

Faculté de santé publique

Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ?

Mémoire réalisé par

Sophie Cors

Promoteur(s)

Walter Hesbeen

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ?

Mémoire réalisé par

Sophie Cors

Promoteur(s)

Walter Hesbeen

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciement

La réalisation de ce mémoire fut le fruit de la participation directe et indirecte d'un grand nombre de personnes.

D'abord, je tiens à remercier mon promoteur, Walter Hesbeen, sans qui l'achèvement de ce mémoire n'aurait pas eu lieu. Je le remercie pour son accompagnement, ses conseils avisés, sa patience, son soutien et sa disponibilité.

Ensuite, je tiens à remercier ma famille qui m'a soutenue et permis de continuer mes études après l'obtention de mon baccalauréat. Je remercie également mes différents proches qui ont relus ce mémoire afin de me donner leur avis et de me corriger. Par la suite, je remercie émes amis et collègues du master en Santé Publique qui m'ont aidé à persévérer et à ne pas abandonner dans les moments les plus difficiles.

Enfin, je remercie Hallaux Laurence, Laurent Sidonie, Spezialetti Julie et le reste des personnes qui ont accepté d'être interviewées et m'ont ainsi permis d'obtenir toutes les données nécessaires pour construire ce travail.

Résumé

Introduction : Apparue depuis les années 50, la pénurie infirmière persiste en Belgique sans qu'aucune solution efficace n'ait pu être trouvée. Comparé aux idées reçues, il ne s'agit pas que d'un manque d'effectifs, mais également, d'une faible durée de vie des infirmier(e)s dans la pratique infirmière. En effet, il y a une différence entre les personnes ayant obtenu un visa d'infirmier(e), les infirmier(e)s qui travaillent effectivement en tant qu'infirmier(e) et ceux qui sont actifs dans le secteur professionnel, mais pas en tant qu'infirmier(e). De plus, bien qu'il s'agisse d'un sujet d'actualité, il n'existe très peu d'explication sur les mécanismes qui font persister la pénurie de nos jours. Le but de ce travail est donc d'explorer les causes profondes de la pénurie ainsi, que de les nommer, expliciter leur complexité et les comprendre.

Méthode : La recherche s'est construite en deux temps. En premier, il y a eu la construction d'un guide théorique retraçant le cadre dans lequel s'inscrit la pénurie ainsi que les causes trouvées dans la littérature belge et internationale. Ensuite, des entretiens semi-directifs avec 9 infirmiers pratiquants et en profondeur avec 4 témoins privilégiés ont été réalisés. La sélection du premier groupe s'est faite sur base de critères d'inclusions et d'exclusion, dont la principale était de travailler actuellement en tant qu'infirmier(e) sur le territoire belge.

Résultats : Après la retranscription des entretiens, les informations furent détaillées et illustrées par des extraits pour chaque idée principale du guide d'entretien. Ces idées sont « la reconversion, leur état d'esprit au travail, leur soutien (ou non) pour entamer des études d'infirmier(e)s, la description de leur métier, le choix de leur étude s'ils pouvaient remonter le temps, le sens de leur métier, la représentation sociétal et familiale qu'ils subissent, les conséquences qu'ils subissent, les causes de la pénurie et les pistes d'amélioration pour les infirmiers pratiquants ». Quant aux témoins privilégiés, ces idées sont la description du métier d'infirmier(e), le sens et la finalité, les causes de la pénurie, les difficultés engendrées, l'attractivité, et les solutions et perspectives.

Discussion : Les causes identifiées dans cette étude est la perte de sens, l'incompatibilité des finalités entre le monde infirmier et directionnel, le manque d'effectifs qui reste dans la pratique et plus précisément, à l'hôpital, le mauvais accueil et encadrement des étudiants, l'incohérence des études / formations sur plusieurs niveaux qui sont l'incompatibilité des études avec la réalité du terrain, l'incohérence d'avoir deux types d'études et la formation approuvée d'assistante en soins infirmiers qui pose beaucoup de questions, le faible voir aucun pouvoir décisionnel, le manque d'attractivité de l'image infirmière, le sous-effectif dans les autres professions entraînant des conséquences pour la pratique infirmière, et les conditions de travail liées à la réalité du terrain comme par exemple, un déséquilibre vie professionnelle et vie privée.

Mots-clés : Belgique, Causes (profondes), Infirmier(e), Manque d'effectifs, Pénurie, Perte de sens, Pistes d'amélioration, Pratique infirmière, Soins infirmiers, Solution, Surcharge de travail

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Abréviation

ACN : Association belge des praticiens de l’art infirmier

DPI : Dossier Patient Informatisé

Fe-Bi : Fonds Intersectoriel des Hôpitaux privés

Ibid. : Ibidem ; utilisé dans les citations pour indiquer que la référence est la même que la précédente

IPEH : Infirmière Partenaire Ecole Hôpital

IRSG : Infirmier(e) Responsable en Soins Généraux

MQI : modèle qualité institutionnelle

ODD : Objectif de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

UCL : Université Catholique de Louvain

UGIB : Union Générale des Infirmiers de Belgique

VUCA : Volatilité Incertitude Complexité Ambiguïté ; terme utilisé en Management pour se référer aux incertitudes susceptibles d’impacter négativement ou positivement un environnement.

Table des matières

Introduction	8
Partie I – Méthode	12
I. I. Cadre théorique	12
I. I. I. Depuis quand	12
I. I. II. Pénurie isolée ou effet de mode	13
I. I. III. La reconversion	14
I. I. IV. La pénurie infirmière en elle-même	15
I. I. V. Le manque d’attractivité de la profession	16
I. I. VI. Humanisation et / ou robotisation	18
I. I. VII. Et au plan international	19
I. I. VIII. Pour conclure ce cadre théorique initiale	24
I. I. IX. Éléments émergents	26
I. I. X. L’assistante en soins infirmiers	26
I. I. XI. Hôpitaux magnétiques	27
I. I. XII. Union Générale des infirmier(e)s de Belgique – rapport	28
I. I. XIII. Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmières	30
I. II. Cadre pratique	34
I. II. I. Choix de l’étude	34
I. II. II. Le recueil de données	34
I. II. III. Le guide d’entretien	35
I. II. IV. Considération éthique	36
I. II. V. Stratégie d’échantillonnage	36
I. II. VI. Description de l’échantillonnage	37
I. II. VII. Déroulement des entretiens	38
I. II. VIII. Description des procédures d’analyse et de traitement des données collectées	39
Partie II – Résultats	40
II. I. Infirmier(e)s pratiquants	40
II. I. I. Données générales sur l’échantillon	40
II. I. II. La reconversion	41
II. I. III. Leur état d’esprit au travail	42
II. I. IV. Leur soutien (ou non) pour entamer des études d’infirmier(e)s	44
II. I. V. La description de leur métier	46
II. I. VI. Le choix de leur étude s’ils pouvaient remonter le temps	47
II. I. VII. Le sens de leur métier	49
II. I. VIII. La représentation sociétal et familiale qu’ils subissent	49
II. I. IX. Les conséquences qu’ils subissent	51

II. I. X. Les causes de la pénurie	54
II. I. XI. Les pistes d'amélioration.....	59
II. II. Témoins privilégiés	63
II. II. I. Données générales	63
II. II. II. Le métier d'infirmier(e).....	63
II. II. III. Le sens et la finalité.....	64
II. II. IV. Les causes de la pénurie	67
II. II. V. Les difficultés engendrées	72
II. II. VI. L'attractivité	73
II. II. VII. Les solutions et perspectives	76
Partie III – Discussion	81
III. I. Les limites, biais et force de l'étude.....	87
III. II. Les possibles nouvelles pistes de recherche	88
Conclusion	89
Bibliographie	91
Annexes	94
<i>Annexe 1</i> – retranscription de l'entretien avec Sidonie Laurent.....	94
<i>Annexe 2</i> – Guide d'entretien individuel semi-directif avec les infirmier(e)s pratiquant.....	109
<i>Annexe 3</i> – Guide d'entretien individuel en profondeur avec les témoins privilégiés	110
<i>Annexe 4</i> – Tableau n°1 : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillonnage	112
<i>Annexe 5</i> - Formulaire de consentement vierge.....	113

Introduction

Diplômée depuis juin 2021 d'un Bachelier Infirmier Responsable en Soins Généraux, j'ai eu la chance d'être soutenu par ma famille pour continuer mes études et enrichir mes compétences et acquis.

Le choix de ma profession s'est fait de manière naturelle. En effet, ma marraine et ma tante, toutes deux infirmières, m'ont fait découvrir ce milieu dès le début de l'adolescence. Leurs anecdotes professionnelles et la description des actes se sont mélangées aux émissions médicales comme l'émission « Baby Boom » sur AB3 ou les documentaires « Les urgences » disponibles sur YouTube. Ensuite, j'ai choisi ma profession car je voulais m'épanouir dans un domaine qui me plaît et m'a toujours fasciné, mais surtout, je voulais « prendre soin » des autres en les accompagnant au mieux que ce soit dans leurs maladies, dans leurs rééducations ou encore dans leurs fins de vie.

Étant actuellement en dernière année de mon Master en Science de la Santé Publique, j'ai longtemps réfléchi afin de déterminer le sujet que j'aimerais approfondir parmi mes premières idées. Après quelques réflexions et l'aide précieuse de plusieurs professeurs de l'université, il me tenait à cœur de mettre en lumière le thème de la pénurie infirmière, problème récurrent de ma profession auquel j'ai été confrontée tout au long de mes études et lors de mes débuts professionnels. Il faut également préciser que cette pénurie existe depuis longtemps et perdure. De ce fait, si cette pénurie se détériore encore, on peut se demander « qui » va s'occuper des prochains patients et comment seront les soins dans le futur. De plus, nous sommes tous susceptibles d'être dans la peau d'un(e) patient(e) ou/et d'avoir un proche qu'on aime en situation de dépendance. C'est une des premières raisons pour laquelle il était important pour moi de réaliser un mémoire mettant en avant ce dysfonctionnement du système de santé. En effet, je ne saurais dire le nombre de fois où on a survolé ce sujet dans mes études, dans l'actualité ou encore à l'hôpital sans jamais approfondir ses mécanismes ou/et ses conséquences. Il me tenait donc à cœur de décortiquer à travers mon mémoire un sujet certes connu mais qui me concerne.

Deuxièmement, comme la plupart des étudiants du Master, j'aimerais produire un travail de qualité reflétant les compétences qu'on m'a transmises tout au long de mes études.

Enfin, étant la première de ma famille à atteindre le niveau universitaire, je me suis mis l'objectif de réussir ce mémoire et mon master pour rendre fière ma famille, mais surtout, être fière personnellement de mon parcours et de mes réussites.

Selon le dictionnaire Larousse, la pénurie est un manque de ce qui est nécessaire (Larousse, 2016). En conséquence, la pénurie serait causée par un manque croissant de soignants dans la profession infirmière. Cela renvoie directement à une définition quantitative. Toutefois, il faut différencier cette définition quantitative d'une définition qualitative correspond « *aux exigences de qualification et une pénurie due à des conditions de travail* » (Dreye, 2010). Selon lui, nous ne souffrions d'aucunes de ces deux types de pénuries si on ne prend qu'en compte les besoins et le nombre de diplômés. Néanmoins, comme l'indique Dreye, il y a quelques subtilités à prendre en compte.

D'abord, d'un point de vue quantitatif, il faut faire attention qu'un visa n'inclût pas pour autant que la personne travaille en rapport avec son diplôme. En effet, comme expliqué dans l'unité WESP1001 – Introduction de santé en Belgique, il faut différencier les personnes ayant été diplômées (« License to practice »), les personnes diplômées actives sur le plan professionnel qu'importe leur métier (« Professionality active nurse ») et les infirmier(e)s travaillant dans le secteur médical (« Practicing nurse ») (Lorant, année académique 2021 - 2022). Pour illustrer mieux cette différence, il a, selon l'OCDE, +- 19 infirmier(e)s ayant le visa pour 1000 habitants en 2018 mais que 13 actifs et seulement 11,07 qui exercent dans le corps infirmier (OCDE, Ressources pour la santé - Infirmiers - OCDE Data, 2022). Ainsi, lors de la comparaison entre besoins et offres, nos données sont faussées et doivent être modifiées voire être prise en compte avec beaucoup de précautions.

Il faut, également, noter que le rapport écrit pour le CPCP (Dreye, 2010) date de plus de dix ans et qu'aujourd'hui, nous ne constatons pas une attraction des jeunes pour les études infirmières mais une diminution du nombre d'étudiants et de diplômés : « *Selon l'Ares [Académie de recherche et d'enseignement supérieur], 2.757 inscriptions pour le bachelier en soins infirmiers ont été enregistrées pour l'année académique 2018-2019, contre 3.448 en 2015, soit 20 % en moins* » (Sudinfo, 2020). Ces chiffres ne concernent que les infirmier(e)s bacheliers. Cependant, il existe 2 grands types d'études permettant d'accéder au visa infirmier : les brevetés et les bacheliers. De plus, les infirmier(e)s actives travaillant en Belgique peuvent aussi avoir obtenu leur diplôme d'une autre manière. Par exemple, le rapport publié par SPF santé publique indique qu'en 2018, il y avait 84014 bacheliers actifs, 52 929 brevetés actifs, 9

015 infirmier(e)s ayant un diplôme étranger et 2 828 assistant(e)s en soins hospitaliers (Veerle Vivet, Durand, Jouck, Miermans, & Steinberg, 2021). Cette dernière formation a été suspendue en 1996.

Les chiffres des infirmier(e)s de l'OCDE, englobant aussi bien brevetés que bacheliers, vont également dans ce sens. En effet, nous comptons 46.9 nouveaux diplômés pour 100 000 habitants en 2021 alors qu'on en dénombrait 55 - 56.9 - 63 pour 2016, 2017, et 2018 (OCDE, Ressources pour la santé - Titulaires d'un diplôme d'infirmier/ère - OCDE Data, 2022). Il est vrai que le taux de 2021 reste plus haut qu'il y a une dizaine d'années où il n'y avait que 37.5 nouveaux diplômés pour 100 000 habitants. Néanmoins, dû au vieillissement de la population, il y a une augmentation des besoins de soins : « *Les hospitalisations des 80+ vont tripler entre 2000 et 2050* » (Cornette, Gouget, Vanden Bossche, & Schievaerds, année académique 2022-2023). Ainsi, si les besoins augmentent, il serait nécessaire que l'offre en face d'autant. Il faut donc se demander combien d'infirmier(e)s correspond à cette offre.

Ensuite, d'un point de vue qualitatif, les conditions de travail sont généralement prises en compte pour expliquer ce manque de soignants dans la littérature. Il y a entre autres la faible durée de vie d'un(e) infirmier(e) estimée à 5 ans (SNPI, 2019). Une des grandes causes expliquant cela est la domination de cette profession par les femmes qui doivent composer avec un milieu de soins ouvert 24h sur 24 et leur vie de famille les amenant à trouver des solutions telle que quitter le corps soignant. Pour être plus imagé, en 2020 la base de données Statbel a réalisé une étude sur le personnel des soins de santé démontrant que sur les 152 067 infirmier(e)s actifs résidant sur la zone belge et ayant le visa, 85.40% d'entre eux sont des femmes et 40.38% sont mariés et ont des enfants (Statbel, 2020). Néanmoins, ces éléments seront approfondis dans le corps de ce travail.

Après avoir contextualisé la situation à travers ma recherche documentaire, il m'est devenu évident que, depuis de nombreuses années, cette pénurie couve et s'accroît sans qu'aucune solution n'ait été trouvée pour y mettre fin ou la minimiser. Grâce à cela et aux conseils avisés de mes professeurs, j'ai décidé d'appréhender la pénurie infirmière à travers la question de recherche suivante : « **Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ?** ».

Cette recherche documentaire m'a permis de mettre en lumière diverses causes que je vais approfondir dans le contenu de mon travail.

Mon mémoire se composera de plusieurs parties :

- Méthode où je vais exposer le cadre théorique qui va détailler toutes les connaissances que j'ai pu récolter ainsi que la manière dont j'ai procédé pour récolter mes données ;
- Résultat : énumération des résultats de mes recherches ;
- Discussion : entre les résultats obtenus, constat, forces, limites et perspectives ;
- Conclusion : synthèse de ma question de départ.

Partie I – Méthode

I. I. Cadre théorique

I. I. I. Depuis quand ...

La pratique infirmière existe depuis toujours même si elle a beaucoup évolué au fur et à mesure du temps. Tout d'abord, au fondement de celle-ci, comme l'indique Walter Hesbeen, les soins infirmiers sont « *les soins qui sont prodigués à des hommes et des femmes infirmes* » (Hesbeen, Humanisme soignant et soins infirmiers - Un art du singulier, 2017). Le terme infirme ne renvoie pas à la compréhension contemporaine de ce mot, c'est-à-dire une invalidité / handicap. Elle fait, en effet, référence à sa compréhension d'origine : « *celui qui manque de force* » (Ibid.). La pratique ne nécessite donc pas une pathologie vu qu'elle vient en aide à toute personne trop faible pour réaliser elle-même « *ce qui est nécessaire pour vivre* » (Ibid.). De ce fait, par exemple, un nouveau-né est infirme dans le sens où il ne peut se nourrir sans aide. Ainsi, les soins infirmiers sont nécessaires bien avant la maladie, mais son utilité est renforcée lors de l'apparition de celle-ci. De plus, il est important de noter que l'utilité de la pratique infirmière est antérieure à celle des médecins. En effet, la médecine a obtenu ses lettres de noblesse en 1930 après la découverte de la pénicilline qui a permis d'enfin sauver des vies (Hesbeen, WFSP 2232 - épistémologie et démarche clinique, année académique 2022 - 2023). Les infirmier(e)s ont quant à elle, une efficacité plus antérieure parce que le métier ne s'est jamais focalisé sur la maladie seule, mais se focalise sur la personne. « *C'est ainsi que, lorsqu'il n'y a plus rien à faire en regard de la maladie, les soins infirmiers peuvent toujours apporter quelque chose en regard du malade et de ce qu'il y a encore de vivant chez ce dernier* » (Ibid.).

