

Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé



TMIEWHS/2017

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

Département des politiques sectorielles

Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé

**Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer
les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé**
(Genève, 24-28 avril 2017)

Genève, 2017

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, GENÈVE

Copyright © Organisation internationale du Travail 2017

Première édition 2017

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: rights@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Consultez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé: Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé (Genève, 24-28 avril 2017), Bureau international du Travail, Département des politiques sectorielles, Genève, BIT, 2017.

ISBN 978-92-2-231255-9 (imprimé)

ISBN 978-92-2-231256-6 (pdf Web)

Egalement disponible en anglais: *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services (Geneva, 24-28 April 2017)*, ISBN 978-92-2-130532-3 (imprimé), ISBN 978-92-2-130533-0 (pdf Web), Genève, 2017; et en espagnol: *Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la discusión en la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 24-28 de abril de 2017)*, ISBN 978-92-2-331350-0 (imprimé), ISBN 978-92-2-331351-7 (pdf Web), Genève, 2017.

health service / health policy / employment / skills development / social dialogue / role of ILO / ILO Meeting

02.07.5

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs, et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications et les produits numériques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des plates-formes de distribution numérique. On peut aussi se les procurer directement en passant commande auprès de ilo@turpin-distribution.com. Pour plus d'information, consultez notre site Web www.ilo.org/publns ou écrivez à l'adresse ilopubs@ilo.org.

Préface

Le présent rapport a été établi par le Bureau international du Travail pour servir de base aux discussions de la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé, qui se tiendra du 24 au 28 avril 2017 à Genève. Il passe en revue les évolutions récentes dans le domaine de la santé ainsi que les difficultés et les perspectives qui se présentent s'agissant d'améliorer le travail décent dans les services de santé.

Table des matières

	<i>Page</i>
Préface.....	iii
Remerciements.....	vii
Contexte de la réunion.....	ix
Introduction.....	1
1. Contexte mondial: évolution, perspectives et défis.....	2
1.1. Initiatives prises au niveau mondial et leurs incidences sur le secteur de la santé	2
1.1.1. Couverture sanitaire universelle.....	2
1.1.2. Programme de développement durable.....	3
1.1.3. Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique.....	3
1.2. Difficultés rencontrées par les systèmes de santé	5
1.2.1. Accès inégal aux soins et pénuries de personnel de santé	5
1.2.2. Financement et organisation des systèmes de santé.....	7
1.2.3. Changements qui affectent la demande	8
1.3. La migration des professionnels de la santé	9
1.4. Normes internationales du travail et travail décent dans le secteur de la santé	10
2. Emploi.....	12
2.1. Le travail dans le secteur de la santé: portée et caractéristiques	12
2.2. Tendances et caractéristiques de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social.....	14
2.2.1. Tendances mondiales de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social	14
2.2.2. Effets multiplicateurs de l'emploi dans le secteur de la santé	17
2.2.3. Composition du personnel de santé dans le monde	18
2.3. Conditions d'emploi	21
2.3.1. Relations d'emploi.....	21
2.3.2. Rémunération.....	23
2.4. Aspects liés au genre.....	25
2.5. Soins de proximité	26
3. Développement des compétences, éducation et formation	28
4. Conditions de travail	31
4.1. L'organisation du temps de travail et ses effets sur le secteur de la santé	31
4.1.1. Orientations normatives	31
4.1.2. Heures de travail effectives et système de travail posté.....	32
4.1.3. Effets sur les travailleurs et sur les résultats de l'organisation	34

4.2.	Sécurité et santé des travailleurs	35
4.2.1.	Bref aperçu.....	35
4.2.2.	Le cas de l'épidémie d'Ebola en 2014	36
4.2.3.	Violence au travail et en situation de crise humanitaire.....	36
4.2.4.	Impact de la dotation en effectifs sur la santé des travailleurs et la sécurité des patients.....	37
4.2.5.	Protection contre les risques liés à la sécurité et à la santé au travail	38
4.3.	Protection sociale	40
4.4.	Impact des nouvelles technologies.....	41
5.	Dialogue social et relations du travail	43
5.1.	Dialogue social	43
5.2.	Relations du travail	43

Remerciements

Le présent rapport a été élaboré par Christiane Wiskow, spécialiste des services de santé, sous la supervision générale de John Sendanyoye, chef de l'Unité des services publics et privés et d'Alette van Leur, directrice du Département des politiques sectorielles. Odile Frank, Devora Levakova, Nikolina Postic et Adame Traore ont offert leur précieuse contribution. Le rapport a bénéficié aussi des apports et des commentaires de collègues de différents départements: David Hunter et Monica Castillo, Département de la statistique (STATISTICS); Claire Harasty et Olga Strietska-Ilina, Département des politiques de l'emploi (EMPLOYMENT); Xenia Scheil-Adlung, Département de la protection sociale (SOCPRO); Yuka Ujita, Département de la gouvernance et du tripartisme (GOVERNANCE); Laura Addati, Patrick Belser, Maria Gallotti, Susan Maybud et Jon Messenger, Département des conditions de travail et de l'égalité (WORKQUALITY); Karen Curtis, Tomi Kohiyama et Katerina Tsotroudi, Département des normes internationales du travail (NORMES); Ekkehard Ernst et Stefan Kuehn, Département de la recherche (RESEARCH); Adam Greene, Bureau des activités pour les employeurs (ACT/EMP); Amrita Sietaram, Bureau des activités pour les travailleurs (ACTRAV).

Contexte de la réunion

A sa 323^e session (mars 2015), le Conseil d'administration du Bureau international du Travail a décidé d'inclure dans le programme des réunions sectorielles pour 2016-17 une réunion chargée d'examiner les défis et perspectives du travail décent dans les services de santé, notamment en ce qui concerne les conditions d'emploi et de travail. A sa 326^e session (mars 2016), le Conseil d'administration a arrêté les dates et la durée de la réunion et retenu le titre: «Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé». Il a été décidé que l'objet de la réunion serait de débattre des stratégies en faveur du travail décent qui permettraient de remédier aux pénuries de personnel de santé, condition indispensable pour assurer l'égalité d'accès aux soins à tous ceux qui en ont besoin. Quant aux participants, le Conseil d'administration a décidé que la réunion serait ouverte à tous les gouvernements intéressés et que huit représentants des travailleurs et huit représentants des employeurs seraient nommés sur la base des désignations faites par leur groupe. De plus, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales seraient invitées en qualité d'observateur.

Introduction

1. La santé et le travail décent sont des éléments essentiels de la cohésion sociale, du développement humain et d'une croissance économique inclusive. Dans le domaine de la santé, le travail décent revêt une importance fondamentale, puisqu'il importe de mettre en place des systèmes de santé efficaces et résilients sans lesquels il ne sera pas possible de remédier aux pénuries de personnel et d'atteindre l'objectif consistant à assurer à tous un accès égal à des services de santé de qualité. Le secteur de la santé est tributaire du facteur humain; sans personnel de santé, les soins de santé ne sont pas possibles.
2. Des initiatives récentes prises au niveau mondial ont mis en évidence que l'investissement dans le secteur et dans le personnel de santé jouait un rôle déterminant, en montrant que le renforcement du secteur de la santé permettait d'intégrer et d'aborder de façon simultanée différents objectifs de développement durable (ODD) ¹. Les ODD font du travail décent un facteur central de croissance économique inclusive et reconnaissent sa contribution au progrès social. La recherche du plein emploi productif et du travail décent pour tous, femmes et hommes, fait partie intégrante de l'ODD 8, qui insiste aussi sur la protection des droits au travail. En ce qui concerne le secteur de la santé, l'ODD 8 établit un lien direct entre la nécessité d'améliorer le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans le cadre de l'ODD 3 pour permettre à tous de vivre en bonne santé.
3. En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies, faisant sienne la notion de couverture sanitaire universelle, a engagé les gouvernements à investir dans le domaine de la santé pour que les populations aient un accès universel aux services de santé de base tout en étant à l'abri des risques financiers ². La recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, établit un cadre fondé sur les droits aux fins de la réalisation de l'accès universel à des soins de santé essentiels tout en assurant une sécurité élémentaire de revenu permettant de mettre en place des systèmes complets de sécurité sociale ³.
4. La Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (Commission de haut niveau), créée par le Secrétaire général de l'ONU en mars 2016, a conclu dans son rapport qu'il fallait investir dans le personnel de santé pour pouvoir progresser dans la réalisation des ODD ⁴. La Commission de haut niveau a reconnu que le secteur de la santé était un secteur économique clé s'agissant de la création d'emplois, de nouveaux indices montrant qu'un tel investissement s'avérerait rentable sur le plan de l'amélioration de la santé publique, de la croissance économique et de la sécurité sanitaire. Il est urgent de prendre des mesures pour remédier aux pénuries de personnel qui se font déjà sentir et à celles qui s'annoncent. L'inaction peut avoir un coût très élevé: l'épidémie d'Ebola de 2014-15 en Afrique de l'Ouest a montré quelles conséquences désastreuses un

¹ Nations Unies: Objectifs de développement durable; voir: <http://www.un.org/sustainable-development/fr/objectifs-de-developpement-durable/>.

² Assemblée générale des Nations Unies: *Santé mondiale et politique étrangère*, résolution A/RES/67/81 adoptée par l'Assemblée générale le 12 décembre 2012; voir: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81&referer=/english/&Lang=F.

³ Les normes internationales du travail de l'OIT sont disponibles à l'adresse suivante: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr>.

⁴ OMS: *S'engager pour la santé et la croissance, Investir dans le personnel de santé*, rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique (Genève, OMS, 2016).

investissement insuffisant dans les systèmes de santé publique et leurs personnels pouvait avoir pour les sociétés, le développement économique et la sécurité sanitaire internationale.

5. Pour assurer à tous un accès égal à des soins de santé de qualité, il faut disposer d'un nombre suffisant de professionnels bien formés là où on en a besoin. Le rôle vital que ces professionnels jouent dans la protection et l'amélioration de la santé publique est reconnu depuis longtemps dans divers documents du BIT. Pourtant, les pénuries de personnel et les déséquilibres dans sa répartition persistent. Pratiquement tous les pays rencontrent des difficultés s'agissant de recruter un nombre suffisant de professionnels, bien formés et motivés, et de les déployer et les retenir là où ils sont nécessaires. Les déficits de travail décent comptent parmi les principales causes d'un tel état de fait.
6. Pour faire face de manière efficace aux pénuries de personnel de santé, les investissements ne doivent pas avoir pour seul objectif une augmentation du nombre de travailleurs. Il faut aussi offrir davantage de perspectives d'emploi dans le domaine de la santé et les accompagner de mesures permettant d'assurer des conditions d'emploi et de travail décent afin d'attirer et de retenir du personnel compétent. Cela exige en outre la révision et l'amélioration des conditions de travail qui s'appliquent aux emplois actuels du secteur. Le travail décent doit faire partie intégrante des stratégies mises en œuvre pour relever les défis que rencontre le secteur de la santé.

1. Contexte mondial: évolution, perspectives et défis

1.1. Initiatives prises au niveau mondial et leurs incidences sur le secteur de la santé

7. Ces dernières années, le contexte général du secteur de la santé ⁵ a été marqué par d'importantes initiatives visant à renforcer les systèmes de santé et leurs personnels. Ces initiatives ont en commun qu'elles appellent à une action de transformation, à un changement des mentalités et à l'instauration de partenariats à tous les niveaux pour tirer parti des occasions qui se présentent et relever les immenses défis qui se posent.

1.1.1. Couverture sanitaire universelle

8. En 2012, la communauté mondiale a approuvé la couverture sanitaire universelle, dont elle a fait une stratégie fondamentale aux fins de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. En 2012, les auteurs de la résolution de l'ONU, intitulée «Santé mondiale et politique étrangère», ont réaffirmé le droit des individus à la santé, à la sécurité sociale et à un niveau de vie suffisant pour assurer leur santé et leur bien-être, notant avec préoccupation que ces droits demeuraient hors de portée pour des millions de personnes. Ils ont demandé aux gouvernements d'accélérer la transition vers l'accès universel aux services de santé de base et de faire en sorte que le coût des soins ne soit pas prohibitif pour les usagers, en particulier pour les populations les plus défavorisées, notamment les pauvres et les couches vulnérables de la population ainsi que les habitants des zones éloignées ou rurales ⁶.

⁵ Pour une description du secteur de la santé, voir chapitre 2.

⁶ Assemblée générale des Nations Unies: résolution A/RES/67/81, 2012, *op. cit.*, voir préambule et paragr. 2, 8, 9 et 10.

-
9. La recommandation n° 202 offre également un cadre fondé sur les droits pour assurer une couverture sanitaire universelle, en prévenant ou en réduisant les risques de pauvreté liés à la santé et au statut social. Conformément au principe de l'universalité de la protection, elle demande que les garanties élémentaires de sécurité sociale permettant d'«assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité alimentaire de revenu» devraient «être instaurées par la loi». Les soins de santé essentiels recouvrent «un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale [...], y compris les soins de maternité, qui répond[e] aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité» (paragraphe 4, 5 et 7).

1.1.2. Programme de développement durable

10. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 définit un ambitieux cadre d'action visant à permettre à chacun de vivre dignement, en poursuivant l'égalité et la justice sociale, avec la promesse de «ne laisser personne de côté»⁷. Il met l'accent sur une approche intégrée fondée sur des objectifs interdépendants et indivisibles et des cibles corrélées exigeant une collaboration étendue entre les secteurs, qui appelle les parties prenantes à dépasser la réflexion cloisonnée afin d'obtenir l'impact nécessaire pour faire changer les choses.
11. D'un point de vue sectoriel, l'action menée en faveur des services de santé et du personnel de santé donne lieu à une forte interaction permettant de progresser dans la réalisation de plusieurs ODD, notamment les ODD 1 (élimination de la pauvreté), 3 (santé et bien-être), 4 (éducation de qualité), 5 (égalité entre les sexes), 8 (croissance économique inclusive et travail décent pour tous) et 10 (réduction des inégalités). De plus, les ODD 12 (consommation et production responsables) et 16 (paix, justice et institutions efficaces) bénéficient des initiatives prises avec succès dans le secteur de la santé.
12. En adoptant le Programme de développement durable à l'horizon 2030, les Etats membres de l'ONU se sont engagés «à prendre les mesures audacieuses et porteuses de transformation qui s'imposent d'urgence pour engager le monde sur une voie durable, marquée par la résilience»⁸. Une action résolue et transformatrice est aussi nécessaire pour mettre en place des systèmes de santé solides, dotés d'effectifs durables. Une telle approche est sous-tendue par l'idée que, pour atteindre les objectifs de développement fixés en matière de santé, il ne suffit de pas de «continuer à faire la même chose», mais il faut opérer des changements en profondeur.

1.1.3. Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique

13. Forte de cette conviction, la Commission de haut niveau plaide pour un changement radical de la réflexion consacrée au secteur de la santé et à son importance économique. La commission avait pour tâche d'examiner les moyens de stimuler les investissements dans l'emploi et dans le personnel de santé, en vue de la réalisation des ODD, et de formuler des recommandations dans ce sens. S'écartant de la conception économique traditionnelle selon laquelle le secteur de la santé est un fardeau pour l'économie nationale, elle insiste sur le

⁷ Assemblée générale des Nations Unies: *Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, résolution A/RES/70/1 adoptée le 25 septembre 2015; voir: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F.

⁸ *Ibid.*, préambule.

rôle qu'il joue dans la croissance économique et le bien-être social ⁹, soulignant tout d'abord qu'une population en bonne santé est plus productive, et ensuite que le secteur est une importante source d'emplois, qui plus est d'emplois décents, du fait de la demande accrue de services de santé et de la contribution du secteur à la croissance d'autres secteurs économiques, tels que les infrastructures, les biens d'équipement, les fournisseurs et la production technologique, les services administratifs et autres.

14. Dans ses recommandations (encadré 1.1), la commission souligne la nécessité d'une transformation radicale impliquant la mise en place de systèmes de santé durables dotés d'un personnel capable de répondre aux besoins sanitaires de la population. Une telle transformation suppose que l'on modifie les modèles de prestation de services de santé, les politiques relatives au marché du travail ainsi que l'éducation et la formation, compte dûment tenu des progrès technologiques. De plus, la commission appelle à investir dans des conditions de travail décentes, dans l'égalité des sexes, dans des politiques migratoires fondées sur les droits et dans l'amélioration de la capacité de faire face aux urgences. Il faudra que ces changements soient financés aussi bien par des sources nationales multiples, notamment pour la mise en place de socles de protection sociale (ODD 1), que par des sources internationales pour venir en aide aux pays qui en ont besoin (ODD 10). L'ampleur du changement nécessaire exige des mesures allant au-delà des politiques de santé traditionnelles si l'on veut intégrer les objectifs de la santé pour tous (ODD 3), l'éducation de qualité (ODD 4), l'emploi, le travail décent et la croissance économique inclusive (ODD 8), et l'égalité entre les sexes (ODD 5), qui ne pourront être atteints sans une collaboration multisectorielle. Il faudra aussi disposer de données améliorées pour pouvoir prendre des mesures éclairées et renforcer la redevabilité.

Encadré 1.1
Commission de haut niveau:
Dix recommandations (résumé)

1. Stimuler les investissements dans la création d'emplois décents en santé.
2. Optimiser la participation économique des femmes et encourager leur autonomisation.
3. Développer une formation, initiale et continue, de grande qualité, qui favorise le changement.
4. Réformer les modèles pour la prestation et l'organisation des services de santé.
5. Exploiter le potentiel des technologies.
6. Faire en sorte que le personnel de santé ait les compétences de base voulues pour faire face aux urgences et assurer la protection des professionnels de la santé.
7. Lever des fonds suffisants auprès des sources nationales et internationales.
8. Promouvoir la collaboration intersectorielle aux niveaux national, régional et international.
9. Accroître les bénéfices tout en luttant contre les effets négatifs des migrations des personnels de santé, tout en sauvegardant leurs droits.
10. Entreprendre des recherches et des analyses approfondies pour étoffer les données disponibles, renforcer la redevabilité et promouvoir l'action.

Source: OMS: *S'engager pour la santé et la croissance, Investir dans le personnel de santé, op. cit.*

⁹ Commission de haut niveau: *S'engager pour la santé et la croissance, Investir dans le personnel de santé, op. cit.*

-
15. Les recommandations de la commission vont dans le même sens que l'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulée *Ressources humaines pour la santé: stratégie mondiale à l'horizon 2030*¹⁰, que l'Assemblée mondiale de la santé a adoptée en 2016 pour favoriser la couverture sanitaire universelle et la réalisation des ODD en garantissant des systèmes de santé performants ayant un accès équitable au personnel dont ils ont besoin. Cette stratégie énonce les principes directeurs qui sont applicables au travail décent, aux droits des travailleurs, à l'égalité des sexes et à des politiques migratoires équitables.

1.2. Difficultés rencontrées par les systèmes de santé

16. Les systèmes de santé doivent sans cesse s'adapter pour atteindre les objectifs fixés dans un contexte en constante mutation. Les transitions démographiques, les tendances épidémiologiques, les progrès scientifiques en matière médicale, pharmaceutique et sanitaire et l'évolution technologique sont autant de facteurs qui exigent des ajustements constants dans la prestation des services de santé. Cela a évidemment des incidences sur la manière de travailler des professionnels de la santé et, partant, sur ce que l'on attend d'eux. Si les problèmes devant être réglés peuvent varier d'un pays à l'autre selon les caractéristiques socio-économiques et les modèles de morbidité, les décideurs doivent tous relever le même défi: répondre à la demande croissante de services de santé avec des ressources limitées.

