



DIRECTIVES: MESURES INCITATIVES POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ



World Confederation
for Physical Therapy

Directives :
**Mesures incitatives pour les
professionnels de la santé**

Tous droits réservés, y compris pour la traduction en d'autres langues. La reproduction photomécanique de cet ouvrage, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite des organisations mentionnées ci-dessous. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2008 par: Conseil international des infirmières, Fédération internationale pharmaceutique, Fédération dentaire mondiale, Association médicale mondiale, Fédération internationale des hôpitaux, Confédération mondiale de la physiothérapie.

TABLE DES MATIÈRES

Collaboratrice	4
Remerciements	4
Avant-propos	5
Résumé pour décideurs	7
Introduction	9
Typologie des incitations utilisées dans les soins de santé	11
Incitations financières	13
Salaires et prestations monnayées	13
Paiements à la performance	14
Autres incitations financières	16
Incitations non financières	17
Mesures favorables au développement de carrière et professionnel	18
Gestion des charges de travail	19
Flexibilité dans l'organisation du travail	20
Qualité du cadre de travail	21
Accès aux prestations et soutiens	22
Anatomie d'un système d'incitations	25
Mise au point d'un paquet d'incitations	31
Conclusion	33
Annexe	35
Références	37

COLLABORATRICE

Mme Bridget Weller est au bénéfice d'une longue expérience dans le domaine de la santé publique et dans les politiques de services, de financement et de développement des ressources humaines communautaires. Elle a occupé, depuis plus de quinze ans, de nombreux postes de gestion et de politiques publiques. Ses domaines de prédilection sont notamment les stratégies et le développement des ressources humaines, les services de soins aigus, la fourniture de services de santé ruraux et régionaux, le financement des politiques de santé, la gestion de la demande et les services destinés aux enfants. Titulaire d'un bachelors de l'Université Monash (Melbourne, Australie), Mme Weller est aussi diplômée en administration publique (master de l'Université de Melbourne). Elle dispose en outre de qualifications et d'expériences dans le domaine de la rédaction professionnelle. Mme Weller est actuellement consultante et rédactrice basée à Édimbourg, au Royaume-Uni.

REMERCIEMENTS

Ces directives sont le fruit d'une commande de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, un partenariat administré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le cadre de ses travaux de recherche et d'application de solutions à la crise que traversent actuellement les ressources humaines pour la santé. Les vues et les opinions exprimées par les auteurs de ces directives ne reflètent pas forcément les vues de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé ou de l'OMS. Il s'agit d'une initiative commune du Conseil international des infirmières, de la Fédération internationale pharmaceutique, de la Fédération dentaire mondiale, de l'Association médicale mondiale, de la Fédération internationale des hôpitaux et de la Confédération mondiale pour la thérapie physique. Cette initiative s'intègre dans un cadre plus vaste visant à promouvoir des environnements de travail garantissant la sécurité, la santé et le bien-être du personnel soignant, à favoriser la fourniture de soins de qualité et à améliorer la motivation, la productivité et la performance des individus et des organisations, autant de facteurs contribuant au renforcement des systèmes de santé et à l'amélioration des résultats pour les patients.

L'annexe contient de plus amples renseignements au sujet des partenaires du projet.

Les membres du groupe remercient le Conseil international des infirmières de son soutien, en particulier de la gestion et de la coordination du projet en leur nom.

AVANT-PROPOS

L'écart de plus en plus marqué entre l'offre de professionnels de la santé et la demande pour leurs services est devenu un problème de santé et de développement d'ampleur mondiale. Dans ce contexte, les décideurs politiques et les responsables de la planification et de l'encadrement sont à la recherche de méthodes efficaces de recrutement et de fidélisation du personnel. L'une de ces méthodes consiste à concevoir et appliquer des mesures incitatives efficaces.

L'Organisation mondiale de la santé, dans un rapport intitulé *Working Together for Health* («Travailler ensemble pour la santé», 2006a), indique qu'il manque 4,3 millions de travailleurs de la santé au niveau mondial, dont environ 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes. Concrètement, cette pénurie prive plus d'un milliard de personnes de tout accès aux soins de santé. De nombreux pays sont affectés, cinquante-sept connaissant une véritable crise à cet égard.

Le rapport de l'OMS indique en outre que toute stratégie de mise en valeur des ressources humaines doit être axée sur les trois défis que sont l'amélioration du recrutement, l'amélioration de la performance de la force de travail existante et l'infléchissement du taux d'abandon de la profession (WHO 2006a). L'application de mesures incitatives, ou incitations, peut s'avérer utile dans ces trois contextes, en permettant aux systèmes de santé d'attirer et de retenir des professionnels de soins de santé aux compétences essentielles et très recherchées. L'application d'ensembles de mesures incitatives bien pensés peut, de plus, renforcer la motivation, la satisfaction et l'efficacité de la main- d'œuvre.

Certains pays ont déjà adopté des systèmes complets de mesures incitatives (Dambisya 2007; Zurn *et al.* 2005; Langenbrunner & Xingzhu Lui 2004; CII *et al.* 2008, inédit). Ailleurs, beaucoup reste encore à faire. L'engagement des gouvernements, des employeurs et des gestionnaires sera indispensable pour mettre au point des plans dotés des financements nécessaires, bien ciblés et, plus important, répondant aux besoins et priorités des professionnels de la santé et garantissant la fourniture de soins de qualité.

La prise de décisions informées exige la poursuite des travaux de recherche et de réflexion autour du développement de systèmes d'incitations performants. L'amélioration du suivi, la création de bases d'informations, le partage des bonnes pratiques et des leçons tirées de l'expérience, sont autant d'éléments cruciaux pour l'instauration de meilleurs espaces de travail, pour le renforcement de la main d'œuvre pour la santé et pour l'amélioration de la sécurité et des résultats pour les patients.

Conseil international des infirmières

Fédération internationale pharmaceutique

Fédération dentaire mondiale

Association médicale mondiale

Fédération internationale des hôpitaux

Confédération mondiale de la physiothérapie

RÉSUMÉ POUR DÉCIDEURS

Les gouvernements, gestionnaires et professionnels de la santé soucieux d'améliorer l'état de santé des populations et de participer aux efforts de développement au niveau mondial sont actuellement confrontés au problème de l'écart de plus en plus marqué entre l'offre de professionnels de la santé et la demande pour leurs services. Un certain nombre de facteurs complexes et interdépendants sont à l'origine de la pénurie généralisée de main-d'œuvre que l'on constate à l'heure actuelle. Parmi ces facteurs on peut citer le sous-financement des systèmes de santé, les conditions de travail insatisfaisantes et l'insuffisance des méthodes de gestion des ressources humaines.

C'est dans ce contexte que les décideurs politiques et les gestionnaires de la santé s'intéressent désormais à la mise en œuvre de mesures incitatives susceptibles d'améliorer le recrutement, la motivation et la rétention du personnel de santé. Les incitations sont un levier important à la disposition des organisations pour attirer, retenir, motiver et satisfaire leurs collaborateurs, et en améliorer la performance professionnelle. L'utilisation d'incitations est fréquente dans toute une série d'organisations privées et publiques. Les incitations peuvent être appliquées individuellement, à des groupes et à des équipes de travailleurs, voire à des organisations entières. Leur forme dépend de l'employeur : organisation non-gouvernementale, publique ou privée, etc. On distingue les incitations positives et négatives, financières et non financières, concrètes et intangibles.

Les incitations financières font partie intégrante des contrats de travail. Elles consistent en «paiements directs des employeurs aux employés» (Kingma, 2003, p. 3) : salaires, primes ou prêts. Il en existe trois catégories principales. Tout d'abord, les salaires et autres avantages en espèces offerts aux employés en fonction de leur cahier des charges et de leurs fonctions. Puis, des paiements complémentaires, ou primes, liés à la réussite de certains objectifs de performance. Les paiements sont effectués soit d'avance, soit après-coup, sur la base de l'évaluation des travailleurs ou du processus de supervision. Enfin, certaines autres incitations financières ne sont pas directement liées à l'accomplissement de tâches individuelles : il s'agit de l'accès à des bourses ou à des services financiers spécifiques.

La littérature relative à l'application des systèmes d'incitations considère que les mesures d'ordre financier ne suffisent pas, à elles seules, à retenir et motiver le personnel. La recherche confirme que certaines incitations non financières sont tout aussi importantes. Ceci se vérifie à la fois dans les pays riches, où le personnel dispose d'un niveau de vie élevé, que dans des pays relativement moins bien dotés.

Les incitations non financières consistent, par exemple, en l'octroi d'une certaine autonomie au travail, d'horaires flexibles et de reconnaissance professionnelle. Ces mesures sont particulièrement importantes pour les pays et organisations dont la capacité à prodiguer des incitations financières est limitée par les faibles ressources. Par contre, les approches non financières exigent un investissement important en temps et en énergie, ainsi qu'un engagement résolu de la part de toute l'organisation concernée. Les incitations doivent être conçues après consultation avec les parties prenantes. Elles doivent être adaptées aux objectifs stratégiques de l'organisation, aux normes et valeurs locales et personnelles ainsi qu'aux circonstances. L'importance et le potentiel des incitations non

financières sont largement reconnus. Cependant, il faut observer qu'il existe des limites à ce qu'il est possible d'accomplir avec des mesures de cette nature exclusivement.

Le développement de systèmes d'incitations et leur application aux soins de santé est un domaine encore émergent. Une gamme très vaste de mesures a déjà été appliquée, en fonction d'approches financières et non financières, en lien avec divers résultats de performance et visant différentes catégories de professionnels de la santé.

