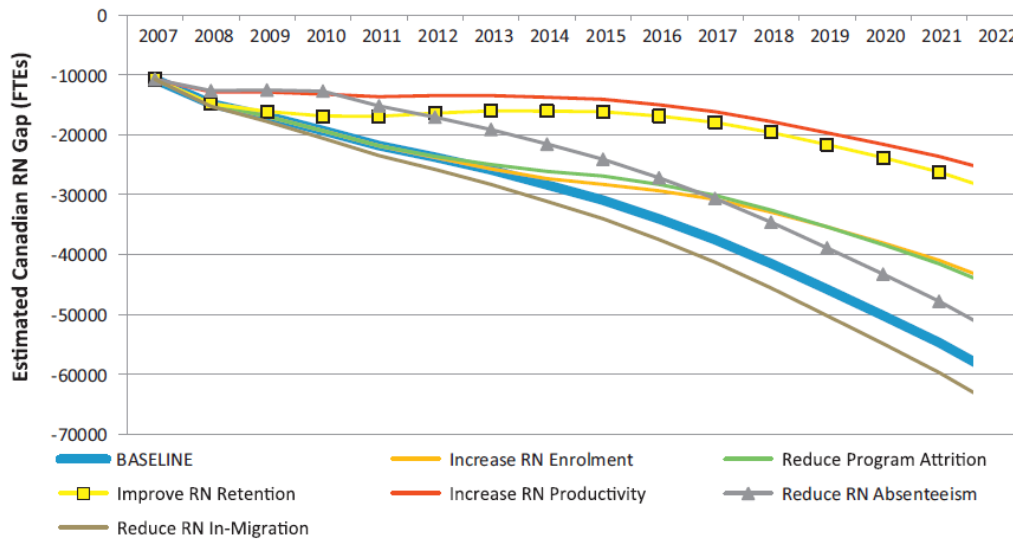
Apprendre d'autrui

Nous énumérons pour finir encore un certain nombre de leçons concrètes tirées des mesures politiques qui existent dans d'autres pays.

- **Japon** : fonds de stimulation à l'attention des employeurs afin d'améliorer l'ergonomie ; screening des institutions de soins avec fournitures de conseils sur les conditions de travail ; subsides pour une reconversion à partir d'autres secteurs (jusqu'au financement du remplacement dans l'entreprise où le travailleur était occupé), consultation continue de fournisseurs et candidats potentiels (OCDE, 2011).
- **Italie** : les infirmiers y sont traités comme exerçant une profession critique plus exclusive dans le cadre de la politique d'immigration internationale. L'évolution privée spontanée y est mise à profit par le biais de l'augmentation des compétences, au lieu d'y rester aveugle. Créer des liens directs avec des centres de formation aux Philippines et ailleurs. Egalement attirer des étudiants étrangers. Il faut aussi pouvoir offrir davantage de sécurité d'emploi à l'étranger peu qualifié, pas seulement de courts contrats temporaires (Chaloff, 2008).
- **Royaume-Uni** : hausse de la formation à distance, meilleure rétention, repêchage amélioré du personnel qui a quitté la profession (cours de mise à niveau gratuit et soutien financier), recrutement international. Les indicateurs HRM tels que l'absentéisme et le turn-over y sont utilisés de manière stratégique. Adoption de nouveaux rôles ('advanced' pour les infirmiers, qui reprennent jusqu'à 20% des tâches des médecins ; les assistants-infirmiers reprennent pour leur part 12,5% des tâches infirmières (Buchan et al, 2008 ; Observatoire de l'Euro, 2006).
- **Nouvelle-Zélande** : terre d'immigration typique avec, outre la reconnaissance des qualifications, peu d'obstacles. Une meilleure coordination et coopération avec les parties prenantes est nécessaire pour une politique d'immigration plus ciblée. Attention pour la rémunération, les conditions de travail, les approches 'compétences combinées' (Zurn & Dumont, 2008).
- **Etats-Unis** : mouvement d'institutions de soins 'magnet' (aimants) et accréditation y afférente dès les années '80 : organisation plane, décisions décentralisées, leadership infirmier puissant, investissement dans la formation/l'expertise, liaison avec de meilleurs revenus (Elgie, 2007 ; Simoens et al, 2005). Les Etats-Unis connaissent actuellement surtout des problèmes au niveau du financement et de l'offre du système éducatif (Aiken & Cheung, 2008 ; Aiken et al, 2009).

Pour finir, au **Canada**, une étude illustrative a été réalisée qui démontre comment diverses mesures et évolutions HRM indépendantes les unes des autres pourraient influencer les pénuries d'infirmiers : voir figure ci-dessous (Murphy et al, 2012). Notez surtout l'effet de la hausse de l'innovation et de la productivité de 1% en travaillant plus intelligemment au lieu de travailler plus dur (la ligne rouge).