1.2.1. Accès inégal aux soins et pénuries de personnel de santé

17. Malgré les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé, de grandes disparités subsistent, qui sont largement imputables à des inégalités socio-économiques. A lui seul, le secteur de la santé ne peut s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, mais il a un rôle central et une responsabilité particulière s'agissant d'assurer un accès universel aux soins de santé. Une action urgente est nécessaire pour remédier aux déficits d'accès: en 2012-13, près de 40 pour cent de la population mondiale ne bénéficiait pas d'une protection sanitaire garantie par la loi. Ces déficits sont particulièrement marqués dans les pays à faible revenu, où plus de 90 pour cent de la population n'a droit à aucune couverture sanitaire; le déficit de financement du secteur de la santé est supérieur à 90 pour cent, et près de la moitié des dépenses de santé (47,8 pour cent) sont à la charge des patients, ce qui rend les services de santé inabordables et risque de plonger dans la pauvreté ceux qui ont besoin de soins¹¹.
18. A l'intérieur des pays, les disparités existent surtout entre la ville et la campagne. Selon des estimations établies en 2015, 56 pour cent des populations rurales accusaient un déficit de couverture sanitaire contre 22 pour cent dans les zones urbaines; 63 pour cent des populations rurales, contre 33 pour cent des populations urbaines, n'avaient pas accès aux services de santé, faute de ressources¹². De ce fait, les taux de maladies infectieuses évitables, de mortalité maternelle et de mortalité des moins de cinq ans sont plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

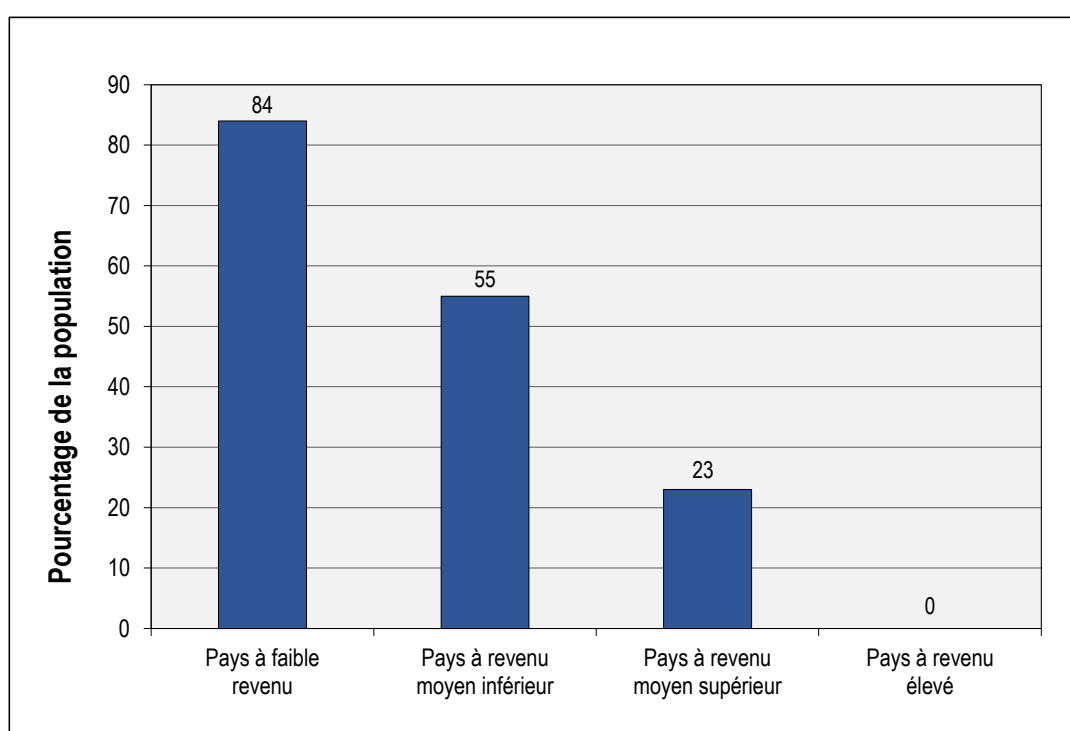
¹⁰ OMS: *Ressources humaines pour la santé: stratégie mondiale à l'horizon 2030* (2016); voir: http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf?ua=1.

¹¹ BIT: *Addressing the global health crisis: Universal health protection policies* (Genève, 2014).

¹² X. Scheil-Adlung (dir. de publication): *Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries* (Genève, BIT, 2015).

19. Malgré les progrès accomplis pour remédier à la crise mondiale du personnel de santé, des pénuries importantes subsistent dans de nombreux pays, qui peinent par conséquent à assurer des soins de santé essentiels à la population. Selon les projections, d'ici à 2030, il y aura un déficit de 18 millions de professionnels de la santé, principalement dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen inférieur¹³. La répartition inégale du personnel de santé au niveau mondial et dans les pays fait obstacle à l'égalité en matière de santé, les pénuries de personnel affectant principalement les populations les plus pauvres. En 2014, la part de la population privée de services de santé faute de personnel a été estimée à 84 pour cent dans les pays à faible revenu, 55 pour cent dans les pays à revenu moyen inférieur et 23 pour cent dans les pays à revenu moyen supérieur (figure 1.1). Dans certains pays d'Afrique et d'Asie, plus de 90 pour cent de la population n'avait pas accès aux soins de santé à cause de très fortes pénuries de professionnels de la santé (moins de trois professionnels pour 10 000 habitants)¹⁴.

Figure 1.1. Pourcentage de la population privée de soins de santé en raison de pénuries de personnel, 2014



Note: Estimation des déficits de couverture (en % de la population) en raison de pénuries de personnel de santé, selon le revenu des pays (seuil de l'OIT: 41,1 travailleurs de santé par 10 000 habitants, 2014)

Source: X. Scheil-Adlung *et al.*, *op. cit.*

¹³ Commission de haut niveau: *S'engager pour la santé et la croissance, Investir dans le personnel de santé*, *op. cit.*

¹⁴ X. Scheil-Adlung *et al.*: «Health sector employment: A tracer indicator for universal health coverage in national Social Protection Floors», dans *Human Resources for Health* (2015, vol. 13, article n° 66); voir: <http://www.human-resources-health.com/content/13/1/66> (en anglais seulement).

1.2.2. Financement et organisation des systèmes de santé

20. Entre 2013 et 2040, les dépenses de soins de santé par habitant au niveau mondial devraient croître de 2,4 pour cent par an, sous l'effet de l'augmentation des revenus nationaux et du pouvoir d'achat, de la hausse des prix et du recours croissant à des interventions innovantes, mais plus coûteuses, et d'une demande accrue de services due à la croissance démographique et au vieillissement de la population. Il existe toutefois de fortes disparités selon le niveau de revenu des pays: la moyenne annuelle de dépenses de santé par habitant (2013) dans les pays à faible revenu était de 84 dollars des États-Unis (ajustée selon la parité du pouvoir d'achat) contre 9 019 dollars E.-U. dans les pays à revenu élevé. Ces disparités persisteront. Selon les projections, les dépenses de santé sont appelées à augmenter, de même que les dépenses publiques, ce qui fait espérer que ceux qui ont besoin de soins seront mieux protégés contre les risques financiers. Dans certains pays, on s'attend toutefois à ce que les paiements directs par le patient augmentent et que le coût des soins demeure extrêmement élevé ¹⁵.
21. Dans bien des pays, les dépenses publiques de santé ont été insuffisantes pour mettre en place ou maintenir des systèmes de santé performants. En 2001, les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine (UA) se sont engagés à consacrer au moins 15 pour cent de leur budget annuel au secteur de la santé. Dix ans plus tard, 26 pays accordent plus de ressources publiques au secteur de la santé, mais seule la République-Unie de Tanzanie a atteint la cible fixée. Pendant la même période, les ressources publiques allouées à la santé ont diminué dans 11 pays. De même, en 2009, seuls cinq pays de la communauté internationale des donateurs avaient atteint la cible fixée pour l'aide publique au développement (APD), à savoir 0,7 pour cent du revenu national brut (RNB). Après la crise financière mondiale, l'APD n'était en 2009 que de 0,31 pour cent du RNB pour 11 des 23 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'enveloppe totale consacrée à l'aide publique au développement a donc été ramenée de fait à un niveau inférieur à celui de 2001 ¹⁶.
22. En Europe, les pouvoirs publics ont réagi de diverses manières à la crise financière de 2008-09, certains pays diminuant ou gelant leurs dépenses de santé, tandis que d'autres parvenaient à maintenir le même niveau de services de santé. Parfois, ils ont pu réaliser des économies grâce à une diminution du coût des médicaments et autres fournitures ou à une restructuration du secteur hospitalier ¹⁷. En Espagne, en Grèce et au Portugal, les mesures d'austérité se sont traduites par une diminution sensible de l'accès aux services de santé. Sous l'effet conjugué de l'austérité budgétaire, de la récession économique et de la faiblesse des systèmes de protection sociale, une crise sanitaire et sociale s'est déclarée en Europe. Des mécanismes efficaces de protection sociale auraient permis d'atténuer les effets de la crise économique ¹⁸.

¹⁵ J. L. Dieleman *et al.*: «National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040», dans *The Lancet*, vol. 387 (2016), pp. 2521-2535; voir: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30167-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30167-2) (en anglais seulement).

¹⁶ OMS: *The Abuja Declaration: Ten Years On* (2011); voir: http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/ (en anglais seulement).

¹⁷ A. Maresso *et al.*: *Economic crisis, health systems and health in Europe* (Copenhague, OMS, 2015).

¹⁸ M. Karanikolos *et al.*: «Financial crisis, austerity, and health in Europe», dans *The Lancet*, vol. 381 (2013), pp. 1323-1331; voir: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6) (en anglais seulement).

-
23. Indépendamment du niveau de financement, la faiblesse des systèmes de santé partout dans le monde est en partie imputable à une mauvaise utilisation des ressources. Les problèmes tiennent surtout à la fragmentation du secteur, au manque de coordination des services et au fait que l'accent est mis, à tort, sur les soins hospitaliers et spécialisés. Une réorganisation des systèmes de santé s'avère de plus en plus nécessaire pour que la prestation de services soit davantage axée sur la personne, ce qui exige des méthodes de travail intégrées et multidisciplinaires. L'insistance sur la nécessité de mettre davantage l'accent sur la prévention pour combattre les maladies non transmissibles et pour dispenser les soins de santé primaires n'a rien de nouveau, mais ces appels ont pris une ampleur sans précédent. Pour mieux répondre aux besoins de populations vieillissantes, une stratégie considérée comme efficace consiste à se concentrer sur les soins de santé primaires pour remédier aux dysfonctionnements et contenir les coûts, en assurant une meilleure coordination entre soins hospitaliers et soins ambulatoires, entre prévention et traitement et entre services de santé et aide sociale.
24. Bon nombre de réformes ont pour objectif de contenir les coûts et rendre les soins de santé plus concurrentiels pour parvenir à de meilleurs rapports coût-efficacité. Si le recours au secteur privé est de nature à améliorer la fourniture de services, l'idée même de «commercialiser» les soins de santé ne va pas sans susciter des préoccupations chez certaines parties prenantes, en particulier lorsqu'il est question d'inclure les services de santé dans les traités commerciaux¹⁹. Les conclusions de 1998 sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé indiquent que: «[assurer des] soins de santé pour tous doit être une mission d'intérêt public. Cela ne signifie pas forcément qu'ils doivent être organisés et mis en œuvre par les services publics; ils peuvent également être fournis dans un contexte privé. Cependant, les soins de santé ne sont pas une marchandise et ne peuvent faire l'objet de transactions commerciales²⁰.»

1.2.3. Changements qui affectent la demande

25. Une des principales caractéristiques de la transition démographique qui s'annonce est le vieillissement de la population, et elle se fera sentir dans tous les secteurs. Même s'il est vrai que les populations les plus âgées ont besoin de plus de soins de santé, beaucoup considèrent que le vieillissement a moins d'incidences sur l'augmentation des coûts que les nouvelles technologies ou les changements intervenus dans la pratique clinique. Les systèmes de santé devront s'adapter aux besoins de populations vieillissantes et passer des soins purement curatifs à des soins intégrés, en mettant en place des systèmes durables de soins de longue durée²¹.
26. Ces dernières années, la demande de soins s'est accrue dans le contexte d'urgences humanitaires dues à des catastrophes naturelles, des conflits armés et des crises de santé publique. En 2015, le nombre de personnes déplacées par les conflits a été estimé à 60 millions, qui se trouvaient pour la plupart dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Entre 2008 et 2014, les catastrophes naturelles ont contraint 184 millions de personnes à quitter leur foyer, et on estime que 1 milliard de personnes vivent dans un environnement fragile. Dans le monde globalisé et très mobile qui est le nôtre, des maladies infectieuses telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le syndrome respiratoire

¹⁹ J. Lethbridge: *Health care reforms and the rise of global multinational health care companies* (Londres, Public Services International Research Unit, 2015).

²⁰ BIT: *Note sur les travaux, Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé*, conclusions, paragr. 2 (Genève, 1999).

²¹ OMS: *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (Genève, 2015).

du Moyen-Orient (MERS) et la maladie à virus Ebola se répandent au mépris des frontières, devenant ainsi des menaces sanitaires internationales.

27. Dans beaucoup de pays, les systèmes de santé n'ont pas les moyens de faire face aux urgences. En 2014-15, l'épidémie à virus Ebola sans précédent qui a frappé l'Afrique de l'Ouest a montré toute la gravité des conséquences que des systèmes de santé affaiblis pouvaient avoir sur les populations, l'économie et la société. L'état déplorable dans lequel étaient les services de santé au moment où l'épidémie s'est déclarée, notamment le manque de matériel, de fournitures, de médicaments et de personnel de santé dûment formé, a compromis l'action menée pour la contenir. Les agents de santé ont ainsi été indûment exposés aux risques de contagion, comme en témoigne le nombre exceptionnellement élevé d'infections et de décès parmi le personnel de santé.

1.3. La migration des professionnels de la santé

28. Le marché du travail mondial dans le secteur de la santé se caractérise par la migration des professionnels. Dans les pays de l'OCDE, le nombre de médecins et d'infirmiers qui ont migré a augmenté de 60 pour cent entre 2000 et 2010. En moyenne, la proportion de médecins et d'infirmiers ayant migré était respectivement de 22 et 14,5 pour cent dans les 22 pays de l'OCDE. Les principaux pays d'origine étaient l'Inde pour les médecins, et les Philippines pour les infirmiers, mais l'immigration du personnel de santé d'autres pays d'Asie, dont la Chine, le Pakistan et le Viet Nam, a elle aussi augmenté²². La dynamique des marchés du travail et les politiques d'immigration exercent une influence sur les flux migratoires; ainsi, là où l'offre nationale augmente, la demande de personnel étranger diminue.
29. Les conditions de travail et le niveau de revenu comptent souvent parmi les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé choisissent d'émigrer. Par exemple, une corrélation entre le niveau de revenu dans le pays d'origine et l'intention d'émigrer a été observée dans 17 pays européens, où le personnel de santé était attiré par des pays offrant des rémunérations plus élevées, tandis que les flux étaient moins importants dans les pays où les salaires étaient plus élevés²³. Des conditions de travail peu satisfaisantes et un désir de développement professionnel comptent parmi les autres facteurs qui incitent les professionnels de la santé à quitter leur pays d'origine²⁴.
30. Pour contrecarrer les effets négatifs des migrations, tous les pays doivent mettre en œuvre des politiques propres à constituer des effectifs stables sur le plan national de manière à réduire la nécessité de recourir à du personnel migrant et à combler les déficits de travail décent, ce qui leur permettra d'améliorer le recrutement et la rétention du personnel. Il ressort du rapport sur la mise en œuvre du *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* (2010) que 70 pays ont signalé avoir pris des mesures pour répondre aux besoins de professionnels de la santé au niveau national,

²² OCDE: *Perspectives des migrations internationales 2015* (Paris, 2015).

²³ M. Wismar *et al.* (dir. de publication): *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries* (Copenhague, OMS/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2011).

²⁴ N. Humphries *et al.*: «“Emigration is a matter of self-preservation: The working conditions ... are killing us slowly”»: Qualitative insights into health professional emigration from Ireland», dans *Human Resources for Health* (2015, vol. 13, article n° 35).

telles que la création d'emplois ou l'amélioration des salaires et des conditions de travail ²⁵. Pour que les personnels concernés puissent tirer parti d'une expérience internationale, notamment le développement professionnel et le transfert de compétences, il faut mettre en place des mécanismes de reconnaissance des compétences et des politiques facilitant le retour de ceux qui réintègrent le système de santé national.

- 31.** La protection des droits des travailleurs migrants ainsi que l'application des normes internationales relatives à la migration de main-d'œuvre revêtent la plus haute importance (encadré 1.2). Il est essentiel de réglementer le recrutement de travailleurs migrants afin d'assurer la bonne gouvernance des migrations de main-d'œuvre. Les Principes généraux et directives opérationnelles concernant le recrutement équitable du BIT (2016) donnent des orientations pratiques aux gouvernements, aux entreprises et aux recruteurs ²⁶.

Encadré 1.2	
Principaux instruments régissant les migrations de personnel de santé	
■	Convention (n° 97) sur les travailleurs migrants (révisée), 1949
■	Convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975
■	Convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962
■	Convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982
■	Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, 1990 (Nations Unies)
■	Convention (n° 181) sur les agences d'emploi privées, 1997
■	<i>Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé</i> (2010)
■	Principes généraux et directives opérationnelles concernant le recrutement équitable du BIT (2016)

1.4. Normes internationales du travail et travail décent dans le secteur de la santé

- 32.** L'Agenda pour le travail décent de l'OIT s'articule autour des quatre piliers que sont l'emploi productif, les droits au travail, la protection sociale et le dialogue social. A l'instar des ODD, les quatre objectifs stratégiques en matière de travail décent sont «d'égale importance [...], indissociables, interdépendants et se renforcent mutuellement», et «toute défaillance dans la promotion de l'un d'eux porterait préjudice à la réalisation des autres», comme il est souligné dans la *Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable* (2008) ²⁷.

- 33.** Les normes internationales du travail et le droit du travail national donnent des orientations sur ce que le travail décent implique concrètement. Si les normes internationales du travail s'appliquent généralement à tous les travailleurs, certaines revêtent une importance particulière pour le secteur de la santé. En 1998, la Réunion paritaire de l'OIT sur les

²⁵ OMS: *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé: deuxième cycle de notification nationale*, rapport du secrétariat, soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, A69/37 (2016).

²⁶ BIT: *Résultat de la Réunion tripartite d'experts sur le recrutement équitable* (Genève, 5-7 septembre 2016), rapport du Directeur général, quatrième rapport supplémentaire, document GB.328/INS/17/4 (Genève, 2016).

²⁷ OIT: *Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable* (2008), paragr. A et B.

conditions d'emploi et de travail a conclu que, «conformément aux conventions n^{os} 87, 98 et 151 de l'OIT, les travailleurs de la santé jouissent du même droit d'organisation et de négociation collective que les travailleurs des autres secteurs». Elle a également considéré qu'il devrait être tenu compte tout spécialement de la convention (n^o 149) sur le personnel infirmier, 1977, et de la recommandation (n^o 157) sur le personnel infirmier, 1977, et de la recommandation (n^o 69) sur les soins médicaux, 1944²⁸. L'égalité de rémunération et l'élimination de la discrimination dans l'emploi et dans le travail sont importantes si l'on veut assurer l'égalité des droits à une main-d'œuvre largement féminine et protéger les droits des travailleurs migrants. Les normes relatives à la sécurité des environnements de travail et à la protection sociale revêtent une importance cruciale compte tenu des risques professionnels auxquels sont exposés les soignants. Pour répondre à certaines préoccupations spécifiques, le BIT a mis en place une série d'outils d'orientation et de formation, comme les lignes directrices sur le VIH et les services de santé, des matériels de formation concernant la violence au travail, l'amélioration du lieu de travail et le dialogue social dans les services de santé.