À ce jour, nous ne disposons que d'un nombre très limité d'évaluations de ces démarches. Quoi qu'il en soit, les recherches menées auprès de professionnels de la santé suggèrent que les systèmes d'incitations les plus efficaces partagent les caractéristiques suivantes :

- Ils sont dotés d'objectifs clairs.
- Ils sont réalistes et peuvent effectivement être mis en œuvre.
- Ils reflètent les besoins et préférences des professionnels de la santé.
- Ils sont bien conçus, sont adaptés à l'objectif poursuivi et ont une portée stratégique.
- Ils s'inscrivent pleinement dans leur contexte d'application.
- Ils sont justes, équitables et transparents.
- Ils sont mesurables.
- Ils intègrent des éléments financiers et non financiers.

Comme il est dit plus haut, les systèmes d'incitations les plus efficaces doivent être adaptés aux contextes spécifiques dans lesquels ils seront mis en œuvre. Il ne saurait y avoir à cet égard d'approche standardisée du développement d'un ensemble de mesures incitatives répondant aux besoins d'une organisation donnée ou d'un groupe spécifique de professionnels de la santé. Cependant, une approche systématique peut être proposée et adaptée à des besoins locaux.

Qu'elles soient ou non de nature financière, les incitations sont des outils dont les gouvernements et les employeurs peuvent user pour entretenir une main-d'œuvre dotée des qualifications et de l'expérience nécessaires pour prodiguer des soins. Leur mise en œuvre exige non seulement la manifestation d'une certaine volonté politique et un travail assidu, mais encore la reconnaissance, par toutes les parties concernées, de l'engagement, des aptitudes des professionnels de la santé, et donc des avantages qu'ils constituent pour les systèmes de santé du monde entier.

Le plus grand atout d'un service de santé réside dans ses collaborateurs. La mise en œuvre de systèmes d'incitations efficaces est un investissement grâce auquel ce capital pourra être préservé et développé.

INTRODUCTION

Cette étude a été commandée par les organisations représentatives des professions de santé, avec l'appui de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. Elle vise à donner un aperçu de l'utilisation des incitations destinées aux professionnels des soins de santé. Elle décrit certaines des approches adoptées et présente les caractéristiques communes aux systèmes d'incitations les plus efficaces. L'étude propose aussi plusieurs approches de leur développement et de leur mise en œuvre.

Les gouvernements, gestionnaires et professionnels de la santé soucieux d'améliorer l'état de santé des populations et de participer aux efforts de développement au niveau mondial sont actuellement confrontés au problème de l'écart de plus en plus marqué entre l'offre de professionnels de la santé et la demande pour leurs services. L'Organisation mondiale de la santé estime (2006a) qu'il manque 4,3 millions de travailleurs de la santé au niveau mondial, dont environ 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes. L'OMS indique que 57 pays traversent une pénurie de main-d'œuvre qualifiée de «critique»; trente-six de ces pays sont situés en Afrique sub-saharienne. Dans certains États, l'existence de professionnels de la santé au chômage ou sous-employés coïncide avec des pénuries de personnel disponible, ce qui aggrave la pénurie de main-d'œuvre.

Cette situation est lourde de conséquences pour la fourniture des soins et pour l'amélioration de l'état de santé des populations. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à 2015, et le succès de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies encore, sont ainsi compromis. Pour couvrir les besoins de santé prioritaires, la force de travail devrait tripler en Tanzanie et quadrupler au Tchad d'ici à 2015 (WHO & World Bank, 2003). Dans certains pays, la pénurie de main-d'œuvre signifie que de nombreuses communautés n'ont pas accès, ou n'ont qu'un accès très restreint, aux services de santé, notamment dans les zones rurales et reculées. De leur côté, certains pays industrialisés ont été contraints de fermer des unités de soins, voire des hôpitaux entiers, par manque de personnel qualifié (Kusserow, 1989).

De nombreux pays indiquent qu'une partie de leurs postes de professionnels de la santé sont vacants. Or, simultanément, une fraction du personnel de santé qualifié de ces mêmes pays est sous-employée, une situation imputable aux salaires insuffisants, aux mauvaises conditions de travail et à des obstacles géographiques, notamment. En 2002, par exemple, l'*American Hospital Association* estimait à 126 000 le nombre de postes infirmiers vacants aux seuls États-Unis, soit un taux de 11% (Muliira, sans date). Toujours aux États-Unis, Croasdale (2005) situait le déficit de médecins entre 51 000 et 228 000 unités. La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a montré que 63% des établissements interrogés dans le cadre d'une enquête menée en Colombie britannique n'arrivaient pas à pourvoir tous leurs postes de pharmaciens, soit un taux de vacance de 10% au niveau de la province (Naumann, 2004). En Afrique du Sud, plus de 30 000 postes d'infirmières étaient vacants en 2003. Certains indices donnent à penser que les infirmières sont encore plus nombreuses à connaître le chômage (Zurn *et al.*, 2005).

Plusieurs facteurs complexes et interdépendants sont à l'origine de la pénurie généralisée de main-d'œuvre que l'on constate à l'heure actuelle. Il s'agit :

- Du sous-financement des systèmes de santé et de la négligence avec laquelle ils sont gérés.
- De mauvaises pratiques et structures de gestion et de planification des ressources humaines.
- Des mauvaises conditions de travail :
 - surcharges
 - absence d'autonomie professionnelle
 - manque de supervision et de soutien
 - longueur des horaires
 - insécurité au travail
 - inadaptation des structures de carrière
 - salaires inéquitables
 - accès limité aux fournitures, aux outils et à l'information
 - accès limité ou inexistant aux possibilités de développement professionnel
- De l'impact du VIH/sida.
- Des migrations internes et transfrontalières d'infirmières.

(WHO 2006a; Caldwell & Kingma 2007)

De nombreux facteurs expliquent l'insatisfaction au travail et la faible motivation des professionnels de la santé, au premier rang desquels la complexité et la difficulté de gérer les exigences divergentes en matière de soins aux patients. Ces facteurs ont, en outre, un impact négatif sur la rétention du personnel et, de manière importante, sur la qualité des soins prodigués.

Selon Zurn *et al.* (2005, p.3), la motivation au travail est un facteur clé de la performance des individus et des organisations; elle influence également l'intention de quitter le lieu de travail. Mathauer et Imhoff (2006) ajoutent :

«La faible motivation a des conséquences négatives sur la performance des travailleurs, celle des institutions et celle du système de santé en général. En outre, elle s'ajoute aux facteurs poussant à l'exode des travailleurs de la santé des campagnes vers les villes et vers l'étranger. Les responsables de la gestion des ressources humaines pour la santé doivent donc se donner pour objectif de renforcer la motivation des travailleurs...»

Zurn *et al.* (2005) insistent sur le fait que les autorités législatives et les responsables de la gestion des systèmes de santé doivent tout mettre en œuvre pour recruter des collaborateurs et pour les inciter à rester à leurs postes en s'acquittant de leurs tâches conformément aux cahiers des charges. Tel est le contexte dans lequel les décideurs politiques, les responsables de la planification et les gestionnaires s'intéressent désormais à la mise en œuvre de mesures incitatives susceptibles d'améliorer le recrutement, la motivation et la rétention du personnel de santé.

TYPOLOGIE DES INCITATIONS UTILISÉES DANS LES SOINS DE SANTÉ

La fourniture de services de santé est une tâche complexe et souvent très exigeante. Les professionnels de la santé doivent assumer de nombreuses responsabilités. Ils sont confrontés à de fortes attentes de la part des patients, des communautés et des organisations qui les emploient. Enfin, ils doivent parfois jongler avec des exigences organisationnelles et cliniques contradictoires. Ceci exige la maîtrise d'une large gamme d'aptitudes, de nature aussi bien interpersonnelle que très technique et spécialisée. Dans le même temps, les professionnels de la santé constituent la principale ressource du secteur de la santé. La force de travail sanitaire absorbe en effet entre 40% et 90% des budgets des services de santé. Les systèmes de santé ont toujours eu tendance à envisager les ressources humaines comme un centre de coût, plutôt que comme un investissement.

Comme l'observent Hongoro et Normand (2006, p. 1310), les marchés de l'emploi obéissent à la théorie économique dans la mesure où «un travailleur de la santé acceptera un poste pour autant que les avantages pour lui l'emportent sur le coût d'opportunité». Ces «avantages» sont les incitations, financières ou non, capables de convaincre un professionnel de la santé de rester dans la force de travail. À l'inverse, les risques, frustrations et coûts d'opportunité sont autant de facteurs de découragement.

Les incitations sont un levier important à la disposition des organisations pour attirer, retenir, motiver et satisfaire leurs collaborateurs, et en améliorer la performance professionnelle. L'utilisation d'incitations est fréquente dans toute une série d'organisations privées et publiques. Elles peuvent être appliquées individuellement, à des groupes et des équipes de travailleurs, à des organisations entières. Leur forme dépend de l'employeur : organisation non-gouvernementale, publique ou privée, etc. On distingue les incitations positives et négatives, financières et non financières, concrètes et intangibles. Elles consistent en «paiements directs des employeurs aux employés» (Kingma, 2003, p.3) : salaires, primes et prêts. Les incitations non financières consistent, par exemple, en l'octroi d'une certaine autonomie au travail, d'horaires flexibles et de reconnaissance professionnelle (Zurn *et al.*, 2005; Hongoro & Normand, 2006; Kingma, 2003; Caldwell & Kingma, 2007).