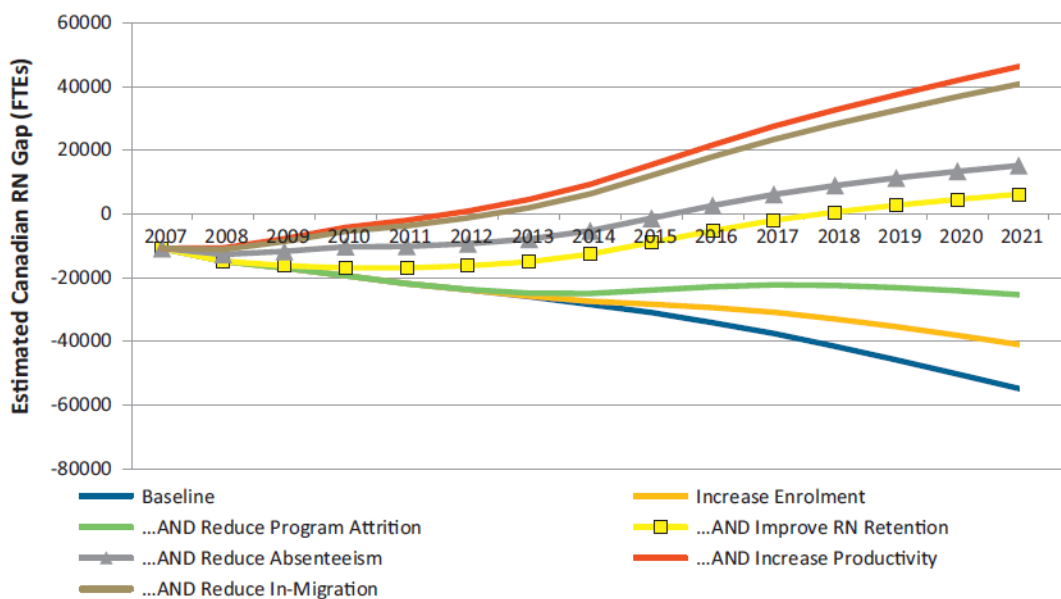
Effets distincts de divers scénarios politiques sur la pénurie d'infirmiers au Canada



Source : Murphy et al, 2012

Si l'on combine les diverses mesures de façon cumulative au Canada, on arrive à l'évolution prévue suivante en matière de personnel :

Effet combiné de divers scénarios politiques sur la pénurie d'infirmiers au Canada



Source : Murphy et al, 2012

Conclusions

Le défi des futurs besoins en effectifs dans le secteur des soins aux personnes âgées est énorme. L'enquête Itinera montre encore une grande capacité d'amélioration. Le fait que divers niveaux politiques mettent sur pied et exécutent depuis 2009/2010 des plans politiques ciblés pour y faire face, est un constat positif. Tout n'est pas non plus sombre pour les prestataires de soins dans le secteur des soins aux seniors. Tout comme dans le *baromètre des collaborateurs* de 2011, un grand nombre de résultats positifs ressortent, tels que l'évaluation de la qualité des soins et l'évaluation de l'ensemble des qualifications présentes.

La politique est toutefois encore sélective au lieu de tenter d'atteindre une synergie entre tous les domaines politiques possibles en matière de gestion des ressources humaines. Les stratégies prioritaires en matière de recrutement international, l'innovation intelligente avec à la clé une hausse de la productivité et de l'efficacité en plus de la focalisation sur la technologie, la différenciation de la fonction, l'amélioration à moindre coût des conditions de travail et le glissement des tâches, méritent une attention politique urgente. La qualité de la formation de base doit être améliorée de façon ciblée en Belgique, en plus de la qualité des formations complémentaires en Communauté française. Il importe de mener une vaste politique mixte et innovante et de mettre sur pied une stratégie multiple comprenant le plus possible de points d'application (OCDE, 2010 ; Simoens et al, 2005). La gestion des ressources humaines doit être soutenue au niveau de tous les aspects de l'institution de soins et de son environnement (Dubois & Singh, 2009). La qualité de la politique HRM est en effet liée au résultat des soins chez le patient (Dubois et al, 2006). Il s'agit

de maximaliser la qualité en maximalisant le potentiel de tout un chacun (Dubois et al, 2006). Le secteur demande également une nouvelle diversification des professions de soins dans le secteur des soins aux personnes âgées, avec un apport du personnel d'encadrement tel que les éducateurs, les pédagogues et les psychologues.