Après beaucoup de transformations et de progrès ainsi que la délégation d'actes médicaux, les soins infirmiers souffrent depuis de nombreuses années d'une pénurie. La première question que celle-ci engendre est sa date d'origine. Malheureusement, sa date exacte est inconnue mais la littérature met en lumière cette problématique dès la fin des années 50 (Hesbeen, Humanisme soignant et soins infirmiers - Un art du singulier, 2017). Elle fut, en partie, résolue à cette période par la création de la profession d'aides soignant(e)s auxquels les infirmier(e)s délèguent une partie leur acte listé par la loi (Ibid.). Une vingtaine d'années plus tard, plus particulièrement dans les maisons de repos en Wallonie, certaines de ses aides soignant(e)s ont obtenu la délégation de plus d'actes telle que la préparation et la distribution de médicaments afin d'atténuer la pénurie également. Il faut, néanmoins, noter que les

dernier(e)s aides soignant(e)s ayant obtenu ce « semi-visa », il y a une trentaine d'années, prennent petit à petit leur retraite. Ce qui ne peut que compliquer la situation actuelle. Enfin, la littérature indique que la pénurie s'est renforcée durant une vingtaine d'année. En effet, il faut mettre en lumière que le métier d'infirmier(e) est considérée comme une « *fonction critique par excellence* » depuis 1998 (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale, 2021). Le rapport d'analyse des fonctions critiques de 2020 en Région de Bruxelles-Capitale qualifie une fonction critique si « *elle satisfait simultanément les trois critères quantitatifs suivants* :

- 1) *Un nombre minimum de 20 offres d'emploi reçues pour cette profession au cours de l'année ;*
- 2) *Un taux de satisfaction des offres d'emploi pour la profession inférieur au taux de satisfaction calculé pour l'ensemble des offres toutes professions confondues ;*
- 3) *Une durée médiane nécessaire pour clôturer les offres relatives à cette profession plus longue que la durée médiane d'ouverture de l'ensemble des offres d'emploi » (Ibid.).*

En d'autres mots, une profession en difficulté sur le marché du travail se traduit par un déséquilibre entre des offres élevées et des demandes réduites ainsi, qu'une durée de satisfaction des offres plus longues voire la suppression de ces offres avant qu'elles puissent être comblées. Cette pénurie est donc objectivée dans notre pays depuis plus de deux décennies.

Les métiers du secteur médical qu'il identifie comme « critique » en 2020 sont les médecins, les dentistes, les pharmaciens(ne)s, les infirmiers(e)s et les spécialistes et techniciens(ne)s paramédicaux telles que les diététiciens(ne)s, les ergothérapeutes, les logopèdes et les kinésithérapeutes (Ibid.). Cela met en lumière que la pratique infirmière n'est pas la seule en difficulté.

I. I. II. Pénurie isolée ou effet de mode

Le rapport d'analyse des fonctions critiques de 2020 en Région de Bruxelles-Capitale met en lumière toutes les professions en difficulté de recrutement dans la capitale de notre pays ainsi que leur récurrence, le lien avec l'offre de formation de ce métier ainsi que l'identification des principales causes (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale, 2021). Il dénombre 111 fonctions critiques en 2020. Selon view. brussels, les métiers les plus concernés par ces difficultés sont les domaines de la construction, de l'informatique, de l'enseignement et de la santé / actions

sociales. Ils ont, également, poster un compte-rendu pour 2021 rassemblant 113 fonctions qu'ils n'ont pas encore analysées (Ibid.). Ces données démontrent que le domaine médical n'est pas le seul à subir des problèmes lors de la recherche de candidats.

Il faut aussi mettre en lumière que la crise covid-19 y joue un rôle important. En effet, suite à la pandémie, plusieurs secteurs d'activité ont été mis à l'arrêt partiel ou total. L'année 2020 s'est donc caractérisée par une baisse des offres d'emploi et une aggravation des difficultés de recrutement pour les domaines qui sont restés en activité et ont continué leur recrutement durant la période de confinement. Par la suite, grâce à la réouverture de l'espace public, les offres d'emploi sont en nette hausse avec une réduction de chômage y compris chez les jeunes. Néanmoins, même si le chômage décroît, le rapport indique que les difficultés perdurent et émet, même, l'hypothèse que celles engendrées par la pandémie dureront jusqu'en 2022 (Ibid.). Par ailleurs, le télétravail engendré a conduit une modification du travail et une accélération de la digitalisation des professions. Ce travail à domicile ainsi que l'arrêt de certains secteurs ont conduit « *les travailleurs à réfléchir à leurs conditions de travail (au sens large) et à leur rapport au travail* » (Ibid.). De ce fait, ces réflexions les ont amenés à réclamer des changements ou à se reconverter. Ce qui ne peut qu'amplifier les obstacles aux processus de recrutement.

À cause de cette pandémie, le monde médical a subi plusieurs conséquences. En effet, ils ont dû réinventer leur manière de travailler, leur offre de soins et le rapport aux usagers. Ces éléments combinés avec le faible remplacement des malades et l'augmentation de la charge de travail ont conduit « *une surcharge de travail et une détérioration des conditions de travail* » (Ibid.). Selon Actiris, cette détérioration des conditions de travail risque de « *motiver à court ou moyen terme des démarches de mobilité vers d'autres secteurs d'activité* » (Ibid.). Cependant, la pandémie a également permis d'accroître l'attraction du milieu médical chez les jeunes.

I. I. III. La reconversion

Comme expliqué ci-dessus, le covid a amené certains travailleurs à se reconverter. Cependant, le rapport d'analyse des fonctions critiques de 2020 en Région de Bruxelles-Capitale indique qu'un phénomène de mobilité intersectionnelle a impacté et impactera toujours certaines fonctions surtout dans le milieu de l'Horeca et de la santé (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, Liste des fonctions critiques en 2021, 2022).

Par la suite, ce rapport d'Actiris explique que même avant la pandémie, le métier d'infirmier(e)s est à grand risque de reconversion / d'abandon précoce de la profession. En effet, selon eux, la plupart des soignants ne travailleraient concrètement en tant qu'infirmier(e)s que 5 à 10 ans avant de se reconvertir pour des secteurs d'activité qu'ils qualifient de « *plus confortable* » ou de s'expatrier (Ibid.). Ils rajoutent que ces reconversions sont dues à de multiples problèmes souvent liés aux conditions de travail : « *peu de reconnaissance, manque de temps pour accomplir les tâches, horaires décalés difficilement conciliables avec une vie de famille, surmenage dû au manque d'effectifs, salaires considérés comme trop faibles, etc.* » (Ibid.).

I. I. IV. La pénurie infirmière en elle-même

Le rapport des fonctions critiques de 2021 amène d'autres précisions sur les problèmes des obstacles de recrutement des infirmier(e)s. Tout d'abord, ils identifient 3 causes principales de ces obstacles. Ces facteurs sont d'ordre :

- Qualitative – inadéquation des profils cherchés et trouvés ;
- Quantitative – nombre insuffisant de candidats pour le secteur d'activité ;
- Et ceux qui s'expliquent par les conditions de travail perçues comme « *défavorables relatives aux salaires, à un travail stressant, pénible ou dangereux, aux préjugés à l'encontre d'une profession, aux horaires à prester (travail du soir, de week-end, à temps partiel, etc.), au statut d'indépendant ou à une autre caractéristique* » (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale, 2021).

Seuls les deux derniers sont identifiés pour la profession infirmière. Ensuite, ils établissent un lien direct en ce qui concerne le lien avec l'offre de formation professionnelle (Ibid.). En d'autres mots, les acquis de leur étude permettent aux candidats d'accéder à la fonction critique sans devoir acquérir d'autres savoirs. Ces deux points éliminent tous souci au niveau de la qualité de formation des soignants et de ce fait, leurs compétences. Enfin, pour ce qui est de leur récurrence, il en différencie deux types de fonction critique :

- Émergente : considéré comme une fonction critique l'année de référence, mais pas les 5 années précédentes. Elle peut, néanmoins, l'avoir été auparavant ;

- Structurelle : soit cela fait 3 ans de suite que la fonction est considérée comme critique, soit elle est critique l'année de référence et au minimum 3 fois sur les 5 années précédentes (Ibid.).

Étant depuis une vingtaine d'années considéré comme une fonction critique, la profession infirmière entre dans la catégorie structurelle.

I. I. V. Le manque d'attractivité de la profession

Un autre point mis en avant par la recherche documentaire est la détérioration de l'image de la profession et donc, sa faible attirance.

Le rapport d'analyse des fonctions critiques de 2020 en Région de Bruxelles-Capitale amène un premier élément : l'allongement des études. En effet, la durée de formation a augmenté passant de 3 à 4 ans pour les Bacheliers Infirmiers en Soins généraux et de 3 à 3 ans et demi pour les infirmier(e)s breveté(e)s depuis l'année académique 2016 – 2017 (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale, 2021). Toutefois, aucune revalorisation salariale ou barémique n'a suivi. Selon les auteurs, ce facteur a pu démotiver l'attractivité des jeunes à entreprendre ce type d'étude (Ibid.).

Le faible attrait ne date pas que de cette augmentation des années d'études. En effet, un article du guide social retrace cette faible attractivité des jeunes vers les soins infirmiers de 2008 à 2019 (Le Guide Social, 2019). Selon eux, l'Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN) avait déjà tiré l'alarme sur l'accroissement de la pénurie d'infirmier(e)s lié aux manques, entre autres, d'étudiant(e)s se dirigeant vers les études (Ibid.). L'ACN avait alors interpellé le gouvernement Fédéral pour mettre en place des mesures (Ibid.). Suite à cela, Laurette Onkelink, ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales de décembre 2007 à octobre 2014, construit et lança « le plan d'attractivité » en 2008 (Ibid.). Ce plan s'articulait autour de 4 axes principaux : « *allègement de la charge de travail et du stress, reconnaissance des qualifications infirmières, amélioration des rémunérations, amélioration de la reconnaissance sociale et association à la prise de décision* » (Ibid.). Six ans plus tard, l'ACN mettait en avant ses premières réussites : « *En 2014, nous avons pu constater qu'en 6 ans le plan avait probablement eu un impact positif tant sur l'attractivité de la profession infirmière que sur sa rétention. Les inscriptions dans les écoles n'ont cessé d'augmenter, les difficultés de*

recrutement de manière globale se sont estompées, et les premiers départs importants en retraite ont été compensés » (Ibid.).

Malheureusement, la poursuite du plan accordé en 2014 par le gouvernement fut, pour l'association infirmière, un échec. En effet, toujours selon l'ACN, la ministre élue en octobre 2014 jusqu'en octobre 2020, Maggie de Block, « a mis à mal plusieurs aspects du plan ». D'après eux, De Block :

- *« N'a pris aucune initiative pour alléger la charge de travail des infirmiers, bien au contraire (par exemple en raccourcissant les durées de séjours hospitaliers, donc en augmentant l'intensité des soins et en déplaçant certains soins hospitaliers vers l'extérieur) ;*
- *N'a pris aucune initiative afin de renforcer la qualification des infirmiers de manière générale ou spécialisée (qu'elle a fortement mise à mal au contraire, par la suppression des primes), si ce n'est de transposer une obligation européenne sur la formation initiale (ce qui était obligatoire), et en se gardant bien d'indiquer clairement que le niveau bachelier en est le plus proche ;*
- *N'a pas pris de nouvelle initiative visant à renforcer les rémunérations des infirmiers, si ce n'est d'une minorité d'infirmiers dans le secteur privé via l'IFIC ;*
- *N'a pas pris de nouvelle initiative visant à améliorer la reconnaissance sociale ou à associer les infirmiers aux décisions les concernant, alors que par exemple avec sa réforme des réseaux hospitaliers, elle en avait l'opportunité » (Le Guide Social, 2019).*

Avant les élections de 2019, le comité de l'ACN voulait attirer l'attention des électeur(e)s, infirmier(e)s ou sensibles aux problématiques de la pénurie, sur les effets du plan qui sont en train de s'estomper et des difficultés qui vont apparaître en 2025 (Le Guide Social, 2019).

Aujourd'hui, aucun plan d'attractivité n'a, pour le moment, été relancé. En effet, monsieur Frank Vandenbroucke élu en octobre 2020 a d'abord dû gérer la fin de la crise covid. Néanmoins, depuis quelques mois, son agenda concernant la santé publique est divisé en 11 axes et s'enrichit avec de nouveaux projets : réévaluation de la loi relative aux droits du patient, la mise en place d'une discussion sur la création d'une nouvelle fonction de la profession de la santé dans les soins infirmiers, l'interdiction d'importer des médicaments vitaux en cas de risque de pénurie, etc. Ses 11 axes sont : Réforme des hôpitaux, Soins de santé mentale, Retour

au travail, Travailler dans les soins de santé, Soins pour tous, Médicaments, Prévention, Covid19, eHealth, Europe et international et Notes de politique générale.

I. I. VI. Humanisation et / ou robotisation

Un dernier élément à mettre en lumière est la charge de travail souvent mentionné dans la littérature. On peut alors se questionner sur la nature exacte de ses occupations.

L'article « *Les ratios infirmière / résidents en CHSLD – Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières ?* » a investigué cette problématique à travers son double objectif de recherche. En effet, Abran et Al. ont calculé le pourcentage de temps de travail qu'un(e) infirmier(e), dans des services de longue durée, met pour chacune de ses activités journalières quotidiennes. Suite à leurs observations, ils ont établi 8 différentes catégories regroupées en deux sous-groupes : activités leaders clinique, évaluation et suivi, soins techniques, activités administratives, soins d'assistance, entretien ménager, activités fonctionnelles et temps non attribués (Abran, et al., 2016). Ces deux sous-groupes sont les actes infirmiers propres correspondant aux deux premières catégories. Les actes administratifs correspondant aux 6 autres catégories. Leurs résultats montrent que « *54% de ce temps est consacré à des activités proprement infirmières* » et « *46% est consacré à des activités qui ne sollicitent pas un niveau d'expertise infirmière, par exemple des soins techniques qui peuvent être donnés par une infirmière auxiliaire, des soins d'assistance qui peuvent être exécutés par un PAB, ou encore des tâches d'entretien ménager, des activités administratives ou fonctionnelles* » (Ibid.). Par exemple, coché la réfection d'un lit chez un patient lambda peut-être fait par l'aide soignante ou programmer un rendez-vous avec la diététicienne peut être fait par la secrétaire. Les auteurs ne veulent pas pour autant dénigrer les autres professions, mais signifient que la charge de travail de l'infirmier(e) peut être soulagée en redistribuant mieux la charge de travail. En d'autres mots, la moitié d'une journée « lambda » n'est consacrée qu'aux tâches administratives quotidiennes considérées comme l'un des aspects les plus « *irritants le plus souvent évoqués* » par les soignants (Ibid.). Ce côté rébarbatif est, également, en totale opposition avec la motivation première qui les a poussés à entreprendre des études infirmier(e)s. En effet, selon cette étude réalisée au Québec, « *un grand nombre d'entre elles ont choisi d'être infirmières pour prendre soin des autres et considèrent donc que ces tâches dénaturent le rôle infirmier* » (Ibid.).

Les auteurs indiquent aussi que selon leurs résultats collectés « le ratio moyen de jour d'une infirmière est de 32 résidents » (Ibid.). Dans ce cas, si on met ce ratio en parallèle avec la

répartition du temps par activité, il sera nécessaire de doubler le nombre de soignants dans les services de soins pour garantir l'obtention de ce ratio. En effet, étant donné que 54% de leur temps correspond à des actes légitimes par rapport à leur qualification, il faudrait « deux infirmières pour produire 100% de soins infirmiers » (Ibid.). En d'autres termes, « *pour offrir un ratio de X heure de soins infirmiers à Y résidents ... Il faudrait un ratio de 2 pour 32, ou 1 pour 16* » (Ibid.). Néanmoins, ils soulignent que les ratios à eux seuls ne suffisent pas à comprendre la situation actuelle dans les milieux de soins (Ibid.). Cet article approfondit, en effet, qu'une des dimensions de la réalité.

La dénaturation de la profession robotise les actes des infirmier(e)s. En effet, si en une journée, le soignant doit réaliser tous les soins infirmiers pour 32 résidents tout en réalisant l'ensemble des actes administratifs, ce soignant devra calculer son temps afin de pouvoir terminer sa journée dans les temps. De ce fait, il n'aura plus le temps pour « prendre soin » des patient(e)s voir ne se risquera pas à le prendre et cela risque de provoquer une déshumanisation de la pratique infirmière.