Encadré 1.3
Principales conventions et recommandations de l'OIT
pertinentes pour le secteur de la santé

- Convention (n^o 87) sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, 1948
- Convention (n^o 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949
- Convention (n^o 100) sur l'égalité de rémunération, 1951
- Convention (n^o 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958
- Convention (n^o 149) sur le personnel infirmier, 1977
- Recommandation (n^o 157) sur le personnel infirmier, 1977
- Convention (n^o 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978
- Convention (n^o 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952
- Recommandation (n^o 202) sur les socles de protection sociale, 2012
- Convention (n^o 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981
- Convention (n^o 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006

- 34.** Les pénuries de main-d'œuvre, l'augmentation des migrations et l'abandon prématuré des professions de la santé sont autant de symptômes de déficits de travail décent, auxquels il convient de s'attaquer.
- 35.** Les professionnels de la santé sont l'épine dorsale des systèmes nationaux de santé. Pour bien s'acquitter de leurs missions, ils doivent avoir des perspectives d'emploi, une rémunération suffisante, des conditions de travail sûres et salubres, une formation appropriée, des possibilités de développement professionnel continu, des perspectives de carrière, un traitement égal et une protection sociale. Pour qu'ils puissent avoir un travail décent, il faut tout d'abord que soit reconnue la contribution essentielle qu'ils apportent à la santé et au bien-être de la population et à la richesse des sociétés dans lesquelles ils évoluent.
- 36.** Pratiquement tous les pays rencontrent des difficultés s'agissant de recruter, de déployer et de maintenir un nombre suffisant de professionnels de la santé bien formés. Dans beaucoup de pays, les principales causes expliquant les taux élevés de rotation et d'érosion des effectifs

²⁸ BIT: *Note sur les travaux, Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé, op. cit.*, conclusions, paragr. 10 et 14.

sont principalement l'insatisfaction par rapport aux conditions de travail, notamment en ce qui concerne le niveau des salaires, la charge de travail, la durée du temps de travail et le manque de perspectives de carrière. Malgré les différences recensées d'un pays à l'autre et d'un groupe professionnel à l'autre, il reste que le niveau de satisfaction des professionnels de la santé et l'intention de changer de métier sont liés ^{29, 30}.

- 37.** Les conditions de travail influencent la qualité des soins. Des indicateurs relatifs aux patients, tels que les taux de morbidité et de mortalité, sont étroitement liés à la dotation au niveau des effectifs et à leur stabilité, ainsi qu'au niveau d'éducation du personnel. Des recherches menées dans neuf pays d'Europe montrent que, si la charge de travail d'un infirmier hospitalier augmente ne serait-ce que d'un patient, le risque de mortalité chez les patients s'accroît de 7 pour cent; inversement, chaque fois que la proportion d'infirmiers ayant un diplôme de licence augmente de 10 pour cent, la mortalité des patients décroît de 7 pour cent ³¹. Des études menées en Corée du Sud ont fait apparaître un rapport analogue entre le niveau insuffisant des effectifs et le risque accru de mortalité chez les patients ³².
- 38.** On voit donc que le travail décent dans le secteur de la santé a des effets positifs à double titre: il assure la stabilité des effectifs et renforce la qualité des soins. Améliorer les conditions d'emploi et de travail permet à la fois d'attirer et de retenir le personnel de santé, qui est aussi à même de mieux s'acquitter de ses tâches.

2. Emploi

2.1. Le travail dans le secteur de la santé: portée et caractéristiques

- 39.** On peut appliquer au secteur de la santé et au personnel qui y travaille une définition plus ou moins large, selon ce que l'on choisit d'inclure dans la notion de travail lié à la santé ³³. Si l'on veut appréhender le travail lié aux soins de santé dans sa pleine mesure, il faut élargir la perspective pour envisager, outre le travail clinique, les fonctions exercées dans d'autres secteurs pour englober la prestation de services de santé et ses résultats. Dans cette acception large, il s'agit:

- du personnel formé à des métiers dans le domaine de la santé, s'acquittant de tâches cliniques en contexte hospitalier;

²⁹ D. Blaauw *et al.*: «Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa», dans *Global Health Action* (2013, vol. 6, article n° 19287); voir: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.19287> (en anglais seulement).

³⁰ L.H. Aiken *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», dans *BMJ* (2012, 344:e1717) (publié le 20 mars 2012); voir: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717> (en anglais seulement).

³¹ L.H. Aiken *et al.*: «Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study», dans *The Lancet*, vol. 383 (2014), pp. 1824-1830; voir: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8) (en anglais seulement).

³² E. Cho *et al.*: «Effects of nurse staffing, work environment, and education on patient mortality: An observational study», dans *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52(2) (2015), pp. 535-542; voir: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286441/> (en anglais seulement).

³³ BIT: *Conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé*, rapport soumis aux fins de discussion à la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé, document JMHSR/1998 (Genève, 1998).

-
- de tout le personnel employé dans le secteur de la santé, public et privé, tous métiers confondus;
 - de ceux dont le travail appuie la prestation de services, même s'ils sont employés dans d'autres secteurs ou branches d'activité, comme les sous-traitants et les fournisseurs, par exemple les services de nettoyage, de restauration, de sécurité ou d'intérim.
- 40.** De plus, les activités du secteur de la santé créent de l'emploi dans d'autres secteurs ou branches d'activité qui fournissent un large éventail de produits et de services, comme la fabrication et la fourniture de matériel, les produits pharmaceutiques, l'infrastructure d'appui, l'assurance-maladie et les services financiers, de formation et de recherche.
- 41.** Il convient d'ajouter qu'une bonne partie du travail lié à la santé est exécutée à titre gratuit; par exemple, les soins aux personnes âgées assurés par un membre de la famille qui, faute d'autres solutions de soins, renonce à un emploi rémunéré, ou encore le bénévolat. Comme la prestation de soins de santé et le travail social tendent à se recouper de plus en plus, les limites entre les deux deviennent plus confuses. Les soins aux personnes âgées, en particulier, s'inscrivent dans un continuum d'aide sociale, de soins à la personne et de soins de santé.
- 42.** Du fait de ces conceptions différentes de ce qui constitue le travail et l'emploi dans le domaine de la santé, il est difficile de produire des données comparables entre les pays. De plus, les approches organisationnelles varient quant à leur définition, leurs sources de données et leurs modèles de calcul, aboutissant à des résultats différents, comme indiqué dans le rapport de la Commission de haut niveau ³⁴. Afin d'améliorer la qualité des données devant servir à l'élaboration des politiques, la commission a recommandé d'établir un lot d'indicateurs harmonisés en vue de suivre de manière transparente les tendances du marché de l'emploi dans le secteur de la santé ³⁵. Une difficulté qui se pose à cet égard est la qualité des données à la source, en particulier dans les pays en développement. Il faut faire les investissements nécessaires pour mettre en place des systèmes d'information solides et créer une capacité d'analyse au niveau national.
- 43.** Etant donné la difficulté de distinguer les données statistiques pour les deux secteurs, les données figurant dans le présent rapport, sauf indication contraire, ont trait aux emplois rémunérés du secteur de la santé et du secteur social ³⁶ et dressent le profil de la main-d'œuvre par groupe professionnel ³⁷. S'ajoutent à ces données des estimations récentes du BIT sur les effets multiplicateurs de l'emploi dans ces secteurs, ainsi que des informations provenant d'autres sources.

³⁴ Commission de haut niveau: *S'engager pour la santé et la croissance, Investir dans le personnel de santé*, *op. cit.*, p. 24.

³⁵ *Ibid.*, p. 12.

³⁶ Tels que définis dans la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), révision 4, section Q: Santé humaine et activités d'action sociale; voir: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/seriesm_4rev4F.pdf.

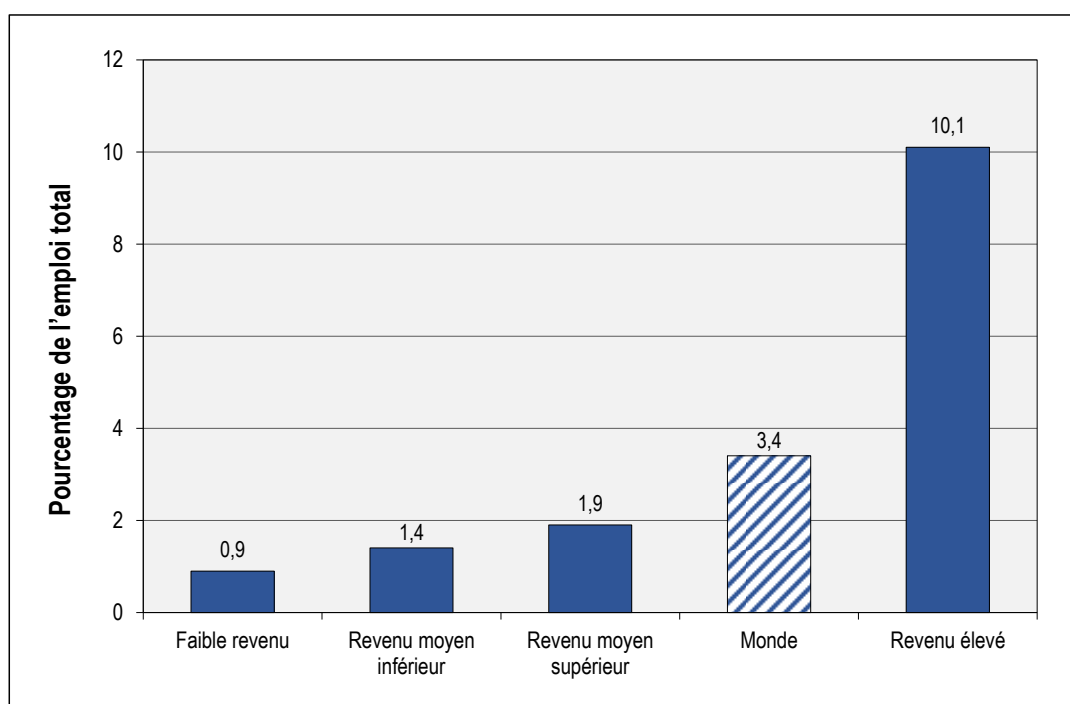
³⁷ Tels que définis dans la Classification internationale type des professions (CITP-08); voir <http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm>.

2.2. Tendances et caractéristiques de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social

2.2.1. Tendances mondiales de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social

44. Le secteur de la santé est une source majeure d'emploi. En 2013, le secteur de la santé et le secteur social comptaient plus de 105 millions d'emplois dans le monde, soit environ 3,4 pour cent du total mondial des emplois ³⁸, pour passer, selon les estimations, à 107 millions d'emplois un an plus tard. L'emploi dans le secteur de la santé est positivement corrélé avec le développement économique ³⁹; il représente environ 10 pour cent de tous les emplois dans les pays à revenu élevé, contre moins de 1 pour cent dans les pays à faible revenu (figure 2.1).

Figure 2.1. Part de l'emploi du secteur de la santé et du secteur social en pourcentage de l'emploi total, par groupe de pays en fonction du revenu, 2013



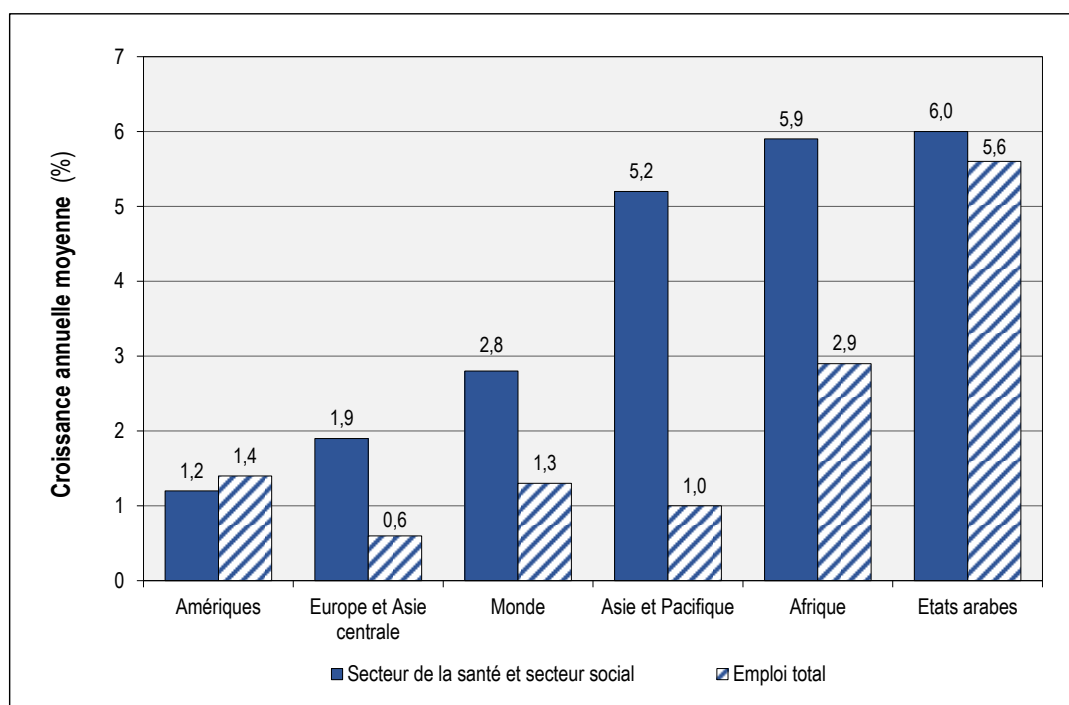
Source: BIT: *Perspectives pour l'emploi et le social dans le monde: Tendances pour 2015* (base de données).

³⁸ Source des données, sauf indication contraire, BIT: *Perspectives pour l'emploi et le social dans le monde, Tendances pour 2015* (base de données), porte sur 174 pays pour lesquels il existe des données comparables; voir: <http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2015/lang--fr/index.htm>.

³⁹ Groupes de pays en fonction du revenu selon le Classement des économies de la Banque mondiale, 2014; voir: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> (en anglais seulement).

45. Si on considère tous les pays, c'est en Afrique et en Asie-Pacifique que la part de l'emploi du secteur de la santé et du secteur social en pourcentage de l'emploi total était la plus faible (1,6 pour cent) et en Europe et en Asie centrale qu'elle était la plus élevée (8,8 pour cent), tandis qu'elle était respectivement de 3,7 et 7,4 pour cent dans les Etats arabes et les Amériques.
46. En période de ralentissement économique, l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social demeure plutôt stable; il a même connu une croissance régulière pendant la crise financière mondiale. Cependant, au lendemain de la crise, le secteur a accusé un fort ralentissement, sa croissance tombant de 2,8 pour cent en 2012 à 0,4 pour cent en 2013. L'impact de la crise financière sur l'emploi total s'est surtout fait sentir dans les pays développés⁴⁰. Alors que, dans le monde, l'emploi total dans ces pays a sensiblement baissé en 2009 (de 2,2 pour cent), l'emploi dans ces secteurs a maintenu sa tendance à la hausse. La baisse des emplois dans le secteur de la santé et le secteur social en 2013 pourrait être due aux réformes menées ainsi qu'aux mesures d'austérité prises dans de nombreux pays, qui touchent en particulier le secteur public, notamment les services de santé.
47. Au niveau mondial, la croissance moyenne annuelle de l'emploi dans le secteur de la santé était deux fois plus importante que celle de l'emploi total (2,8 pour cent contre 1,3 pour cent). Dans toutes les régions du monde, à l'exception des Amériques, la croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social a dépassé la croissance de l'emploi total, en particulier en Asie-Pacifique et en Afrique. Le ralentissement de la croissance dans les pays développés pendant et après la crise est reflété par la faible croissance annuelle moyenne en Europe et en Asie centrale (figure 2.2) et confirmé par les données par groupe de pays en fonction du revenu (figure 2.3), affichant la croissance annuelle la plus faible dans les pays à revenu élevé.

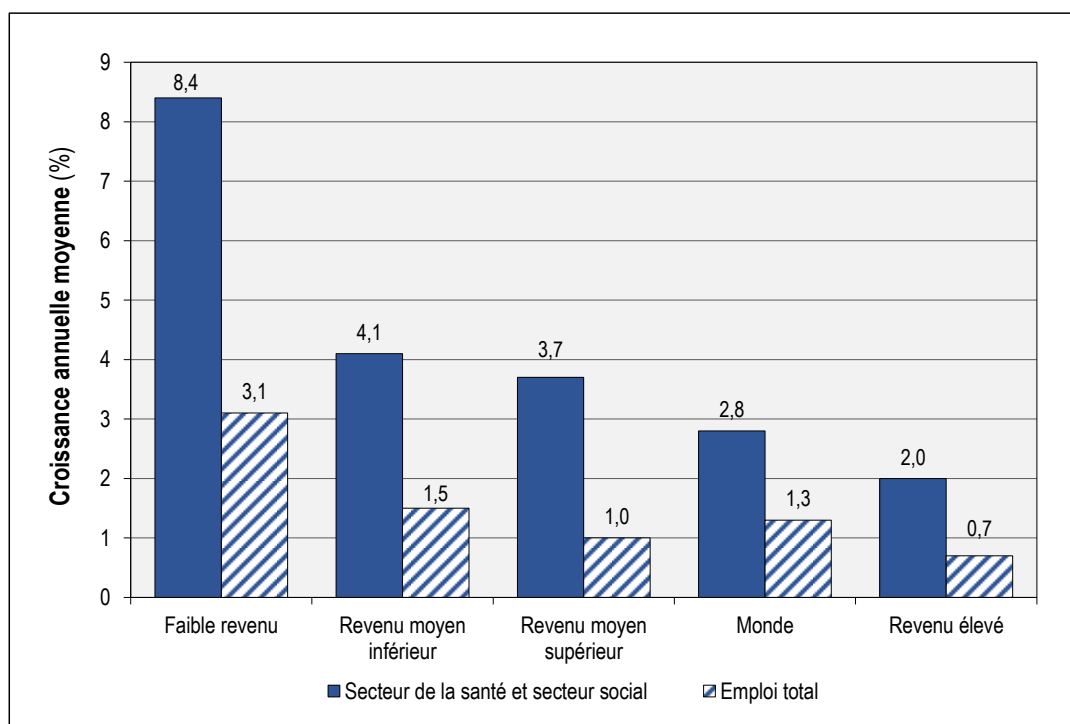
Figure 2.2. Croissance annuelle moyenne de l'emploi (en pourcentage), par région de l'OIT, 2005-2013



Source: BIT: *Perspectives pour l'emploi et le social dans le monde: Tendances pour 2015* (base de données).

⁴⁰ Economies avancées selon le groupement WESO, qui comprend 37 pays; voir la base de données du BIT: *Perspectives pour l'emploi et le social dans le monde, Tendances pour 2015, op. cit.*

Figure 2.3. Croissance annuelle moyenne de l'emploi (en pourcentage), par groupe de pays en fonction du revenu, 2005-2013

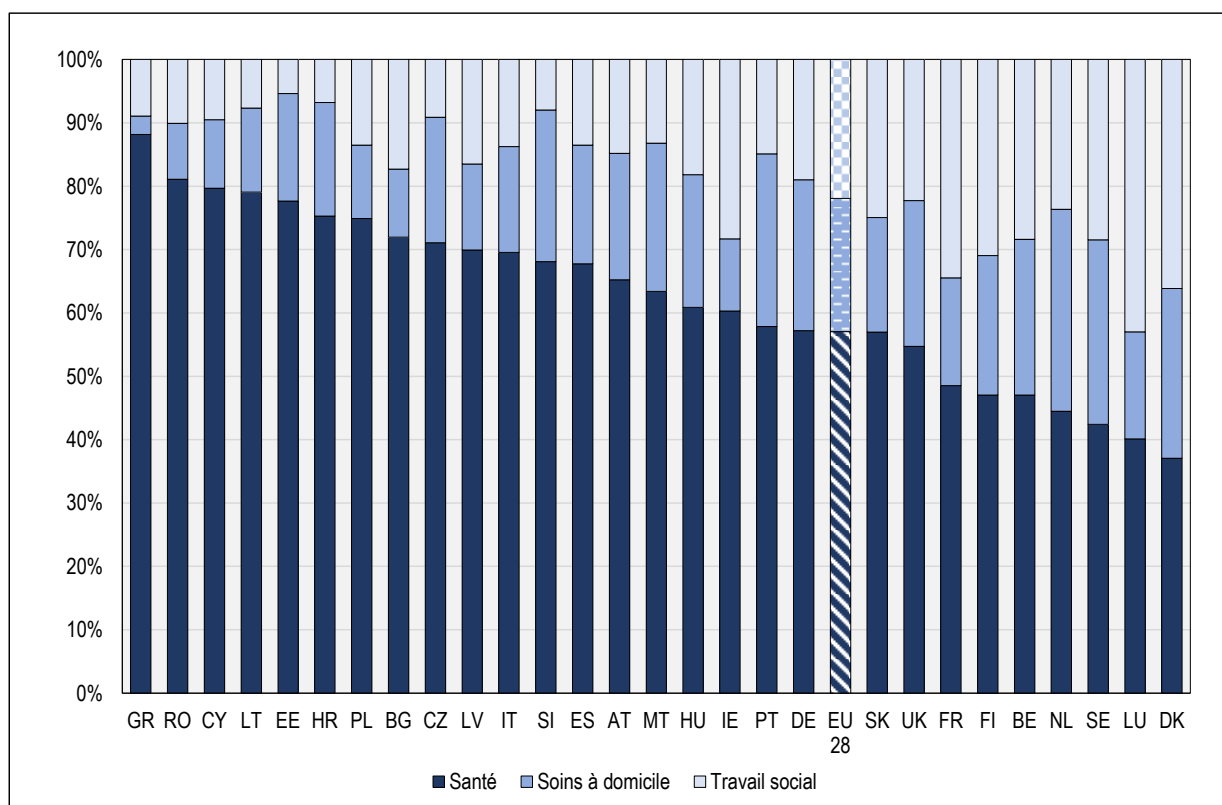


Source: BIT: *Perspectives pour l'emploi et le social dans le monde: Tendances pour 2015* (base de données).