Nous constatons également l'existence d'un fort potentiel de croissance en matière d'emplois dans ce secteur, compatible avec la part croissante des femmes actives dans la société (emplois flexibles, à temps partiel, etc.) (OCDE, 2011). Une recommandation qui n'a pas encore été mentionnée jusqu'à présent, mais qui est très pertinente pour les soins aux seniors, est la suppression des différences en termes de formation, de rémunération et d'opportunités de carrière entre le secteur des soins aux seniors et les autres secteurs de soins qui étaient jusqu'à présent plus attractifs, comme les hôpitaux (Chenoweth et al, 2009; OCDE, 2011). Les initiatives telles que le troisième volet de financement méritent donc d'être étendues, y compris à tous les aspects non financiers de la gestion des ressources humaines dans le secteur des soins aux personnes âgées. L'étude Itinera a fait ressortir le peu de meilleures pratiques et de connaissances scientifiques qui sont développées pour les soins aux personnes âgées. Il est de ce fait en partie inévitable que l'on apprenne des autres secteurs, comme les hôpitaux. Une telle pollinisation croisée a, d'une part, un effet réciproque positif, parce qu'il existe de nombreuses similitudes avec les besoins en matière de gestion des ressources humaines. Il existe également, d'autre part, des différences entre les sous-secteurs, qui doivent être clarifiées dans les futures études, avec une focalisation exclusive sur les soins aux personnes âgées. Nous rencontrons le même phénomène dans la représentation et la participation des soins aux seniors dans la définition de la politique géné-

rale en matière de soins de santé. Les soins aux personnes âgées ne constituent pour l'instant encore qu'une infime part de cette politique à cet égard, avec parfois pour effet une harmonisation inadéquate de la politique avec le contexte spécifique. La situation devra changer dans le futur, compte tenu de l'importance de ce secteur à l'époque du vieillissement actuelle.

L'enquête Itinera a esquissé un aperçu assez complet de la situation actuelle et des solutions potentielles en ce qui concerne la politique du personnel. Les résultats devront de préférence être contrôlés dans le cadre d'une enquête complémentaire, lors d'études répétées pour l'ensemble du secteur. Nous ne pouvons pour finir omettre de terminer avec la citation suivante d'un participant à l'enquête :

Pouvoirs publics, enseignement et secteur proprement dit : unissez-vous et RENDEZ les professions plus intéressantes, aussi bien au niveau du contenu que du statut et de la rémunération !

Une telle attitude positive témoigne de l'enthousiasme que suscite chaque jour le secteur des soins.

Références

- Aiken L, Cheung R. Nurse workforce challenges in the United States: Implications for policy. OECD Health working papers nr. 35, 2008.
- Aiken L, Cheung R, Olds D. Education policy initiatives to address the nurse shortage in the United States. *Health Affairs* 2009;28(4):w646-656.
- Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012;344:e1717.
- Attree M, Flinkman M, Howley B, et al. A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England. *Journal of Nursing Management* 2011;19:786-802.
- Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:3262-68.
- Buchan J, Black S. The impact of pay increases on nurses' labour market: A review of evidence from four OECD countries. OECD Health working papers nr. 57, 2011.
- Buchan J, Baldwin S, Munro M. Migration of health workers: the UK perspective to 2006. OECD Health working papers nr. 38, 2008.
- Chaloff J. Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: Immigration of health professionals to Italy. OECD Health working papers nr. 34, 2008.
- Chenoweth L, Jeon Y, Merlyn T, et al. A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:156-67.
- Cummings G, MacGregor T, Davey M, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2010;47:363-85.
- Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health working papers nr. 54, 2010.
- Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx C, et al. Better interprofessional team work, higher level of organized care and lower risk of burnout in acute healthcare teams using care pathways: A cluster randomized controlled trial. *Medical Care* 2012; accepted for publication.
- Deschamps M. Beheersing van werkvolume en werkdruk in de zorgverlening in woon- en zorgcentra. *Tijdschrift voor Ouderenzorg* 2004;2:9-13.
- Dierckx de Casterlé B, Milisen K, Darras E, et al. Het verpleegkundig beroep in crisis? Belimage: Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen. Project in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2001-2003.
- Dubois C, Singh D. From staff-mix to kill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management. *Human Resources for Health* 2009;7:87.

Dubois C, McKee M, Nolte E. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

Dumont J, Zurnb P, Church J, Le Thi C. International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities. OECD Health working papers nr. 40, 2008.

Elgie R. Politics, economics, and nursing shortages: A critical look at United States government policies. *Nursing Economics* 2007;25(5):285-92.

European Commission. EU level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning en health workforce trends: A feasibility study. Centre for Workforce Intelligence, Matrix Insight, 2012.

European Commission. Commission staff working document on an action plan for the EU health workforce. Towards a job-rich recovery. Strasbourg, 2012.