I. I. VII. Et au plan international

Le rapport sur « *La situation du personnel infirmier dans le monde : investir dans la formation, l'emploi et le leadership* », réalisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2020, permet de comprendre l'état des lieux de la profession infirmière à travers plusieurs dimensions. Il faut notifier que ce rapport est le « premier de cette envergure » à vouloir analyser la situation des infirmier(e)s dans le monde selon l'article « *La situation des infirmières dans le monde : ce que nous dit le rapport de l'OMS* » (L'équipe éditoriale MACSF, 2020). Les données permettant de construire ce rapport furent fournies par 191 pays, augmentation positive de 53% de pays participants que lors de celui publié en 2018 comme le soulignent les auteurs (World Health Organization, 2020). L'augmentation du personnel infirmier de 2013 (20.7 millions) à 2018 (27.9 millions) s'explique par la meilleure disposition des données. L'augmentation réelle n'étant que de 4.4 millions (Ibid.). Pour ce faire, ils ont établi une plateforme en ligne où les directions des pays pouvaient facilement déposer leurs réponses / chiffres ou non pour les 36 indicateurs analysés (Ibid.). Cette méthode et le fait qu'il reste des inconnus sur certains indicateurs amènent quelques difficultés pour analyser leurs données et pour se fier à celle-ci. En effet, selon l'OMS, « *des lacunes importantes subsistent pour les données relatives aux capacités de formation, au financement, aux traitements et salaires, et aux flux sur le marché du travail en santé. Tout cela empêche de mener les analyses*

du marché de l'emploi en santé qui seraient nécessaires pour éclairer les politiques et les décisions d'investissement sur le personnel infirmier » (Ibid.). Ce rapport fut rédigé en anglais et s'accompagne d'une synthèse en français ainsi qu'un document récapitulatif pour chaque pays ayant participé, tous disponibles sur le site officiel de l'OMS.

Il faut, dans un premier temps, notifier que la profession infirmière est la partie la plus vaste du secteur de la santé dans le monde et celle à qui a le plus de contact avec les patients (Ibid.). En effet, les infirmier(e)s concernent en moyenne 59% des professionnelles dans le secteur médical. Selon l'OMS, les infirmier(e)s assurent un rôle essentiel et indispensable dans le maintien de la santé dans le monde. Il définit les soins infirmiers comme l'ensemble « des soins d'autonomie et de collaboration des individus de tout âges, aux familles, aux groupes ou aux communautés, malades ou bien portants, dans tous les contextes. Ce qui inclut la promotion de la santé, la prévention de la maladie, et les soins des personnes malades, handicapés ou mourantes (Ibid.). Les auteurs rajoutent que les éléments clé du Nursing englobent « *la défense des intérêts, la promotion d'un environnement sain, la gestion des services de santé et la participation des patients, l'élaboration de politiques, de l'éducation et de la recherche* » (Ibid.). Cependant, il faut remarquer que cette définition peut correspondre à d'autres profils du secteur médical. En effet, cette définition reprend les caractéristiques générales de l'ensemble du monde médical. C'est-à-dire que cette définition peut répondre aussi bien, par exemple, au médecin ou encore aux kinésithérapeutes qu'aux infirmiers. Pour développer une définition correcte des soins infirmiers, il serait nécessaire de rajouter des points plus caractéristiques de l'art infirmier. Cela permettrait de mieux reconnaître la profession, mais également, comprendre la pratique et d'éradiquer le cliché de la petite assistante du médecin.

Par la suite, le rapport met en lumière qu'il n'y a pas qu'un titre standardisé d'infirmier(e)s pouvant, ainsi, provoquer un fossé entre les pays. En effet, le rôle d'un(e) infirmier(e) dans un pays A peut être complètement différent du rôle dans un pays B. Pour être précis, il y a 114 titres distincts dans le monde dont 32 en Europe, 31 en Amérique, 20 d'Ouest Pacifique, 19 en Afrique, 11 en Méditerranée orientale et 10 en Asie du Sud-est (Ibid.). Raison pour laquelle, l'OMS insiste sur l'importance de construire ou de se mettre d'accord sur une définition au niveau international afin de faciliter toutes discussions sur l'identité d'un(e) infirmier(e), comprendre son rôle et organiser des services de santé dans lesquels existe une optimisation de la contribution infirmière afin d'atteindre les objectifs de santé de la population (Ibid.). Cependant, l'entière de ces nombreuses formes du titre d'infirmier(e) devrait, d'après l'OMS,

indiquer un individu ayant réussi et obtenu l'entièreté des exigences légales, éducationnelles et administratives de son pays pour pratiquer la profession (Ibid.).

Le rapport soulève plusieurs éléments à mettre en lumière. Pour commencer, il y a deux contrastes dans **l'accès et la disponibilité de soins infirmiers** dans le monde. Il y a, d'abord, le contraste lié au milieu de vie. En effet, 81% des infirmier(e)s sur les 27.9 millions soignants recensés en 2018 travaillent dans les régions d'Amérique, d'Ouest pacifique et d'Europe et soignent, ainsi, 51% de la population mondiale (Ibid.). Les régions d'Asie du Sud-Est, de Méditerranée orientale, certaines parties d'Amérique latine et d'Afrique ont pour leur part une faible densité. Il faut aussi préciser, que sur les 35 pays répondant, 36% de leurs infirmier(e)s travaillent dans le milieu rural pour 49% de population démontrant un favoritisme des villes (Ibid.).

Le second contraste est **lié aux revenus**. Plus le pays a des revenus élevés, plus il y a des infirmier(e)s soit 107,7 infirmier(e)s pour 10 000 habitant(e)s comparé à 9.1/10 000 pour les pays à faible revenu (Ibid.). Notons que la moyenne mondiale est de 36.9/10 000. Sur 76 pays ayant répondu, ¼ des infirmier(e)s soignent dans le secteur privé, privilégiant les personnes ayant les moyens pour « mieux » se soigner (Ibid.).

Deuxièmement, le rapport de 2020 a évalué les résultats afin d'estimer la réussite ou non des objectifs de développement durable (ODD) pour la santé pour 2030. Ils estiment qu'il manque « 5.9 millions d'effectifs en comparant les données de 2018 aux valeurs de référence définies dans la stratégie mondiale relative aux ressources humaines pour la santé » (Ibid.). Ce déficit est identifié principalement, soit 89%, dans les pays dit à revenu faible et intermédiaire inférieur (Ibid.). De plus, les auteurs estiment, que si le niveau de production reste identique dans les pays, que les infirmier(e)s passeront de +/- 28 millions (2018) à 36 millions en 2030. Cette augmentation de 8 millions se déroulera pour 70% dans les revenus élevé et intermédiaire mais, non pas dans les pays où la pénurie est la plus grave (Ibid.). Les auteurs rajoutent en dernier que pour résorber la pénurie mondiale d'ici 2030, il sera nécessaire d'avoir une augmentation de 8% en moyenne par an de diplômé(e)s ainsi qu'une « amélioration des capacités à les employer et à les maintenir en poste » (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Si cela ne se déroule pas de cette manière, un déficit approximatif de 5.7 millions sur les 36 millions d'infirmier(e)s touchera l'entièreté des pays du monde avec des disparités régionales. En d'autres termes, il manquera un peu plus de 15% d'effectifs infirmiers (Ibid.). En effet, les pays d'Europe seront touchés, mais de manière moindre qu'en Afrique par exemple. Cependant, le rapport

n'explique pas la façon dont ils ont calculé ces chiffres ni les critères sur lesquels ils se sont basés. De ce fait, il est important d'utiliser ces chiffres avec précaution.

Ensuite, l'OMS s'est intéressée à « *qui composent ce personnel infirmier ?* », en investiguant **leur âge et leur genre**. En premier, les auteurs expliquent que « *le vieillissement du personnel de santé dans certaines régions menace la stabilité des effectifs infirmiers* » (Ibid.). En effet, si le personnel est proche de la retraite, il y aura alors besoin d'un remplacement identique et rapide afin d'éviter le risque d'accroître le manque de personnel. Pour cela, l'OMS a calculé l'âge moyen du personnel infirmier dans le monde. Leur résultat montre qu'au niveau mondial, le profil est relativement jeune (Ibid.) : 38% des infirmier(e)s ont moins de 35 ans et 17% ont 55 ans et plus (World Health Organization, 2020). Néanmoins, les pays présentent une grande disparité entre eux. Par exemple, les régions d'Amérique et d'Europe possèdent la plus large tranche d'âge supérieure et ont un remplacement moindre (Ibid.). Ils indiquent, aussi que pour combler les départs à la retraite des dix prochaines années, il sera nécessaire de former et d'employer 4.7 millions nouveaux infirmier(e)s (Ibid.). Par la suite, même si le profil mondial est relativement jeune, plusieurs pays arrivent juste à maintenir leur équilibre et 18 pays, c'est-à-dire 1 sur 6, vont subir de grandes difficultés d'effectifs dans l'avenir (Ibid.). Les profils de ces 18 pays se caractérisent par peu de soignants jeunes et beaucoup de soignants proches de la retraite. Pour ce qui est de leur genre, la profession infirmière reste encore très féminine. En effet, sur les 132 pays qui ont répondu à cet item, il y a en moyenne 9 femmes infirmières sur 10 infirmiers avec de grandes disparités entre les régions (Ibid.). En d'autres termes, cette moyenne varie considérablement d'une zone A à une zone B. Et sur l'entièreté de ces pays, il y a seulement 13 pays qui possèdent plus d'hommes que de femmes dans la profession infirmière (Ibid.). Il y a, également, peu d'infirmières voire simplement des femmes occupant des fonctions de direction (Organisation mondiale de la Santé, 2020). De plus, les journalistes Amélie Daoust-Boisvert et Isabelle Porter mettent en lumière que les postes à mi-temps s'accroissent au détriment lié aux genres des infirmier(e)s (Laberge, 2018). En effet, il y a plus d'hommes occupant des postes à temps complet (65%) que de femmes (57.6%) (Ibid.). Cette différence s'explique par leur vie de famille et l'inégalité des genres dans les ménages : en 2020, 40.38% des 152 067 infirmier(e)s sont mariés et ont des enfants [cf. introduction] (Statbel, 2020). Elles sont donc plus susceptibles de diminuer leur temps de travail afin de s'occuper de leur famille. Par la suite, des injustices sont associées à cette répartition inégale de genre telle qu'un salaire moindre que pour un homme ou encore des discriminations liées aux genres pouvant prendre diverses formes (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Afin

de limiter ces conséquences défavorables, les autorités ont mis en place dans la plupart des pays des protections juridiques « notamment des horaires et des conditions de travail déterminés, un salaire minimum et une protection sociale » (Ibid.).

Le point alarmant suivant est la **mobilité internationale**, problème récurrent qui s'accroît. En effet, par rapport aux données de 86 pays, 1 infirmier(e) sur 8 est né ou formé dans un pays différent de là où il travaille actuellement (World Health Organization, 2020). Même si ce problème est connu par les autorités, « la répartition équitable du personnel infirmier et son maintien en poste » restent un défi presque universel (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Les pays à revenu élevé ayant répondu aux items sur la mobilité indiquent avoir une forte dépendance aux infirmier(e)s à l'étranger (World Health Organization, 2020). De ce fait, les pénuries et les inégalités d'accès aux services de santé sont susceptibles de s'aggraver lors de migrations incontrôlées (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Néanmoins, les auteurs indiquent qu'il est impossible de réaliser une évaluation complète de la complexité des schémas migratoires à cause de l'insuffisance sur les données de migration et de mobilité (World Health Organization, 2020).

L'OMS a, par la suite, investigué la **gouvernance et le leadership infirmier**. Leurs résultats montrent que, sur 115 pays, 71% d'entre eux ont un poste de chef responsable des soins infirmiers ou de sage-femmes (Ibid.). Ils ont, également, mis en avant que la présence d'un poste de responsable gouvernemental des soins infirmiers et l'existence d'un programme de développement du leadership infirmier, présent dans 53% de 76 pays, sont associées à un environnement réglementaire plus sûr pour les infirmier(e)s (Ibid.). Cependant, il n'y a aucune preuve que ces deux éléments augmentent le taux de production d' infirmier(e)s.

Enfin, ce rapport a investigué la réglementation et de la pratique infirmière au niveau mondial. En premier, il faut noter que les lois concernant les systèmes d'enseignement infirmier sont plus complètes dans les pays développés que dans les pays en voie de développement (Ibid.). De même, les mécanismes de réglementations relatifs aux conditions de travail sont faibles dans les pays en voie de développement (Ibid.). Il y a, par exemple, 37% de l'ensemble des pays possédant des mesures afin de prévenir les attaques contre le personnel de santé. Pour ce qui est de la pratique infirmière avancée, elle est plus fréquente lors de faible densité de médecins suggérant ainsi « *une grande autonomie professionnelle des infirmier(e)s pourrait être une réponse politique pour atténuer les pénuries de médecins* » (Ibid.).

Ce rapport possède, il faut le souligner, certaines limites concernant les données récoltées. D'abord, il y a un manque de données sur les systèmes de soins et sur les facteurs socio-économiques. Par la suite, le rapport indique qu'il serait nécessaire d'obtenir de meilleures données et évidences afin de mieux identifier les investissements prioritaires et les progrès. Il y a, également, le manque de standardisation des titres / définitions pouvant amener un biais d'interprétation. En effet, certains pays utilisent le terme « nurse-midwife » et ont, donc, englobé les sage-femmes dans les chiffres qu'ils ont communiqués.

L'OMS a, pour finir, établi 10 recommandations pour les orientations futures des politiques relatives au personnel infirmier (Ibid.). Celles-ci sont :

- 1) *« Former et recruter au moins 5.9 millions d'infirmier(e)s supplémentaires d'ici 2030 ;*
 - 2) *Renforcer les capacités de collecte, d'analyse et d'utilisation des données relatives aux personnels de santé ;*
 - 3) *Suivre, encadrer et gérer de façon éthique et responsable la mobilité internationale ;*
 - 4) *Faire évoluer les formations ;*
 - 5) *Donner plus de poids et plus de voix au corps infirmier ;*
 - 6) *Faire en sorte que les infirmier(e)s puissent utiliser tout l'éventail de leurs compétences ;*
 - 7) *Améliorer les conditions de travail des infirmier(e)s ;*
 - 8) *Agir pour l'égalité des genres au sein de la profession ;*
 - 9) *Moderniser la réglementation de la profession ;*
 - 10) *Mieux collaborer pour renforcer le rôle des infirmier(e)s au sein des équipes de soin »*
- (Laberge, 2018) (L'équipe éditoriale MACSF, 2020).

Cependant, comme déjà expliqué, il est important de noter que l'OMS ne définit pas le moyen avec lequel elle a estimé le chiffre d'infirmier(e)s supplémentaires. Il faut donc savoir pour quel type de besoin, cela est nécessaire et de privilégier un calcul adéquat et clair que chaque pays ferait en fonction de ses prévisions et de ses besoins.

I. I. VIII. Pour conclure ce cadre théorique initiale

La pénurie infirmière existe réellement dans notre pays. Elle est même mesurée, depuis 1998, par Actaris dans ses rapports des fonctions critiques. Celle-ci se caractérise par des offres élevées et de faibles demandes avec une insatisfaction des offres. La pénurie est de type quantitatif et lié aux conditions négatives du poste. Elle n'est, toutefois, pas liée à la profession.

En effet, la qualité du contenu des études théoriques n'est pas en cause dans la préparation des futur(e)s diplômé(e)s.

Ensuite, cette pénurie n'est pas isolée. Elle concerne plusieurs professions dans le secteur médical (médecins, dentistes, pharmacien(ne)s, logopèdes, kinésithérapeutes et diététicien(ne)s) mais également, d'autres secteurs tels que, par exemple, l'Horeca ou l'enseignement. Une de ces raisons de ce « ras-le-bol » est expliquée par la pandémie du coronavirus. En effet, elle a permis à bons nombres de personnes de réfléchir sur leurs conditions de travail et leur désir amenant, parfois à la reconversion. De plus, pour le cas précis des infirmier(e)s, le Covid-19 a surchargé la charge de travail amenant également à la reconversion.

Par la suite, il existe, depuis toujours, une importance mobilité intersectionnelle compliquant encore plus le maintien des effectifs en place. Il y a, également, une faible attirance des jeunes pour le métier. La détérioration de l'image et les stéréotypes négatifs existent depuis longtemps comme pour les causes précédentes.

La littérature a, de plus, mis en lumière la déshumanisation des actes. En effet, le « prendre soin » devient de plus en plus dur à réaliser avec les exigences administratives et la surcharge que les infirmier(e)s subissent.

Enfin, l'analyse des autres pays amène aussi plusieurs éléments tels que le profil des soignants : un faible nombre de jeunes diplômé(e)s chez nous et nos pays voisins, ainsi qu'un déséquilibre genré.

I. I. IX. Éléments émergents

Ce cadre pratique fut construit grâce à une recherche d'articles scientifiques, professionnelles et / ou profanes. Lors de la réalisation des entretiens, d'autres éléments ont été mis en avant, soit dans les propos, soit dans la communication de documents qui seraient susceptibles de m'aider à approfondir mon sujet selon eux.

Ces nouveaux éléments sont :

- La création d'une nouvelle formation dans le secteur infirmier, assistante en soins infirmiers ;
- Les hôpitaux magnétiques, ou « magnet hospitals » en anglais ;
- Le rapport de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique sur l'attractivité de la profession infirmière ;
- La recherche qualitative anthropologique de trois chercheuses du Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'UCLouvain intitulé « *Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière – état des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation* »

Ces éléments vont donc être détaillés dans les points suivants

I. I. X. L'assistante en soins infirmiers

Lors d'un communiqué de presse fin mars 2023, le ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, Frank Vandenbroucke, a indiqué l'approbation par le gouvernement d'une « *modification de la loi afin d'offrir l'occasion à la Fédération Wallonie-Bruxelles de créer une nouvelle formation en soins infirmiers et, de cette manière, d'encourager potentiellement un plus grand nombre de personnes à travailler dans le secteur des soins* » (Official Information and services, 2023).

Ce nouveau profil se fera en 3 ans et « *pourrait effectuer des soins infirmiers de manière autonome dans des situations moins complexes, et en collaboration avec l'IRSG ou le médecin dans des situations plus complexes* » (Ibid.).