48. En ce qui concerne les différents domaines d'activité dans le secteur de la santé et le secteur des services sociaux, les données de 2015 pour l'Union européenne (UE) indiquent que, en moyenne, plus de la moitié des emplois concernent le secteur de la santé (57,1 pour cent), le reste étant également réparti entre les soins à domicile (y compris les soins infirmiers et les établissements de prise en charge des personnes âgées) et les activités d'action sociale sans hébergement (21 pour cent et 21,9 pour cent, respectivement)⁴¹. Les variations observées entre les pays de l'UE pourraient être liées à des différences dans l'organisation des systèmes de santé et d'aide sociale (figure 2.4).

⁴¹ Selon la CITI, révision 4, section Q, sous-divisions 86, 87 et 88.

Figure 2.4. Part de l'emploi du secteur de la santé et du secteur social, par sous-secteur, en pourcentage de l'emploi total, 28 pays de l'UE, 2015



Source: Calculs du BIT à partir des données issues de l'Enquête sur les forces du travail réalisée par EUROSTAT.

2.2.2. Effets multiplicateurs de l'emploi dans le secteur de la santé

49. La demande croissante de services de santé devrait conduire à la création d'environ 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur d'ici à 2030, surtout dans les pays à revenu élevé et à revenu moyen⁴². Compte tenu de la grande diversité des professions concernées et des effets multiplicateurs dans les secteurs qui fournissent des biens et des services au secteur de la santé, le potentiel de création d'emplois est encore plus important, y compris pour les travailleurs peu qualifiés. En ce qui concerne l'emploi rémunéré, les estimations du BIT indiquent que, à l'échelle mondiale, pour chaque emploi créé dans le secteur de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute), 1,5 emploi supplémentaire s'ouvrira aux travailleurs dans les métiers d'appui (administration, nettoyage, fabrication), tant dans le secteur de la santé que dans le secteur plus large de l'économie connexe. Si l'on tenait compte du travail non rémunéré correspondant aux soins de longue durée aux personnes âgées, ce ratio passerait à 2,3 nouveaux emplois dans un domaine autre que celui de la santé pour chaque emploi créé dans le secteur de la santé. Si l'on considère ainsi tous les travailleurs produisant ou fournissant des biens ou des services d'appui au secteur de la santé, quel que soit leur métier, leur situation au regard de l'emploi ou le secteur économique, il y a dans le monde

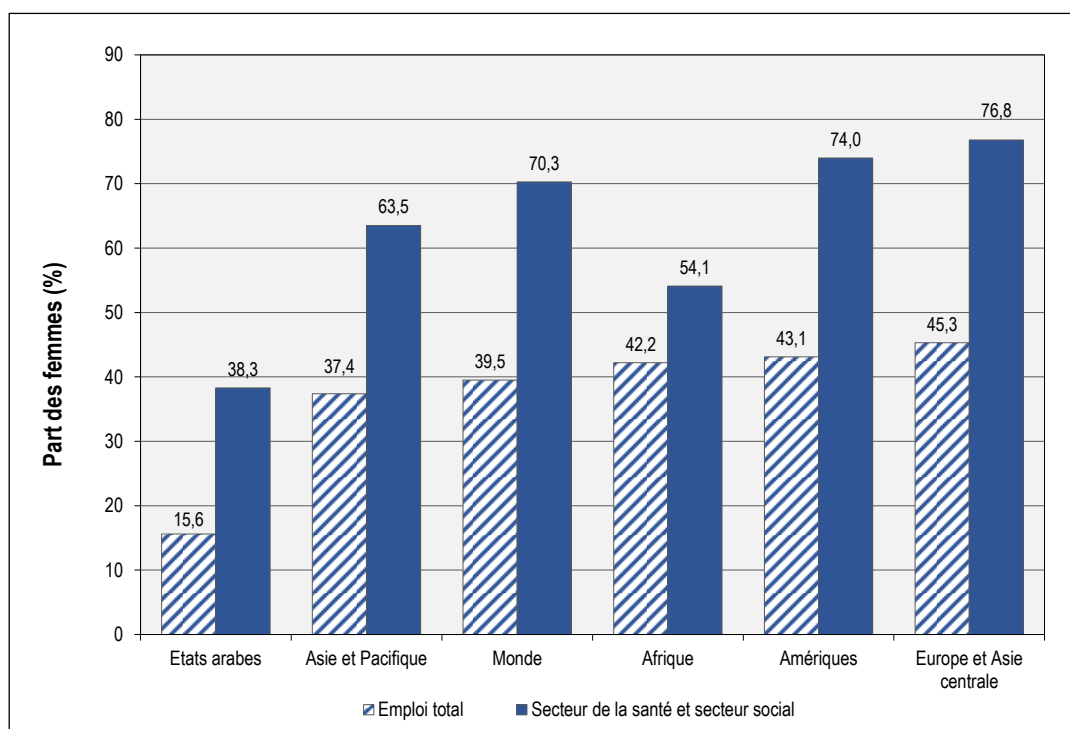
⁴² J.X. Liu *et al.*: *Global health workforce labor market projections for 2030*, Policy Research Working Paper No. 7790 (Washington, DC, Banque mondiale, 2016); voir: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25035> (en anglais seulement). Note: Par «travailleurs de la santé», on entend les médecins, les infirmiers, les sages-femmes et un petit groupe d'autres métiers liés à la santé, selon la base de données de l'OMS.

234 millions de personnes qui travaillent dans des secteurs liés à la santé, répartis comme suit: 71 millions de professionnels de la santé, 106 millions de travailleurs rémunérés dans des emplois non liés à la santé et 57 millions de travailleurs non rémunérés dans des emplois non liés à la santé, pour la plupart des personnes qui ont quitté un emploi rémunéré pour prendre soin de leurs proches. Et on estime le potentiel mondial de création d'emplois liés aux services de santé à 129 millions dans le monde d'ici à 2030 ⁴³.

2.2.3. Composition du personnel de santé dans le monde

50. Le secteur de la santé et le secteur social sont des sources d'emplois importantes pour les femmes. A l'échelle mondiale, plus de 70 pour cent des travailleurs dans ces secteurs sont des femmes, soit environ un tiers de plus que dans l'emploi total. Il est intéressant de noter que, même là où le pourcentage des femmes travaillant dans les services de santé et les services sociaux est le plus bas, et même dans les Etats arabes, il reste au moins deux fois plus élevé que dans l'emploi total (figure 2.5). C'est dans les pays à revenu élevé que la proportion de femmes est la plus forte (76,7 pour cent) et dans les pays à revenu moyen inférieur et à faible revenu qu'elle est la plus faible (46,3 pour cent et 47,2 pour cent, respectivement).

Figure 2.5. Part des femmes travaillant dans le secteur de la santé et le secteur social par rapport à la part des femmes dans l'emploi total, par région de l'OIT, 2013

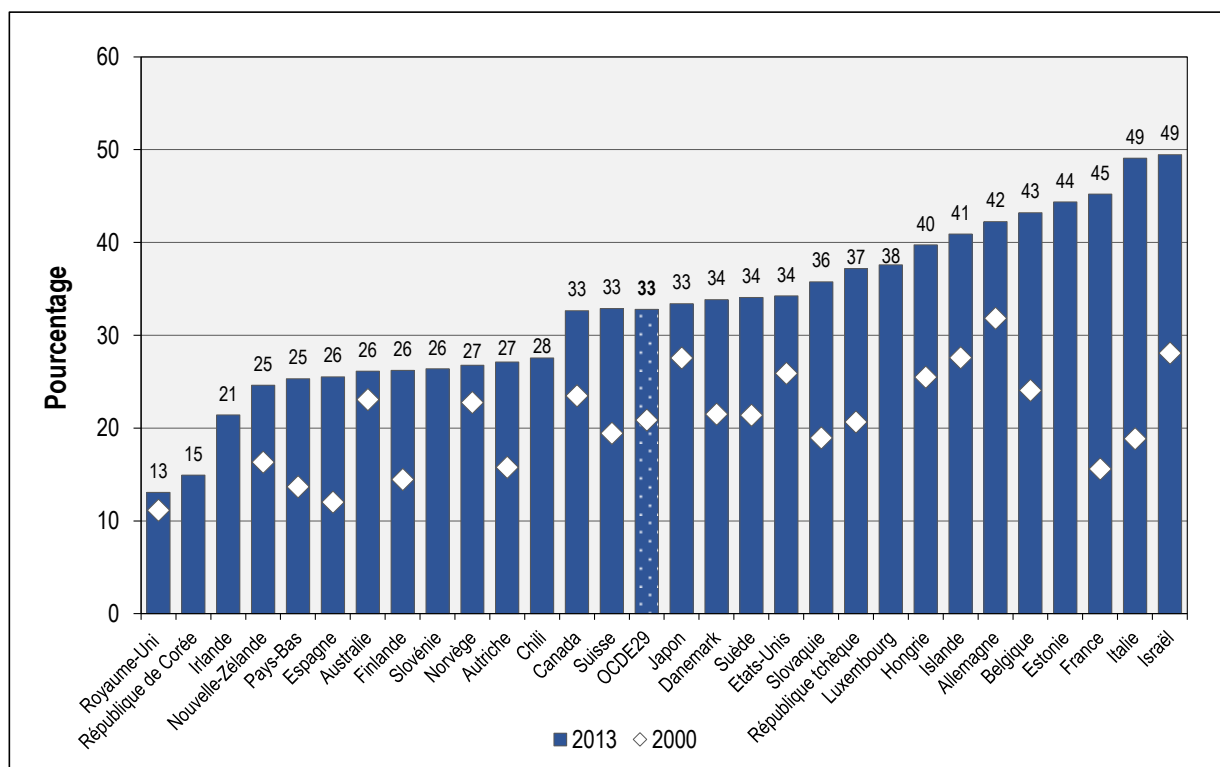


Source: BIT: *Perspectives pour l'emploi et le social dans le monde: Tendances pour 2015* (base de données).

⁴³ X. Scheil-Adlung: *Health workforce: A global supply chain approach – New data on the employment effects of health economies in 185 countries* (Genève, BIT, 2016).

51. Le vieillissement du personnel de santé semble suivre celui de la population générale: en 2014, dans les pays de l'UE, plus d'un tiers des médecins étaient âgés de 55 ans ou plus (37 pour cent)⁴⁴, ce qui correspond à l'âge moyen des médecins dans les pays de l'OCDE (figure 2.6). En 2015, en Australie, 40 pour cent des infirmiers et des sages-femmes étaient âgés de 50 ans ou plus, tandis qu'aux Etats-Unis la moitié des infirmiers diplômés faisaient partie de cette tranche d'âge.

Figure 2.6. Part des médecins âgés de 55 ans et plus (en pourcentage), en 2000 et en 2013 (ou l'année la plus proche), pays de l'OCDE



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2015; voir: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

52. Il n'existe que peu de données sur la composition du personnel de santé par profession, tant par groupe professionnel que par pays. Selon l'OMS, en 2013, il y avait dans le monde 9,8 millions de médecins, 20,7 millions d'infirmiers et de sages-femmes et environ 13 millions d'autres professionnels de la santé⁴⁵. On observe des disparités entre les régions de l'OMS: en Afrique, la densité médiane était de 2,4 médecins et de 10,7 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants contre 32,3 médecins et 41,7 infirmiers et sages-femmes en Europe⁴⁶. Toutes régions confondues, les infirmiers et les sages-femmes représentent le groupe professionnel le plus important du secteur.

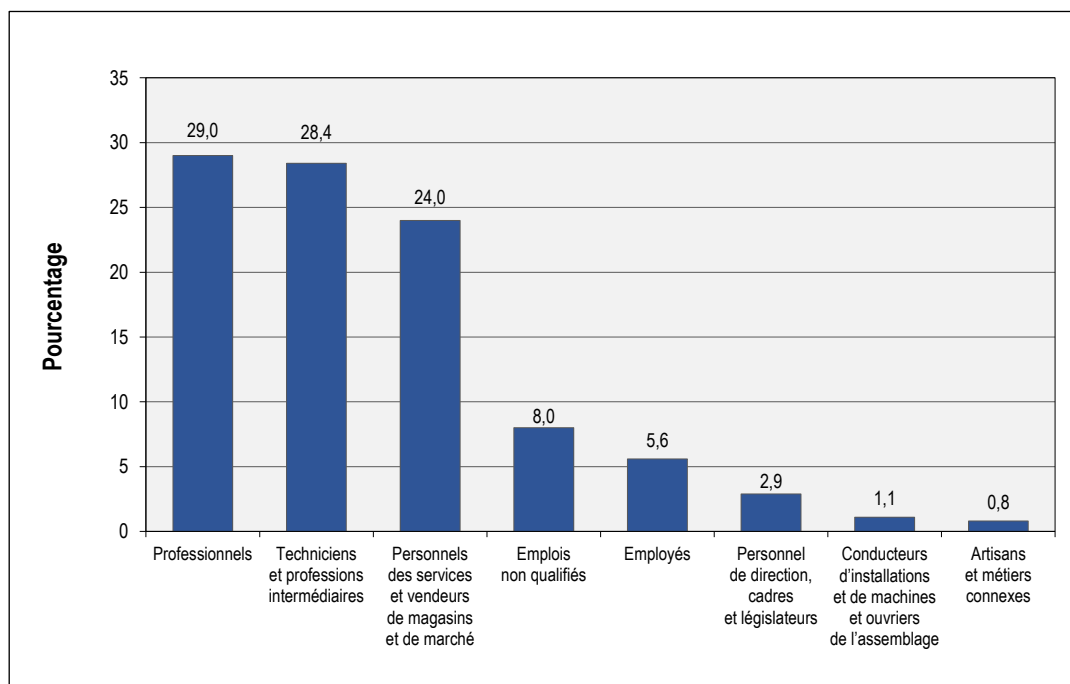
53. La figure 2.7 montre à quel point les groupes professionnels travaillant pour le secteur de la santé et le secteur des services sociaux dans les 28 pays de l'UE (UE-28) sont nombreux. Les professionnels de la santé et les membres des professions intermédiaires représentent près de 60 pour cent de la main-d'œuvre de ces secteurs, tandis que les autres professions qui contribuent au fonctionnement des services de santé comptent pour 40 pour cent.

⁴⁴ EUROSTAT: *Healthcare personnel statistics* (Luxembourg, 2016).

⁴⁵ OMS: *Projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* (2016).

⁴⁶ OMS: *World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs* (Genève, 2016).

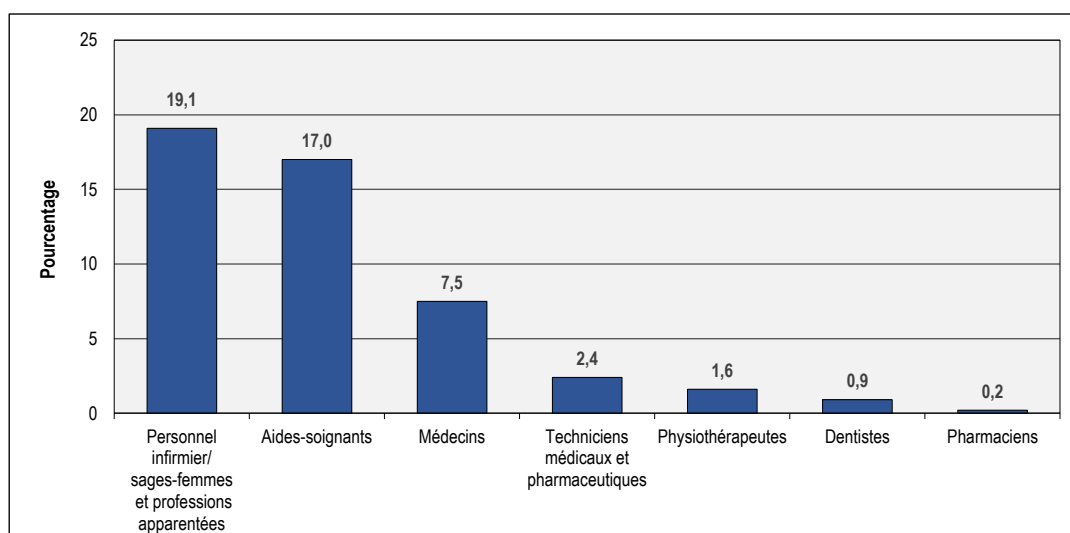
Figure 2.7. Groupes professionnels du secteur de la santé et du secteur social, UE-28, 2015



Source: Calculs du BIT à partir des données issues de l'Enquête sur les forces du travail réalisée par EUROSTAT.

54. La composition de la main-d'œuvre du secteur de la santé dans les différents pays de l'UE varie en fonction de la manière dont leurs services de santé sont organisés. En 2015, la part des médecins dans l'emploi dans le secteur de la santé va de 22 pour cent en Grèce à 4 pour cent en Finlande. Dans l'UE comme dans le monde, le personnel infirmier est le groupe le plus nombreux dans le secteur de la santé (figure 2.8). La part importante des aides-soignants reflète le vieillissement de la population.

Figure 2.8. Part de certains groupes professionnels de la santé en pourcentage de l'emploi total dans le secteur de la santé et le secteur social, UE-28, 2015



Source: Calculs du BIT à partir des données issues de l'Enquête sur les forces du travail réalisée par EUROSTAT.

55. Pour les pays en développement et en transition d'autres régions, on dispose de peu de données sur les groupes professionnels. Les variations importantes observées entre groupes professionnels tiennent aux différences dans l'organisation des systèmes de santé et aux

différences culturelles. Les femmes représentaient près des trois quarts de la main-d'œuvre de la santé en République dominicaine et en Equateur (73 et 72 pour cent, respectivement) et 57 pour cent en République-Unie de Tanzanie. Au Bangladesh et au Pakistan, les femmes travaillant dans le secteur de la santé représentaient 39 et 24 pour cent, respectivement, ce qui correspond à la faible proportion de femmes exerçant un emploi rémunéré dans ces pays. Le personnel infirmier compte pour environ un quart de la main-d'œuvre de la santé en République dominicaine, en Equateur et en République-Unie de Tanzanie (24,6, 22,7 et 23,2 pour cent, respectivement), et les médecins pour 17 pour cent au Bangladesh et en Equateur, et pour environ 10 pour cent au Pakistan et en République-Unie de Tanzanie (10,6 et 9 pour cent, respectivement) ⁴⁷.

- 56.** Les données sur la situation au regard de l'emploi sont surtout disponibles pour les pays européens. En 2015, la main-d'œuvre des services de santé de l'UE était majoritairement composée de salariés; les travailleurs indépendants représentaient en moyenne 8,7 pour cent, mais d'importantes variations étaient observées d'un pays à l'autre ⁴⁸. La part du travail indépendant était plus élevée dans le groupe des professionnels de la santé ⁴⁹ (22,9 pour cent en moyenne dans l'UE). Dans les pays pour lesquels des données étaient disponibles, le nombre des travailleurs indépendants ne dépassait celui des salariés que pour les médecins et les dentistes.
- 57.** En 2015, 13,7 pour cent du personnel de santé de l'UE (en moyenne) avaient des contrats de travail temporaires, cette part allant de 27 pour cent en Espagne à 6,3 pour cent au Royaume-Uni. Tous groupes professionnels confondus, les aides-soignants étaient les plus nombreux à avoir un emploi temporaire (16 pour cent en moyenne dans l'UE), cette part allant de 42 pour cent en Pologne à 2 pour cent en Lettonie.
- 58.** En 2015, un tiers du personnel de santé de l'UE travaillait à temps partiel (32,8 pour cent), cette proportion allant de 78,7 pour cent aux Pays-Bas à 4,1 pour cent en Slovaquie. La majorité des travailleurs à temps partiel étaient des femmes (89,1 pour cent en moyenne dans l'UE), tandis qu'un tiers des femmes employées dans ce secteur travaillait à temps partiel (37,3 pour cent en moyenne dans l'UE).