L'OMS définit les incitations comme «l'ensemble des récompenses et des pénalités que les prestataires peuvent recevoir du fait des organisations pour lesquelles ils travaillent, des institutions qui les régissent et des interventions particulières qu'ils exécutent» (WHO, 2000, p. 61). Mathauer & Imhoff (2006) définissent une incitation comme «l'application d'une mesure susceptible d'influencer les médecins et infirmières dans leur volonté de consentir un effort pour atteindre des objectifs organisationnels et de persévérer dans cet effort». Au sens strict, une incitation consiste en «une prestation explicite ou implicite, de nature financière ou autre, récompensant l'accomplissement d'un acte donné» (Saltman *in* Zurn *et al.*, 2005, p. 14). Plus largement, les mesures incitatives peuvent être considérées

comme les facteurs et / ou conditions régnant au sein des environnements de travail des professionnels de la santé qui les encouragent, les motivent et leur permettent de rester à leur poste, dans leur profession et dans leur pays. Le Tableau 1 présente différents types d'incitations.

Tableau 1. Exemples d'incitations

Financières	Non financières
<p>Conditions d'emploi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salaires • Retraites • Assurances (assurance maladie par exemple) • Allocations (pour logement, habits, frais de garde d'enfants, transports, garage, etc.) • Congés payés <p>Primes à la performance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accomplissement d'objectifs de performance • Durée de service • Lieu ou genre de travail (par exemple, activité en zone reculée) <p>Autre forme d'appui financier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bourses • Octroi de prêts à des conditions préférentielles 	<p>Qualité du cadre de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie et clarté des rôles et responsabilités • Ressources suffisantes • Reconnaissance du travail accompli et des succès enregistrés • Soutien par la hiérarchie et par les pairs • Charges de travail raisonnables; bonne répartition des charges de travail • Gestion adéquate des risques pour la santé au travail, notamment sécurité et propreté du contexte de travail • Bonne représentation des employés et bonne communication avec les employés • Application effective d'une politique d'égalité des chances • Octroi de congés parentaux • Garantie de la durabilité de l'emploi <p>Souplesse dans l'organisation du travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaires flexibles • Possibilité de marquer des pauses dans le parcours professionnel <p>Mesures favorables au développement de carrière et professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervision efficace • Structures de coaching et de mentorat • Accès et soutien à la formation et à l'éducation • Octroi de congés sabbatiques <p>Disponibilité de services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé • Écoles et prise en charge des enfants • Mise à disposition d'espaces récréatifs • Logement • Transport <p>Récompenses intrinsèques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction professionnelle • Réussite personnelle • Engagement pour des valeurs partagées • Respect des collègues et de la communauté <p>Appartenance à une équipe, sentiment d'intégration</p>

Source : d'après Buchan *et al.*, in Adams & Hicks, 2001; Caldwell & Kingma, 2007; Dambisya, 2007.

INCITATIONS FINANCIÈRES

Les incitations financières font partie intégrante des contrats de travail. Hongoro et Normand (2006, p. 1311) citent une étude estimant que «la moitié au moins de la variation du turnover est imputable à des incitations financières».

Langenbrunner et Xingzhu Liu (2004) décrivent les mécanismes de répartition et de financement des ressources, ainsi que les relations qui sous-tendent ces approches, en particulier :

- L'approche dite du remboursement, selon laquelle les prestataires sont payés après fourniture de leurs services;
- L'approche contractuelle, impliquant «une forme ou une autre d'accord préalable»; et
- L'approche intégrée, qui centralise les rôles de client et de prestataire au sein d'une même structure organisationnelle.

Dans le contexte de ces régimes de financement, les incitations financières offertes aux travailleurs de la santé peuvent être regroupées en trois catégories principales. Tout d'abord, les salaires et autres avantages en espèces offerts aux employés en fonction de leur cahier des charges et de leurs fonctions. Puis, des paiements complémentaires, ou primes, liés à la réalisation de certains objectifs de performance. Ces paiements sont effectués soit d'avance, soit après-coup, sur la base de l'évaluation des collaborateurs ou du processus de supervision. Enfin, certaines autres incitations financières ne sont pas directement liées à l'accomplissement de tâches individuelles : il s'agit de l'accès à des bourses ou à des services financiers spécifiques.

Salaires et prestations monnayées

Le niveau des salaires payés aux travailleurs est un facteur crucial de la capacité d'inciter des candidats à envisager une carrière dans les services de santé. C'est, en effet, par les salaires qu'elle propose qu'une institution se positionne dans la compétition avec d'autres employeurs potentiels actifs sur les marchés nationaux et internationaux.

Dans le rapport d'évaluation d'un projet de la Banque mondiale dans le domaine de la santé, on peut lire que «l'exode des travailleurs de la santé appartenant à la fonction publique du Malawi... est en grande partie due à l'érosion des salaires» (Record & Mohiddin, 2006). Au niveau national, le respect des principes d'égalité des chances et «de salaire égal pour un travail égal» s'est révélé déterminant pour le recrutement et la rétention des professionnels des soins de santé (Kingma, 2006). Des salaires et indemnités raisonnables, ainsi que la perception d'une réelle équité des salaires en comparaison locale, favorisent la rétention du personnel soignant et diminuent l'attractivité de l'emploi sur le marché international.

Dans un certain nombre de pays, la garantie d'un niveau de rémunération adéquat est, désormais, un facteur déterminant de la fidélisation de la main d'œuvre.

Exemples

- En octobre 2004, le Malawi inaugurerait une «approche sectorielle globale», impliquant notamment une consolidation des fonds émanant des principaux donateurs dans le budget du Ministère de la santé. Grâce à cette nouvelle approche, les salaires de la plupart des catégories d'infirmières et de médecins ont augmenté de 40% à 60% (Record & Mohiddin, 2006).
- En 2006, le Ministère de la santé du Ghana a décidé d'améliorer les salaires par l'octroi d'indemnités pour heures supplémentaires notamment. (ICN *et al.*, 2008, inédit). La mesure s'applique aux dentistes, pharmaciens, physiciens, infirmières, sages-femmes et physiothérapeutes. Elle garantit aux travailleurs une meilleure couverture sociale au terme de leur vie professionnelle. Jusqu'ici, l'impact est positif et le taux d'usure des effectifs est en diminution.
- L'introduction d'«indemnités extraordinaires» au profit des médecins kényans «a entraîné un triplement *de facto* de leurs salaires», avec pour conséquence la disponibilité de 500 praticiens supplémentaires (Mathauer & Imhoff, 2006, p. 6).
- Un pays de l'Afrique australe indique avoir augmenté les indemnités pour heures supplémentaires de 15% à 30% afin d'améliorer la fidélisation des infirmières (ICN *et al.*, 2008, inédit).

Paiements à la performance

Dans certains cas, les primes sont payées sous la forme d'un complément de salaire pour service supplémentaire, ou en fonction du genre de travail ou du lieu où il s'accomplit. Ces mécanismes sont appliqués là où le marché est incapable d'assurer une bonne répartition des travailleurs de la santé. Souvent, l'octroi de primes vise à inciter certaines personnes à accepter des postes dans les zones rurales, où les carences en matière d'infrastructures, la forte demande en services et le manque de soutien et de perspectives de carrière n'incitent guère les travailleurs de la santé à s'établir. Une étude portant sur les professionnels de la santé de l'ouest de l'Australie, région rurale et relativement difficile d'accès, a ainsi montré que la raison la plus fréquemment invoquée de l'abandon de la pratique rurale était le choix limité d'établissements scolaires pour les enfants (Kruger & Tennant, 2005).

Les incitations sont aussi appliquées pour remédier au problème de la fidélisation d'une force de travail vieillissante. Certaines organisations consentent par exemple une augmentation de salaire après une durée déterminée de rapports de service. Cette forme d'incitation vise à promouvoir la continuité des soins, à réduire le nombre de nouveaux recrutements et à retenir les collaborateurs les plus expérimentés (voir exemples ci-après).

Mais l'octroi d'avantages financiers est de plus en plus souvent lié à la réussite d'objectifs fixés au niveau individuel ou de l'entreprise. Dans certains cas, en particulier au sein des systèmes de santé appliquant un modèle acheteur-fournisseur, les exigences de performance sont intégrées au mécanisme de financement lui-même. L'incapacité à atteindre les objectifs peut entraîner un réajustement des financements, ou leur transfert vers des organisations, des groupes de pratique ou des individus plus performants. Dans d'autres cas, une part déterminée des services sera soumise à un appel d'offres. Des

mécanismes de contrôle et d'assurance qualité sont alors instaurés pour garantir que les incitations destinées à maximiser l'efficacité ne compromettent pas la qualité des services prodigués.

Les primes octroyées aux professionnels de la santé dépendent du type d'emploi et des tâches individuelles. Les incitations liées à la performance sont généralement prévues dans les contrats des cadres et consultants de haut niveau. Elles reflètent alors les résultats généraux que l'organisation s'efforce d'atteindre. Simultanément, ces incitations traduisent la plus grande responsabilité personnelle, ainsi que les qualifications supérieures, des consultants et cadres appelés à orienter, à leur tour, les objectifs organisationnels. Pour ce qui est des travailleurs affectés aux soins directs aux patients, ou du personnel d'appui, les exigences de performance sont généralement liées aux résultats individuels et au développement professionnel. L'évaluation à cet égard est réalisée par l'encadrement.