Dans les prochains mois, il y aura la création d'un nouvel arrêté royal décrivant la liste d'actes et les conditions dans laquelle ce nouveau type de formation pourra exercer ainsi qu'une mise à jour de la fonction d'IRSG prévu dans le cadre de la réforme de la profession infirmière

par le ministre Vandenbroucke. Le but de cette réforme a de multiples objectifs : « soulager le personnel infirmier, veiller à ce que les tâches soient confiées à des prestataires de soins qui peuvent les exécuter de la manière la plus efficace et la plus qualitative possible, accroître l'attractivité du secteur » (Ibid.). Les deux types de formation en soins infirmiers existants ne seront pas impactés avec la modification de cette loi. En effet, les bacheliers continueront leur formation en 4 ans, et les brevetés en 3 ans et demi (Ibid.).

Aujourd'hui, il est impossible d'avoir un avis global sur cette formation étant donné que son contenu et sa finalité ne sont pas encore détaillés. Néanmoins, cela pose plusieurs questions : Est-ce que cela ne va pas découper et dénaturer les soins infirmiers ? Est-ce que ça va vraiment améliorer l'attractivité des jeunes vers les métiers médicaux ? Comment les équipes de soin vont arriver à intégrer ce nouveau profil ? Etc.

I. I. XI. Hôpitaux magnétiques

Au début des années 80 aux États-Unis, certaines parties prenantes des hôpitaux, telle que les administrateurs, les assureurs et les chercheurs, « *ont pris conscience des problèmes concernant les effectifs infirmiers* » (Brunelle, 2009). La raison de cette conscientisation est que « *le personnel infirmier dispense la majorité des soins dans un centre hospitalier* » (Ibid.). Ainsi, la survie d'un hôpital dépend entre autres du travail des infirmier(e)s. Leurs solutions à cette pénurie furent la naissance des « *magnet hospitals* », traduit par « *hôpitaux magnétiques* » en français.

Ces hôpitaux « *parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel infirmier* », d'où leur nom faisant référence aux aimants d'un frigo (Ibid.). Grâce à leur prise de conscience, ils ont prôné à avoir un faible roulement du personnel ainsi qu'un milieu de travail devenu agréable et apaisant. Raison pour laquelle ils subissent moins de difficultés à la pénurie infirmière comparé aux restes des hôpitaux mondiaux.

L'ensemble de ces points positifs sont associés, selon Brunelle Yvon, à une série de variables regroupées en 8 conditions primordiales à avoir pour être considéré comme un hôpital magnétique. Ces 8 conditions sont : l'autonomie professionnelle, le support fourni, une bonne collaboration entre médecins et infirmières, la valorisation professionnelle et le leadership infirmier, des relations positives avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus client et l'importance de la qualité (Ibid.).

I. I. XII. Union Générale des infirmier(e)s de Belgique – rapport

L'ASBL Générale des Infirmiers de Belgique a établi 8 points d'actions pour améliorer l'attractivité et la rétention de la profession infirmière, ayant « *un rôle essentiel dans notre système de santé* » (Union Générale des Infirmier(e)s de Belgique, UGIB, 2022). En effet, suite aux fermetures de certains hôpitaux et centres de soins résidentiels lié au manque de personnel suffisant, la question de la pénurie est régulièrement mise en lumière. Ces points d'attentions sont :

1) Une image plus forte de la profession infirmière :

La nécessité d'une image forte de l'art infirmier permettra, selon l'UGIB, d'éveiller l'intérêt des nouvelles générations pour le métier. En effet, selon eux, « *Une profession qui inspire le respect attire les jeunes. Les infirmiers fiers de leur travail font les meilleurs ambassadeurs* ». Cette image permettra de donner plus de visibilité à la profession ainsi que l'attention, la valorisation et le respect qu'elle a besoin. Aujourd'hui, l'image du métier est médiocre parce que « *de nombreuses idées fausses sur la profession circulent et nous déplorons beaucoup d'ignorance* ». Il est donc crucial de changer la façon dont on parle des soins infirmiers que ce soit au travers « *des médias, des influenceurs, des pouvoirs publics ou des politiques* » ;

2) Réduire le poids et la charge de travail de la profession :

D'après l'UGIB, le métier a un impact sur la santé physique et mentale raison pour laquelle il y a beaucoup de soignants choisissent de quitter la profession ou / et diminuer leur temps de travail après une courte carrière. Pour rendre plus attractive la profession, il « *faut garantir un avenir aux infirmiers* » ce qui englobe la reconnaissance des soins infirmiers comme métier lourds, avec des conditions de travail difficile ;

3) Relever la norme :

L'UGIB « *préconise des normes et un cadre applicable dans toute la Belgique* » pour obtenir des conditions de travail de qualité ;

4) Le développement des compétences et de l'expertise :

L'autonomie des infirmier(e)s est « *sous exploitée en raison d'un excès de tâches logistiques et administratives* » selon l'ASBL. Pour contrer cela, il est important de respecter plus les

compétences de la liste d'actes afin de « *consacrer plus de temps au patient et aux tâches infirmières* ». Il rajoute qu'il est « *préférable de confier les tâches pour lesquelles les infirmiers sont surqualifiés et n'apportent aucune valeur ajoutée au patient ou au résident à d'autres travailleurs ayant le profil adéquat, tels que les aides-soignants, les assistants logistiques, les brancardiers, les techniciens, le personnel d'entretien et le personnel administratif* » ;

5) Représentation garantie des infirmières dans les organes de décision :

Pour avoir une voix et une représentation authentique dans tous les organes pertinents, il est judicieux que les infirmier(e)s soient impliqués dans toutes les décisions les concernant ;

6) Renforcement de la formation :

L'UGIB reprend les deux études de Baudewyns et Al. (2022) pour démontrer la nécessité de réfléchir la formation autrement. Les chiffres de ces études mettent en lumière que 50% des étudiants sont à risque de burn-out académique, 45% d'entre eux envisagent d'arrêter leurs études et que 20% ne souhaitent pas travailler dans le secteur de la santé ;

7) Un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée :

Étant donné que l'absentéisme et le burn-out sont élevés, il est crucial de permettre aux soignants d'avoir un équilibre sain pour briser le cercle vicieux et les garder au sein de la profession. En effet, ils « *sont confrontés à une charge de travail considérable et à des risques pour leur santé physique et mentale, mais ils doivent aussi faire preuve d'une grande souplesse et peuvent être sollicités pratiquement en permanence* » ;

8) Amélioration de la santé et du bien-être au travail :

Pour ce faire, il est important de faire « *une meilleure prévention, de bonnes conditions de travail, d'une bonne ambiance de travail et de mesures visant à promouvoir la santé des travailleurs* » (Union Générale des Infirmier(e)s de Belgique, UGIB, 2022).

Leur but en écrivant ces actions est de « *rendre la profession infirmière à nouveau attrayante, réalisable et valorisée* » (Ibid.). Il met également en avant que la « *qualité de nos soins de santé est soumise à une forte pression* » suite à cette pénurie (Ibid.).

Au travers de ce rapport, l'ASBL veut, que les « *différents partis politiques et parties prenantes, quel que soit leur niveau de pouvoir* » s'engagent pour des soins de qualité (Ibid.).

Il rajoute que l'ensemble de ces mesures « *doivent s'appliquer à l'ensemble du pays et à tous les secteurs de la santé* » (Ibid.).

Concernant l'impact de la pénurie, il indique qu'il s'agit d'un cercle vicieux (Ibid.). En effet, le manque d'effectif entraîne une augmentation de la charge de travail pour ceux qui travaille. Cette charge supplémentaire engendre un épuisement et un désabusement entraînant des reconversions ou encore, une augmentation des Burn out. Ce qui automatiquement réduit encore le nombre d'effectifs et creuse la pénurie accroissant encore la charge de travail.

Il réalise aussi une explication sur les causes engendrant cette pénurie. En effet, il explique que l'afflux de nouveaux diplômés est trop faible et que les départs sont quant à eux trop nombreux provoquant un déséquilibre entre entrée et sortie. Ce qui ne fera que s'aggraver étant donné qu'« *une génération d'infirmiers prendra sa retraite dans les années à venir* » et que « *la demande de soins ne cesse de progresser – notamment en raison du vieillissement de la population* » (Ibid.). De plus, il rajoute que la relève n'est pas assurée vue « *qu'il y a moins d'infirmiers entre 25 et 35 ans que dans les autres tranches d'âge* » (Ibid.).

Par la suite, il précise, qu'après le pic d'inscription dans l'année académique 2015-2016, les inscriptions et les infirmier(e)s diplômés sont à nouveau en baisse. De plus, les régions de Belgique le subissent de façon différente. En effet, « *en Wallonie, les chiffres actuels sont parmi les plus bas depuis 2005. En Flandre, le nombre d'inscriptions aux études semble augmenter, mais le nombre de jeunes diplômés n'est pas proportionnel* » (Ibid.). En d'autres mots, « *le nombre de jeunes diplômés en soins infirmiers est aujourd'hui bien trop faible pour répondre aux besoins actuels et futurs* » (Ibid.).

I. I. XIII. Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmières

Selon les chercheuses de ce rapport, le rôle d'un(e) infirmier(e) est un pilier de notre système de soin. En effet, ils « *assurent non seulement des soins aux patients dans les hôpitaux, mais réalisent aussi un travail de première ligne, extrahospitalier, souvent moins connu et pourtant essentiel pour la société* » (Baquet, Grard, & Mugisha , 2023). Elles rajoutent aussi le constat que le métier était déjà en souffrance avant le covid. Cette pandémie l'a aggravé, mais n'en est pas l'origine. Il faut, toutefois, noter que celle-ci a permis la mise en lumière du problème ainsi que des besoins et des revendications de la pratique infirmière.

Baquet et Al. ont traité le sujet à travers les « *points de vue des acteurs les plus invisibilisés du système de soins : les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers* » ainsi que des « *témoignages de soignants et d'étudiants qui ont bouleversé l'opinion publique* » (Ibid.). Le but de leur recherche vise, ou du moins espère, amener « *une réflexion politique, pédagogique et managériale visant à fidéliser et à renforcer les effectifs infirmiers* » (Ibid.).

Les auteures divisent leurs résultats en 4 parties contenant chacune des constats et des pistes pour tendre vers une meilleure pratique. Ces parties abordent les pistes pour (re)donner du goût à la profession, pour améliorer les conditions de stage, pour prévenir la violence et le harcèlement durant les stages, ainsi que d'imaginer quelles pourront être les formations répondant aux défis socio-sanitaires (Ibid.).

Même si l'entièreté du document est intéressante et amène une vraie remise en question du terrain, seules quelques éléments importants pour traiter le sujet de ce mémoire seront cités dans le corps de ce travail. En effet, les étudiants sont l'avenir de la profession et ce qui les pousse à arrêter leurs études est une cause de la pénurie. Néanmoins, il ne s'agit que d'une cause parmi le reste et détaillé l'entièreté de cette recherche risque de s'éloigner de trop du sujet traité. Vous pourrez retrouver les sources de ce document dans la bibliographie.

En ce qui concerne les stagiaires, la formation ne correspond pas aux exigences du terrain. En effet, les étudiants ne sont pas formés pour faire face à la réalité du terrain et aucun de leurs cours ne les prépare à travailler dans une équipe voire dans un contexte multiculturel. Ils subissent également une pression pour atteindre l'excellence dans leur acte technique alors que l'erreur est humaine et que c'est l'expérience qui va rendre un soignant compétent dans son art infirmier.

Par la suite, les étudiants sont confrontés à la violence, la négligence voire les maltraitances que ce soit contre eux, au sein des équipes de soin ou même envers les patients. Ce qui entraîne une perte de sens, une dégradation de l'image de soi et « *une détresse éthique s'installe* » (Ibid.). De plus, étant donné que les infirmières ont fait le choix de leur métier, il est incompréhensible que ces actes aient lieu. Pourtant, comme le rapporte de nombreux extraits de témoignages repris dans la recherche, cela existe ...

Baquet et Al. indiquent aussi que la formation est fort axée sur la technique, au détriment de l'écoute et du prendre soin. Enfin, « *en réponse au manque chronique de soignants, les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers sont de plus en plus souvent considérés comme*

de la main d'œuvre mobilisable et non plus en surnombre de l'équipe. En effet, le personnel débordé n'a plus le temps de les former. Ils sont relégués dans des tâches peu intéressantes sur le plan de l'apprentissage technique, et parfois exploités et maltraités » (Ibid.). Ces étudiants qui n'ont jamais eu la chance de pratiquer des actes dit « *intéressants* » seront demain les infirmiers diplômés responsable de les réaliser que ce soit, par exemple, la mise en place d'une sonde urinaire ou l'administration de l'ensemble des traitements d'un couloir.

Quant à la pratique infirmière, il est fort de constater un manque de reconnaissance et de revalorisation du métier. Et cela, comme le note les chercheuses, ne date pas d'aujourd'hui. En effet, elle explique que déjà au 20^e siècle, la profession était majoritairement féminine et très peu valorisé. Ce manque de valorisation a poussé la pratique à circonscrire « *plus en plus au paradigme biomédical, reconnu comme scientifique, entre autres par le corps médical* ». Cela provoque « *une logique très hiérarchisée de classification et de mise en concurrence des soignants en fonction de leurs connaissances* » ainsi que la mise au second plan de « *la partie artistique, créatrice et relationnelle des pratiques soignantes* » (Ibid.).

Le manque de revalorisation se voit par le peu voir l'absence de représentation de l'art infirmier dans « *les lieux décisionnels au sein des organisations politiques et managériales ainsi que dans les directions des organisations professionnelles et syndicales* » (Ibid.).

Le métier souffre aussi d'une non-reconnaissance de la pénibilité du travail. De ce fait, l'infirmier(e) n'est pas reconnu parmi les métiers pénibles par l'état. Cette non-reconnaissance est « *vécue par les soignants comme un déni de leur condition de travail et comme un signe de plus de la non-connaissance de leur profession* » ainsi qu'un « *sentiment de frustration à l'égard de la hiérarchie et des responsables politiques* » (Ibid.).

Baquet et Al. reviennent aussi sur la charge de travail énorme que vivent les soignants. Elles illustrent ce point par le non-respect des normes d'encadrements. En effet, « *le ratio patients/infirmière, si les effectifs sont complets, est de 9,5 alors que les recommandations européennes prônent un rapport de 8 patients/infirmière (KCE, 2019). Au cours des dix dernières années, cette norme d'encadrement a été améliorée de 13,6% (elle était autrefois de 11 patients/infirmière), mais la charge de travail réelle aurait quant à elle, d'après les organisations professionnelles, augmenté de près de 100% (elle aurait doublé en 10 ans)* » (Ibid.). Elles reviennent ainsi sur l'urgence de redonner du goût au travail. Par exemple, cela peut s'illustrer par la simplification des contraintes informatiques et donc administratives, la

privatisation de temps pour écouter le patient, la diminution de la charge de travail que ce soit en fermant des lits ou / et respectant les normes d'encadrements, la favorisation du travail interdisciplinaires avec des équipes stables, etc. Ces équipes stables sont définies comme un « *lieu de formation, de complémentarités, de discussions scientifiques, de réflexions sur des soins à apporter et leurs adaptations (...) un lieu de sociabilité, d'entraide et de solidarité qui participe au bien-être au travail* » (Ibid.).

I. II. Cadre pratique

I. II. I. Choix de l'étude

Suite aux diverses recherches théoriques, il est devenu évident que l'utilisation de la méthode qualitative était évidente afin de mieux appréhender le sujet et de tirer le plus d'éléments susceptibles de répondre à ma problématique. La méthode qualitative est indiquée pour, entre autres, développer des idées, des théories, et ou de nouvelles hypothèses ou de développer des explications d'un phénomène (Ajoulat, Année académique 2021-2022). Ce qui correspond au sujet de mon mémoire. En effet, le but de celui-ci est exploratoire, c'est-à-dire explorer le monde infirmier afin de comprendre les mécanismes provoquant la pénurie et la faisant perdurer ainsi que de les nommer. Du moins, ceux qui sont identifiés au cours de mon protocole d'expérimentation.

De ce fait, ce travail n'a pas pour ambition d'énoncer clairement toutes les causes profondes de la pénurie infirmière. Et il est possible qu'une étude sur le même type de sujet reprenant les principales caractéristiques de ma méthode fasse émerger d'autres mécanismes profonds (Ibid.).

I. II. II. Le recueil de données

La récolte des données s'est faite par des entretiens individuels de deux types visant chacun un des deux échantillons récoltés durant l'étude.

Il y a, d'abord, l'entretien individuel semi-directif avec des infirmier(e)s ayant pratiqué(e)s. Ensuite, il y a des entretiens individuels en profondeur, appelés « in-deph » en anglais (Ajoulat, Année académique 2021-2022) avec des témoins privilégiés. Les entretiens semi-directifs permettent aux participants de se sentir libre d'enrichir la conversation à tout moment tout en suivant les questions ouvertes du guide d'entretien préalablement conçu (Ibid.).

Quant aux entretiens en profondeur, il offre une plus grande liberté de parole avec un « cadre souple et évolutif » (Ibid.). Les questions s'élaborent au fur et à mesure du discours énoncé par le participant tout en gardant une ligne directrice pour recentrer la personne au risque que l'entretien devienne une conversation lambda pouvant se mettre en place à n'importe quel moment ou lieu.

Ces deux types d'entretien permettent la création d'un climat favorable à la discussion, aux interactions et d'obtenir un réel échange sur le sujet. Cependant, ils provoquent également des freins. En premier, la richesse et la qualité des données dépendent du bon vouloir de la personne. Deuxièmement, la méthode qualitative étudie un sujet en profondeur non pas une population (Ibid.). L'échantillon de l'étude ne doit donc pas être statistiquement représentatif de la population, mais être sélectionné parce qu'ils ont quelque chose à dire sur le sujet. Pour cette raison, les données obtenues ne peuvent être standardisées à l'ensemble de la pratique infirmière de Belgique. Troisièmement, la réalisation de ces entretiens, ainsi que leurs retranscriptions et leurs analyses, nécessitent beaucoup de temps. De ce fait, le nombre d'entretien est restreint.