2.3. Conditions d'emploi

- 59.** Les conditions d'emploi sont fonction de la relation entre employeur et employé, de l'existence d'un contrat et de sa nature, de facteurs relatifs au temps de travail et à la durée du contrat ainsi que des conditions salariales, c'est-à-dire le traitement et les prestations.

2.3.1. Relations d'emploi

- 60.** Les réformes du secteur de la santé, souvent motivées par des préoccupations liées au coût et à l'efficacité, se sont traduites par la diversification croissante des formes d'emploi. Le secteur recourt à des formes atypiques d'emploi, dont les contrats à durée déterminée, le travail temporaire, le travail intérimaire, le travail économiquement dépendant et le travail à temps partiel. Bien conçues et réglementées, ces formes atypiques d'emploi permettent aux établissements de soins de s'adapter rapidement à l'évolution de la demande et de remplacer

⁴⁷ Données tirées de l'Enquête sur les forces de travail d'ILOSTAT (2015 ou dernière version disponible).

⁴⁸ Données tirées de l'Enquête sur les forces de travail d'EUROSTAT.

⁴⁹ Se réfère au code 22 de la CITP.

les travailleurs absents. Elles peuvent aussi faciliter le recrutement de personnel, notamment dans le cas de modalités de travail à temps partiel librement choisies, qui permettent de mieux concilier travail, vie privée et responsabilités familiales. Cependant, ce type d'arrangement tend à exposer davantage les travailleurs à des déficits de travail décent, qu'il s'agisse de l'insécurité d'emploi, de la modicité des salaires, de l'accès à la sécurité sociale, des risques pour leur sécurité et leur santé et des restrictions à leur liberté syndicale et à la négociation collective ⁵⁰.

- 61.** Dans plusieurs pays, les services de santé publics tendent à remplacer l'emploi permanent par des contrats de durée déterminée et à recourir à la sous-traitance pour certaines tâches. Or les travailleurs intérimaires n'ont pas de sécurité d'emploi, sont exclus de la couverture de la convention collective et ne reçoivent pas toujours le même salaire que leurs collègues permanents ⁵¹. De plus, le recours à des contrats zéro heure, qui sont des modalités d'emploi sans garantie d'un minimum d'heures de travail, est en augmentation; ce type de contrat expose les travailleurs à une plus grande insécurité s'agissant du nombre d'heures de travail, du revenu et des horaires. En 2013, environ 27 pour cent des travailleurs du secteur de la santé au Royaume-Uni étaient employés dans le cadre de contrats zéro heure. En Angleterre, 307 000 travailleurs du secteur des soins privés étaient assujettis à de telles conditions d'emploi ⁵².
- 62.** En Afrique du Sud, le recours au travail intérimaire et à des arrangements contractuels analogues dans les mêmes établissements est perçu, de plus en plus, comme un problème risquant de compromettre la prestation des services, la continuité des soins, la santé et la sécurité et contribuant à renforcer les inégalités. Les emplois liés aux services auxiliaires sont pour la plupart intérimaires, à temps partiel et sans sécurité d'emploi, les travailleurs étant fournis à la demande aux services de santé publique ⁵³.
- 63.** Les politiques d'emploi doivent assurer une protection aux travailleurs employés dans le cadre d'accords contractuels précaires. Le cas du système de santé brésilien, Sistema Único de Saúde (SUS, système unique de santé), montre que, pour autant que les institutions soient ouvertes au dialogue et à la négociation, il est possible de rendre le travail de sous-traitance moins instable en garantissant les droits de ces travailleurs ou en adoptant des politiques de titularisation à l'issue d'une sélection publique ⁵⁴.

⁵⁰ BIT: *Conclusions de la Réunion d'experts sur les formes atypiques d'emploi*, document GB.323/POL/3 (Genève, 2015).

⁵¹ S. Malcolm et H. Sutschet: *Non-standard working in public services in Germany and the United Kingdom* (Genève, BIT, 2015).

⁵² UNISON: *Zero hours contracts fact sheet*, mis à jour en janvier 2016; voir: <https://www.unison.org.uk/content/uploads/2016/02/Zero-Hours-Factsheet.pdf>.

⁵³ S. Kisting, A. Dalvie et P. Lewis: *South Africa: Case study on working time organization and its effects in the health services sector* (Genève, BIT, à paraître).

⁵⁴ A. Verma et A. Gomes: *Non-standard employment in government: An overview from Canada and Brazil* (Genève, BIT, 2014).

Encadré 2.1
Brésil: Réglementation des relations d'emploi au sein
du système unique de santé par le dialogue social

Au Brésil, la «précarisation» du personnel employé dans le Sistema Único de Saúde (SUS, système unique de santé) suscitant des préoccupations, le ministère de la Santé a créé la Commission nationale interinstitutionnelle de déprécarisation du travail dans le SUS, qui est composée de représentants du gouvernement (fédéral, provincial et local) et de représentants syndicaux. Il s'agissait de promouvoir des relations d'emploi garantissant les droits des travailleurs et la stabilité d'emploi en même temps que la qualité des services de santé. Aujourd'hui, grâce à cette initiative, le SUS a adopté un plan visant à réglementer les relations d'emploi et à remplacer les travailleurs intérimaires et en sous-traitance par des fonctionnaires permanents.

Source: Verma & Gomes, 2014.

- 64.** Dans les pays européens, certains exemples illustrent le caractère mutuellement bénéfique que peuvent avoir les formes atypiques d'emploi pour les employeurs et les travailleurs: dans le secteur de la santé publique slovaque, faute de professionnels qualifiés, les postes vacants ont été temporairement pourvus grâce à des contrats autres que des contrats à plein temps afin d'assurer une prestation de services satisfaisante. Pour les médecins, cette occasion de travailler dans un cadre hospitalier pendant quelques heures par semaine leur permet d'améliorer leurs compétences et d'enrichir leur expérience au contact de patients et avec du matériel auxquels ils n'auraient pas eu accès dans d'autres cadres de travail. Des études de cas menées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni montrent que les employeurs du secteur public recourent à des formes atypiques d'emploi en cas de compressions budgétaires afin de retenir au moins une partie de leur personnel qualifié à qui ils assurent dans le même temps emploi et revenu ⁵⁵.

2.3.2. Rémunération

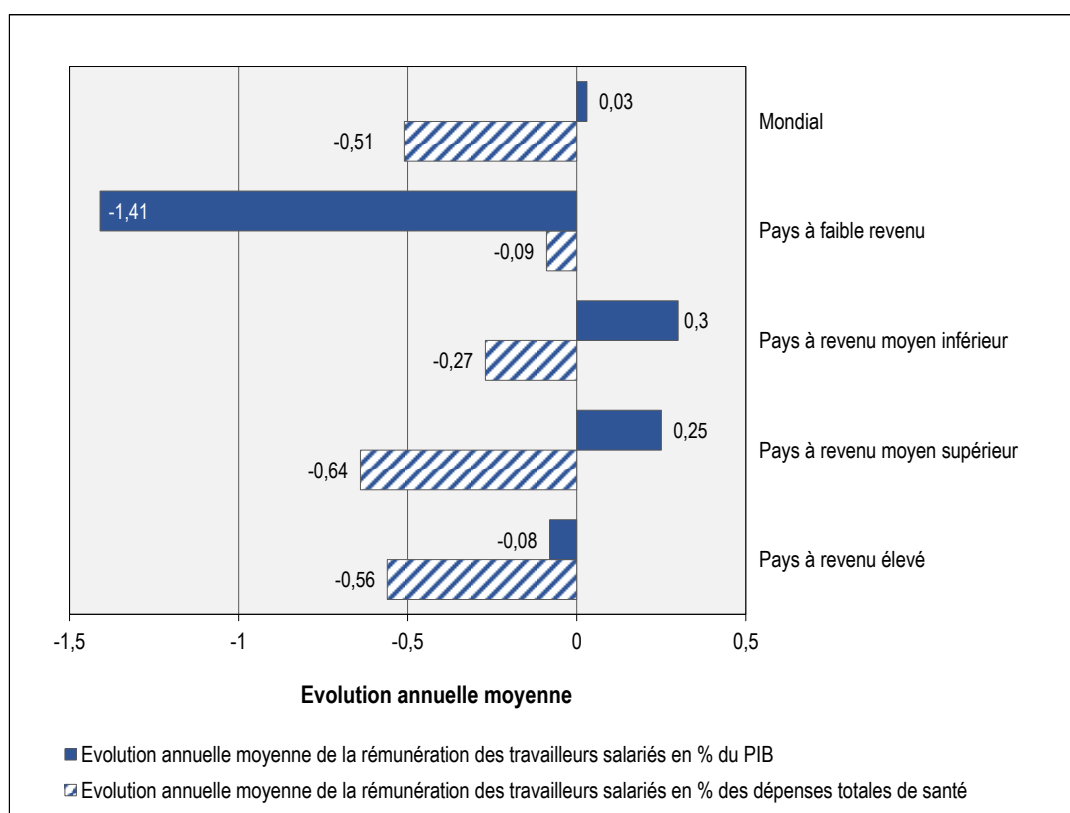
- 65.** La rémunération joue un rôle de premier plan dans le recrutement, la fidélisation du personnel et la motivation des travailleurs. Pour le personnel, la rémunération reflète le degré de reconnaissance de leur travail et la valeur qui y est attachée. Le barème de rémunération devrait être compétitif et soutenir la comparaison avec celui de groupes professionnels de niveau analogue opérant dans d'autres secteurs économiques et refléter correctement leurs qualifications, leurs responsabilités, leurs fonctions et leur expérience, comme la recommandation n° 157 le prescrit pour le personnel infirmier. Le revenu est aussi important, car il permet aux professionnels de la santé de s'acquitter de leurs fonctions en toute indépendance et en accord avec leur déontologie.
- 66.** Au cours des dix premières années du XXI^e siècle, à l'échelle mondiale, la rémunération des agents de santé salariés en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) est demeurée pratiquement inchangée; elle a même diminué par rapport au total des dépenses de santé (figure 2.9). Dans certains pays, le salaire moyen des agents relevant des catégories les moins payées était à 1 pour cent seulement au-dessus du seuil de pauvreté ⁵⁶. Pour compenser

⁵⁵ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound): *New forms of employment* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2015).

⁵⁶ BIT: *Rapport sur la protection sociale dans le monde 2014-15, Vers la reprise économique, le développement inclusif et la justice sociale* (Genève, BIT, 2014).

l'insuffisance de leurs salaires, ils doivent souvent exercer plusieurs emplois, cumuler plusieurs postes ou multiplier les heures supplémentaires^{57, 58}.

Figure 2.9. Evolution annuelle de la rémunération du personnel de santé par rapport aux dépenses totales de santé et au PIB par groupe de revenu des pays, 2000-2010 (pourcentage)



Source: BIT: *Rapport mondial sur la protection sociale 2014-15*.

- 67.** En réponse à la crise économique, certains pays européens ont diminué ou gelé les salaires et les prestations sociales. Ces mesures ont contribué à accroître les disparités salariales, ce qui a incité d'autres agents de santé à changer de métier. Les mesures d'austérité se sont traduites par un changement radical dans les niveaux de rémunération entre secteur public et secteur privé, les travailleurs du secteur public étant pénalisés^{59, 60, 61}. Elles n'ont pas eu le même impact pour tous les groupes professionnels: en Hongrie, le revenu des médecins

⁵⁷ Voluntary Service Overseas (VSO): *Valuing health workers: Cambodia report* (Londres, 2013).

⁵⁸ J. Messenger et P. Vidal: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea* (Genève, BIT, 2015).

⁵⁹ S. Thompson *et al.*: *Crise économique, systèmes de santé et santé en Europe: impact et incidences politiques* (Copenhague, Bureau régional de l'Europe et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2014).

⁶⁰ M. Karanikolos *et al.*: «Financial crisis, austerity, and health in Europe», dans *The Lancet*, vol. 381 (2013), pp. 1323-1331.

⁶¹ D. Vaughan-Whitehead (dir. de publication): *Public sector shock: The impact of policy retrenchment in Europe* (Genève, BIT, 2013).

et des infirmiers a diminué en 2009; en Belgique et en France, le revenu des médecins généralistes a diminué en 2010, et celui des infirmiers a stagné en 2010 et 2011, tandis que le revenu des médecins spécialistes a continué à augmenter. Au Danemark, le revenu des médecins et des infirmiers a commencé à baisser en 2011 ⁶².

68. La fourchette de variation salariale est large: sur les 16 groupes professionnels observés dans 20 pays, les médecins recevaient les rémunérations les plus élevées; et les aides-soignants, les moins élevées, infirmiers et sages-femmes se situant à un niveau intermédiaire. Cet état de fait reflète les niveaux différents de compétences, d'études et de qualifications requis. Les disparités salariales sont aussi marquées d'un pays à l'autre ⁶³.

2.4. Aspects liés au genre

69. Paradoxalement, alors que la main-d'œuvre du secteur de la santé est essentiellement féminine, les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et le secteur social occupent généralement les emplois les moins qualifiés, les moins payés et se situant au bas de l'échelle professionnelle ⁶⁴. Au Royaume-Uni, les femmes sont pour la plupart cantonnées à des emplois de soins directs, tandis que les postes de gestion sont généralement occupés par des hommes. Les soins de longue durée, en particulier, sont principalement assurés par des femmes (90 pour cent dans les pays de l'OCDE), souvent dans le cadre de contrats de travail à temps partiel, et les possibilités de formation et de perfectionnement professionnel offertes aux travailleuses de ce secteur sont bien moindres que celles qui s'ouvrent à d'autres personnels de santé ⁶⁵.
70. La responsabilité des soins incombant traditionnellement aux femmes, tâche dont elles s'acquittent sans rémunération, la prestation de soins en général et les qualifications requises sont sous-évaluées ou dévalorisées dans la mesure de l'activité nationale ⁶⁶. Il a été avancé que le marché du travail dévalorise les tâches et aptitudes dites «féminines», si bien qu'il arrive souvent que les salaires baissent dès que la part de la main-d'œuvre féminine augmente dans tel secteur ou telle profession ⁶⁷. La contribution des femmes aux soins de santé a été estimée à près de 5 pour cent du PIB mondial, soit plus de 3 000 milliards de dollars E.-U., mais près de la moitié de ce travail est non rémunérée et non reconnue. On considère que ce travail effectué à titre bénévole et informel dans les familles et les

⁶² J. Buchan *et al.*: *Wage-setting in the hospital sector*, document de travail de l'OCDE sur la santé n° 77 (Paris, 2014); voir: <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx56b8hqhl-en> (en anglais seulement).

⁶³ K. Tjinders *et al.*: «Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries», dans *Human Resources for Health* (2013, vol. 11, article n° 11).

⁶⁴ A. Langer *et al.*: «Women and Health: The key for sustainable development», dans *The Lancet*, vol. 386 (2015), pp. 1165-1210.

⁶⁵ F. Colombo *et al.*: *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, études de l'OCDE sur les politiques de santé (Paris, Editions OCDE, 2011).

⁶⁶ BIT: *Les femmes au travail, Tendances 2016* (Genève, 2016).

⁶⁷ K. Tjinders *et al.*: «Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries», *op. cit.*

communautés constitue une subvention cachée au système de santé et à la société, et qu'il faudrait le reconnaître et le rémunérer ⁶⁸.

71. L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, estimé à plus de 20 pour cent en moyenne dans l'économie mondiale générale ⁶⁹, est encore plus marqué dans le secteur de la santé et le secteur social, où il est en moyenne de 26 pour cent dans les pays à revenu élevé et de 29 pour cent dans les pays à revenu moyen supérieur ⁷⁰.

2.5. Soins de proximité

72. Compte tenu du vieillissement des populations, on considère les soins de proximité comme une future source de croissance de l'emploi; or une grande partie des besoins actuels ne sont pas satisfaits, faute de moyens financiers, ou sont assumés par des aidants mal ou non rémunérés ⁷¹.
73. En ce qui concerne les soins aux personnes âgées, la composition de la main-d'œuvre est hétérogène sur le plan des compétences et des métiers, mais reste majoritairement féminine. Outre la main-d'œuvre occupant un emploi formel, on trouve des aidantes informelles, souvent employées directement par les ménages, sans compter celles qui prodiguent des soins non rémunérés à des membres de leur famille. Selon les estimations du BIT, la pénurie d'agents de soins de longue durée au niveau mondial devrait être de 13,6 millions de personnes ⁷². Les conditions de travail, les prestations sociales et la rémunération des aides-soignants informels ou non professionnels sont généralement inférieures à celles dont bénéficient les travailleurs formels ⁷³. En général, les agents de soins de longue durée sont mal rémunérés; par exemple, en 2014, en Australie, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, ils gagnaient environ la moitié (55 à 57 pour cent) de la rémunération moyenne, tous métiers confondus ⁷⁴. A Shanghai (Chine), les soignants qui s'occupent des personnes âgées à domicile forment un groupe marginalisé qui se situe tout au bas de l'échelle salariale ⁷⁵.

⁶⁸ A. Langer *et al.*: «Women and Health: The key for sustainable development», dans *The Lancet*, vol. 386 (2015), *op. cit.*

⁶⁹ BIT: *L'initiative du centenaire sur l'avenir du travail*, rapport du Directeur général, rapport I, Conférence internationale du Travail, 104^e session, Genève, 2015.

⁷⁰ Il s'agit de l'écart de rémunération non ajusté entre hommes et femmes. Données provenant de 40 pays (27 à revenu élevé; huit à revenu moyen supérieur; quatre à revenu moyen inférieur; un à faible revenu); dernières données disponibles: 2011-2013. Source: ILOSTAT, à partir des enquêtes nationales sur la population active et des estimations officielles de chaque pays.

⁷¹ BIT: *L'initiative du centenaire sur l'avenir du travail*, *op. cit.*

⁷² X. Scheil-Adlung: *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries* (Genève, BIT, 2015).

⁷³ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA): *Problèmes actuels et émergents dans le domaine des soins de santé, dont les soins à domicile et de proximité, Observatoire européen des risques, Synthèse* (Luxembourg, 2014).

⁷⁴ Confédération syndicale internationale (CSI): *Investir dans l'économie des soins, Une analyse par sexe d'une stimulation de l'emploi dans sept pays de l'OCDE* (Bruxelles, 2016); voir: <http://www.ituc-csi.org/?lang=fr>.

⁷⁵ X. Dong *et al.*: «Relative pay of domestic eldercare workers in Shanghai, China», dans *Feminist Economics* (2016); voir: <http://dx.doi.org/10.1080/13545701.2016.1143108> (en anglais seulement).

Différentes études mettent en évidence le manque de considération dont pâtit le personnel soignant, qui se double d'une ségrégation sexuelle. Ce manque de reconnaissance, et en particulier des niveaux de rémunération qui ne correspondent pas aux aspects exigeants du travail, pousse beaucoup de soignants à changer de métier, ce qui donne lieu à une coûteuse rotation de personnel ⁷⁶. La majorité des aides-soignants étant des femmes, la dimension de genre influe sur les conditions de travail.

74. Il importe d'assurer aux aides-soignants des conditions de travail décentes, qui se traduiront aussi par des soins de meilleure qualité. Une convention collective sectorielle conclue en Argentine pour les aidants à domicile du secteur privé montre qu'il existe des solutions innovantes pour assurer la protection des travailleurs ainsi que leur formation permanente afin d'améliorer leurs compétences et de permettre à ce personnel souvent peu qualifié de s'instruire.