Bien que généralement appliqués au niveau des organisations ou des individus, les systèmes d'incitations s'appliquent parfois aussi au niveau des équipes. Leurs membres se partagent alors les récompenses consenties pour la réalisation de résultats dont ils sont collectivement responsables. Puisque toutes les parties ont intérêt à améliorer leur performance d'équipe, cette approche présente un certain nombre d'avantages potentiels. Elle favorise en effet l'amélioration systématique du fonctionnement des équipes en suscitant des relations positives d'entraide mutuelle. Pour cette raison, nombre de professionnels de la santé sont plus particulièrement ouverts aux incitations visant les équipes (Kingma, 2003). Dans un contexte marqué par la «jalousie», certaines personnes interrogées estiment que «les efforts individuels ne mènent à rien : le progrès passe par un travail d'équipe». Les auteurs de l'étude en concluent qu'«il est parfois nécessaire d'articuler les systèmes de gestion de la performance autour des identités de groupe» (Mathauer & Imhoff, 2006, p.13). De telles approches seront particulièrement pertinentes dans des domaines tels que la gestion des maladies chroniques, où les modèles multidisciplinaires de fourniture de soins ont déjà montré leur efficacité (Chaix-Couturier *et al.*, 2000).

Exemples

- Dans tel pays d'Afrique, les infirmières et officiers de santé affectés aux établissements de régions reculées à forte prévalence au VIH reçoivent une prime de 31% après trois ans de service (ICN *et al.*, 2008, inédit).
- L'Ouganda a introduit un système de partage des coûts grâce auquel les travailleurs de la santé reçoivent des primes dont le montant représente de 50% à 150% du salaire. Les bénéficiaires interrogés indiquent passer davantage de temps au travail et se sentir valorisés. La qualité des services augmente elle aussi (Kipp *et al.*, 2001).

- Au Cambodge, des professionnels de la santé se sont vus proposer des primes en échange du «strict respect du règlement» (Disease Control Priorities Project, 2006; Soeters & Griffiths, 2003), l'objectif étant d'augmenter le nombre des heures ouvrées et de réduire les compléments de salaires réclamés directement aux patients. Suite à l'introduction de cette mesure, les coûts de la santé familiale ont chuté dans une proportion pouvant atteindre 40%.
- En Afrique du Sud, les autorités ont introduit une indemnité «pour compétences particulièrement recherchées», représentant de 10% à 15% du salaire annuel, en fonction de la catégorie professionnelle. Cette allocation concerne plus de 60 000 professionnels de la santé, indépendamment du lieu de travail. Sont concernés les médecins, les dentistes, les spécialistes en médecine et en soins dentaires, les pharmaciens, les radiologues, plusieurs catégories de thérapeutes et les infirmières spécialisées en technique opératoire, en soins critiques et intensifs et en oncologie (Reid, 2004). Cependant, le système s'est révélé contre-productif parmi les infirmières spécialistes et les infirmières auxiliaires, exclues de l'offre.

Autres incitations financières

Les incitations d'ordre financier prennent aussi la forme de subventions au transport, au logement ou à d'autres dépenses de la vie courante. Ces incitations sont très efficaces dans les régions où ces prestations sont particulièrement recherchées, ou si les dépenses afférentes sont clairement identifiées comme un frein au recrutement et à la rétention du personnel. En outre, les mesures financières non monétaires sont parfois plus intéressantes pour les organisations, étant donné qu'elles n'ont pas d'impact sur leur trésorerie.

Exemples

- Au Ghana, le Ministère de la santé offre aux travailleurs de la santé une déduction fiscale sur l'achat de véhicules privés neufs. Le coût des véhicules est déduit du salaire pendant une durée de cinq à sept ans. L'initiative a eu un impact positif (ICN *et al.*, 2008, inédit).
- Pour réduire l'exode de ses diplômés, un État insulaire indique qu'il consent désormais des prêts sans intérêt aux étudiants qui choisissent de rester au pays. Ces intérêts sont cependant exigibles en cas de départ à l'étranger (ICN *et al.*, 2008, inédit).
- Une nation africaine a introduit une «initiative de pratique privée» aux termes de laquelle les professionnels de la santé sont autorisés à donner des consultations privées dans les hôpitaux publics. Un certain pourcentage des honoraires est reversé à l'hôpital, le solde restant en mains du praticien (ICN *et al.*, 2008, inédit).
- Un pays des Caraïbes gratifie le personnel venant de l'étranger d'une allocation pour faciliter son installation au pays, accompagnée de subventions pour l'achat d'un logement (ICN *et al.*, 2008, inédit).

INCITATIONS NON-FINANCIÈRES

La littérature sur les systèmes d'incitations admet, de manière quasi-unanime, que les mesures d'ordre financier ne suffisent pas, à elles seules, à retenir et motiver le personnel. De nombreuses recherches empiriques, fondées sur des enquêtes auprès du personnel et sur des entretiens qualitatifs, confirment que les mesures non financières sont tout aussi importantes. Ceci se vérifie à la fois dans les pays riches, où le personnel dispose d'un niveau de vie élevé, que dans des pays relativement pauvres.

Dans les deux catégories de pays, les incitations non financières sont appréciées non seulement pour l'avantage immédiat qu'elles représentent pour les professionnels de la santé, mais aussi en ce qu'elles permettent aux employeurs de reconnaître et de distinguer les contributions et l'engagement de leurs employés, de même que de tenir compte des difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne.

Ces mesures sont particulièrement importantes pour les pays et organisations dont la capacité à prodiguer des incitations financières est contrainte par des ressources financières limitées. Par contre, les approches non financières exigent un investissement important en temps et en énergie, ainsi qu'un engagement déterminé de la part de toute l'organisation concernée, voire de tout le système de santé. Dambisya (2007), dans une analyse extensive des incitations non financières appliquées au secteur de la santé des pays d'Asie de l'est et du sud, montre que «le succès de l'application des mesures d'incitation non financières est associé :

- à la qualité de la consultation conduite au stade de la planification;
- à une planification stratégique à long terme pleinement intégrée au cadre de planification du secteur de la santé;
- à la durabilité des mécanismes de financements, par exemple les budgets nationaux, et
- à la coordination des financements de donateurs et des budgets nationaux au sein d'une approche sectorielle ou d'une budgétisation globale, par opposition à l'octroi de financements au cas par cas.»

La mise au point de récompenses non financières efficaces doit être étroitement coordonnée avec les objectifs stratégiques, les normes et valeurs personnelles et locales ainsi que toute autre exigence spécifique. À défaut, le système risque de mécontenter les professionnels de la santé qu'il est censé attirer, en suscitant un effet démotivant et décourageant.

L'importance et le potentiel des incitations non financières sont largement reconnus. Cependant, il faut observer qu'il existe des limites à ce qu'il est possible d'accomplir avec des mesures de cette nature exclusivement. Comme le relèvent Mathauer et Imhoff (2006) dans leur étude portant sur les incitations non financières dispensées au personnel soignant du Bénin et du Kenya,

«les incitations non-financières et les outils de gestion de la main d'œuvre et de la qualité ne sont pas une panacée aux graves difficultés rencontrées dans le domaine des ressources humaines. De même, ils ne suffisent pas à compenser le sous-investissement et les déficits structurels qui caractérisent les systèmes de santé de nombreux pays à faible revenu. Il n'existe en effet pas de solution miracle à cet égard».

Mesures favorables au développement de carrière et professionnel

Quelles sont les incitations non financières préférées des professionnels de la santé ? La littérature spécialisée cite les incitations suivantes comme étant très largement appréciées des professionnels de la santé : la possibilité d'accéder à des formations et à une éducation formelles et informelles; une bonne supervision clinique et personnelle, un système de tutorat efficace; une approche réfléchie et encourageante de l'apprentissage tout au long de la vie et du développement personnel.

Le développement professionnel, la formation et l'éducation sont tous motivants aux yeux des professionnels de la santé, qui y puisent la confiance nécessaire pour accomplir leurs tâches. Utilisées de manière judicieuse, les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie répondent aux objectifs personnels et organisationnels tout en garantissant le développement des capacités nécessaires à la fourniture de soins aux patients plus efficaces. Elles constituent, d'autre part, un avantage personnel permanent pour les professionnels de la santé, en augmentant leur valeur sur le marché du travail (van Lerberghe *et al.*, 2002).

Les possibilités de formation et de développement sont particulièrement efficaces dans la mesure où elles suscitent de meilleures ouvertures de carrière, où elles sont couplées à des allocations pour qualifications complémentaires et autres avantages financiers, et où elles sont axées sur les besoins spécifiques des individus et des organisations.

Les formations doivent en outre être adaptées aux conditions locales (Mathauer & Imhoff, 2006). Un cours qui aboutit à l'acquisition d'une aptitude inexploitable dans la structure professionnelle de son bénéficiaire ne peut qu'engendrer frustration et démotivation. Ainsi, les professionnels de la santé formés à l'utilisation d'un équipement auquel ils n'auront pas accès dans leur contexte de travail éprouveront un sentiment de frustration. Ajoutons qu'il s'agirait là, par ailleurs, d'un bien mauvais emploi des ressources consacrées à la formation.

Les formations conçues pour répondre aux besoins des individus et des organisations doivent être pratiques et réalistes. Un enseignement de base abordant les questions prioritaires doit être dispensé partout où l'exige la fourniture de services sûrs et efficaces. Une étude a montré que les professionnels de la santé travaillant dans les pays africains à forte prévalence au VIH/sida s'inquiètent des risques associés à leur activité, et que cette inquiétude exerce une influence démoralisante. Certaines des personnes interrogées indiquent que le suivi d'une formation spécifique a permis de mitiger dans une grande mesure cet effet négatif.