European Observatory on Health Systems and Policies. The health care workforce in Europe. Learning from experience. 2006.

Fox R, Abrahamson K. A critical examination of the US nursing shortage: contributing factors, policy implications. *Nursing Forum* 2009;44(4):235-44.

Fujisawa R, Colombo F. The long term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health working papers nr. 44, 2011.

Grote salarisenquête 2010, Vacature. Accessed via <http://www.vacature.com/carriere/salaris/grote-salarisenqu%C3%AAte-2010>

Horn D. The business case for nursing in long term care. *Policy, Politics & Nursing Practice* 2008;9:88.

Institute of Medicine. Retooling for an Aging America: Building the healthcare workforce. 2008.

Itinera. Het grijze goud. Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken. 2011.

Itinera. Analyse en stappenplan lokaal ouderenbeleid: van bedreiging naar opportuniteit, 2012.

Jaarverslag Promotiecampagne: Een zorgjob. Ik ga ervoor. Vlaamse overheid, 2012.

Karchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, et al. Human resources for health in Southeast Asia : shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet* 2011;377:769-81.

KCE. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis: mogelijkheden en beperkingen. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, rapport 86A. 2008.

KCE. Residential care for older persons in Belgium: projections 2011-2025. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, rapport 167C. 2011.

Kolawole B. Ontario's internationally educated nurses and waste in human capital. *International Nursing Review* 2009;184-90.

Koning Boudewijnstichting. Migratie: de oplossing voor het personeelstekort in de zorg- en gezondheidssector. 2011.

McHugh M, Kutney-Lee A, Cimiotti J, et al. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signals problems for patient care. *Health Affairs* 2011;30(2):202-210.

Medewerkersbarometer. Zorgnet Vlaanderen en Bing Research, 2011.

Murphy G, Birch S, MacKenzie A. et al. Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: an exercise in applied needs-based planning. *Health Policy* 2012;105:192-202.

Nichols J, Campbell C. The experiences of internationally recruited nurses in the UK (1995-2007): an integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 2009;19:2814-23.

OECD. The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond? *OECD Health policy studies*, 2008.

OECD. International migration of health workers. Improving international co-operation to address the global health workforce crisis. Policy brief, February 2010.

OECD. Help wanted? Providing and paying for long term care. Chapter 6: How to prepare for the long term care workforce? 2011.

Pacolet J, Leroy X, Cattaert G, Coudron V. Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6. Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Hoger Instituut voor de Arbeid, KU Leuven/Université Catholique de Louvain. 2005.

Pacolet J, Merckx S. Manpowerplanning voor de verpleegkunde en vroedkunde in België: synthese. Hoger Instituut voor de Arbeid, KU

Leuven. 2006.

Patterson M, Rick J, Wood S, et al. Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technology Assessment* 2010;14(51).

Rondeau K, Wagar T. Impact of human resource management practices on nursing home performance. *Health Services Management Research* 2001;14(3):192-202.

Rondeau K, Wagar T. Nurse and resident satisfaction in magnet-long term care organizations: do high involvement approaches matter? *Journal of Nursing Management* 2006;14:244-50.

Sermeus W, Bruyneel L. De werkomgeving als succesfactor voor tevredenheid onder verpleegkundigen en patiënten. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2012;4.

Sermeus W, Schoukens P, Holtzer L, et al. Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde. Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KU Leuven, 2009.

Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. *OECD Health working papers*, nr. 19, 2005.

Tjadens F, Colombo F. Long-term care: valuing care providers. *Eurohealth* 2011;17:2-3.

Van Buggenhout M. Verpleegkundigen in Vlaamse woonzorgcentra: vraag en aanbod. HR Square, 2010.

Van den Heede K, Aiken L. Nursing workforce a global priority area for health policy and health services research: a special issue. *International Journal of Nursing Studies*, 2012.

Van den Heede K, Florquin M, Bruyneel L, et al. Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 2011.

Van den Heede K. Nurse staffing levels and patient safety in acute hospitals: analyzing administrative data at the nursing-unit level. Doctoral manuscript. Centre for Health Services and Nursing Research, KU Leuven. 2008.

Vlaamse beleidsnota. Werk maken van werk in de zorgsector. Actieplan ter bevordering van de werkgelegenheid in de zorgsector. Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010.

Wismar M, Maier C, Glinos I, et al. Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2011.

Zorgnet Vlaanderen. Zorg voor de zorgende. Tienpuntenplan voor een toekomstig manpowerbeleid in de zorg. 2009.

Zurn P, Dumont J. Health workforce and international migration: Can New Zealand compete? *OECD Health working papers* nr. 33, 2008.

Pour une croissance économique et
une protection sociale durables