Encadré 2.2

Argentine: convention collective pour les prestataires de soins à domicile

En décembre 2016, une convention collective sectorielle est entrée en vigueur en Argentine, conclue par la Fédération des syndicats des personnels de santé en Argentine (FATSA) et la chambre de commerce représentant le secteur des soins en établissement et à domicile. Le ministère du Travail et de la Sécurité sociale a rendu la convention collective obligatoire pour toutes les entreprises du pays. Elle s'applique à plus de 40 000 travailleurs du secteur privé employés dans les soins à domicile. Jusqu'alors, la forte informalité des relations d'emploi nuisait aux travailleurs. La convention précise les horaires de travail, les heures supplémentaires et leur rémunération, conformément à la législation nationale; elle énonce un niveau minimum de rémunération pendant les périodes d'inactivité entre différents emplois, ce qui garantit une certaine sécurité de revenu; elle fait obligation aux parties de respecter la réglementation nationale en matière de santé et de sécurité. Elle se distingue par les mesures relatives à la formation professionnelle et à l'éducation, qui sont financées par des contributions spéciales des employeurs. De plus, les prestataires de soins à domicile qui suivent des études secondaires ou supérieures ont droit chaque année à un congé spécial de dix ou quinze jours, respectivement. Une commission mixte a été créée pour suivre l'application de la convention collective et pour le règlement des différends.

(Argentine, convention collective n° 743/16.)

Source: UNICARE.

75. Par ailleurs, des coopératives font leur apparition dans le secteur des soins, offrant de meilleures conditions de travail à des soignants qui sont surtout employés dans le secteur informel. Ces coopératives favorisent les soins intégrés, participatifs et axés sur la personne en privilégiant l'inclusion équitable et la prise de décisions démocratique dans toute la chaîne de prestation de soins, permettant aux soignants et aux bénéficiaires et à leurs familles, ainsi qu'à d'autres parties prenantes, d'avoir voix au chapitre quant à la nature des services fournis et au fonctionnement des établissements de soins ⁷⁷. Au Rwanda, par exemple, les agents de santé des collectivités se sont organisés en coopératives avec l'appui du ministère de la Santé ⁷⁸.

⁷⁶ S. Austen *et al.*: «Recognition: Applications in aged care work», dans *Cambridge Journal of Economics*, vol. 40 (2016), pp. 1037-1054; voir: <http://cje.oxfordjournals.org/doi:10.1093/cje/bev057> (en anglais seulement).

⁷⁷ BIT: *Global mapping of the provision of care through cooperatives: Survey and findings* (Genève, 2016).

⁷⁸ J. Condo *et al.*: «Rwanda's evolving community health worker system: A qualitative assessment of client and provider perspectives», dans *Human Resources for Health* (2014, vol. 12, article n° 71); voir: <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/71> (en anglais seulement).

3. Développement des compétences, éducation et formation

76. L'éducation et la formation tout au long de la vie sont déterminantes sur l'employabilité et l'emploi productif et indispensables pour assurer un travail décent et une croissance économique inclusive ⁷⁹. Du fait de la rapide évolution technologique, des transitions démocratiques, de l'évolution épidémiologique et des progrès scientifiques, il faut s'occuper en permanence de développer les compétences du personnel de santé afin de pouvoir satisfaire les besoins actuels et futurs en la matière. La réalisation de l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) est étroitement liée à l'ODD 4, qui insiste sur l'importance d'une éducation de qualité inclusive et équitable et sur la promotion des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie pour tous.
77. On reconnaît de plus en plus que les modèles d'éducation actuels ne conviennent pas pour préparer les personnels de santé aux tâches dont ils doivent s'acquitter. Un examen d'experts indépendants a mis en lumière les facteurs suivants: «inadéquation des compétences par rapport aux besoins des patients et de la population; insuffisance du travail d'équipe; stratification persistante du statut professionnel selon le sexe; approche technique étroite sans compréhension du contexte; interventions épisodiques au lieu de soins continus; orientation principalement hospitalière aux dépens des soins primaires; déséquilibres quantitatifs et qualitatifs dans le marché du travail; faiblesse du leadership s'agissant d'améliorer les systèmes de santé et leurs résultats» ⁸⁰. Cette étude a demandé qu'un cadre d'intégration soit mis en place pour que l'éducation des agents de santé fasse le lien entre les besoins du marché du travail et ceux de la population.
78. De même, la recommandation (n° 195) sur la mise en valeur des ressources humaines, 2004, engage les gouvernements à «assurer que les systèmes d'enseignement et de formation professionnels sont développés et renforcés de manière à offrir des possibilités appropriées pour la mise en valeur et la validation de compétences pertinentes pour le marché du travail» (paragraphe 8 f)), à «reconnaître que l'éducation et la formation sont un droit pour tous» et, en coopération avec les partenaires sociaux, à «s'efforcer d'assurer l'accès de tous à l'éducation et à la formation tout au long de la vie» (paragraphe 4 a)). L'éducation et la formation tout au long de la vie devraient être considérées à la fois comme un droit pour tous les travailleurs de la santé et comme une responsabilité des gouvernements, des employeurs et des travailleurs.
79. Un bon système de développement des compétences doit anticiper les besoins; orienter les employeurs et les travailleurs dans les décisions sur la manière d'organiser et de dispenser la formation; assurer la qualité et la pertinence de la formation; la rendre accessible à tous les secteurs de la société; mettre en place des mécanismes de financement viables et équitables; et évaluer de manière continue les résultats économiques et sociaux de la formation. En impliquant les employeurs et les travailleurs, ainsi que leurs organisations

⁷⁹ BIT: *Une main-d'œuvre qualifiée pour une croissance forte, durable et équilibrée, Une stratégie de formation du G20* (Genève, 2011).

⁸⁰ J. Frenk *et al.*: «Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world», dans *The Lancet*, vol. 376 (2010), n° 9756, pp. 1923-1958.

représentatives, on contribue grandement à assurer la pertinence de la formation, le partage équitable des coûts et des gains de productivité ⁸¹.

- 80.** Les organismes de formation sectoriels peuvent être des mécanismes efficaces s'agissant de veiller à ce que l'éducation et la formation demeurent pertinentes pour le marché du travail. Ils comprennent généralement des représentants des autorités publiques et du secteur privé, des partenaires sociaux ainsi que des établissements d'éducation, de formation professionnelle et de recherche. On pourrait les charger de recenser et d'analyser les compétences nécessaires sur le marché du travail ou encore de contribuer à bien préparer, par l'éducation et la formation, la main-d'œuvre à travailler dans des secteurs économiques spécifiques ⁸². Bien que leur composition institutionnelle puisse varier, ces organismes associent des partenaires sociaux et des parties prenantes du monde de l'éducation et de la santé et offrent une plate-forme de dialogue social sur l'acquisition de compétences et la réglementation. En Australie, le Conseil sur les compétences des agents communautaires et du personnel de santé a recensé les compétences qui seront demandées à l'avenir dans un monde en évolution rapide, où les besoins en matière de santé deviendront plus complexes à mesure que les populations vieilliront. Les principales tendances observées sont les suivantes: les auxiliaires de vie sont appelés à assumer de nouveaux rôles; il existe une demande croissante de fonctions de coordination des soins; le développement des compétences des travailleurs est toujours demandé, notamment pour des rôles plus exigeants; l'accent est mis sur les compétences et les connaissances technologiques ⁸³. En Afrique du Sud, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, le ministère de la Santé a proposé de former 45 000 agents de santé communautaires d'ici à 2019. Il s'agira de réglementer et d'homologuer le travail de cette main-d'œuvre essentiellement informelle, aux niveaux de qualification les plus divers, et de l'intégrer dans le secteur formel. L'autorité chargée de l'éducation et de la formation dans le secteur de la santé et de la protection sociale, composée de représentants du gouvernement, des employeurs, des syndicats, des organismes professionnels et des conseils de négociation sectoriels, a collaboré avec le ministère de la Santé pour arrêter le niveau de qualification des agents de santé communautaires. Parmi les difficultés qui se posent, on citera un certain flou quant à la portée du travail attendu de ces agents; leur rôle et leurs responsabilités; ainsi qu'aux niveaux d'éducation correspondants et à leurs conditions d'emploi et de travail ⁸⁴.
- 81.** La Commission de haut niveau a appelé à redoubler d'efforts pour assurer une «formation, initiale et continue, de grande qualité, qui favorise le changement, de sorte que tous les personnels de santé soient dotés de compétences répondant aux besoins sanitaires des populations et soient en mesure de déployer pleinement leur potentiel» ⁸⁵. Pour relever les défis qui se posent, une collaboration favorisant l'intégration ainsi que des stratégies cohérentes pour la mise en valeur de la main-d'œuvre dans les domaines de l'éducation et

⁸¹ BIT: *Une main-d'œuvre qualifiée pour une croissance forte, durable et équilibrée, Une stratégie de formation du G20*, op. cit., p. 2.

⁸² P. Lempinen: *Sector Skill Councils. What? Why? How? Contributing to better VET relevance to the labour market needs* (Turin, Fondation européenne pour la formation, 2013).

⁸³ Community Services and Health Industry Skills Council (CS&HISC): *2015 Environmental Scan – Building a healthy future: Skills, planning and enterprise* (Sydney, 2015).

⁸⁴ Health and Welfare Sector Education and Training Authority (HWSETA): *Sector skills plan update for the health and social development sector in South Africa: HWSETA SSP Update 2014-15 for the period 2015-2020* (Johannesburg, 2014); voir: <http://www.hwseta.org.za> (en anglais seulement).

⁸⁵ Commission de haut niveau: *S'engager pour la santé et la croissance, Investir dans le personnel de santé*, op. cit., p. 11.

de la santé sont nécessaires. L'éducation et la formation doivent être axées sur la pratique et être adaptées aux besoins du système de santé.

- 82.** Une manière d'améliorer l'accès aux services est de réorganiser les champs de pratique afin d'optimiser la combinaison de compétences, exercice souvent désigné par l'expression «transfert de tâches». Il importe toutefois, lorsque l'on étend le champ de la pratique, de redéfinir les responsabilités légales des travailleurs et des employeurs pour que tout soit clair, notamment en cas d'erreur médicale. Les travailleurs de la santé doivent recevoir la formation voulue pour pouvoir assumer de nouvelles tâches. La recommandation n° 157 de l'OIT indique que les lois et les règlements relatifs à la pratique infirmière devraient «préciser les conditions auxquelles le droit d'exercer la profession infirmière sera subordonné pour l'infirmier diplômé et l'infirmier auxiliaire». Elle indique aussi que le personnel infirmier «ne devrait pas être employé à des fonctions qui dépassent ses qualifications et ses compétences» (paragraphes 13 a) et 15(1)). Les systèmes de reconnaissance des compétences sont importants pour pouvoir apparier les qualifications avec les tâches exercées, notamment en cas de mobilité professionnelle et géographique, ou dans les cas où les compétences ont été acquises en dehors du système d'éducation formel, par exemple dans le cadre d'une formation en cours d'emploi ⁸⁶. Dans beaucoup de pays, le secteur privé joue un rôle croissant dans l'éducation du personnel de santé. Pour garantir que les normes de compétence et de qualité correspondent aux objectifs publics, il faut absolument réglementer l'enseignement public et privé. La convention n° 149 dispose que «les exigences de base en matière d'enseignement et de formation du personnel infirmier et le contrôle de cet enseignement et de cette formation seront prévus par la législation nationale ou par l'autorité ou les organismes professionnels compétents, habilités à cet effet par la législation nationale» (article 3, paragraphe 1).
- 83.** L'importance d'assurer la formation continue, l'apprentissage tout au long de la vie et le développement professionnel du personnel de santé est largement reconnue. La recommandation n° 195 de l'OIT définit l'éducation et la formation tout au long de la vie comme englobant «toutes les activités d'acquisition des connaissances entreprises pendant toute la durée de l'existence en vue du développement des compétences et qualifications» (paragraphe 2 a)).
- 84.** Dans certains pays, la formation continue périodique est encouragée, en particulier pour les médecins qui exercent mais, le plus souvent, il n'existe aucune exigence réglementaire formelle. Depuis 2005, à Singapour, les médecins sont obligés de suivre une formation médicale continue sous peine de perdre leur permis d'exercer ⁸⁷. Les autorités sanitaires d'Abou Dhabi exigent que les médecins suivent au moins cinquante heures de formation continue par an, dont vingt-cinq doivent prendre la forme d'un enseignement formel auprès d'une faculté de médecine agréée ou d'un organisme professionnel pour que leur permis d'exercer soit renouvelé ⁸⁸. Cependant, on n'a pas encore la preuve que le fait d'assujettir les permis d'exercer à des séances obligatoires de formation permanente conduise à de meilleurs résultats sur le plan sanitaire.

⁸⁶ J. Braňka: *Understanding the potential impact of skills recognition systems on labour markets: Research report* (Genève, BIT, 2016).

⁸⁷ Singapore Medical Council: *Information for registered doctors: Continuing medical education*, 2011; voir: http://www.healthprofessionals.gov.sg/content/hprof/smc/en/leftnav/information_for_registereddoctors/continuing_medical_education.html (en anglais seulement).

⁸⁸ Health Authority Abu Dhabi (HAAD): *Continuing medical education guide* (2014); voir: <https://www.haad.ae/cme/> (en anglais seulement).

4. Conditions de travail

85. La réglementation des conditions de travail relatives au temps de travail, à la sécurité et à la santé au travail (SST) et à la protection de la maternité est au centre d'une protection effective et inclusive des travailleurs. A l'heure où le secteur de la santé subit de plus en plus la concurrence d'autres secteurs économiques dans la course au personnel qualifié, un environnement de travail attrayant devient un avantage comparatif important.
86. Le présent chapitre porte sur les principaux aspects relatifs aux conditions de travail, notamment le temps de travail, la sécurité et la santé au travail, la protection sociale et l'impact des technologies.

4.1. L'organisation du temps de travail et ses effets sur le secteur de la santé

87. Pour l'OIT, le temps de travail décent est un des éléments de l'amélioration des conditions de travail, en ce qu'il permet de concilier les besoins des travailleurs et les exigences des entreprises. Par «temps de travail décent», on entend les aménagements du temps de travail propres à promouvoir la santé et la sécurité; à promouvoir l'égalité hommes-femmes; à être respectueux de la vie familiale; à augmenter la productivité et la compétitivité des entreprises; et enfin à permettre aux travailleurs d'influencer et d'éventuellement choisir leur horaire de travail ⁸⁹.
88. Dans le secteur de la santé, les aménagements du temps de travail ont une incidence sur la sécurité et la santé au travail (SST), ainsi que sur la motivation des travailleurs et le bon fonctionnement de l'entreprise en termes de résultats pour les patients. La complexité d'un secteur qui assure des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pose d'énormes défis, qu'il s'agisse du bien-être des travailleurs ou des résultats de l'entreprise.
89. Le travail posté, y compris le travail de nuit et de longs horaires de travail journaliers et hebdomadaires sont monnaie courante dans le secteur des services de santé, et ce dans le monde entier. De plus, les fortes pénuries de personnel sont souvent compensées par la prestation d'heures supplémentaires, ce qui alourdit encore la tâche du personnel en poste, puisqu'elles prolongent les postes et réduisent le temps de repos entre un poste et l'autre (retour rapide). Les preuves abondent de ce que les longs horaires de travail ont une incidence négative sur la santé des travailleurs du secteur, sur leur vie de famille, ainsi que sur la qualité des soins et la sécurité au travail ⁹⁰.
90. Concilier les besoins des travailleurs, notamment l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et les exigences des entreprises est une véritable gageure pour le secteur.

4.1.1. Orientations normatives

91. Depuis sa création, en 1919, l'OIT s'intéresse tout particulièrement au temps de travail. La première norme adoptée par la Conférence internationale du Travail – la convention (n° 1) sur la durée du travail (industrie), 1919 – a établi les principes fondamentaux relatifs à la limitation des heures de travail quotidiennes et hebdomadaires. Depuis lors, de nombreuses

⁸⁹ BIT: *Le temps de travail décent, Equilibrer les besoins des travailleurs avec les exigences des entreprises*, Programme des conditions de travail et d'emploi (TRAVAIL) (Genève, 2007).

⁹⁰ P. Tucker et S. Folkard: *Working time, health and safety: A research synthesis paper* (Genève, BIT, 2012).

normes ont été arrêtées sur différents aspects du temps de travail, dont le repos hebdomadaire et les congés annuels payés. Cependant, toutes les normes générales relatives au temps de travail ne s'appliquent pas au personnel de santé.

- 92.** La convention n° 149 sur le personnel infirmier ne comprend que des dispositions succinctes sur le temps de travail. Elle fait obligation aux Etats qui l'ont ratifiée de s'assurer que le personnel infirmier bénéficiera de conditions au moins équivalentes à celles des autres travailleurs relativement aux heures de travail, aux horaires astreignants, au travail par équipes, au repos hebdomadaire et aux congés annuels payés. La recommandation n° 157 donne des orientations sur des questions telles que les astreintes, les heures supplémentaires ou le travail par équipes. Elle indique que «la durée normale du travail quotidien devrait ne pas dépasser huit heures et être accomplie suivant un horaire continu, à l'exception des cas où la législation, des conventions collectives, des règlements d'entreprise ou des sentences arbitrales prévoient des horaires flexibles ou la semaine de travail comprimée». Une journée de travail ne devrait pas dépasser les douze heures, y compris les heures supplémentaires, et une période ininterrompue de repos d'au moins douze heures devrait séparer les prises de services ⁹¹.
- 93.** Certaines orientations sur les principes d'organisation du temps de travail énoncées dans des normes valent aussi pour le secteur de la santé, à condition que ces normes s'appliquent à tous les groupes et secteurs professionnels au niveau national. Il s'agit notamment de:
- la convention (n° 106) sur le repos hebdomadaire (commerce et bureaux), 1957;
 - la convention (n° 132) sur les congés payés (révisée), 1970;
 - la convention (n° 171) sur le travail de nuit, 1990;
 - la convention (n° 175) sur le travail à temps partiel, 1994;
- 94.** La convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981, qui prévoit l'égalité de chances entre les travailleurs des deux sexes, présente un intérêt particulier lorsque la main-d'œuvre est majoritairement féminine.

4.1.2. Heures de travail effectives et système de travail posté

- 95.** Dans bien des pays, les principes fondamentaux du temps de travail sont réglementés par le droit du travail national. Par exemple, en Afrique du Sud, au Brésil, en Corée du Sud et au Japon, la durée journalière normale de travail est de huit heures maximum, tandis que la durée hebdomadaire va de quarante à quarante-cinq heures ⁹². Dans l'UE, la directive de 2003 concernant l'aménagement du temps de travail ⁹³ limite le nombre d'heures de travail à quarante-huit heures par semaine, y compris les heures supplémentaires, calculées sur la base d'une période de référence de quatre mois maximum, pouvant aller, sous certaines

⁹¹ Recommandation (n° 157) sur le personnel infirmier, 1977, paragraphes 33, 37 et 38.

⁹² J. Messenger et P. Vidal: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, op. cit.

⁹³ Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, Commission européenne, dans *Journal officiel* n° L 299, vol. 46 (18 nov. 2003), pp. 9-19; voir: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32003L0088>.

conditions (en cas de convention collective), jusqu'à un maximum d'un an. Elle prévoit une période minimale de repos hebdomadaire de onze heures consécutives. Un repos hebdomadaire de trente-cinq heures peut être réparti sur une période de deux semaines. Cependant, la directive concernant l'aménagement du temps de travail de l'UE prévoit certaines dérogations pour les services de santé, notamment pour les médecins en cours de formation ⁹⁴.