Exemples

- La province canadienne de l'Ontario a lancé, entre 2004 et 2005, une initiative de tutorat à l'intention des infirmières diplômées de l'enseignement universitaire. Un financement initial est accordé pour le développement de programmes de formation de nouvelles infirmières et de mise à niveau d'infirmières changeant de secteurs et d'organisations ou assumant de nouveaux rôles (Government of Ontario, 2007).
- Un État africain a ouvert des établissements chargés, au niveau local, de la formation de troisième cycle de nouveaux dentistes, pharmaciens, infirmières, sages-femmes et physiothérapeutes. Dans le cadre du même projet, des spécialistes reçoivent une aide pour le suivi de cours de formation à distance, tout en poursuivant leur pratique (ICN *et al.*, 2008, inédit).
- Pour améliorer la fourniture de services en zone rurale, un programme de formation locale des travailleurs de la santé vient d'être lancé dans un pays d'Amérique du Sud. Les travailleurs suivent un cursus de trois ans, au terme duquel ils sont embauchés par les organisations qui ont soutenu leur formation (ICN *et al.*, 2008, inédit).

Gestion des charges de travail

Les professionnels de la santé s'inquiètent souvent des charges de travail trop importantes et impossibles à assumer. Celles-ci sont à l'origine de mauvaises performances, d'une faible motivation et de l'épuisement; à terme, elles risquent d'entraîner l'abandon de leurs emplois, voire de leur secteur d'activité, par les professionnels de la santé.

Les charges de travail excessives sont imputables à de nombreux facteurs. Les pénuries de personnel soignant – qu'elles soient dues à un manque de postes financés ou de candidats à des postes existants – obligent parfois les travailleurs à assumer des tâches supplémentaires, même s'ils ne possèdent pas les qualifications nécessaires pour les exercer avec toute la compétence voulue. Les interactions avec les patients risquent alors de se compliquer (Gilson *et al.*, 2004). Un cycle s'enclenche de pénuries de personnel soignant entraînant une détérioration des conditions de travail des travailleurs employés. Un autre facteur réside dans l'augmentation de la demande locale ou des attentes des patients et des communautés. La mise en œuvre de programmes de réforme, notamment de modifications et d'extension des rôles professionnels, peut également avoir pour résultat d'alourdir les charges de travail, en particulier lors des phases de transition et d'application.

Les problèmes de charges de travail négligés au point de prendre des proportions déraisonnables risquent de susciter chez les travailleurs un sentiment d'exploitation et de démotivation avec, pour conséquence, la recherche d'un autre emploi. La charge de travail des professionnels de la santé demeure une préoccupation pour les organisations professionnelles dans le monde. Par conséquent, ce problème est souvent abordé dans les négociations et accords entre syndicats et employeurs. Parmi les moyens de gérer les charges de travail, citons :

- Paiement d'heures supplémentaires aux travailleurs, octroi d'incitations aux employeurs pour les pousser à résoudre en amont leurs problèmes de charges de travail.
- L'octroi de jours de vacances supplémentaires, l'octroi de congés sabbatiques et le dédommagement sous forme d'heures de congé sont autant de mesures contribuant à retarder l'épuisement du personnel soignant, même si les exigences à court terme imposent d'autres contraintes, dans la planification des congés notamment.
- Révision et reconfiguration des rôles et responsabilités professionnels, de manière à en assurer la meilleure répartition possible entre professionnels de la santé et autres collaborateurs.
- Réglementation, formelle ou informelle, du nombre des heures de travail continues effectuées par les employées; dialogue avec les employeurs et les employés pour éviter qu'ils n'aient des attentes excessives; prise de mesures pour minimiser les risques professionnels liés à la fatigue (en termes d'influence sur les prises de décisions, de survenue d'événements indésirables et de compromission de la sécurité des patients).

Exemples

- Instauration de programmes de suppléances rurales pour soulager les médecins exerçant dans les régions mal desservies (ICN *et al.*, 2008, inédit).
- Imposition de ratios infirmière / patients obligatoires au sein des établissements de santé, comme par exemple en Californie ou dans l'État australien de Victoria (Buchan, 2005).

Flexibilité dans l'organisation du travail

La flexibilité dans l'organisation du travail peut jouer un rôle important dans la fidélisation des professionnels de la santé. Cette flexibilité peut consister en une certaine souplesse dans les horaires, en une meilleure planification des périodes de congé (pour coïncider par exemple avec les vacances scolaires) et en mesures visant à encourager les professionnels de la santé à réintégrer la force de travail après une interruption de leur parcours professionnel. Ces approches intéressent surtout les professionnels de la santé cherchant à équilibrer leurs responsabilités professionnelles avec leurs engagements personnels (famille directe et étendue) ou ayant renoncé à travailler pour des raisons familiales ou autres. Sont aussi concernés les travailleurs plus âgés souhaitant continuer à travailler mais qui ne sont pas prêts à assumer les mêmes horaires ni les mêmes tâches, ou qui n'en sont plus capables.

Certains pays tolèrent le cumul, par les professionnels de la santé (en particulier médecins et dentistes), de pratiques privées et publiques, dans la mesure où ce cumul entraîne une augmentation de leurs revenus. Différentes modalités d'application de ce principe existent, mais leurs résultats en termes d'efficacité et d'accès aux soins sont mitigés. Dans les pays où les services de santé sont relativement sous-financés, les travailleurs sont parfois

contraints de prendre un autre emploi pour améliorer leurs revenus. Le fait de formaliser cet état de fait peut permettre de maintenir les services prodigués par des professionnels dotés de compétences rares et d'améliorer la capacité des cadres à gérer les tableaux de service et les disponibilités du personnel.

Les autorités du nord du Vietnam, où les professionnels de la santé avaient l'habitude de facturer des paiements complémentaires volontaires pour améliorer leurs revenus, ont introduit un système de copaiement. Ceci permet de réglementer les honoraires du personnel médical tout en générant les revenus dont les services de santé ont besoin pour augmenter les salaires des professionnels de la santé : le résultat est qu'il ne leur est plus nécessaire de chercher un autre emploi pour s'assurer d'un revenu correct (Dielmann *et al.*, 2003).

Exemples

- Au Canada, la province de l'Ontario a mis en place une initiative axée sur les infirmières de plus de 55 ans, proches de la fin de leur carrière. Ces infirmières sont autorisées à consacrer une partie de leurs heures de travail à des tâches moins astreignantes physiquement : enseignement, accompagnement des jeunes infirmières, etc. (Gouvernement of Ontario, sans date).
- Création de «banques infirmières», grâce auxquelles les infirmières peuvent travailler un jour de plus par semaine, en échange d'une indemnité spéciale (ICN *et al.*, 2008, inédit).
- Un pays européen autorise le partage de patients entre praticiens généralistes âgés de plus de 60 ans. (Les praticiens généralistes âgés de moins de 60 ans sont tenus de gérer 1600 patients.) (ICN *et al.*, 2008, inédit.)

Qualité du cadre de travail

La recherche montre que la qualité du cadre de travail influence fortement le recrutement et la fidélisation du personnel (Buchan, 1999; Gilson *et al.*, 2004; ICN, 2007a). Cette qualité passe notamment par la mise à disposition d'un contexte de travail sécurisé, par la prise en compte en amont des risques potentiels et par l'instauration d'une culture organisationnelle positive. Dans ce sens, tous les membres d'une organisation sont appelés à jouer leur rôle – par la manière dont ils assument leurs propres exigences professionnelles et dont ils traitent leurs collègues et clients – dans l'instauration d'un environnement professionnel positif, où il fera bon travailler.

Par ailleurs, on a constaté qu'un certain nombre de facteurs précis sont liés à la diminution du taux de rotation du personnel et à l'amélioration de la satisfaction au travail des professionnels de la santé. Citons à cet égard : la décentralisation des structures organisationnelles, l'engagement pour des horaires flexibles, la promotion de l'autonomie et du développement professionnel, la communication systématique entre le personnel et l'encadrement (Buchan, 1999; ICN, 2007a).

Inversement, un contexte de gestion et d'organisation dégradé risque d'avoir un effet fortement démotivant. Gilson *et al.* (2004, p. 18), dans une étude sur la manière dont le climat de confiance régnant sur le lieu de travail affecte la performance des agents de

santé en Afrique du Sud, relèvent ainsi que «l'un des principaux obstacles à l'amélioration du sort des travailleurs de la santé réside dans la gestion traditionnellement bureaucratique, tatillonne et autoritaire du secteur public».

Il importe donc de tenir compte du fait que tous les aspects de la gestion sectorielle et organisationnelle ont un impact sur le personnel, qu'il s'agisse de la gestion des ressources humaines ou de celle d'aspects opérationnels tels que les modèles de services, la viabilité financière, l'accès aux ressources et la planification d'entreprise et organisationnelle. Les systèmes d'incitations ne peuvent être envisagés indépendamment des autres secteurs de gestion. Comme le relèvent Mathauer et Imhoff (2006), «les politiques de gestion des ressources humaines et d'assurance qualité doivent être intégrées à un plan de gouvernance cohérent».

Exemples

- La plupart des pays d'Afrique de l'Est et du Sud ont introduit des mesures d'amélioration des conditions de travail, ou ont préparé des plans à cet effet. Ces mesures portent notamment sur la qualité du lieu de travail, sur le matériel et sur la sécurité des travailleurs (Dambisya, 2007).
- Aux États-Unis, le programme dit d'«hôpitaux-aimants» (*Magnet Hospital Program*) accrédite les établissements qui satisfont à certains critères de qualité et d'importance de leurs soins infirmiers. Un hôpital-aimant doit se distinguer par la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients, par la satisfaction professionnelle des infirmières ainsi que par leur faible taux de turnover. En outre, ces hôpitaux doivent avoir mis en place des procédures appropriées de gestion des plaintes et conflits. L'encadrement de ces hôpitaux doit valoriser les infirmières, les impliquer dans la formulation d'une pratique basée sur les résultats de la recherche, les encourager à améliorer leur pratique professionnelle et les en récompenser le cas échéant. Les hôpitaux-aimants sont censés maintenir des canaux de communication ouverts entre les infirmières et les autres membres de l'équipe soignante. Ils doivent, en outre, élaborer un mélange de compétences capable de garantir les meilleurs résultats pour les patients et le meilleur environnement de travail pour le personnel (Centre for Nursing Advocacy, 2008).