I. II. III. Le guide d'entretien

Les deux guides d'entretien pour la collecte des données ont été élaborés sur base des principaux thèmes identifiés lors du cadre théorique dans la première partie de ce point ainsi que des questions pour demander aux participants de se présenter et leurs avis.

Pour ce qui est du guide d'entretien pour les entretiens individuels semi-directifs, il se compose d'une dizaine de questions courtes et ouvertes permettant de recueillir des réponses longues et riche et empêchant la personne interrogée de répondre par un « oui », par un « non », ou juste par un mot (Ajoulat, Année académique 2021-2022).

Les guides d'entretien individuel en profondeur pour les témoins privilégiés s'articulent autour de 6 grandes thématiques : le métier d'infirmier(e) et de sa signification pour le participant, le sens de la pratique infirmière, son avis sur les causes de la pénurie, les difficultés engendrées par le manque de soignants incluant d'autres professions médicales en difficultés de recrutement, l'attractivité du métier ainsi que les représentations véhiculées et ce qu'ils font pour le rendre attractif, et les solutions pouvant améliorer la pratique. Pour chacun de ses thèmes, plusieurs questions similaires ou différentes ont été réalisées afin de faciliter le discours et réduire au maximum le risque de ne plus trouver ses mots devant la personne.

Les guides ont été réalisés afin de s'informer de 4 grandes rubriques de manière non-linéaire. Ceux-ci sont : savoir qui est le participant, ses occupations et la manière dont ils les réalisent, son vécu de la pénurie infirmière et ce qu'il pense de celle-ci.

Avant de commencer les entretiens, un moment est pris pour me présenter, réexpliquer le mémoire et son but précédemment explicité avant l'accord et la prise de rendez-vous.

De plus, lors de ceux-ci, des techniques de reformulation, de relance, de clarification ou de précision ont été utilisées pour aider la personne dans son discours ou pour s'assurer de la compréhension de ses dires.

Vous pourrez retrouver la trame de ces deux guides d'entretiens dans les annexes (cf. annexe 2 et 3).

I. II. IV. Considération éthique

Étant donné que les personnes interrogées sont des professionnelles du monde médical et que mon étude ne porte pas sur le vécu des patients, il n'a pas été nécessaire d'obtenir une approbation du comité d'éthique de l'université catholique de Louvain (UCL).

Néanmoins, un formulaire de consentement (cf. annexe 5) comprenant une explication du mémoire a été transmis auprès de chaque personne interrogée. Cette explication détaille le but de l'étude, le temps moyen nécessaire pour l'entretien, l'anonymat préservé sauf accord de la personne, toutes les coordonnées nécessaires, l'accord d'enregistrement et la volonté de recevoir ou non la retranscription de l'entretien.

De plus, ayant interrogé des membres des Cliniques universitaires Saint-Luc, le document de demande d'enquête disponible sur leur site a été complété et approuvé par mail par la cellule IPEH.

L'étude a été effectuée du 16 mars 2023 au 18 avril 2023. En effet, la recherche des participants a commencé la semaine du 16 mars après accord préalable de mon promoteur et s'est stoppée mi-avril suite à la saturation descriptive et théorique des entretiens obtenus.

I. II. V. Stratégie d'échantillonnage

La sélection de l'échantillon s'est entièrement basée sur les critères d'inclusion et d'exclusion (cf. Annexe 4 - Tableau n°1). L'élaboration de ces critères s'est faite en lien avec ma problématique et ainsi, ce qui m'était nécessaire pour collecter mes informations. En effet, ma question de recherche interroge sur les causes profondes de la pénurie en Belgique. Mon échantillon devait donc refléter ces points ou du moins, avoir un lien avec la pratique infirmière pour être légitime dans ses propos.

D'autres critères pratico-pratiques ont été rajoutés pour s'assurer de la compréhension de leur discours et être sûr qu'ils souhaitent faire part de l'étude.

Aucun critère d'âge, de sexe, de nationalité, d'années d'ancienneté, ou de spécificités quant au lieu de travail (exemple : soins à domicile ou hôpital) n'a été précisé.

Les témoins privilégiés ont été contactés par mail grâce à une « snowball procedure ». En effet, le premier répondant donne accès ou donne le nom d'autres personnes pouvant faire partie de l'échantillon. Ce type d'échantillonnage est appelé échantillonnage en chaîne ou en « boule de neige » (Ajoulat, Année académique 2021-2022).

Le deuxième groupe, composé d'infirmier(e)s pratiquant est un échantillon de convenance (Ibid.). C'est-à-dire qu'ils ont été inclus dans un temps défini. En effet, deux semaines après avoir posté un message Facebook sur mon profil, sur le groupe du Master en Santé Publique et avoir contacté plusieurs de mes contacts, j'ai présélectionné une dizaine d'infirmier(e)s correspondant aux critères et demandés aux restes des personnes s'ils acceptaient d'être recontactés par la suite en cas de nécessité.

En plus de cela, l'échantillonnage des deux groupes est également un échantillon sélectif ou intentionnel étant donné que la sélection s'est fait sur base des critères d'inclusion et d'exclusion (Ibid.).

Étant donné qu'il n'y a pas de critères spatiaux, le contexte de la recherche n'a pas été prédéfini et n'est pas spécifique, sauf pour ce qui est le territoire belge.

I. II. VI. Description de l'échantillonnage

L'échantillon de cette étude se compose de 13 personnes : 4 dans le groupe des témoins privilégiés, et 9 dans celui des infirmier(e)s pratiquants. Les données générales décrivant ces personnes se trouvent dans la partie II – Résultats.

Il n'y a eu aucun refus de participer pour les témoins privilégiés. Pour les infirmier(e)s de terrain, la participation des individus s'est fait sur leur accord. En effet, pour participer, la personne devait écrire sur mon post. Cependant, 4 personnes qui avaient donné leurs accords ont dû être exclues. La première a été exclue parce qu'elle n'habite plus en Belgique et ainsi, ne correspondait pas aux critères d'inclusion. Les deux suivantes ont été faites suite à l'absence

de nouvelles et de moyen de les contacter après m'avoir donné leurs accords écrits. La dernière fut exclue de ma part après que la personne ait annulé à deux reprises le rendez-vous prévu le jour même. Cette personne fut remerciée pour son accord, et a reçu une explication de son exclusion.

En ce qui concerne les témoins privilégiés, une de ces 4 personnes a demandé à garder son anonymat. De ce fait, elle est désignée sous une lettre. En d'autres mots, cette personne est citée comme le témoin privilégié n°1 dans la suite de ce travail. Cette technique est la même pour les infirmier(e)s pratiquants à une différence. En effet, ils sont cités par rapport à un chiffre au lieu d'une lettre telle que par exemple, infirmier n°1.

I. II. VII. Déroulement des entretiens

Les rencontres avec les témoins privilégiés se sont déroulées en présentiel dans les établissements des cliniques universitaires de Saint-Luc. Quant aux rencontres avec les infirmier(e)s pratiquants, 3 des 9 entrevues se sont déroulées en distanciel via Teams, une application de communication, afin de mieux accommoder les personnes interrogées. Les 6 autres entrevues se sont passées en présentiel dans les locaux de la faculté de Santé Publique à l'UCL.

Le temps prévu pour les entretiens et communiqué aux participants était de 30 à 40 minutes. La durée moyenne pour les témoins privilégiés est de 53 minutes, 27 minutes pour les infirmier(e)s de terrain.

Chaque enregistrement s'est déroulé de manière individuelle, dans un environnement calme et enregistré suite à l'accord préalable des participants. Les personnes interrogées ont toutes reçu mes coordonnées pour me recontacter et la possibilité de rajouter quelque chose à la fin de chaque entretien.

Après le premier entretien avec l'infirmier n°1, une question a émergé dans la discussion et fut rajoutée dans le guide d'entretien : « Quelles sont les représentations que la société ou votre famille vous renvoie sur votre métier ? ».

Une autre question fut reformulée après les 3 premiers entretiens suite à beaucoup d'incompréhension sur le mot « sens ». Celui-ci fut accompagné voir remplacé par le mot « motivation ».

I. II. VIII. Description des procédures d'analyse et de traitement des données collectées

L'ensemble des entretiens fut retranscrit grâce aux enregistrements. Aucun logiciel ne fut utilisé pour le faire. Ces données recueillies riches en informations ne peuvent être utilisées à l'état pur. Raison pour laquelle un traitement secondaire fut important.

D'abord, après avoir lu plusieurs fois les retranscriptions afin de s'assurer de la compréhension, les éléments de réponse de chaque question ont été classés dans un tableau prédéfini avant les entretiens.

De plus, un tableau reprenant toutes les unités d'analyse fut réalisé pour chaque entretien. Puis, ces tableaux individuels furent comparés entre eux pour voir les similarités, les différences ainsi que les unités d'analyses isolées.

Les unités d'analyse sont des unités de sens « qui correspondent à des thèmes à valeur descriptives et / ou à des catégories conceptualisantes à visée de théorisation » (Ajoulat, Année académique 2021-2022). Ces unités peuvent être un mot, une idée, une phrase ou encore un thème (Ibid.).

Afin de traiter et d'explicitier ces tableaux, deux niveaux d'analyse ont été utilisés. Ces deux niveaux sont l'analyse descriptive et l'analyse interprétative.

En premier, l'analyse descriptive « consiste à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche » (Ibid.). Désignée sous le terme résultat, cette partie reflète la neutralité où il est obligatoire de rester dans une analyse objective des données.

Ensuite, l'analyse interprétative correspond à l'analyse subjective et dans ce corps, la discussion. Elle a pour but la théorisation des données qui sera faite par rapport à mon interprétation et aux connaissances de la littérature. En d'autres mots, l'analyse interprétative « consiste à interpréter, produire des hypothèses, expliquer, produire du sens, aller plus loin que le niveau descriptif, confronter ce que les auteurs disent, retourner à l'entretien, etc. » (Ibid.). Cette subjectivité dans l'interprétation des résultats peut être classée, regrouper et compris d'une façon différente pour un autre chercheur.

Partie II – Résultats

II. I. Infirmier(e)s pratiquants

II. I. I. Données générales sur l'échantillon

	Genre	Secteur d'activité	Région	Master en Santé Publique	Année de diplomation
n°1	M	Revalidation	Bruxelles Capital	En cours	2019
n°2	F	Soins à domicile	Wavre / Jodoigne	En cours	2010
n°3	F	Maison médicale	Charleroi	Non	2007
n°4	F	Soins intensifs	Bruxelles Capital	En cours	2017
n°5	F	Soins intensifs (adjointe)	Bruxelles Capital	En cours	2015
n°6	M	Soins palliatifs	Bruxelles Capital	En cours	2021
n°7	F	Cheffe d'un service de gériatrie	Braine l'Alleud	Oui	1998
n°8	M	Équipe volante	Mons	En cours	2020
n°9	F	Service semi-intensif pédiatrique de greffe hépatique	Bruxelles Capital	En cours	2021

En ce qui concerne le profil des infirmiers interrogés, la grande majorité sont des femmes. En effet, il n'y a que 3 hommes sur les 9 personnes interrogées. Dans l'échantillon, 7 travaillent à l'hôpital, dont 3 dans des services de médecine aiguë. Les deux autres travaillent à l'extérieur de l'hôpital. Deux de ces personnes ont un poste de management, c'est-à-dire de responsabilité.

La région de la Belgique la plus représentée est Bruxelles-Capitale. Presque l'entièreté de ces infirmiers réalise un master en Santé Publique et une de ces personnes l'a déjà obtenu. La dernière personne n'a pas l'intention de le faire pour le moment.

Enfin, la grande majorité de l'échantillon a peu d'ancienneté dans le métier d'infirmier(e). En effet, 5 ont moins de 5 ans, une a plus de 5 ans, une a plus de 15 ans et la dernière a plus de 20 ans d'ancienneté.

II. I. II. La reconversion

Pour ce qui est de la reconversion ou d'avoir pensé à se reconvertir, toutes les personnes interrogées m'ont répondu par la positive. En effet, l'infirmière n°2 m'a confié réaliser ce master afin de se rediriger vers un poste de coordination de soins. Le reste des infirmiers indiquent avoir y penser au moins une fois. Dans ceux-ci, l'infirmière n°3 et 5 y ont pensé très sérieusement, mais elles ont été retenues par le côté financier. L'infirmière n°9 y pense aussi souvent, mais elle ne sait pas vers quoi se tourner.

En ce qui concerne les raisons expliquant leurs volontés ou du moins leurs idées de partir, elles peuvent être classées en 5 sous-groupes.

Il y a, en premier, la non-cohérence entre les valeurs que l'infirmière et celles qui peuvent être respecté sur le terrain. *« Pour répondre à ta question, je vais me reconvertir. C'est une certitude. Pas spécialement dans l'hôpital pas dans un autre service, mais plutôt dans la création d'une société qui me permettra, en tout cas, de travailler comme moi, j'ai envie de travailler. Et comme ça, je peux surtout respecter d'abord mes valeurs et mes principes »* (Infirmier n°1).

En deuxième, une de ces personnes m'a confié être devenu infirmière parce qu'elle visait le master en santé publique. En effet, pour pouvoir avoir accès, il fallait qu'elle choisisse parmi certains métiers. Elle a alors sélectionné le plus attractif à ses yeux. Néanmoins, elle ne pensait pas avoir l'envie de tout quitter si vite. *« Et du coup, je voulais vraiment faire un master en santé publique. J'avais regardé les métiers qui mènent à ça et donc infirmière, c'était ce qui m'intéressait le plus. Après, j'ai quand même énormément aimé le métier, surtout au niveau soins intensif. (...) Donc j'ai toujours eu l'idée en tête que je n'allais pas rester dans les soins pendant très longtemps, mais je m'attendais pas (...) que l'idée (...) tombe aussi vite »* (Infirmière n°9).

Troisièmement, il y a l'impact négatif sur la santé mentale. En effet, l'infirmière n°3 a souffert d'un burn-out suite au Covid et la surcharge de travail que cela a entraîné. Elle s'est alors redirigée vers un poste extérieur à l'hôpital. L'infirmière n°7 a été diagnostiqué il y a quelques mois d'un burn-out lié également à la pandémie. Par la suite, même si l'infirmière n°4 n'a pas eu un diagnostic précis, elle m'a exprimé et détaillé des symptômes semblables à une souffrance psychique causée aussi par la surcharge de travail et la pandémie. *« Le COVID a été une période assez compliquée et chargée de travail impossible (...) Je vais dire là maintenant, en fait, je me rends compte à quel point ce n'était pas bon du tout, mais en fait à cette période-là,*

je rentrais chez moi en pleurs. Je me réveillais à 2-3h du matin en pleure (...) en fait, j'avais même plus envie d'être infirmière. J'avais même plus envie de commencer le nouveau boulot et donc du coup ça m'a fait peur » (Infirmière n°4).

La quatrième cause correspond à l'incompatibilité du monde soignant et du monde administratif. Comme un fossé entre deux mondes, le premier visant le prendre soin et le deuxième, la rentabilité et le côté financier. « *La direction est plutôt dans une optique de chiffres et de faire des économies, etc. C'est normal puisque finalement, on n'a pas vraiment de moyens pour les hôpitaux de faire les choses correctement* » (Infirmier n°1).

Enfin, la 5^e et dernière catégorie concerne les conditions de travail tel que la charge de travail elle-même. Selon l'infirmière n°8, cette envie de reconversion est susceptible d'arriver à n'importe quel infirmier lorsqu'il n'arrive pas à réaliser les soins comme il le voudrait. « *Je pense que comme tous les infirmiers (...) parfois des jours où tu as une charge de travail pas évidente avec un staff qui n'est pas assez aussi. Donc tu cours à gauche et à droite. Parfois, t'as l'impression que tu ne soignes pas vraiment, mais que tu coures derrière le temps donc tu ne penses pas vraiment aux soins que tu fais, mais aux temps qu'il te reste* » (Infirmier n°8). L'infirmière n°6 a également mis en lumière l'impossibilité d'avoir une vie privée épanouie avec un tel métier. En d'autres mots, il s'agit « *de la conciliation vie privée et vie professionnelle. En fait, c'est les horaires sont pas forcément si facile à ajuster (...) on passe assez souvent à côté des éléments de la vie privée et sociétale (...) En pleine semaine, par exemple, je ne vais pas participer à des événements le soir parce que je sais que le lendemain matin, je dois être réveillé à 4h30 du matin. Et je travaille un week-end sur deux ce qui fait que ça limite un peu les possibilités* » (Infirmier n°6).

II. I. III. Leur état d'esprit au travail

Parmi les infirmiers pratiquants, l'infirmier 3, 6 et 8 m'ont décrit être dans un état d'esprit assez positif que ce soit parce que leur métier leur plaît : « *En fait, j'aime bien mon travail en soi* » (Infirmier n°6). Soit parce qu'ils ont repris goût après avoir changé de service : « *Actuellement, ça va nettement mieux. Donc maintenant, c'est plutôt bien. Même s'il y a des jours où c'est parfois pas top, top, mais de manière générale ça va. Mais avant, quand j'arrivais au travail, tu te demandais comment le service allait être* » (Infirmier n°8).

Une autre infirmière ayant également changé d'hôpital m'a plutôt exprimé qu'elle préférerait faire autre chose que d'aller travailler, mais qu'elle y va, parce qu'elle doit y aller.