- 96.** Il semble que la plupart des établissements de soins de santé pratiquent des horaires qui vont souvent au-delà du temps de travail prévu par la loi du pays. Il existe un lien entre la longueur des journées de travail et les pénuries de personnel dans les cas où les travailleurs en poste doivent faire beaucoup d'heures supplémentaires pour assurer la continuité des services. Ce problème est particulièrement aigu dans les zones rurales ou reculées où le personnel de santé fait défaut. De plus on constate que la longueur des journées de travail va souvent de pair avec la faiblesse des rémunérations, obligeant beaucoup de travailleurs du secteur à accepter des postes supplémentaires ou à avoir plusieurs emplois pour compléter leurs revenus ⁹⁵.
- 97.** L'aménagement du temps de travail varie d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre et selon le type de services. Il comporte une ou plusieurs des modalités suivantes: horaire journalier fixe (six ou huit heures); travail par postes alternés; trois équipes travaillant huit heures à tour de rôle; deux équipes travaillant douze heures à tour de rôle; postes ou horaires fractionnés ou semaine de travail comprimée. En outre, le travail posté, y compris le travail de nuit et de week-end, comporte en général de longues périodes d'astreinte ⁹⁶. La tendance est aux aménagements à géométrie variable, notamment les horaires flexibles; les systèmes de crédit d'heures; les horaires évolutifs au cours de l'année; l'annualisation du temps de travail; les horaires décalés; le partage de poste et le travail à temps partiel ⁹⁷. L'objectif est de permettre aux travailleurs de concilier vie privée et activités professionnelles tout en répondant aux exigences de l'organisation compte tenu du service continu et du surcroît de travail aux heures de grande affluence. Pour que ces aménagements du temps de travail soient efficaces, il faut que les travailleurs aient leur mot à dire et puissent les refuser.
- 98.** Selon un rapport du BIT sur le secteur de la santé, publié en 1998, la tendance était alors de privilégier le système à trois postes (huit heures de travail) plutôt que celui à deux postes (douze heures de travail) et découlait de la réforme du secteur de la santé à laquelle il avait été procédé pour réaliser des gains d'efficacité ⁹⁸. Depuis, le système à deux postes de douze heures a gagné du terrain. Il ressort d'une enquête menée en Europe en 2014 auprès des infirmiers que, même s'il n'est devenu la norme que dans un petit nombre de pays, le travail

⁹⁴ Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, Commission européenne, dans *Journal officiel* n° L 299, vol. 46 (18 nov. 2003), pp. 9-19; voir: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32003L0088>.

⁹⁵ J. Messenger et P. Vidal: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, op. cit.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ Confédération européenne des syndicats (CES): *Le temps de travail dans le secteur européen de la santé*, Fiche d'information (sans date).

⁹⁸ BIT: *Conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé*, op. cit., pp. 51-53.

posté est utilisé dans tous ceux qui ont participé à l'enquête ⁹⁹. Selon une étude, en Afrique du Sud, le système de deux postes de douze heures est à présent la norme dans le secteur hospitalier, qu'il soit public ou privé ¹⁰⁰. Une étude de la Fédération japonaise des syndicats des travailleurs de la santé a fait apparaître une augmentation du système à deux postes, qui est passé de 7,7 pour cent en 2000 à 32,1 pour cent en 2015. En 2015, près de la moitié des répondants ont déclaré avoir effectué des postes de nuit de seize heures ¹⁰¹, problème auquel vient s'ajouter celui des «retours rapides» qui ne laissent pas un temps de repos suffisant entre deux postes. Le personnel peut alors être amené à choisir des postes plus longs et des semaines de travail comprimées pour gagner du temps sur la durée des trajets.

4.1.3. Effets sur les travailleurs et sur les résultats de l'organisation

99. Les longues journées de travail, le travail posté et le travail de nuit sont réglementés par les normes internationales et les législations nationales en raison de leurs effets nocifs pour la santé des travailleurs ¹⁰². Au nombre de ces effets, on citera la fatigue émotionnelle et mentale, les troubles du sommeil dus au travail posté et diverses maladies telles que les troubles musculo-squelettiques et la dépression. De plus, ces effets sur la santé sont associés à de plus fortes incidences de blessures par objets tranchants, d'inconfort physique et d'accidents ¹⁰³. Il ressort de la recherche que le travail posté, qui induit des perturbations circadiennes, est probablement cancérigène pour les êtres humains ¹⁰⁴. La fatigue aidant, les professionnels de la santé peuvent avoir du mal à supporter leur charge de travail, et le stress chronique peut conduire à l'insatisfaction, au burn-out, à l'absentéisme, à une rotation accrue du personnel et à des prestations peu satisfaisantes, y compris à des erreurs médicales, qui peuvent avoir des effets préjudiciables pour les patients ^{105, 106}.

⁹⁹ P. Griffiths RN *et al.*: «Nurses' Shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety», dans *Medical Care*, vol. 52(11) (2014), pp. 975-981.

¹⁰⁰ S. Kisting, A. Dalvie et P. Lewis: *South Africa: Case study on working time organization and its effects in the health services sector*, *op. cit.*

¹⁰¹ A. Shimizu: *Results of the 2015 Night Work Survey*, exposé au Nihon-Iroren International Symposium on Achieving the Improvement of Night Shift Work of Nursing Personnel, Tokyo, 6 sept. 2016.

¹⁰² P. Tucker et S. Folkard: *Working time, health and safety: A research synthesis paper*, *op. cit.*

¹⁰³ J. Messenger et P. Vidal: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, *op. cit.*

¹⁰⁴ OMS, Centre international de recherche sur le cancer (CIRC): *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Painting, Firefighting, and Shiftwork*, vol. 98 (2010) (en anglais seulement).

¹⁰⁵ C. Dall'Ora *et al.*: «Association of 12h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries», dans *BMJ Open* 2015, vol. 5 (9 mars 2016).

¹⁰⁶ A.L. Matos de Oliveira: *Brazil: Case study on working time organization and its effects in the health services sector*, document de travail n° 308 du Département des politiques sectorielles (Genève, BIT, 2015).

-
- 100.** Le temps de travail auquel sont soumis les agents de santé a une incidence sur leur vie de famille et leurs loisirs. Outre la difficulté de concilier le travail posté et les responsabilités familiales, les professionnels de la santé constatent souvent que la fatigue chronique qu'ils ressentent nuit à la qualité de leur vie de famille et de leur vie sociale. Par ailleurs, du fait de la longueur des déplacements, des carences des systèmes de transport et du manque de services de garde d'enfants, ils éprouvent encore plus de difficultés à concilier leur travail rémunéré et leur vie de famille et sociale. Pour les femmes et les familles monoparentales, en particulier, les horaires de travail sont incompatibles avec leurs responsabilités familiales et finissent par les éloigner de leurs enfants, dont elles doivent souvent confier le soin à des membres de la famille élargie ou à des employés ¹⁰⁷.
- 101.** Pour les organisations, les difficultés qu'éprouve leur personnel à concilier les horaires de travail et les responsabilités parentales peuvent se traduire par une augmentation du travail à temps partiel, en particulier chez les femmes, ou par le risque d'absentéisme. En Afrique du Sud, on a observé que l'absentéisme parmi les infirmières augmentait pendant la période de vacances scolaires, lorsque les écoles et les garderies étaient fermées, et que le lien avec leurs horaires de travail était évident ¹⁰⁸. Au Royaume-Uni, une étude a montré que 42 pour cent des médecins femmes ne travaillaient pas à plein temps, en particulier lorsqu'elles avaient des enfants, tandis que le fait d'avoir des enfants n'avait pas d'effet direct sur les modalités de travail des médecins hommes ¹⁰⁹.

4.2. Sécurité et santé des travailleurs

4.2.1. Bref aperçu

- 102.** Les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé sont exposées à tout un éventail de risques professionnels d'ordre biologique, chimique, physique, ergonomique et psychosocial. Au Royaume-Uni, le personnel de santé affiche le quatrième taux le plus élevé de problèmes de santé liés au travail, tous secteurs confondus. Le secteur est classé au premier rang s'agissant des risques biologiques et chimiques, du stress, de la violence et du harcèlement au travail ¹¹⁰.
- 103.** Les blessures par objets tranchants sont particulièrement préoccupantes pour le personnel de santé, car elles sont une source d'infections à l'hépatite B et C et au VIH. En 2003, l'OMS a estimé que 3 millions de travailleurs du secteur de la santé étaient exposés chaque année à des blessures par objets tranchants et que 37 pour cent de tous les nouveaux cas d'hépatite B, 39 pour cent des nouveaux cas d'hépatite C et environ 5,5 pour cent des nouveaux cas d'infections au VIH chez le personnel de santé sont dus à des accidents du travail ¹¹¹. Le

¹⁰⁷ S. Kisting, A. Dalvie et P. Lewis: *South Africa: Case study on working time organization and its effects in the health services sector*, *op. cit.*

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ S. Lachish *et al.*: «Factors associated with less-than-full-time working in medical practice: Results of surveys of five cohorts of UK doctors, 10 years after graduation», dans *Human Resources for Health* (2016, vol. 14, article n° 62); voir: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0162-3> (en anglais seulement).

¹¹⁰ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail: *Problèmes actuels et émergents dans le domaine des soins de santé, dont les soins à domicile et de proximité*, *op. cit.*

¹¹¹ OMS: *WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings* (Genève, 2016).

large éventail de risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs du secteur exige que l'on prête une attention particulière à la protection des femmes enceintes et à la santé génésique des travailleurs des deux sexes. Alors que la prévention et le traitement de l'infection dans l'optique de la sécurité du patient est bien considérée dans la plupart des services de santé, l'aspect lié à la SST du personnel de santé tend à être négligé. Des recherches menées dans toutes les régions font apparaître un manque d'attention à l'égard de la SST qui exerce une influence négative sur la capacité de retenir les personnels.

104. Les sections ci-après illustrent des préoccupations propres au secteur en matière de SST et montrent l'impact qu'elles ont sur la santé du personnel comme sur celle des patients.

4.2.2. Le cas de l'épidémie d'Ebola en 2014

105. Pendant la crise de l'Ebola en Afrique de l'Ouest, les taux d'infection et de mortalité parmi le personnel national de santé et de secours étaient excessivement élevés, puisque, selon l'OMS, en octobre 2015, 881 cas confirmés avaient été signalés parmi les agents de santé, dont 513 s'étaient soldés par un décès¹¹². En août 2014, une enquête de l'Internationale des services publics (ISP) menée en Guinée, au Libéria, en Sierra Leone et au Nigéria voisin a montré que les agents de santé de la région ont fait front aux vagues successives de la maladie, pratiquement sans aucun des équipements et des fournitures dont ils avaient besoin pour éviter la contagion, sans appliquer les précautions universelles ni chercher à se protéger de la maladie. Les agents de santé interrogés ont indiqué que l'administration de leurs services laissait beaucoup à désirer et que, en général, les ressources manquaient¹¹³. Confirmant ces conclusions, l'OMS a indiqué que, au début de l'épidémie, le risque d'infection des agents de santé était de 21 à 32 fois plus élevé que dans la population générale, faute d'équipements de protection individuelle et d'articles d'hygiène, ainsi que de moyens de prévenir et contrôler l'infection ou de gérer la SST. Une fois que de telles mesures ont été mises en place, le taux d'infection parmi les agents de santé a considérablement baissé¹¹⁴. Les agents de santé sur le terrain étaient particulièrement et inutilement exposés aux risques d'infection en l'absence de toutes mesures en matière de SST et d'équipements de protection. En raison de craintes et de rumeurs, les agents de santé ont suscité la méfiance, la stigmatisation et la discrimination pendant l'épidémie et, par la suite, certains ont été la cible de violentes attaques.

4.2.3. Violence au travail et en situation de crise humanitaire

106. La violence, y compris le harcèlement, peut aller des insultes à l'agression physique et être infligée à l'intéressé par des collègues, par sa hiérarchie, par des patients ou des parents de patients. Sa prévalence demeure élevée tant dans les pays développés que dans les pays en

¹¹² OMS: *Rapport de situation sur la flambée de maladie à virus Ebola* (21 oct. 2015); voir: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191224/1/ebolasitrep_21Oct2015_fre.pdf?ua=1.

¹¹³ Enquête de l'ISP 2014. O. Frank: Les travailleurs du secteur public de la santé au cœur de la crise Ebola, dans *Travail décent*, Magazine trimestriel d'information sur le Travail décent en Afrique de l'Ouest. Vol. 1, n° 3 (déc. 2015); voir: http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/travail_decent-ebola.pdf.

¹¹⁴ OMS: *Health workers Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone: A preliminary report* (Genève, 2015); voir: http://www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf (en anglais seulement).

développement ¹¹⁵. Aux Etats-Unis, le taux de violence des patients contre des agents de santé serait 16 fois plus élevé que dans d'autres professions de services, le risque maximum étant enregistré dans les soins dispensés hors établissement ¹¹⁶. En 2007, une étude menée au Rwanda a fait apparaître que 39 pour cent des agents de santé avaient été victimes d'actes de violence sur le lieu de travail au cours de l'année précédente ¹¹⁷. Selon des études antérieures, de fortes proportions de travailleurs de la santé interrogés avaient subi des violences physiques ou psychologiques, notamment en Bulgarie (75,8 pour cent), en Australie (67,2 pour cent), en Afrique du Sud (61 pour cent), au Portugal (37 à 60 pour cent), en Thaïlande (54 pour cent) et au Brésil (46,7 pour cent) ¹¹⁸.

107. De plus en plus, les agents de santé sont pris à partie dans des situations d'urgence et de conflit. Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a signalé 655 incidents violents, entre 2008 et 2010, survenus dans 16 pays où son personnel de santé dispensait des soins; ces incidents ont fait 68 morts et 98 blessés parmi les agents de santé et des centaines de blessés et de morts parmi les patients ¹¹⁹. Entre 2012 et 2014, 87 agents de santé ont été tués et 202 blessés dans 11 pays. Des agents de santé ont également été enlevés, menacés, arrêtés, dévalisés, retenus de force, soumis à des violences sexuelles et à la torture ou victimes de disparition forcée ou de harcèlement ¹²⁰. Le fait que des établissements de santé aient été délibérément pris pour cibles a retenu l'attention, car il s'agit d'une violation du droit international des droits de l'homme et du droit international humanitaire ¹²¹.

4.2.4. Impact de la dotation en effectifs sur la santé des travailleurs et la sécurité des patients

108. Par dotation en effectifs, on entend le rapport entre le nombre de patients et le nombre d'agents de santé. La santé et la sécurité au travail dépendent de la charge de travail de l'agent sanitaire: plus le nombre de patients dont l'agent sanitaire doit s'occuper est élevé, plus l'intensité du travail est forte, ce qui peut se traduire par des risques accrus d'accidents et de stress professionnel et, partant, par des blessures et des maladies liées au travail, dont la fatigue et le burn-out. En fin de compte, l'insuffisance des effectifs a aussi des incidences sur la sécurité des patients et la qualité des soins, qui se traduisent par des taux plus élevés de morbidité et de mortalité (les soins ne sont pas dispensés comme ils le devraient, il y a

¹¹⁵ I. Needham *et al.* (dir. de publication): *Violence in the health sector – Proceedings of the Fourth International Conference on Violence in the Health Sector: Towards safety, security and wellbeing for all*, Miami, 22-24 oct. 2014 (Amsterdam, Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy, 2014).

¹¹⁶ BIT: Rapport soumis pour discussion à la Réunion d'experts sur la violence contre les femmes et les hommes dans le monde du travail (Genève, 3-6 oct. 2016).

¹¹⁷ C.J. Newman *et al.*: «Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: Increasing safety and gender equality», dans *Human Resources for Health* (2011, vol. 9, article n° 9, doi:10.1186/1478-4491-9-19).

¹¹⁸ V. Di Martino: *Workplace violence in the health sector – Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study, Synthesis report* (Genève, BIT, CII, OMS, ISP, 2002).

¹¹⁹ CICR: *Health care in danger: A sixteen-country study* (Genève, 2011).

¹²⁰ CICR: *Health care in danger – Violent incidents affecting the delivery of health care: January 2012 to December 2014*, troisième rapport intérimaire (Genève, 2015).

¹²¹ Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (OHCHR): *Attacks on medical units in international humanitarian and human rights law* (Genève, sept. 2016).

davantage de risques de non-assistance de personne en danger, d'erreur médicale ou d'infections)^{122, 123, 124}. Le niveau des effectifs a aussi un impact sur la satisfaction au travail. C'est pourquoi un des principaux défis qui se posent à la direction consiste à établir le bon équilibre entre le coût des effectifs et la satisfaction au travail du personnel. Ainsi, si le nombre des effectifs devient trop bas, le coût des mouvements de personnel risque d'augmenter; et la qualité des soins, de diminuer.

- 109.** Dans les hôpitaux, il a été démontré que les conditions de travail du personnel et la situation des patients sont meilleures quand le rapport entre le nombre de patients et de soignants (quota de patients) est mieux adapté¹²⁵. La notion récente d'«effectifs suffisants» renvoie tout à la fois à la sécurité des patients et au bien-être du personnel. En Australie, des résultats positifs ont été obtenus depuis l'introduction, en 1998, de ratios infirmières/patients. Les ratios varient d'une salle à l'autre, selon l'état de santé des patients. Ces ratios sont revus tous les trois ans dans le cadre de la négociation collective. Ce système se caractérise principalement par la transparence et les procédures de règlement des différends dont il est assorti¹²⁶. Les études semblent suggérer que le plus efficace est d'agir à la fois au niveau des effectifs et sur l'étendue des compétences. Le fait de déployer en toute sécurité différents cadres dans une équipe peut libérer du temps consacré au travail clinique, contribuant à améliorer la situation des patients, l'accès des clients aux services et la rétention du personnel¹²⁷.

4.2.5. Protection contre les risques liés à la sécurité et à la santé au travail

- 110.** L'efficacité de la protection des agents de santé contre les risques liés à la SST dépend de la manière dont les normes mondiales et nationales relatives à la SST sont appliquées ainsi que du niveau des effectifs, ce qui suppose une ferme volonté politique et une bonne gouvernance associant toutes les parties prenantes.
- 111.** Divers instruments de l'OIT énoncent les principes généraux relatifs à la SST (encadré 4.1). D'autres portent sur des secteurs bien précis ou des risques particuliers. En ce qui concerne le personnel infirmier, la convention n° 149 dispose que: «Chaque Membre s'efforcera, si nécessaire, d'améliorer les dispositions législatives existant en matière d'hygiène et de

¹²² L. Poghosyan *et al.*: «Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries», dans *Research in Nursing and Health*, vol. 33 (2010), pp. 288-298.

¹²³ X.W. Zhu *et al.*: «Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: A multisite study in Chinese hospitals», dans *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 44(3) (2012), pp. 266-273.

¹²⁴ L.H. Aiken *et al.*: «Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study», *op. cit.*

¹²⁵ L.H. Aiken *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», *op. cit.*

¹²⁶ Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF): *Improvements after the implementation of nurse to patient ratio*, exposé au Nihon-Iroren International Symposium on Achieving the Improvement of Night-Shift Work of Nursing Personnel, Tokyo, 6 sept. 2016.

¹²⁷ Health Workforce Australia: *Nursing workforce sustainability: Improving nurse retention and productivity* (Canberra, Commonwealth d'Australie, 2014); voir: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/nursing-workforce-sustainability-improving-nurse-retention-and-productivity> (en anglais seulement).

sécurité du travail en les adaptant aux caractéristiques particulières du travail du personnel infirmier et du milieu où il s'accomplit» (article 7).

Encadré 4.1

Normes internationales du travail sur la sécurité et la santé au travail

- Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981
- Convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985
- Convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006

112. Les instruments internationaux visant des risques particuliers auxquels est exposé le personnel de santé sont les suivants:

- *Directives conjointes OMS-OIT-ONUSIDA sur l'amélioration de l'accès des professionnels de la santé aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et la TB (et Note d'orientation y afférente), 2010.*
- *Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/sida, 2005.*
- *Directives conjointes OIT/CII/OMS/ISP: Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé, 2002.*

113. Il n'existe pas beaucoup de données comparatives sur l'application des lois et règlements généraux en matière de SST dans le secteur de la santé au niveau national. Une étude récente menée dans six pays en développement sur les lois en matière de SST (République dominicaine, Kenya, Mali, Namibie, Ouganda et Sénégal) a mis en évidence des déficits d'application et recensé une série de facteurs aggravants, notamment le manque de formation, la nécessité de revoir et d'actualiser la législation et celle de fixer une priorité budgétaire plus élevée pour le suivi de l'application ¹²⁸. Il est crucial de renforcer l'inspection du travail pour assurer le respect des normes nationales applicables sur le lieu de travail.