Accès aux prestations et soutiens

Les services de santé ne disposent pas toujours des ressources nécessaires à l'octroi d'incitations financières. Par contre, ils ont parfois accès à d'autres ressources pouvant récompenser leurs collaborateurs. Dambisya (2007) cite à cet égard :

Exemples

- Aide au logement (Lesotho, Lesotho, Mozambique et Tanzanie)
- Aide au transport (Lesotho, Malawi et Zambie)
- Prise en charge des enfants (Swaziland)
- Nourriture gratuite (Mozambique et Maurice)
- Centres d'appui aux employés (Lesotho)
- Accès à des programmes de santé réservés aux travailleurs de la santé et à leurs familles, notamment soins de santé et thérapies antirétrovirales, prise en charge médicale pouvant comprendre des soins en division privée

(Dambisya, 2007)

- Plusieurs associations d'infirmières ont ouvert, sous la direction du CII, des centres de bien-être offrant des services de dépistage, de conseils et de traitement du VIH/sida aux travailleurs de la santé et à leurs familles. Cette initiative entraîne une forte diminution de la stigmatisation associée au VIH/sida; elle aide les travailleurs de la santé à rester dans la pratique active (ICN, 2007b).

ANATOMIE D'UN SYSTÈME D'INCITATIONS

Le développement de systèmes d'incitations et leur application aux soins de santé sont des domaines encore émergents. De très nombreuses mesures sont déjà appliquées, en fonction d'approches financières et non financières, en lien avec divers résultats de performance et visant différentes catégories de professionnels de la santé.

À ce jour, nous ne disposons que d'un nombre très limité d'évaluations de ces démarches. Compte tenu de leur jeunesse, il n'est pas encore possible de mesurer l'impact de plusieurs systèmes lancés récemment. Dambisya (2007, p. ii) observe que les systèmes d'incitations appliqués dans certains pays d'Afrique ne sont «pas systématiquement documentés». D'autre part, les méthodes de «suivi et d'évaluation de l'application de ces systèmes varient considérablement, de l'absence de tout mécanisme formel à la conduite de révisions périodiques, et de l'évaluation des performances au niveau des districts et des provinces à un contrôle et à une évaluation plus approfondis dans le cadre de plans stratégiques». En outre, les incitations accompagnent souvent des réformes organisationnelles, financières, contractuelles plus générales, y compris dans le domaine des ressources humaines. Dans de tels cas, les résultats peuvent être difficiles à attribuer à tel ou tel facteur spécifique. L'analyse comparative est également rendue plus difficile par la variété des approches et la diversité des contextes (national, local, organisationnel) de développement et d'application de ces initiatives.

Néanmoins, la recherche permet de dégager, de manière assez nette, certaines des caractéristiques d'un système d'incitations efficace. Le cadre conceptuel formulé par Bennett et Franco (*in* Adams & Hicks, 2001, p. 5) décrit une série de facteurs affectant la motivation personnelle des travailleurs de la santé :

- *Déterminants de niveau individuel* : besoins personnels; conception de soi; attentes en matière de résultats ou de conséquences des activités professionnelles.
- *Contexte organisationnel* : salaires; avantages sociaux; systèmes clairs et efficaces; systèmes de gestion des ressources humaines; retour d'informations quant aux performances; culture organisationnelle.
- *Contexte social et culturel* : attentes communautaires et retour d'informations.
- *Réformes du secteur de la santé* : communication et leadership; conformité aux valeurs personnelles des travailleurs.

L'analyse de ces facteurs et des leçons tirées d'expériences réalisées dans plusieurs pays suggère que les systèmes d'incitations les plus efficaces partagent les caractéristiques suivantes :

Tableau 2. Caractéristiques d'un système d'incitations pour professionnels de la santé

- Clarté des objectifs.
- Réalisme : le système est réellement applicable.
- Le système reflète les besoins et préférences des professionnels de la santé.
- Le système est bien conçu, adapté à l'objectif poursuivi et a une portée stratégique.
- Le système s'inscrit pleinement dans son contexte d'application.
- Le système est juste, équitable et transparent.
- Le système est mesurable.
- Le système intègre des éléments financiers et non financiers.

Clarté des objectifs

Les buts poursuivis par les systèmes d'incitations doivent être clairement formulés (Petersen *et al.*, 2006). Cette exigence détermine la conception générale d'une initiative ainsi que son public cible (par exemple, le personnel dans son ensemble ou, au contraire, les professions et programmes connaissant une pénurie particulièrement grave). De même, les incitations doivent viser soit un résultat déterminé en termes de service (augmentation des taux de vaccination par exemple), soit la modification d'un comportement du personnel soignant (amélioration de la tenue des dossiers, diminution de l'absentéisme, fidélisation du personnel, etc.).

Les programmes d'incitations s'appliquent très bien à tous ces domaines. Quelle que soit l'approche retenue, les incitations doivent tenir compte simultanément des intérêts personnels, professionnels et organisationnels et permettre des progrès coordonnés dans chacun de ces domaines.

Réalisme : le système est réellement applicable

La conception d'ensemble du système d'incitations doit être réaliste. Les incitations doivent pouvoir être effectivement mises en œuvre. Une incitation inapplicable n'est pas une incitation. Certaines situations risquent d'entraîner une démoralisation et une démotivation très rapides des professionnels de la santé concernés : des augmentations de salaires promises qui ne se concrétisent pas (Gilson *et al.* 2004); une augmentation relative du salaire ou des indemnités entraînant une discrimination au détriment de certaines catégories de personnel; d'autres changements intervenant de manière simultanée dans le contexte général, annulant les effets des incitations ou en limitant la portée (ICN *et al.*, 2008, inédit). De même, l'accès aux cours de formation continue doit parfois être complété d'une aide financière pour le transport ou le logement. Il peut aussi s'avérer nécessaire de prévoir une prise en charge temporaire des responsabilités des travailleurs de la santé des régions rurales, de manière à ce qu'ils puissent se libérer pour assister aux cours.

Il ne faut pas négliger non plus la disponibilité et les sources de financement (Dambisya, 2007). Certains réajustements des priorités devront naturellement intervenir en fonction de

l'évolution progressive de l'état de santé des populations. Cependant, les systèmes d'incitations doivent être envisagés dans le contexte budgétaire général; il faut d'autre part tenir compte de leurs incidences sur les professionnels de la santé déjà actifs dans le secteur.

Le système reflète les besoins et préférences des professionnels de la santé

Le rôle fondamental d'une incitation est d'influencer un comportement, en bien ou en mal. Un système d'incitations perçu, par les professionnels de la santé, comme inutile, contraire à leurs valeurs personnelles ou professionnelles, ou activement destructeur de leur bien-être ou de celui de leurs clients, est condamné à l'échec. Au pire, il suscitera un effet dissuasif compromettant directement la qualité du travail. Un bon système d'incitations doit absolument intégrer les valeurs, préférences et aspirations des professionnels de la santé concernés. Il est indispensable de consulter ces personnes.

Le contexte culturel et historique a lui aussi son importance. Au niveau individuel, les professionnels ont une perception différenciée du contenu des «incitations» (Mathauer & Imhoff, 2006). D'autre part, leurs expériences – positives et négatives – dans ce domaine varient aussi. Le fait de tenir compte de ces réalités dans la conception et dans l'application du programme d'incitations en maximisera l'efficacité.

Il importe, en outre, de bien comprendre que les professionnels de la santé ne constituent pas un groupe homogène. Leurs besoins, préférences et aspirations dépendent des contextes personnels et professionnels dans lesquels ils évoluent. DeGieter *et al.* (2006) montrent par exemple que les jeunes infirmières belges accordent davantage d'importance aux possibilités de promotion qui leur sont offertes que les infirmières plus expérimentées et plus âgées : celles-ci valorisent plutôt la sécurité de l'emploi et la réputation de leur hôpital.

Le système est bien conçu, adapté à l'objectif poursuivi et a une portée stratégique

Au moment de concevoir une incitation, il faut se demander en particulier dans quelle mesure elle facilitera la réalisation d'objectifs stratégiques à long terme et d'objectifs à court terme. Rigoli et Dussault (2003), dans une analyse des réformes du secteur de la santé axée sur l'application de systèmes d'incitations, énumèrent les risques inhérents à une conception initiale insuffisante. Ils soulignent ainsi une «incapacité à atteindre les résultats attendus et, souvent, la production d'un effet très différent de celui escompté par les concepteurs des systèmes d'incitations».

Doivent également être évalués le risque de manipulation du programme d'incitations et la possibilité d'y intégrer des mécanismes de contrôle et d'évaluation. Chaix-Couturier *et al.* (2000), dans une analyse des incitations financières octroyées dans la pratique médicale, suggèrent qu'elles devraient être adaptées à la structure et aux mécanismes de financement des systèmes de santé. Les incitations devraient en outre être ajustées aux niveaux de qualité et de productivité existants ainsi qu'à l'état de santé des patients. De plus, elles devraient être «simples, transparentes et directes», ces facteurs ayant une importance particulière pour la mise en œuvre et l'administration.