« Avant de partir, ben, je regardais les horaires, à savoir avec qui je travaillais. Et en fait, je me suis rendu compte que c'était le début de la fin (...) Là maintenant, quand je vais travailler, je ne regarde pas avec qui je travaille. Et ... Ouais, j'y vais, j'y vais, je dirais ... Je vais. Je ne suis pas contente d'aller travailler non plus parce que je me dis, je pourrais avancer sur nos autres trucs parce qu'on a beaucoup de trucs (...) je me dis juste bah oui, je viens, je fais mon taf » (Infirmière n°4).

L'infirmière n°2 m'a expliqué que son état d'esprit est assez négatif. Elle explique ce manque d'attrait par une organisation qui lui semble moins à l'écoute de ses difficultés et plus punitive. Toutefois, lors de ses journées de travail, la réaction des patients à sa visite la repositive et lui donne assez de motivation pour continuer de travailler. « C'est dur de se lancer le matin, mais en fait, c'est les gens qui te permettent d'avancer de maison en maison parce qu'ils sont super sympas. Ils sont contents de toi et c'est eux qui donnent la pêche et qui donnent la motivation. Mais c'est vrai que c'est dur (...) Je suis toujours contente de voir mes patients, mais c'est la façon dont le travailleur est organisé (...) ça gâche un petit peu le plaisir effectivement (...) Alors qu'avant, quand on fait une remarque, on disait "tu sais ce patient, il est quand même loin de ma tournée, tu ne sais pas essayer de le mettre là". Il y avait moyen de discuter maintenant quand on fait ça, c'est pire, on le paye très cher le lendemain, on a un truc dégueulasse (...) donc maintenant, on a compris toutes, on s'est dit bon, il ne faut pas râler, il ne faut rien dire » (Infirmière n°2).

Parmi la suite, il y a deux infirmiers qui m'ont confié ne plus avoir envie de travailler. D'abord, étant donné que l'infirmière n°7 souffre actuellement d'un burn-out, elle m'a décrit ce qu'elle ressentait avant le diagnostic et qu'elle faisait tout pour ne pas démotiver plus les infirmiers travaillant sous ses ordres au point où elle devait se conditionner avant d'aller travailler. En effet, étant cheffe infirmière, « j'ai toujours été super dynamique à cacher la gravité de la situation sur mon visage sur ma manière d'être (...) Je devais me motiver moi-même pour pouvoir motiver les autres. Donc tout le trajet pour aller au boulot, j'allais travailler à pied. C'était à 1 km et demi de chez moi (...) J'étais vraiment en train de me faire un auto conditionnement pour me dire "allez aujourd'hui ok il n'y a que 2 infirmières, 3 aides soignantes. Tu vas la 3e infi. Dès que t'arrives, tu vas déjà prendre les paramètres" (...) Donc j'arrivais quitte à chantonner à la fin du rapport à faire une petite blague de temps en temps pendant le rapport pour détendre un peu quand je sens que l'atmosphère est un peu... Je suis toujours extrêmement dynamique. C'est la grande force que j'ai quand je suis au boulot, mais plus les dernières semaines. Mais en temps normal, j'arrive en me disant (...) Je vais motiver

les troupes » (Infirmière n°7). Ensuite, l'infirmier n°1 se sent « *moins impliqué dans son travail actuel* » parce qu'il a des projets sur le côté et qu'il se dit « *pourquoi je vais prendre les choses à cœur, devrait autant donner de ma personne alors que je sais que je ne vais pas rester ad vitam aeternam* » (Infirmier n°1).

Pour les deux dernières personnes interrogées, elles m'ont confié que leur état d'esprit variait considérablement en fonction des conditions de travail et de la journée qui s'annonce telle que la charge de travail et le nombre de collègues présents. « *Alors ça dépend parce que quand je vois par exemple qu'on est assez bien staff, beaucoup plus serein, quand je vois qu'on est que 2 pour 14 patients semi-intensifs qui sont enfin tous été greffé la semaine passée (...) j'ai clairement la boule au ventre* » (Infirmière n°9).

II. I. IV. Leur soutien (ou non) pour entamer des études d'infirmier(e)s

Sur l'ensemble de l'échantillon de ce groupe, il n'y a que l'infirmière n°3 qui a clairement dit qu'elle ne soutiendrait pas parce que pour elle, « *c'est plus du tout ce qu'il faut faire maintenant comme métier, faut faire autre chose. Faire quelque chose qui te plaît et certainement pas ça* » (Infirmière n°3).

Elle rejoint également l'infirmière n°9 sur le fait qu'elle ne voudrait pas voir ses enfants devenir infirmier. « *Mon fils, je pense que je l'interdirai carrément* » (Infirmière n°9).

L'infirmière n°2 m'a aussi parlé de ces enfants, mais pour me dire qu'étant donné qu'ils ont subi les contraintes de son travail, et elle ne les voyait pas se diriger vers ce type d'étude. Cependant, elle les soutiendrait ainsi que d'autres proches. Elle m'a aussi dit que, pour elle, peu d'enfants d'infirmiers le deviennent. « *Il y a quelque chose qui l'attire dans ça. Il faut oui. Oui, il faut l'encourager. Toute façon, mais bon, je ne sais pas s'il y a beaucoup d'enfants d'infirmiers qui souhaitent faire infirmier parce qu'ils voient ...* » (Infirmier n°2).

Par la suite, les infirmiers n°6, 8 et 9 m'ont expliqué qu'ils soutiendraient, mais qu'ils conseilleraient à la personne de bien réfléchir. « *En soi le soutenir pourquoi pas. Je pense que c'est quelque chose qui peut être relativement positif, mais ça doit réfléchir. C'est... enfin c'est un métier qui est positif et ... Oui je ne pense pas qu'en fait, c'est simplement ça, que ce soit juste positif ou négatif. Ça dépend. Il faut vraiment peser le pour et le contre* » (Infirmière n°6).

Ensuite, l'infirmière n°5 m'a dit qu'avec tout ce qui est véhiculé et montré sur la pratique, si une personne souhaite le devenir, c'est qu'elle sait dans quoi elle s'engage. De plus,

selon elle, à l'heure actuelle, il manque beaucoup d'étudiants et que si ceux qui entament ces études sont dégoûtés et partent, il n'aura personne pour faire les soins de demain. *« Je le soutiendrai parce que de toute façon, c'est sa décision et moi, je pars du principe que quand quelqu'un a envie de faire quelque chose, c'est horrible de le casser tout de suite et d'aller à l'encontre. Certes, les conditions pour l'ensemble ne sont pas... ne font pas rêver. Après si tout le monde, si on décourage, ça va devenir de pire en pire. Il faut bien des gens pour faire les soins et de travailler dans les hôpitaux dans les années à venir (...) Je dirais que ce n'est pas facile, mais je pense qu'avec tout ce qui se passe dans les médias dans les réseaux sociaux, etc. Je pense que quelqu'un qui se dit "je veux être infirmier", il sait que ce n'est pas un métier facile (...) je pense que s'il veut s'engager et ... donc les chiffres clairement dans les écoles d'infirmières sont en train de chuter d'année en année au niveau des inscriptions, si on commence à démotiver le peu qui reste (...) ça n'ira pas »* (Infirmière n°5).

L'infirmière n°9 a également parlé des découragements qu'elle a subis quand elle a annoncé vouloir faire ses études. *« Après moi, j'ai en fait quand j'ai dit aux gens que je voulais être infirmière, il y a, mais beaucoup, énormément de gens, ce qui est très dommage, qui m'ont plutôt découragé. Et au début, je ne comprenais pas pourquoi j'ai quand même persisté. Je suis quand même contente (...) de ne pas avoir lâché et dire Ah non, c'est bon, tout le monde m'en parle mal de ce métier, donc je ne vais pas le faire »* (Infirmière n°9).

Un autre élément ressorti avec les interviews des infirmiers n°1 et 7, est qu'il faut soutenir le futur infirmier sans pour autant déformer la réalité afin qu'il ne tombe pas de hauts en y arrivant. *« S'il a l'envie de réaliser son rêve, qu'il le fasse même si c'est un métier difficile et que la crise COVID, on sait tous tiré des balles dans le pied en criant au secours, en disant que c'était difficile. Je les soutiendrai de toute façon parce que ça reste leur choix, leur souhait mais je ne pourrais pas m'empêcher (...) de ne pas leur mentir en les déformant la réalité (...) Parce que c'est le plus beau métier du monde mais sachez que (...) pour pas arriver avec un idéal et s'écrouler en arrivant sur le lieu du travail »* (Infirmière n°7).

L'infirmier n°1 m'a expliqué que dire la vérité sur l'art infirmier consiste à montrer aussi bien les points positifs que négatifs. Il a aussi explicité un de ces points positifs qui est l'éventail de débouchés permettant d'exercer où il se plaît. *« Je pense qu'il est aussi important d'informer sur les réelles réalités du métier et donc je pense que mon devoir à ce niveau-là, si je devais conseiller mon frère, c'est de lui dire de faire ce qu'il a envie de faire avec les conséquences de ses choix (...) Et bien évidemment, ça ne se limite pas à dire ce qui ne va pas, mais dire ce qui*

va. Et puis surtout et je pense que c'est ça la plus grande richesse de notre métier surtout ... c'est d'avoir des débouchés qui sont assez divers. Et donc, je peux lui conseiller qu'il existe d'autres alternatives au métier d'infirmier purement l'hôpital et qu'il existe d'autres moyens d'exercer cette profession dans différentes institutions » (Infirmier n°1).

Enfin, le dernier élément mis en avant à cette question est, selon l'infirmière n°4, les faibles possibilités d'y faire carrière. « Je pense que je l'encouragerai quand même, mais je lui dirais que ce n'est probablement pas le métier où il fera carrière » (Infirmière n°4).

II. I. V. La description de leur métier

Presque la moitié des interviewés m'ont décrit le métier d'infirmier comme un ensemble. En d'autres mots, selon eux, la pratique infirmière possède une vision la plus globale du patient et de ce qui l'entoure telle que son environnement. « Infirmière pour moi, c'est aussi bien psychologique que physique que pour les soins, que pour l'hygiène et tout ça mais une grande partie de psychologie à côté et ça on ne l'a plus du tout à l'hôpital (...) En fait, il faut prendre le patient dans son mental, son physique, son environnement » (Infirmière n°3).

À cette vision globale, certains d'entre eux rajoutent quelques éléments. D'abord, l'infirmière n°9 a complété sa définition en rajoutant la notion d'identité infirmière et sa capacité à faire des actes ne correspondant pas à sa liste d'actes. « C'est quand même un très beau métier et j'ai découvert en fait l'identité infirmière. C'est vraiment une identité, il faut être ... Enfin, elle est forte et il y a vraiment un corps de métier qui nous unit tous (...) On a notre liste d'actes effectivement, mais ce n'est pas qu'on sorte de notre liste d'actes. Tout ce qu'il y a autour, on est capable de le faire que ça soit : la diététique. Penser à combien de kilos calories cet enfant, il doit avoir. Ah le médecin, il a oublié de prescrire l'antibio pour la biopsie, donc on lui rappelle alors que ce n'est pas c'est pas du tout mon rôle de le rappeler, c'est le sien, appeler les anesthésistes, ce n'est pas mon boulot non plus avant la chirurgie, mais il faudrait bien que cet enfant voie un chirurgien, prendre les rendez-vous pour les patients alors (...) que nous ne sommes pas les secrétaires » (Infirmière n°9).

Cette description rejoint celle de l'infirmière n°5 décrivant la pratique comme multidisciplinaire elle-même. En effet, « Je dirais un mot que je n'aime pas, mais multitâche. On parle d'équipe multidisciplinaire. Mais j'ai envie de dire qu'une infirmière est déjà multidisciplinaire elle-même (...) je dirais que c'est vraiment le prendre soin au sens très large. Ne pas sous-estimer la profession et voilà, c'est un des plus beaux métiers du monde » (Infirmière n°5). Enfin, elle

rajoute que l'importance d'avoir des proches ou une équipe avec « *qui tu peux parler* » (Infirmière n°5).

Cette vision globale n'a, cependant, pas été mentionnée par l'infirmier n°1. En effet, il m'a décrit la formation qu'il a reçue plutôt axée sur la technicité que sur les compétences moins objectives. « *Ça a été longuement difficile pour moi de m'imaginer une relation d'écoute. Je sais que l'écoute est très importante, je ne dis pas le contraire, mais c'était vraiment pour moi l'idée de faire des prises de sang, de faire des soins, etc. Et j'avais des moments où je ne prenais pas suffisamment attention à l'écoute, à prendre en compte les besoins du patient, etc. Parce que moi-même, j'ai créé des projets pour le patient et non avec le patient* » (Infirmier n°1).

Cette capacité est mentionnée aussi par l'infirmière n°2. « *Le travail d'une infirmière, c'est vraiment écouter, aider, que tu pars de chez les gens, tu leur as apporté quelque chose. Même si ce n'est pas grand-chose, mais un petit quelque chose, un bien être (...) C'est quelqu'un qui écoute tout d'abord* » (Infirmière n°2).

La description de l'infirmière n°7 est au regard de la notion du prendre soin. C'est-à-dire que, selon elle, « *C'est d'abord le prendre soin avant de passer à la technique qui est pour moi est secondaire du coup même s'il faut l'asepsie et tout ça je suis bien d'accord* » (Infirmière n°7).

Enfin, l'infirmière n°4 met en avant son envie pour défendre ou du moins revaloriser son métier auprès de ses proches septiques. « *C'est essayer d'un petit peu montrer plus le côté technique ou l'autre côté relationnel ou les différentes histoires qu'il peut y avoir pour dire (...) non, mais en fait, c'est intéressant comme boulot* » (Infirmière n°4).

II. I. VI. Le choix de leur étude s'ils pouvaient remonter le temps

À la question pour savoir s'il ferait les mêmes études s'il avait la possibilité de revenir en arrière, 6 des 9 infirmiers m'ont dit qu'ils referaient encore des études d'infirmière. En effet, les infirmiers n°1, 4, 5, 7, 8, 9 m'ont tous répondu oui pour diverses raisons.

D'abord, l'infirmier n°8 le referait parce que le métier offre plein de postes et permet de se rediriger lorsque l'envie n'est plus là : « *Je pense que oui parce que ça a quand même la possibilité de changer de milieu. (...) et après que tu décides que ce que tu as envie de faire* » (Infirmier n°8). Par la suite, l'infirmière n°5 m'a exprimé qu'elle aimait bien « *garder un peu d'action* » (Infirmière n°5) et que c'était ce qui lui plaisait dans son poste d'ajointe.

Ensuite, les infirmiers n°1, 7 et 4 n'auraient pas souhaiter faire autre chose parce qu'il aime ce métier. « *Oui, je ferais les mêmes parce que je suis passionné par ce métier (...) parce que mes plus belles années sont au boulot, professionnellement parlant* » (Infirmière n°7).

Néanmoins, l'infirmier n°1 a précisé qu'il le referait, mais de manière différente. « *Je recommencerais le métier que je fais encore maintenant, mais peut-être différemment, dans le sens où je prendrais en considération différents aspects du métier pour ne pas revivre entre guillemets des moments difficiles avec les hôpitaux et tout ça* » (Infirmière n°1).

Et l'infirmière n°4 m'a indiqué qu'« *à part si j'ai vraiment une révélation : Oh mon Dieu, j'aurais dû faire ça* » (Infirmière n°4), elle reprendrait les mêmes études.

Quant à l'infirmière n°9, elle m'a confié souvent se poser la question, mais qu'elle ne serait pas quoi faire d'autres et les options auxquelles elle pense ne la passionne pas autant que le métier d'infirmière. « *Juste parce qu'infirmière c'est trop dur, on va dire. Mais j'aurais fait autre chose, mais par dépit, pas forcément parce que ça me passionne. Enfin, après diététique et cetera, je trouve ça super chouette parce qu'on est un petit peu ... on est infî. Mais oui, je ... et parfois je me pose la question, mais en fait je sais pas du tout ce que j'aurais fait* » (Infirmière n°9).

Concernant ceux qui m'ont répondu qu'il aurait fait autre chose, l'infirmière n°3 ne souhaiterait pas recommencer parce qu'elle n'aime plus le métier actuel. « *Toute ma vie, j'ai su que je voulais m'occuper des autres. Moi, je n'ai jamais demandé pour faire du secrétariat, je n'ai jamais demandé pour faire des formations à l'ordinateur et qu'on me fasse encoder des trucs de l'ordinateur que je ne comprenne rien, que pour finir les ordinateurs et les chiffres et les trucs informatiques prennent plus de temps que mon accompagnement* » (Infirmière n°3).

Pour l'infirmière n°2, il s'agirait plus d'une prise de conscience en travaillant en tant qu'infirmière, qu'elle préférerait le social. C'est-à-dire « *le contact avec les gens, mais je l'ai compris ... Voilà comme tu dis en travaillant* » (Infirmière n°2).

Pour ce qui est de l'infirmier n°6, il n'a pas su me répondre clairement par oui ou non mais m'a expliqué qu'« *en fait, ce serait soit ceci soit quelque chose au niveau environnemental, je dirais. Entre les 2* ».

II. I. VII. Le sens de leur métier

Le sens de leur pratique ou en d'autres mots, la motivation qui les pousse à continuer est, pour une majorité d'entre eux, le patient et donc faire une différence pour lui dans leur « prendre soin ». « *Voir que ce que je vais faire de ma journée à la fin de mes 7 ou 8h, je vais voir une différence. Je vais voir l'impact (...) lui apporter quelque chose* » (Infirmière n°5).

Ensuite, il y a les collègues avec lesquelles ils travaillent, mais également, être solidaire entre eux. « *Avec le poste d'adjoint, c'est d'essayer à mon échelle d'améliorer les choses (...) améliorer le quotidien de l'équipe* » (Infirmière n°5).