114. Ces principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la SST ont été élaborés par l'OIT sur la base de principes admis au plan international et définis par les mandants tripartites de l'OIT ¹²⁹. Bien qu'ils ne visent pas précisément le secteur de la santé, ces principes directeurs donnent des orientations sur la mise en place de systèmes de gestion complets de la SST aux fins d'une prévention et d'une protection durables. D'autres instruments comprennent des guides de formation sur l'évaluation des risques et un instrument d'audit devant permettre de recenser les forces et les faiblesses du système de gestion de la SST ainsi que les possibilités d'amélioration ¹³⁰.

¹²⁸ A. Fitzgerald: *Occupational safety & health survey: Results from six country programs* (Chapel Hill, IntraHealth, 2014).

¹²⁹ BIT: *Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail ILO-OSH 2001*, deuxième édition (Genève, 2009).

¹³⁰ BIT: *Système de gestion de la SST: un outil pour une amélioration continue* (Genève, 2011); BIT: *Audit Matrix for the ILO guidelines on occupational safety and health management systems (ILO-OSH 2001)* (Genève, 2013); voir: <http://www.ilo.org/safework/areasofwork/occupational-safety-and-health-management-systems/lang--en/index.htm> (en anglais seulement).

-
- 115.** Un exemple de dialogue social appliqué à l'élaboration des normes de sécurité et de santé au travail est donné par la directive 2010/32/EU du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'Accord-cadre européen relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, conclu par l'Association européenne des employeurs du secteur hospitalier et de la santé (HOSPEEM) et la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) en 2009 ¹³¹.
- 116.** L'éducation et la formation revêtent une importance critique s'agissant d'améliorer les capacités du personnel de santé et des gestionnaires en matière de SST. Elaboré conjointement par l'OIT et l'OMS, le programme «HealthWISE – Améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé» est un outil pratique et participatif visant à améliorer la qualité des structures de santé qui encourage les gestionnaires et les agents à travailler en équipe afin d'améliorer les lieux de travail et les pratiques en utilisant les ressources locales, des solutions peu coûteuses, en associant l'action à l'apprentissage. Il porte sur la SST, la gestion du personnel et la santé environnementale ¹³².

4.3. Protection sociale

- 117.** La protection des travailleurs et la sécurité sociale sont complémentaires et fournissent, ensemble, la protection dont ont besoin les travailleurs et leur famille ¹³³. A l'instar de tous les autres travailleurs, les soignants ont droit à la protection sociale. Dans le secteur de la santé, la sécurité de revenu, outre qu'elle est favorable à la santé et à la sécurité au travail, est importante à plus d'un titre. En cas de chômage, les travailleurs devraient bénéficier d'une sécurité du revenu suffisante pour leur garantir un niveau de vie et de santé décents, à eux et à leur famille. Etant donné la diversité des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs du secteur, il importe de prévoir une indemnisation suffisante pour compenser la perte de revenus et couvrir les frais médicaux en cas de décès, de blessures ou de maladie liés à la profession. Les travailleuses enceintes ou allaitantes doivent être particulièrement protégées, notamment contre le licenciement ou la perte de revenus pendant le congé de maternité, et avoir accès à des services de santé et des soins de santé maternelle de qualité. Comme le prévoient plusieurs conventions internationales, le personnel sanitaire devrait bénéficier de prestations de sécurité sociale suffisantes pour lui assurer le maintien et la sécurité du revenu pendant la vieillesse.
- 118.** En ce qui concerne le personnel infirmier, la recommandation n° 157 prévoit qu'il devrait avoir accès à une protection en matière de sécurité sociale au moins équivalente à la protection dont bénéficient les autres employés du service public ou du secteur privé en tenant compte de la nature particulière de son activité. La législation ou la réglementation nationale devrait admettre à réparation toute maladie contractée par le personnel infirmier du fait de son travail. Il faut pour cela que les maladies professionnelles liées aux services de santé soient reconnues.

¹³¹ Directive 2010/32/EU du 10 mai 2010, portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'HOSPEEM et la FSESP; voir: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0032&from=EN>.

¹³² BIT/OMS: *HealthWISE, Amélioration du travail dans les services de santé – Manuel d'intervention et Guide des formateurs* (Genève, 2015).

¹³³ OIT: *Résolution concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (protection des travailleurs)*, Conférence internationale du Travail, 104^e session, Genève, 2015.

4.4. Impact des nouvelles technologies

- 119.** Les innovations technologiques modifient en profondeur la manière dont le travail de santé est organisé et exécuté; au niveau mondial, les pertes d'emplois nettes imputables à ces innovations devraient s'établir à plus de 5 millions d'ici à 2020¹³⁴. Le nombre de professions devrait demeurer stable¹³⁵. Les nouvelles technologies appliquées aux soins remodelent l'organisation du travail et ont un impact sur les tâches et les compétences demandées. L'innovation et la technologie peuvent aider à faire face à des défis tels que la hausse de la demande et à améliorer la qualité des soins, permettant aux patients d'être mieux informés et de participer davantage aux soins qui leur sont dispensés. Les réseaux sociaux, par exemple, ont donné plus de pouvoir aux patients en améliorant leur accès à l'information et au soutien de la communauté; la communication entre patients et professionnels s'en trouve aussi améliorée, ce qui se traduit par des décisions plus éclairées et par des soins davantage centrés sur le patient¹³⁶.
- 120.** Grâce aux nouvelles technologies, il est possible de dispenser des soins de qualité dans les zones reculées. Au Rwanda, un projet a été lancé, qui vise à livrer par drone des fournitures médicales essentielles dans des zones reculées et difficiles d'accès¹³⁷. Au Ghana, il est prévu de recruter, de former et de déployer dans le pays 20 000 agents de santé communautaires et 500 assistants techniques sanitaires (e-santé) au cours des deux prochaines années. Le programme veillera à ce que les agents de santé communautaires soient munis du matériel nécessaire et de téléphones portables, qui permettent d'améliorer les communications, la collecte de données, ainsi que la surveillance et le suivi communautaires des maladies, malgré les barrières géographiques¹³⁸.
- 121.** En outre, les nouvelles technologies peuvent accroître la satisfaction au travail, libérer du temps et diminuer le stress et les erreurs médicales en évitant les tâches répétitives et en réduisant l'effort physique grâce à une meilleure ergonomie. Les technologies de la communication favorisent la collaboration, permettent plus d'échanges interprofessionnels en facilitant l'échange d'informations et le partage des données d'expérience grâce à des registres médicaux électroniques, aux technologies mobiles, aux consultations vidéo entre les équipes médicales dans les zones urbaines et rurales. Les nouvelles technologies peuvent avoir une incidence sur l'emploi en réduisant le nombre d'agents nécessaires, mais elles

¹³⁴ Forum économique mondial: *The future of jobs: Employment, skills and workforce strategy for the forth industrial revolution* (Genève, 2016).

¹³⁵ Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD): *Rapport sur le développement humain 2015, Le travail au service du développement humain* (New York, 2015).

¹³⁶ E. Smailhodzic *et al.*: «Social media use in healthcare: A systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals», dans *BMC Health Services Research* (2016, vol. 16, article n° 442); voir: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1691-0> (en anglais seulement).

¹³⁷ Al Jazeera: *Rwanda turns to drones to deliver vital blood supplies*, agences de presse (14 oct. 2016); voir: <http://www.aljazeera.com/news/2016/10/rwanda-turns-drones-deliver-vital-blood-supplies-161014095632407.html> (en anglais seulement).

¹³⁸ One Million Community Health Workers Campaign: *Ghana to launch new CHW programme*, conférence de presse à Accra, Ghana, tenue en janvier 2016, pour lancer le Programme CHW; voir: <http://1millionhealthworkers.org/2016/03/23/ghana-to-launch-new-chw-programme/> (en anglais seulement).

permettent aussi à des travailleurs moins qualifiés d'assumer de nouvelles tâches, plus faciles à exécuter, libérant du personnel qualifié qui peut être déployé ailleurs ¹³⁹.

- 122.** Les nouvelles technologies ont aussi un impact positif sur l'éducation et la formation, l'apprentissage électronique s'avérant au moins aussi efficace que les méthodes d'apprentissage traditionnelles et permettant de remédier aux pénuries d'enseignants et d'atteindre un plus large public ¹⁴⁰. Des méthodes innovantes, comme les réseaux de formation sur le Web ou les exercices de simulation, peuvent améliorer l'apprentissage interprofessionnel et l'apprentissage en équipe. Les principaux obstacles à l'apprentissage en ligne tiennent au manque d'infrastructures, au retard technologique, au coût de la connectivité, au fait que les logiciels ne sont pas adaptés ou à la méconnaissance de l'outil informatique. Pour surmonter ces obstacles, il faut assurer un financement suffisant, intégrer l'apprentissage en ligne dans les programmes existants, pratiquer l'enseignement mixte, offrir un accès et une aide à la technologie et ménager des périodes consacrées à l'e-apprentissage dans le temps de travail ¹⁴¹. Il est aussi indispensable de normaliser et de réglementer les programmes d'enseignement pour assurer un e-apprentissage de qualité.
- 123.** L'impact de la haute technologie sur la charge de travail du personnel de santé varie selon le contexte, qui est déterminé par les conditions de travail, les formes d'organisation du travail, les modèles de gestion ainsi que les structures et les valeurs institutionnelles ¹⁴². L'introduction de nouvelles technologies peut s'accompagner de stress, d'insatisfaction, d'une surcharge de travail et d'un sentiment d'incertitude, sans compter que les instructions des supérieurs hiérarchiques font parfois défaut et que ces techniques n'influent pas sur la gestion du travail ¹⁴³. Le personnel de santé doit se voir offrir une formation de qualité pour pouvoir manier avec confiance les nouveaux matériels et pour s'adapter à de nouvelles procédures de travail sans subir de stress. Cependant, si le principal objectif du recours à la technologie est de réduire les coûts, la charge de travail du personnel risque d'augmenter.
- 124.** Lorsqu'on prévoit d'introduire de nouvelles technologies, il est capital d'associer les professionnels de la santé à la prise de décisions, car, du fait de leur expérience du lieu de travail, ils sont idéalement placés pour évaluer la pertinence des nouvelles technologies, à la fois pour le patient et pour le personnel, ainsi que le type de formation dont ils ont besoin pour pouvoir les utiliser ¹⁴⁴. Inversement, si le personnel a l'impression que la technologie

¹³⁹ The Evidence Centre for Skills for Health: *How do new technologies impact on workforce organisation? Rapid review of international evidence*, Report developed by The Evidence Centre for Skills for Health (Bristol, Skills for Health, sans date).

¹⁴⁰ N. Al-Shorbaji *et al.* (dir. de publication): *E-Learning for undergraduate health professional education: A systematic review informing a radical transformation of health workforce development* (Genève, OMS, 2015).

¹⁴¹ The Evidence Centre for Skills for Health: *How do new technologies impact on workforce organisation? Rapid review of international evidence*, *op. cit.*

¹⁴² D.E. Pires de Pires *et al.*: *New technologies and workloads of health care professionals* (Berlin, Digital Repository of Technische Universität, 2013).

¹⁴³ A. Yassi et B. Miller: «Technological change and the medical technologist: A stress survey of four biomedical laboratories in a large tertiary care hospital», dans *Canadian Journal of Medical Technology* (1990).

¹⁴⁴ A.J. De Veer *et al.*: «Successful implementation of new technologies in nursing care: A questionnaire survey of nurse-users», dans *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2011, vol. 11, article n° 67); voir: <http://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-11-67> (en anglais seulement).

n'est pas adaptée, sa motivation s'en ressent, et l'adoption de nouvelles technologies peut s'en trouver compromise. Il faudrait donc prévoir des périodes d'essai pour tester les technologies avant de les généraliser et mettre en place un système d'aide au personnel pour faciliter l'adoption et l'utilisation des technologies en question. Enfin, il importe d'examiner les incidences éthiques, sociales et culturelles que peuvent avoir les technologies sur les soins de santé, de même que sur les patients et sur le personnel.

5. Dialogue social et relations du travail

5.1. Dialogue social

- 125.** La Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé (2002) a conclu que le dialogue social contribue de manière positive au développement et à la réforme des services de santé et revêt une importance particulière en période de changement structurel. Ce dialogue, qui, pour les services de santé, peut inclure au nombre des partenaires sociaux des représentants des pouvoirs publics ou des fournisseurs de services privés au côté des organisations d'employeurs et de travailleurs, est susceptible de prendre diverses formes, allant de l'échange d'informations aux mécanismes et processus de règlement des différends, en passant par la consultation, la négociation et la négociation collective. Le dialogue se déroule à différents niveaux, que ce soit avec la participation d'institutions nationales ou sur le lieu de travail et tient compte de ce qui s'applique au contexte et aux questions concernées. Dans les services de santé, le dialogue repose sur certaines valeurs et certains principes, notamment les besoins des patients, l'éthique professionnelle et l'accès abordable et universel aux soins de santé. Pour un dialogue social efficace, il faut des partenaires sociaux forts, représentatifs et indépendants, qui sachent reconnaître le rôle légitime de chacun. Grâce au dialogue, les partenaires tripartites ou bipartites peuvent avancer sur les questions communes et parvenir à des compromis lorsque leurs points de vue diffèrent.
- 126.** Les questions à l'ordre du jour touchent notamment aux réformes institutionnelles, au financement et à la qualité des services de santé, aux conditions de travail, aux compétences, à la formation permanente, au recrutement et au maintien dans l'emploi du personnel, à l'organisation des carrières, aux systèmes de rémunération et aux questions d'égalité entre hommes et femmes ¹⁴⁵. On considère que le dialogue social au niveau national est essentiel dans la conception et la mise en œuvre des seuils de protection sociale, qui jouent un rôle de premier plan dans le financement des systèmes de santé ¹⁴⁶.

5.2. Relations du travail

- 127.** Il est essentiel que les professionnels de la santé puissent se faire entendre et participer à la prise de décisions pour jouer un rôle actif dans la mise en place d'un environnement professionnel propice et de services de santé de qualité. La liberté d'exprimer leurs préoccupations, d'organiser et de participer librement au dialogue est garantie par les droits fondamentaux à la liberté syndicale et par la reconnaissance effective du droit de négociation collective. Les conclusions de la Réunion paritaire de 1998 sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé indiquent que: «Conformément aux conventions n^{os} 87, 98 et 151 de l'OIT, les travailleurs de la santé jouissent du même droit

¹⁴⁵ BIT: *Note sur les travaux, Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité* (Genève, 2003).

¹⁴⁶ OIT: Recommandation (n^o 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

d'organisation et de négociation collective que les travailleurs des autres secteurs. La détermination des salaires et les conditions de travail devraient faire l'objet de négociations entre les travailleurs et les employeurs du secteur de la santé.»¹⁴⁷

Encadré 5.1
Principaux instruments relatifs au dialogue social, à la liberté syndicale et à la négociation collective

- Convention (n° 87) sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, 1948
- Convention (n° 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949
- Convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978
- Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail et son suivi, 1998

128. La notion de participation des organisations d'employeurs et de travailleurs à l'élaboration de politiques de la santé figurait déjà dans la convention n° 149, qui énonce que, dans le cadre d'une programmation générale de la santé, «[...] une politique des services et du personnel infirmiers [...] sera élaborée en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs [...]» (article 2) et spécifie que «la participation du personnel infirmier à la planification des services infirmiers et la consultation de ce personnel sur les décisions le concernant» doivent être favorisées et que «la détermination des conditions d'emploi et de travail se fera de préférence par négociation entre les organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées» (article 5).

129. La négociation «gagnant-gagnant», qui ne perd pas de vue que l'intérêt public est de disposer de services de santé de qualité, peut créer un environnement propice à la prévention et au règlement des différends. Le Forum de dialogue mondial sur les défis à relever en matière de négociation collective dans la fonction publique de 2014 a aussi conclu que «[l]a négociation collective devrait être menée dans un contexte plus vaste qui soit capable d'encourager la mise en place et le maintien de services publics de qualité»¹⁴⁸.

130. Dans le monde entier, les services de santé sont considérés comme des services essentiels et, comme tels, soumis à des restrictions du droit à la grève dans de nombreux pays. Les organes de contrôle de l'OIT ont examiné à diverses reprises la question des services essentiels et des actions collectives connexes. La législation nationale prévoit généralement le maintien d'un niveau de services d'urgence, qui permet des actions de grève restreintes dans le secteur de la santé, pour autant que les services essentiels ou de première importance demeurent opérationnels. En Norvège, par exemple, il n'existe aucune restriction particulière du droit à la grève pour les travailleurs du secteur de la santé; cependant, il a souvent été mis fin à des grèves par des arbitrages contraignants au motif du danger qu'elles représentaient pour la santé et la vie des citoyens. A Chypre, la restriction du droit de grève dans les services essentiels, notamment les hôpitaux, a été abolie par un accord conclu en

¹⁴⁷ BIT: *Note sur les travaux, Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé, op. cit.*, conclusions, paragr. 10.

¹⁴⁸ BIT: *Points de consensus, Rôle joué par la négociation collective pour relever les défis auxquels la fonction publique est confrontée, notamment l'impact de la crise économique et financière*, Forum de dialogue mondial sur les défis à relever en matière de négociation collective dans la fonction publique, document GDFPS/2014/9; voir: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/meetingdocument/wcms_250903.pdf.

2004 entre les partenaires sociaux¹⁴⁹. Selon l'ISP, dans des pays comme le Libéria, les fonctionnaires n'ont pas le droit de se syndiquer¹⁵⁰. Un certain nombre de cas dont ont été saisis les organes de contrôle de l'OIT portent sur la discrimination antisyndicale et l'application de règlements relatifs aux services essentiels dans différents pays. En 2007, la Cour suprême du Canada a conclu que la Charte canadienne des droits et libertés protégeait le processus de négociation collective et que les sections de la loi de 2002 sur l'amélioration de la prestation des soins de santé et des services sociaux (projet de loi n° 29) qui restreignaient les droits de négociation des travailleurs de la santé étaient anticonstitutionnelles¹⁵¹.

- 131.** Le Comité de dialogue social sectoriel européen dans le secteur hospitalier et de la santé, pour lequel les partenaires sociaux sont l'HOSPEEM et la FSESP, a été créé en 2006. Les partenaires sociaux se sont mis d'accord sur des programmes de travail conjoints et ont adopté les documents suivants: Principes directeurs et exemples de bonnes pratiques sur le moyen de faire face au vieillissement de la main-d'œuvre des services de santé (2013); Recrutement et maintien/fidélisation – Un cadre d'actions (2010); Lignes directrices multisectorielles sur la violence de tiers et le harcèlement au travail (2010); Accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et de la santé (2009); et Code de conduite FSESP-HOSPEEM et suivi concernant le recrutement et la rétention transfrontaliers éthiques dans le secteur hospitalier (2008)¹⁵².
- 132.** En Afrique du Sud, la résolution de 2012 du Conseil de négociation du secteur public sur la réorganisation des horaires de travail appelle à une révision des horaires en vue de la prestation de soins de meilleure qualité¹⁵³.
- 133.** En novembre 2015, le ministère brésilien de la Santé et les partenaires sociaux ont signé un protocole concernant la Table de négociation permanente du système de santé national (*Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS*) afin d'établir un agenda du travail décent au bénéfice des travailleurs du système de santé national (*Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS), Protocolo – No. 009/2015*). Cet agenda vise à créer davantage d'emplois et des emplois de meilleure qualité dans le système national de santé; à renforcer la gestion du personnel de santé; à promouvoir le dialogue et la négociation sur les conditions de travail et sur les relations de travail dans le secteur; à combattre toute forme de discrimination au travail, en accordant une attention particulière au genre, à la race et à l'origine ethnique¹⁵⁴.

¹⁴⁹ Eurofound: *Employment and industrial relations in the health care sector* (Dublin, 2011); voir: www.eurofound.europa.eu (en anglais seulement).

¹⁵⁰ ISP: *Les priorités de l'ISP dans le domaine de la santé et la réponse syndicale à la maladie à virus Ebola* (Ferney-Voltaire, 2016); voir: <http://www.world-psi.org/fr>.

¹⁵¹ BIT NORMLEX: Cas relatifs à la liberté syndicale (2016); voir: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:1:0::NO>.

¹⁵² Tous les documents sont disponibles sur les sites www.epsu.org et www.hospeem.eu (en anglais seulement).

¹⁵³ J. Messenger et P. Vidal: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, op. cit.

¹⁵⁴ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; voir: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/02/protocolo-mesa009.pdf> (seulement en portugais).