Le système s'inscrit pleinement dans son contexte d'application

Un système d'incitations (financières ou non financières) doit, autant que possible, s'articuler avec le contexte local, autrement dit le rôle, la fonction et l'infrastructure du service de santé, les besoins de santé de la population servie et les priorités locales en matière de fourniture de services. Ceci est particulièrement vrai pour les activités de formation et de développement, qui doivent absolument être adaptées aux réalités locales que sont les méthodes de financement en vigueur et les conditions de travail réelles ainsi que les infrastructures à disposition du personnel soignant (Chaix-Couturier *et al.*, 2000; Mathauer & Imhoff, 2006).

Par ailleurs, il faut tenir compte d'éventuelles différences culturelles. Soeters et Griffiths (2003, p. 82) notent que «la probabilité de réussite d'une proposition de réforme augmente en fonction de son adéquation au système de valeurs de la société au sens large». Ainsi, dans un contexte culturel où prédominent les allégeances familiales, la population sera probablement plus favorable à des mesures consistant en l'octroi de compléments de paiements qu'à la promotion d'un «service public» basé sur l'identification plus forte à une communauté élargie.

Le système est juste, équitable et transparent

Les inégalités, ou la perception d'inégalités dans la conception et la mise en œuvre des systèmes d'incitations sont souvent désignées comme une importante source de démotivation. Comme le relève Kingma (2003, p. 6), «si le facteur salaire peut être considéré comme indifférent (une fois les besoins de base assurés)..., la perception des *écarts de salaires* engendre, quant à elle, une forte réaction émotionnelle». Les inégalités ont pour origine la sélectivité dans l'octroi des primes (accessibles aux seuls cadres, ou aux nouveaux collaborateurs à l'exclusion des travailleurs déjà employés) et le manque de transparence et d'obligation de rendre compte de la répartition des avantages et récompenses.

Le système est mesurable

La mise en œuvre d'une incitation liée à une exigence de performance est fondamentalement déterminée par le régime de contrôle et d'évaluation de cette performance. Il existe plusieurs options à cet égard, de la détermination de cibles quantitatives (nombre de vaccinations effectuées dans une clinique, par exemple) à l'évaluation de la performance professionnelle générale d'un individu par un supérieur hiérarchique ou au terme d'une évaluation par les pairs. Subjective ou empirique, la performance peut être évaluée au niveau d'un individu, d'une équipe ou d'une organisation entière.

Pour apprécier correctement l'efficacité d'une incitation, il faut répondre à un certain nombre de questions :

- Doit-on mesurer un processus ou un résultat ?
- S'agit-il de promouvoir une norme minimale de performance ou au contraire une amélioration constante de la performance ?

- Faut-il ajuster les incitations en fonction des niveaux d'infrastructure, de l'accès plus ou moins facile aux médicaments et aux thérapies, de la morbidité de la population cible ? Si oui, comment procéder ?
- Le système d'incitations contient-il un ensemble d'indicateurs reflétant les éléments fondamentaux du service, tels que l'efficacité, l'efficacités et la capacité de production, la qualité et la sécurité, l'équité et l'accès ?

La mesure de la performance est un sujet complexe. Il est prouvé que la manière de procéder à cet égard n'est pas sans effet sur les comportements et décisions cliniques. Cependant, les mesures d'évaluation peuvent entraîner un effet décourageant, voire franchement contre-productif, si elles ne sont pas claires et transparentes et si les travailleurs concernés n'ont pas été convaincus, au préalable, de leur pertinence et de leur équité (Kingma, 2003; Mathauer & Imhoff, 2006).

Le système intègre des éléments financiers et non financiers

Traditionnellement, les employés du secteur de la santé témoignent d'un fort attachement au principe même du service au public et à la satisfaction personnelle qu'ils tirent des soins et du soutien qu'ils prodiguent à leurs patients. Cela étant, on ne saurait nier l'importance d'une certaine sécurité financière et d'une rémunération juste et équitable pour les efforts consentis. La mise au point de systèmes d'incitations doit donc intégrer des mesures d'ordre financier, en particulier dans les régions où le personnel soignant peine à gagner correctement sa vie et où des agences recrutent activement pour le marché international.

Reste que la littérature relative aux systèmes d'incitations appliqués dans les pays industrialisés, aussi bien que dans ceux disposant de ressources plus limitées, montre qu'à l'évidence les incitations financières ne peuvent, à elles seules, motiver une force de travail ni la faire se sentir valorisée et reconnue pour sa contribution. Comme le relèvent DeGieter *et al.* (2006) :

« ... au moment de mettre au point la stratégie incitative la plus appropriée et la plus rentable, les responsables ne doivent pas se limiter aux seules modalités financières formelles : ils doivent aussi tenir compte de l'importance des gratifications non financières et psychologiques... »

L'expérience suggère que les systèmes d'incitations efficaces intègrent ces deux éléments.

MISE AU POINT D'UN PAQUET D'INCITATIONS

Comme il est dit plus haut, les systèmes d'incitations les plus efficaces doivent être adaptés aux contextes spécifiques dans lesquels ils seront mis en œuvre. C'est pour cette raison qu'il n'existe pas de «modèle» susceptible d'être appliqué tel quel. De même, il ne saurait y avoir d'approche standardisée du développement d'un ensemble de mesures incitatives répondant aux besoins d'une organisation donnée ou d'un groupe spécifique de professionnels de la santé. Sur la base des modèles d'élaboration de politiques proposés par Bardach (2000), le tableau ci-après présente une approche possible du développement d'un ensemble d'incitations.

Tableau 3. Exemple d'approche du développement d'un ensemble d'incitations

Étapes	Liste de contrôle
Définir l'objectif stratégique et les cibles	Que cherchons-nous à accomplir ? À qui les mesures sont-elles destinées ? Quel problème faut-il résoudre ?
Réunir les éléments : recherche et consultation	Quels sont les principaux éléments à aborder ? Quelles incitations sont importantes pour le personnel ? Quels sont les besoins et priorités du personnel de l'organisation en termes de développement ? Quelles mesures ont-elles déjà fonctionné dans des conditions comparables ? Lesquelles n'ont pas fonctionné ?
Imaginer les alternatives : conception d'un ensemble de mesures	Quelles options sont-elles ouvertes ? Avons-nous les moyens d'offrir des incitations financières ? Lesquelles ? Pouvons-nous offrir des incitations non financières ? Qui sera chargé de la mise en œuvre ? De quelles ressources financières et non financières disposons-nous pour appliquer le programme ? Comment obtiendrons-nous l'appui du personnel et de l'encadrement ? Quelles ressources seront-elles nécessaires pour la préparation et l'application ?
Sélectionner les critères : définir le succès	Comment allons-nous retenir la meilleure option ? Quels résultats voulons-nous obtenir ? Comment mesurerons-nous le succès ? La proposition est-elle juste et raisonnable ? Est-elle durable ?

Tableau 3. Exemple d'approche du développement d'un ensemble d'incitations

Projeter les résultats	<p>Combien de temps durera la mise en œuvre ? À quel prix ? Le processus est-il juste, raisonnable et transparent ? Quelle sera la réaction des parties concernées ? Quels seront les effets négatifs ? L'impact à court terme sera-t-il différent de l'impact à long terme ?</p>
Arbitrer	<p>Où se situe l'équilibre entre incitations financières et non financières ? Les parties prenantes seront-elles toutes affectées de la même manière ? Sinon, comment gérer le déséquilibre ? Quel est le rapport coût / bénéfices de l'entreprise ?</p>
Décider : partie prenante	<p>Peut-on dégager une option nettement préférable ? Avons-nous besoin d'autres informations ? Les principales parties prenantes peuvent-elles se mettre d'accord sur l'approche à adopter ? Quelle autorisation faudra-t-il obtenir pour aller de l'avant ?</p>
Communiquer : mise en œuvre	<p>Toutes les parties concernées ont-elles été informées ? Le processus de gestion du changement nécessaire est-il en place ? Le processus de mise en œuvre est-il transparent et clair pour tout le monde ? Toutes les parties comprennent-elles ce que l'on attend d'elles ? Les parties ont-elles des attentes raisonnables vis-à-vis du résultat ? Tout le monde sait-il où s'informer plus avant ?</p>
Évaluation	<p>L'entreprise a-t-elle abouti ? A-t-on constaté des effets inattendus ? Faut-il changer quelque chose ?</p>

Source : D'après Bardach, *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving* (2000).

CONCLUSION

Les ressources humaines sont la clé de la fourniture des services. Même dans les pays les plus avancés techniquement et les mieux dotés, les interactions entre les professionnels de la santé et leurs patients sont au cœur de la prestation des services. C'est pourquoi les frais de personnel constituent encore la plus grande part des dépenses des services de santé. C'est aussi pourquoi les pénuries de personnel qualifié compromettent concrètement et directement la fourniture des soins et le développement des services de soins de santé.

Qu'elles soient ou non de nature financière, les incitations sont des outils dont les gouvernements et les employeurs peuvent user pour entretenir une main d'œuvre dotée des qualifications et de l'expérience nécessaires pour prodiguer des soins. Leur mise en œuvre exige non seulement la manifestation d'une certaine volonté politique et un travail assidu, mais encore la reconnaissance, par toutes les parties concernées, de l'engagement et des aptitudes des professionnels de la santé, et donc des avantages qu'ils constituent pour les systèmes de santé du monde entier.

Le plus grand atout d'un service de santé réside dans ses collaborateurs. La mise en œuvre de systèmes d'incitations efficaces représente un investissement grâce auquel ce capital pourra être préservé et développé.