Par la suite, l'infirmier n°1 associe le sens de sa pratique à sa personnalité positive : « *ce qui me fait tenir (...) je suis très positif malgré tout* » (Infirmier n°1).

L'infirmière n°6 y voit « *un certain idéal* » et donc être « *en adéquation avec ma profession, avec mes valeurs* ».

Ensuite, la motivation pour l'infirmier n°8 est son projet de vie. En effet, il se prédestine à quitter l'hôpital pour faire de l'humanitaire dans 10 ans.

En dernier, l'infirmière n°4, après avoir repris goût en changeant d'hôpital, considère qu'elle est qualifiée par son métier. « *Je t'aurais dit que pour la dernière année et demie qui vient de s'écouler, que c'était plus alimentaire qu'autre chose. Pour le temps du master, fallait quand même des soussous. Mais ce n'est pas aussi alimentaire que si j'étais caissière chez proxy (...) maintenant, je dirais que, je suis infi parce que j'ai fait les études pour et je suis qualifiée (...) je pense qu'au fur et à mesure, de ces derniers mois, dernières semaines, ben l'envie est à nouveau là, de revenir* » (Infirmière n°4).

II. I. VIII. La représentation sociétal et familiale qu'ils subissent

La question de la représentation s'est faite par rapport à la société ou / et la famille.

Sur l'ensemble des infirmiers interrogés, 3 m'ont expliqué que leurs familles et leurs proches étaient fière d'eux. « *Ça se passe bien avec l'entourage. Mon fils, lui il est content que je m'occupe des gens parce qu'il trouve ça très beau (...) Après plus de 20 ans de carrière, mes parents me disent "tu as géré un master, tes études d'infirmière". En fait, j'ai tout pris (...) mes décisions toutes seules. Je ne leur ai jamais rien demandés et je pense qu'ils sont fiers aussi. Et*

les amis que j'ai, quand je leur parle de mon boulot, j'ai l'impression que je les passionne parce qu'il trouve cela magnifique. Donc je suis assez bien soutenu par les gens que j'apprécie le plus » (Infirmière n°7).

Toutefois, l'infirmier n°6, travaillant aux soins palliatifs, m'a confié que sa mère ne le percevait pas aussi positivement que le reste de sa famille parce *« qu'elle voit bien que c'est quand même assez intense. Et par rapport au type de service, ce n'est quand même pas (...) psychologiquement un petit mal en tout cas »* (Infirmier n°6).

Pour ce qui est de la société, une de ces infirmières a dû faire face à 2 visions distinctes liées à la différence de culture. En effet, étant d'origine espagnole, elle a été confrontée à une vision opposée et plus négative du rôle d'infirmier en Belgique comparé à son pays natal. *« Alors moi, je suis espagnole. Du coup, c'est fort différent à la Belgique, l'infirmière a toujours été très, très bien vue (...) donc j'ai vraiment les 2 côtés quand je disais bah côté de mes amis, ma famille qui habite en Espagne, oui, je veux faire infirmière et toi, c'est trop bien. Franchement, tu es fait pour ce métier, et cetera. Et puis ici, on m'a vraiment découragé en me disant Oui, tu vas faire que les soins d'hygiène etc. (...) je pense que la société, elle a vraiment un contact avec les infirmières différentes en Espagne parce que quand on est enfant, on est suivi presque que par l'infirmière. En fait, y a des infirmières très spécialisées en pédiatrie »* (Infirmière n°9).

Au niveau sociétal, 4 infirmiers m'ont décrit que la société leur renvoie une image positive. Néanmoins, selon l'infirmier n°6, cette image *« dépend des périodes »* (infirmier n°6). Pour les autres, cette image est la conséquence directe de la pandémie parce que même si elle a aggravé les difficultés de la pratique, elle les a, selon l'infirmière n°5, mis sous les projecteurs. *« Je reçois plein d'éloges de "vous faites un métier merveilleux". "Heureusement que vous êtes là vraiment". Limite que des papillons et vous devez être mieux revaloriser et cetera. Et je pense que pour ça le COVID, je ne suis pas toujours pour ce qui est montré dans la presse mais ça quand même (...) ça a avancé, remis en évidence, en lumière la profession (...) Je pense que je n'aime pas dire ça mais je crois que grâce au COVID les gens se sont posé un peu plus la question sur le rôle des soignants au sens large et que ça a permis de remettre un petit peu les choses (...) C'est vrai que tout a été augmenté avec le COVID mais clairement il y avait déjà des problèmes dans les conditions de travail, des quotas avant cela. De nouveau le COVID a tout mis en avant, à tout fait péter. »* (Infirmière n°5).

Le reste de l'échantillon m'a décrit une vision plus teintée. L'infirmière n°4, par exemple, m'a expliqué que les autres lui renvoient souvent une image de « *la petite main du docteur* » sans reconnaître sa capacité à décider. En plus de cette vision peu flatteuse, les infirmiers m'ont expliqué qu'il existait une incompréhension vis-à-vis de la profession ainsi qu'un manque de reconversion. « *Je trouve que c'est un peu rabaissant, qu'ils ne prennent pas vraiment au sérieux (...) Ils ne comprennent pas vraiment ce qu'est notre rôle d'infirmier (...) C'est vrai qu'il faut expliquer, mais voilà. Ce n'est pas évident d'expliquer. Et des fois quand tu expliques, ils pensent que tu exagères* » (Infirmier n°8).

En plus de la vision familiale et sociale, un autre élément propre aux mentalités soignantes est ressorti. En effet, l'infirmière n°7, cheffe d'un service de gériatrie, m'a décrit un cliché néfaste qui colle à son domaine d'expertise. Ce cliché est répandu dans la société, au sein des soignants, mais également, entre les étudiants. « *Les gens gardent le cliché, malheureusement, du petit vieux dément qui fait pipi, qui crache et sans se rendre compte qu'il y a quand même un individu derrière vraiment et que c'est leurs dernières années donc il faut essayer de les confortabiliser le plus possible (...) On sait que quand ils [étudiants] arrivent en gériatrie, ils arrivent avec des pieds de plomb parce que (...) ce sont des petits vieux et ce n'est pas valorisant. Mais ils sortent tous, en tout cas jusqu'au moment où j'étais dans le service, ils sortaient tous avec un grand sourire en disant « vous nous avez tous pratiquement tous fait aimer la gériatrie ». Alors qu'un sur 2 arrive en disant "ouais, je n'ai pas envie"* » (Infirmière n°7).

L'infirmier n°1 rejoint cette idée en expliquant qu'en plus d'avoir « *une représentation en globalité plutôt mitigée, négative des soignants de la part du monde extérieur* », il existe aussi « *entre nous, on a des images très mitigées par rapport à ce qu'on fait* » (Infirmier n°1).

Un autre constat sur le travail en équipe fut détaillé lors de l'interview avec l'infirmière n°9. Pour elle, il n'existe que 2 types : « *en fait ce que je remarque, c'est que les équipes infirmières (...) elles ont malheureusement (...) beaucoup de conflits, soit elles sont vraiment très soudées* » (Infirmière n°9).

II. I. IX. Les conséquences qu'ils subissent

Cette thématique fut abordée en 3 points : le temps de faire les soins ainsi que l'énergie et l'impact ressenti qu'ils associent à la pénurie. Les personnes interrogées ont soit répondu à

chacun de ses points, soit une fois pour l'ensemble des points. Ces éléments seront mieux interprétés dans la discussion. Dans ce point, ils seront juste détaillés.

En ce qui concerne le temps, les infirmiers n°3 et 6 indiquent avoir le temps, mais le relie à la spécificité de leur service. En effet, étant donné qu'ils travaillent dans une maison médicale et aux soins palliatifs, ils ont peu de patients comparés aux restes des services. « *Le temps c'est variable, mais essentiellement oui. Je suis dans un service de palliatifs donc on a moins de patients* » (Infirmière n°6). Quant à l'infirmière n°2, elle m'a expliqué que même quand elle n'a pas le temps, elle le prend. En effet, « *On ne me le donne pas forcément, mais je prends en fonction des situations, de ce que demande le patient sur le moment même ce n'est pas tous les jours la même chose (...) parce qu'au début, j'étais, tu sais, petit lapin qui court partout, qui fait tout. J'étais super gentille avec les patients, mais je ne prenais pas le temps de me poser en me disant, je m'en fous si ça prend du temps (...) je sens qu'il y a besoin que je me pose et puis (...) on verra après quoi. Et ça, il faut le temps et ça au début, on ne peut pas l'avoir tout de suite quoi* » (Infirmière n°2).

Pour ceux qui considèrent qu'ils n'ont plus le temps, ils expliquent que ça impacte le temps auprès du patient et précisément, le temps pour les écouter. « *C'est plein de choses qui font que je trouve qu'on n'a plus de temps pour le patient. Et on a surtout en fait plus assez de temps pour écouter le patient en fait. Dans la chambre, on fait ce qu'on a à faire "Bonjour. Comment ça va ? Vous avez mal ? Non ok. Vous savez quel jour on est ?". On pose la question, le minimum et même quand on parle, on est occupé à autre chose donc on n'est pas vraiment dans la relation dans le dialogue (...) Le temps, je trouve que c'est quelque chose qui manque clairement et je pense que c'est ce qui fait partir pas mal de monde. Tu fais aussi ce métier-là ces études-là pour t'occuper des gens et tu ne fais que courir. Tu es à risque de faire les bêtises. Tu es fatigué et cetera* » (Infirmière n°5).

L'infirmière n°7 rajoute qu'en tant que cheffe, elle essaye de son mieux pour permettre à ses infirmiers de passer du temps au chevet du patient. « *Non, non et ça, c'est quelque chose que je partage beaucoup avec les infis et c'est pour ça que je suis en salle tous les matins jusqu'au repas de 12h avec elles (...) pour qu'elles aient le temps (...) de discuter avec le patient ou autre. Mais je ne me voile pas la face, on est loin de solutionner les choses. Mais idéalement, je ne sais plus quelle étude du KCE avait prouvé que le maximum de patients par infirmière, c'était 7 tout dépendant de la lourdeur du patient, mais là, elles sont donc 14 donc depuis des années il n'y a plus le temps* » (Infirmière n°7).

Par la suite, l'infirmière n°9 considère que les soignants ont toujours moyen de prendre le temps. Ce qui est la responsabilité d'un chef de service. Elle complète en disant que le 1^e service où elle a travaillé, il s'agit plus d'une question de motivation que de temps. « *Quand j'étais aux soins intensifs en fait. Ok, je fais ce qui était aiguë et super nécessaire, mais je faisais pas tout ce qui est soins de plaies. C'était fait à la va vite. Prendre soin, penser aux escarres du patient, on ne le faisait pas. Mais après, c'était une négligence qui venait un peu de la part de tout le monde. Et en fait, tu te laisses aller aussi donc effectivement, après je pense qu'on aurait eu le temps. C'est juste parfois la motivation (...) L'effet de groupe. Donc je pense qu'on a toujours le temps de prendre en charge nos patients. C'est pour ça que je trouve que le rôle de chef, il est super important là-dessus pour vraiment mettre ... être derrière l'équipe pour leur rappeler parce qu'il y a certaines choses que les médecins ne vont pas nous dire : Ah oui, pourquoi vous n'avez pas fait ceci, ou cela. Ça relève vraiment du rôle infirmier* » (Infirmière n°9).

Au sujet de l'énergie, les infirmiers n°5 et 6 me l'ont décrit comme dépendant des événements de la journée et comparé au temps, elle découle de la personne et non des facteurs externes. « *Le temps, il est là. Il passe et pour ça, tu ne sais rien faire. L'énergie, je pense que c'est une ressource encore un peu particulière. Pourquoi chacun va. Parce qu'il faut avoir l'envie aussi. (...) Le temps passe, l'énergie ça découle de l'envie* » (Infirmière n°7).

À propos des impacts cités, les infirmiers m'ont détaillé leur charge de travail plus lourde à travers divers exemples tel que le gonflement des tournées à cause d'un manque de 6 temps plein, les multiples casquettes qu'enfile l'infirmier, la suppression d'un temps plein infirmière au matin, etc. « *On nous a enlevé une infirmière. Et cette infirmière qui était censée être là pour gérer tout ce qui est administration, entrants, sortants, etc. n'est plus là. Donc, maintenant, on est contraint à travailler à 4 de cette manière là avec une personne qui travaille et fait les soins (...) d'hygiène de plaies, les médicaments, etc. qui se voit rajouter une tâche complémentaire qui était réservée à cette infirmière qui était là pour nous aider justement. Ce qui fait qu'on a beaucoup plus de travail, beaucoup moins de temps pour manger (...) on sent la pénurie en tout cas qui est assez présente et ça nous épuise physiquement et mentalement et parfois, on a des heures supp de 20h, 40h. Moi, j'en ai déjà eu 50. On sent vraiment la difficulté. Et encore une fois, la direction même s'ils sont très axés, centrés (...) ils veulent faire des économies. Pour eux, ce n'était pas une priorité. Pour eux, d'avoir une infirmière supplémentaire* » (Infirmier n°1).

Un autre élément mis en lumière est l'impact sur la prise en charge des patients correctement. En effet, selon l'infirmier n°8, « *Tu vas faire un pansement ou je sais pas quoi, mais tu ne vas pas expliquer pourquoi tu le fais. Tu ne demandes même pas le consentement (...) Donc tu expliques vite fait que le patient te dise oui ou non, des fois, il te répond même pas que tu as déjà commencé à mettre en place* » (Infirmier n°8).

Le dernier élément ressorti est le moral de leurs collègues. Toutefois, l'infirmière n°5 explique que même s'il continue de perdre des collègues, un sentiment d'appartenance et de force les soude pour continuer à avancer. « *Je le sens aussi très fort du moral des infirmières, des médecins, des aides soignantes (...) À chaque départ, tu vois qu'il y a ce "pouf encore une" qui s'en va (...) C'est démoralisant, tu sais que c'est très ... ils disent ok il va falloir engager, mais il faut des gens donc là c'est un stress supplémentaire (...) quand est-ce que quelqu'un va postuler, quand est-ce qu'on va voir quelqu'un, et même quand t'as quelqu'un, est-ce que ça va aller. C'est tout un cercle vicieux comme ça (...) tous les petits qui s'accumulent, qui s'ajoutent aux autres (...) "On est tous dans le même Merde, tous dans le même bateau". Il faut se serrer les coudes et avancer ensemble donc ça, je pense que ça a permis un mini élément positif (...) il y a un petit peu plus de solidarité en tout cas. On sait qu'il n'y a pas le choix qu'il faut y aller. On va se soutenir, on va avancer ensemble* » (Infirmière n°5).

II. I. X. Les causes de la pénurie

Lors de cette question, les répondants pouvaient répondre tout ce qu'il leur semblait juste à leur niveau. De ce fait, les éléments parlant des salaires des infirmiers sont ressortis, mais étant donné que cela ne correspond pas et ne pourra pas être reliés à un autre élément de ma question de recherche, le côté salariale ne sera pas détaillé dans ce point. Le reste de leurs réponses sont coordonnés et regroupés sous 7 thèmes différents.

En premier, il y a cette description d'incompréhension voir de confrontation du monde soignant envers le monde de direction. En effet, le deux tiers des infirmiers m'ont expliqués ressentir un fossé se créer entre les dirigeants des lieux où ils travaillent et leur pratique.

Parmi ces discussions, l'infirmière n°3 m'a parlé de la polyvalence prônée à son ancien lieu de travail qui va à l'encontre des spécialisations et de l'expérience spécifique et unique de l'infirmier. « *La polyvalence, il faut tout savoir faire mais pour finir, tu sais tellement tout savoir faire que tu ne sais plus rien faire* » (Infirmier n°1).

Il y a aussi un sentiment de frustration envers la direction qui, selon l'infirmier n°1, « *parle de pénurie, mais (...) ne prenne pas suffisamment en compte les origines de tout ça* » (Infirmier n°1). Il rajoute aussi que la plupart des étudiants et des infirmiers sont dégoûtés de la réalité de terrain.

L'infirmière n°4 m'a parlé d'une situation personnelle où son équipe avait fait remonter des plaintes concernant la charge de travail à la direction. Celle-ci avait mis en place des éléments pour réaliser un diagnostic tel que des entretiens qualitatifs individuels avec une psychologue. Néanmoins, elle n'a pas pour autant amené des solutions après l'identification des problèmes, mais avait demandé aux équipes de les trouver et de leur faire remonter. « *La direction et le CESI viennent avec le feedback et finalement, disent bah, "voilà en fait le gros problème, c'est telle, telle et telle chose dont la charge de travail et donc du coup ce qu'on vous propose, c'est que vous fassiez des groupes de travail pour discuter des différentes solutions que vous pouvez éventuellement amener à la chose" (...) et surtout, on te dit qu'on a une charge de travail trop importante. Et quoi alors du coup, on doit faire des heures supplémentaires pour faire ces groupes de travaux et ils étaient là : "Ah non, non, non". On ne peut surtout pas vous demander de faire des heures supplémentaires parce qu'enfin, vous avez déjà beaucoup de travail, on ne va pas vous demander de rester encore en plus pour faire les choses" (...) il y a des jours, on n'a même pas le temps de bouffer et tu veux en plus de ça, qu'on fasse des groupes de travaux et sur tous les groupes de travaux, il faut avoir les mêmes infirmiers qui soient là pour le même shift. Autrement dit, c'est impossible. Donc, en fait, tu nous donnes une solution qui n'en est pas une* » (Infirmière n°4).