ANNEXE

Cette publication est le fruit d'une commande de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, dans le cadre de ses travaux de recherche et d'application de solutions à la crise que traversent actuellement les ressources humaines pour la santé. Il s'agit d'une initiative commune du Conseil international des infirmières, de la Fédération internationale des hôpitaux, de la Fédération internationale pharmaceutique, de la Confédération mondiale pour la thérapie physique, de la Fédération dentaire mondiale et de l'Association médicale mondiale. Cette initiative s'intègre dans un cadre plus vaste visant à promouvoir des environnements de travail garantissant la sécurité, la santé et le bien-être du personnel soignant, à favoriser la fourniture de soins de qualité et à améliorer la motivation, la productivité et la performance des individus et des organisations, autant de facteurs contribuant au renforcement des systèmes de santé et à l'amélioration des résultats pour les patients.

- Le **Conseil international des infirmières (CII)** est une fédération de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.
- La **Fédération Internationale des Hôpitaux (FIH)** est une organisation internationale non gouvernementale regroupant des membres de plus de 100 pays. Instance représentative des hôpitaux et des organisations de soins de santé au niveau mondial, la Fédération œuvre pour l'instauration d'un esprit de coopération et de communication entre ses membres, avec comme objectif primordial d'améliorer la santé des patients et de promouvoir la santé dans les communautés les moins bien desservies.
- La **Fédération internationale pharmaceutique (FIP)** fédère, au niveau mondial, les organisations nationales de pharmaciens et de pharmacologues. Les pharmaciens sont des professionnels de la santé fortement impliqués dans l'amélioration de l'accès aux médicaments et leur utilisation rationnelle.
- La **Confédération mondiale pour la thérapie physique (WCPT)** fédère 101 associations nationales de thérapie physique. Elle représente les physiothérapeutes au niveau mondial. La Confédération favorise l'amélioration de l'état de santé des populations en œuvrant pour l'application à la thérapie physique des plus hautes normes de recherche, d'éducation et de pratique; en encourageant les échanges d'informations interrégionaux et entre ses membres; et en collaborant avec des organisations nationales et internationales.
- La **Fédération mondiale des dentistes (FDI)** est le porte-parole mondial et autorisé de la profession dentaire; elle compte plus de 150 associations membres dans 134 États, soit plus de 900 000 chirurgiens-dentistes dans le monde.
- L'**Association médicale mondiale (AMM)** est la fédération internationale des associations nationales de médecins, représentant des millions de médecins dans le monde entier. Agissant au nom des médecins et des patients, l'AMM a pour ambition d'atteindre les standards les plus élevés possibles en matière de science médicale, de formation, de déontologie et de soins de santé pour tous.

- **L'Alliance mondiale pour les personnels de santé** est un partenariat consacré à l'identification et à l'application de solutions à la crise qui secoue actuellement les ressources humaines pour la santé. L'Alliance rassemble de nombreux représentants des gouvernements, de la société civile, des institutions financières, des travailleurs, des agences internationales, du secteur de l'enseignement et des associations professionnelles. L'Alliance est hébergée par l'Organisation mondiale de la santé, qui en assure également la gestion administrative.

REFERENCES

- Adams O & Hicks V (2001). 'Pay and non-pay incentives, performance and motivation', prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, WHO, Geneva.
- Bardach G (2000). *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*, Chatham House, New York.
- Buchan J (1999). 'Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing healthcare environment' *Journal of Advanced Nursing* vol. 30 Issue 1 pp.100-108.
- Buchan J (2005). 'A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing', *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 10, no. 4, pp. 239-244.
- Caldwell P & Kingma M (2007). 'Incentives and the recruitment/retention of nurses', a paper presented at *National experiences in assessing and reducing shortcomings and negative trends affecting human resources of the health system: an international symposium on health workforce*, Lisbon, Portugal 10-12 October, ICN - International Centre for Human Resources in Nursing.
- Center for Nursing Advocacy (2008). 'What is magnet status and how is that whole thing going?' accessed 15 April 2008 www.nursingadvocacy.org/faq/magnet.html.
- Chaix-Couturier *et al.* (2000). 'Effect of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, no. 2, pp. 133-142.
- Croasdale M (2005). 'Physician work force estimates far apart', *AMNews*, 20 June, accessed 15 April 2008 www.ama-assn.org/amednews/site/free/prsa0620.htm.
- Dambisya Y (2007). 'A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa,' Equinet discussion paper no. 44, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, accessed 15 April 2008 www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS44HRdambisya.pdf
- DeGieter *et al.* (2006). 'Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 15.
- Dieleman *et al.* (2003). 'Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 10.
- Dieleman *et al.* (2006). 'The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 2.
- Disease Control Priorities Project (2006). 'Improving quality of clinical care: incentives for health care workers', DCP2 www.dcp2.org.
- Eichler *et al.* (2007). 'Performance-based incentives for health: six years of results from supply-side programs in Haiti', Center for Global Development working paper #121, CGD, Washington.
- Fort A & Voltero L (2004). 'Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia', *Human Resources for Health*, vol. 2, article 8.

- Gilson *et al.* (2004). 'Exploring the influence of workplace trust over health worker performance. Preliminary national overview report: South Africa', Health Economics and Financing Program working paper 06/04, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Government of Ontario (n.d.). 'The late career nurse initiative fact sheet', Ministry of Health and Long-Term Care, accessed 15 April 2008
www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/docs/late_nurse_faq_01_20070523.pdf
- Government of Ontario (2007). 'Guidelines for application to the Ontario nursing strategy', Ministry of Health and Long-Term Care, accessed 15 April 2008
www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/strategy_app_mn.html
- Hongoro C & Normand C (2006). 'Health workers: building and motivating the workforce', in D Jamison *et al.* (eds), *Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edn*, Oxford, New York, pp. 1, 309-1,322.
- ICN (2007a). 'Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care', ICN, Geneva, accessed 19 February 2008 www.icn.ch/indkit2007.htm
- ICN (2007b). 'Wellness centres for health care workers in sub-Saharan Africa', in *Biennial report 2004-2006, patient and public safety matter: nurses on the front line*, ICN, Geneva, p. 12.
- International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association (2008 unpublished). 'International survey on retention incentives for health care professionals', record of responses, ICN, Geneva.
- Kingma M (2003). 'Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference?', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 2.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: migration and the global health care economy*, Cornell University Press, Ithaca.
- Kipp *et al.* (2001). 'User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda', *Bulletin of the World Health Organization*, vol.79, no.11, pp. 1032-1037.
- Kruger E & Tennant M (2005). 'Oral health workforce in rural and remote Western Australia: practice perceptions', *Australian Journal of Rural Health*, vol. 13, no. 5, pp. 321-326.
- Kusserow R (1989). *Hospital closure: 1987*, Dept. of Health and Human Services, Washington.
- Langenbrunner J & Xingzhu Liu (2004). 'How to pay? Understanding and using incentives', World Bank, Washington.
- Leonard *et al.* (2007). 'Getting clinicians to do their best: ability, altruism and incentives', *Journal of Human Resources*, vol. 42, no. 3, pp. 682-700.
- Manongi *et al.* (2006). 'Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 6.

- Manzi *et al.* (2004). 'Exploring the influence of workplace trust over health worker performance: preliminary national overview report Tanzania,' Health Economics and Financing Programme working paper, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Centre for Health Policy, Johannesburg.
- Mathauer I & Imhoff I (2006). 'Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 24.
- Mulira, J (n.d.). 'The nation wide nursing shortage in USA', accessed 15 April 2008 www.case.edu/med/epidbio/mphp439/Nursing_Shortage.htm.
- Naumann TL (2004). *Hospital Pharmacist Shortage Survey* Canadian Society of Hospital Pharmacists, British Columbia Branch www.cshp-bc.com/publications/pharm%20shortage%20survey-report.pdf
- Petersen *et al.* (2006). 'Does pay-for-performance improve the quality of health care?' *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, no. 4, pp. 265-272.
- Record R & Mohiddin A (2006). 'An economic perspective on Malawi's medical "brain drain"', *Globalization and Health*, vol. 2, article 12.
- Reid S (2004). *Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals*. Durban: Health Systems Trust,.
- Rigoli F & Dussault G (2003). 'The interface between health sector reform and human resources in health', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 9.
- Soeters R & Griffiths F (2003). 'Improving government health services through contract management: a case from Cambodia', *Health Policy and Planning*, vol. 18, no. 1, pp. 74-83.
- Van Lerberghe *et al.* (2002). 'When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, no. 7, pp. 581-584.
- World Health Organization (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*, WHO, Geneva, p. 61.
- World Health Organization & World Bank (2003). 'Improving health workforce performance,' issues for discussion: session 4: high-level forum on the health millennium development goals, WHO, Geneva.
- World Health Organization (2006a). *The world health report 2006 – working together for health*, WHO, Geneva.
- World Health Organization (2006b). 'The global shortage of health workers and its impact', fact sheet no. 302, WHO, Geneva, accessed 15 April 2008 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en
- Zurn P, Dolea L & Stilwell B (2005). 'Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce', ICN, Geneva, accessed 15 April 2008 www.icn.ch/global/Issue4Retention.pdf

Ces directives sont le fruit d'une commande de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, un partenariat administré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le cadre de ses travaux de recherche et d'application de solutions à la crise que traversent actuellement les ressources humaines pour la santé.

3, place Jean-Marteau
1201 Genève, Suisse
Tél.: +41 22 908 01 00
Télécopie: +41 22 908 01 01
Courriel: icn@icn.ch
www.icn.ch