Un autre point de désaccord soulevé avec le côté de direction concerne le côté financier. En effet, les infirmières n°2 et 3 m'ont parlé des rendements demandés provoquant un fossé avec les infirmiers qui s'occupe du patient. « *Ils sont un peu tombés comme tout le monde dans le besoin de rentabilité dans les soins (...) Des fois des tournées qui sont incohérentes, des patients chez qui on doit passer du temps, mais en fait, on ne nous accorde pas le temps parce qu'on dit non, que c'est un simple patient (...) Mais non, il y a tout un contexte derrière qui fait que c'est plus long que ce qui est juste marqué un pansement ou une toilette (...) Il y a un fossé quoi entre le bureau et nous. Il y a un véritable fossé alors qu'au bureau, ce sont des infirmières c'est ça qui est un petit peu interpellant* » (Infirmière n°2). Ce désir de rentabilité fut également soulevé par l'infirmière n°7 qui a insisté sur le fait qu'il « *ne faut pas oublier qu'on a des vies entre les mains et le problème aussi c'est qu'on considère les hôpitaux comme des sociétés ou des ASBL, mais ça ne fait pas le bénéfice des hôpitaux. Ça devrait, mais ça n'en fait pas. On est là pour*

soigner des gens et le problème, c'est que c'est tout un système de fonctionnement à revoir » (Infirmière n°7). Elle m'a aussi abordé deux autres points. La mise en place du barème IFIC qui permet aux jeunes engagés d'avoir un meilleur salaire, ce qui est bien, mais plafonne le salaire à partir de 15 ans d'ancienneté. Et les primes post-covid qui se sont basés sur les contrats établis et non sur les heures prestées durant la pandémie ce qui, selon elle, peut traduire une injustice pour certains et inversement. *« Donc, par exemple, il y a une collègue qui, un concours de circonstances s'est luxé l'épaule, un mois avant qu'on se confîne. Et donc elle a dû rester chez elle pour les problèmes de santé. Elle a touché la prime, mais elle a été absente pendant 2 mois d'affilée (...) Donc quelque part ça paraît juste et injuste »* (Infirmière n°7).

Quant à l'infirmière n°1, il m'a décrit la question financière comme *« un problème assez majeur en tout cas dans notre métier »* parce qu'elle *« est un peu la pièce centrale de ce qui fait fonctionner l'hôpital »* (Infirmier n°1).

Le deuxième thème abordé concerne la violence dans les propos ou dans les interactions. Cela peut être rencontré avec les patients : *« Ce sont des histoires pas toujours faciles avec les patients. Pas forcément toujours être reconnu. J'ai l'impression que ça va mieux, mais nous, on a encore certains patients qui vraiment te considèrent (...) comme ta bonniche quoi (...) "Vous êtes là, vous êtes payé pour ça. Donc quand je vous appelle, vous venez" »* (Infirmière n°4). Cette violence peut également avoir lieu entre les soignants dans le cadre du travail : *« t'es dégoûté parce qu'on te demande de tout faire, on te gueule dessus. Les médecins sont super difficiles. Surtout les chirurgiens, en salle d'op, je m'en suis pris plein la tête. Je me suis fait traiter de tous les noms par certains »* (Infirmière n°3).

Troisièmement, il y a les conditions de travail spécifique au métier telles que la charge de travail, certes lourd, mais qui englobe plus que le Nursing tel que l'administratif du dossier patient informatisé (DPI), la compréhension et la gestion des outils informatiques, ... voir même, comme l'indique l'infirmière n°9, le travail des autres. Elle rajoute qu'en plus d'en avoir un peu marre de faire le travail des autres, le soignant n'a pas cette capacité de refuser de faire les actes d'autrui. En effet, elle explique *« qu'on se rend compte qu'on fait le boulot des autres et ça ne plaît pas, mais on n'est pas capable de dire "non, mais en fait, je le fais pas". Donc voilà, tant pis. Il n'a pas vu d'anesthésiste "ben tant pis ce n'est pas ma responsabilité en fait" »* (Infirmière n°9). À propos de ce côté administratif et donc informatique, l'infirmière n°2 indique que c'est *« chronophage »* et ne correspond pas au métier d'infirmière : *« on n'a pas fait des études pour (...) cocher, décocher »* (Infirmière n°2).

Elle va plus loin en expliquant que « *l'infirmière, elle ne te regarde pas. Elle regarde l'écran et elle te pose pas des questions sur toi. Elle te pose des questions qui sont dans l'ordinateur* » et que « *ça déshumanise tout* » (Infirmière n°2).

Ce côté du métier entraîne un sentiment de frustration pour l'infirmière n°4 parce que cela n'engendre plus un « *sentiment de faire vraiment une valeur ajoutée quand (...) du coup, on ne te donne pas le temps de faire les choses correctement* » (Infirmière n°4).

De plus, l'infirmier n°8 indique que cette charge de travail est parfois mieux gérée dans un service que dans un autre impliquant de ce fait l'organisation et le management de l'équipe.

Par la suite, une autre condition de travail mis en avant par l'infirmier n°6 sont les horaires de travail qui entraîne une « *difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle* » (Infirmier n°6).

Le thème n°4 correspond à une faible espérance de vie d'un infirmier sur le terrain entraînant, par ailleurs, un cercle vicieux. En effet, plus les effectifs diminuent, plus la charge de travail augmente, plus les personnes partent du métier, etc. « *L'autre problème, c'est le cercle vicieux quoi. T'as pas assez (...) d'infirmières, t'as trop de travail donc ça ne donne pas envie* » (Infirmière n°2).

Pour l'infirmière n°9, cette durée de vie est un « *gros problème* » qui précède celle de la réduction des inscriptions aux études d'infirmière. « *Je pense qu'ils étaient 120 personnes inscrites dans mon école en première année, alors qu'on était 400* » (Infirmière n°9).

Il y a, par la suite, tout ce qui concerne les futurs ou nouveaux infirmiers. D'abord, il y a l'encadrement des stages. Selon l'infirmier n°1, il n'y a plus le temps de « *s'occuper d'eux, de les superviser, de leur donner un peu d'espoir* » (Infirmier n°1). À cela, il rajoute le sexisme, c'est-à-dire, qu'« *on préfère parfois les hommes que les femmes en tant que stagiaires* » (Infirmier n°1).

Après, il y a aussi la confrontation à la réalité et la manière d'accueillir qui peuvent te dégoûter du métier pour l'infirmier n°8.

À propos de l'encadrement des nouveaux diplômés, l'infirmière n°4 le décrit comme mauvais et l'explique par deux exemples. En effet, d'après elle, « *quand tu as terminé les études, bah, tu fais parfois un peu d'intérim pour aller voir à gauche, à droite et donc du coup quand tu commences à être bien dans une équipe en intérim et que t'es engagé dans cette équipe. Enfin,*

moi, je parle pour cet exemple-là, mais donc en fait du coup l'équipe se dit genre bah, c'est bon, elle connaît, elle est intérim. Mais en fait c'est pas du tout la même prise en charge qu'un nouvel engagé où tu dois expliquer tous les protocoles et cetera. Et je trouve que des fois on ne les double pas assez. Enfin moi, j'avais de l'expérience donc voilà, mais normalement, j'étais censée être doublé 2 semaines, j'étais doublé 2 jours » (Infirmière n°3).

Enfin, les infirmiers n°1 et 4 ont également mis en évidence les stages qui pour certains étaient « catastrophiques » (Infirmier n°1) et qui ont pu les casser (Infirmière n°4).

Le sixième thème regroupe tout ce que les infirmiers m'ont dit sur les études permettant d'acquérir le diplôme d'infirmier. L'infirmier n°1 m'a expliqué une incompatibilité de la formation en rapport avec les besoins du patient. En effet, selon lui, « *on est moins sur les besoins du patient, moins sur leurs représentations, de leurs pathologies, de leurs attentes, etc. (...) on a été très conditionné par cet aspect biomédical qu'on ne s'en rend pas compte (...) qu'on le fait instinctivement* » (Infirmier n°1).

Ensuite, l'infirmière n°9 a repris le fait qu'il existe deux types d'infirmières et que ce n'est pas bénéfique. En effet, d'après elle, « *ça tire vers le bas le métier. (...) On n'a pas la même réflexion parce que ce n'est pas la même étude. Il faut dire ce qu'il y a, ce n'est pas pour rien qu'on les accepte pas dans les services pédiatriques et cetera, on ne les accepte pas. Mais pourquoi les accepter en gériatrie ?* » (Infirmière n°9).

La nouvelle formation d'assistante en soins infirmiers fut abordée par l'infirmière n°5 pour m'expliquer que ce ne l'intéressait pas de déléguer ces actes pour « *juste prendre la responsabilité de faire les coches dans l'ordinateur parce que ça monte au ministère* » (Infirmière n°5). De plus, elle rajoute quand multipliant les formations et les compléments de formation, comme pour les 150h rajoutées aux aides soignantes, cela va « *partir dans tous les sens* » et ainsi, « *les patients ne vont pas s'y retrouver non plus* » (Infirmière n°5).

L'avant-dernier thème concerne le faible pouvoir et les représentations que subit la pratique infirmière. Au sujet du pouvoir que détiennent les infirmiers, l'infirmier n°8 explique qu'il n'y a que les infirmiers qui réalisent « *4 ans sans spécialisation, sans un master* » et être considéré comme un bachelier. Pour lui, il s'agit d'un problème « *au niveau de comment on est représenté* » (Infirmier n°8). Ensuite, il y a, selon l'infirmier n°6, un « *ressenti qu'on soit très peu écoutés au niveau politique dans les décisions qui nous concernent* » (Infirmier n°6). En effet, il explique que quand une nouvelle décision concernant les soins infirmiers ou ayant des

conséquences directes dessus est prise, les soignants ne sont pas consultés. Il rajoute, par la suite, un sentiment d'impuissance étant donné qu'il n'a personne à contacter quand *« il se passe quelque chose, un point de désaccord »* (Infirmier n°6).

À propos de la représentation, il y a une sous-estimation de la profession selon l'infirmière n°5. En effet, pour elle, *« ça reste froter du pipi, caca, et donner des médicaments (...) On ne met pas aussi en avant le côté intellectuel de la profession, des réflexions »* (Infirmière n°5). Elle indique également que, pour elle, la pénurie est un problème de société qui fait souvent la une. Ce qui est bien pour elle. Cependant, en parler autant pourrait, toujours selon elle, *« faire peur à des gens qui pensaient se lancer dans la profession (...) dans l'entourage quelqu'un leur dit "ne fait surtout pas ça, c'est l'horreur à l'hôpital" »* (Infirmière n°5).

Par la suite, l'infirmière n°9 explique que *« c'est vraiment la représentation de la société qui devrait changer par rapport au métier d'infirmière, sinon on en aurait beaucoup plus qui s'inscrirait dans ce métier »* (Infirmière n°9). Cette représentation se reflète aussi *« dans tout ce qui est film »* où les médecins, par exemple, sont trop mis en avant comparé aux restes du corps médical (Infirmière n°9). Elle indique que cette représentation est propre à la Belgique. En effet, pour elle, *« en Espagne ou au Portugal ou aux États-Unis (...) les études infirmières (...) ont une bonne connotation. "Quoi t'as fait des études infirmières ?" Bah, tu as fait des bonnes études. T'es quelqu'un de capable et compétent alors que quand on dit en Belgique, je fais des études, alors les gens sont étonnés que ça soit à en haute école, limite t'as pas besoin de CESS »* (Infirmière n°9).

Enfin, le dernier thème ne fut soulevé que par l'infirmière n°9. En effet, elle m'a expliqué qu'étant donné que le problème surgit ailleurs qu'en Belgique, le problème doit être plus complexe et provenir des entrailles de la pratique. *« C'est un peu partout quoi. Et donc c'est un peu dommage, c'est que tu te dis oui peut-être ce n'est pas forcément un problème en Belgique. Ce n'est pas un problème du gouvernement, c'est un problème de notre système de santé, mais c'est peut-être un problème carrément de philosophie »* (Infirmière n°9).

II. I. XI. Les pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration ou en d'autres mots, les solutions possibles pour améliorer l'ensemble de la (leur) pratique se regroupe en 7 sous-groupes.

D'abord, les infirmières n°2 et 3 pensent qu'il faudrait retourner en arrière, retourner à l'essence du métier. « *Revenir au vrai métier d'infirmière à la base (...) il faudrait retourner à l'essentiel justement. Qu'est-ce qu'est le métier d'infirmière, c'est faire des soins infirmiers, être aux soins du patient ... au chevet, en fait, du patient* » (Infirmière n°2).

Ensuite, 3 infirmiers m'ont parlé de la formation, c'est-à-dire, les études brevetées ou bacheliers amenant au diplôme d'infirmier. Selon eux, il faudrait arrêter de découper le rôle d'infirmier, mieux préparer les étudiants et futurs diplômés à la réalité du terrain, investir pour amener et garder les jeunes dans la profession ainsi, qu'arrêter de s'axer que sur le côté théorique. « *Pour moi, il faut avoir une meilleure formation. Après, je pense que c'est un peu le cas partout, dans n'importe quel métier, on a l'impression qu'on est pas du tout prêt quand on arrive sur le terrain, même pas forcément infirmière ou peu importe. Que le côté théorique et tu n'as jamais les attentes du terrain* » (Infirmière n°9).

Il y a également la nécessité d'investir et de renforcer les autres rôles que ce soit les secrétaires médicales, les aides logistiques, les aides soignantes, les brancardiers, etc. « *Investir vu qu'il n'y a pas assez d'infirmières. Investir dans les autres rôles qu'il y ait vraiment une secrétaire tous les jours parce que quand on a une secrétaire 4/5^e. Le 5^e jour, c'est quelqu'un de l'équipe qui doit le remplacer. Donc c'est un infirmier ou une aide-soignante en moins dans le service. Ou une cheffe qui fait son boulot de secrétariat en plus de son boulot de chef, ça m'arrive tout le temps* » (Infirmière n°7).

Par la suite, une autre solution est d'établir une meilleure communication ainsi qu'une écoute active entre les infirmiers et la hiérarchie, mais également avec les étudiants. Cela permettra d'identifier plus efficacement les difficultés rencontrées et d'aider les infirmiers à se sentir entendu. « *Une proximité avec la hiérarchie. Que le cadre voir le directeur nursing soit un peu plus présent et accessible pour les équipes (...) ils ont aussi leur boulot, leur gestion (...) ne fût-ce que savoir ce qu'il voit que ça,, les difficultés, les points positifs, qu'il voit. (...) Qu'il soit un peu plus présent dans la réalité, je pense que pour les équipes et de toutes les équipes de manière générales. Ça pourrait aider* » (Infirmière n°5).

L'infirmier rajoute qu'une bonne compréhension et écoute permettra aussi de restructurer la pratique. En effet, selon lui, il faudrait « *Repenser le métier, retravailler sur nos représentations, essayer de discuter avec l'infirmiers sur ce qui les préoccupe le plus. Et même au niveau des stagiaires (...) eux aussi sont préoccupés par leurs avenir (...) Je pense qu'il*

faut être curieux et se poser pas mal de questions pour aboutir à une reconfiguration ou une restructure du métier qui me semble nécessaire pour continuer. » (Infirmier n°1).

La 5^e cinquième solution implique un management efficace. Plus précisément, « *un chef qui tient son équipe et qui (...) est plus cadrant pour vraiment garder une bonne qualité des soins et (...) qui est à l'écoute de son équipe. Je trouve que ça, ça serait un gros plus* » (Infirmière n°4).

Une autre piste d'amélioration consisterait à revaloriser la pratique comprenant une meilleure image, une meilleure représentation et défense de l'art infirmier. Cette meilleure représentation pourrait « *attirer plus de personnes pour qu'elles en fassent leur métier (...) donner le temps de faire les choses comme il faut sans se presser. Et être très bien représenté surtout* » (Infirmier n°8). La nécessité de se défendre s'explique, selon l'infirmière n°4, parce qu'« *on est souvent les bonnes poires à devoir faire tous les trucs. Ce n'est pas censé être nous qui le faisons, mais on le fait quand même et donc je pense qu'il faut que les infis arrêtent de se prendre pour les bonnes poires et scinder les trucs en disant, mais en fait ça ce n'est pas mon job donc je le fais pas et démerde toi parce que pour l'instant, c'est le faire quand même ...* » (Infirmière n°4).

Enfin, les infirmiers interrogés m'ont expliqué qu'il faudrait trouver des solutions adéquates à la pénurie « *conservant la qualité des soins parce que là c'est assez compliqué* » (Infirmier n°6). En effet, plusieurs d'entre eux ont rebondi sur la nouvelle formation d'assistante en soins infirmiers. L'infirmière n°6 m'a dit que cette formation « *va augmenter le personnel, mais par contre c'est un gros risque pour la qualité des soins* » ce qu'il considère comme « *pas très positif* » (Infirmier n°6). Quant à l'infirmière n°7, elle décrit un sentiment de frustration et dévalorisation : « *Ça m'effraye un peu (...) Je valoriserai plus de soignante par rapport aux infis qu'une formation rapide de ... je ne sais pas d'où viennent les gens (...) ça veut dire qu'un informaticien va faire une formation de 120h et va être adjoint à l'infirmière (...) ça a l'air de dire qu'on fait 4 ans d'études pour rien. Puis les aides-soignantes, elles font des études. Elle a un diplôme et elle a une expérience la plupart du temps. Je trouverai plus logique de s'atteler sur les tâches de l'aide soignante en collaboration avec les infis* » (Infirmière n°7).

Ces solutions pourraient être la création d'avantages pour améliorer l'attractivité du métier telle que, par exemple, avoir une chambre privée lors d'une hospitalisation (Infirmière n°9).

Et bien sûr, plusieurs d'entre eux m'ont dit qu'il faudrait engager plus même si cela est illusoire étant donné que la pénurie consiste à un manque d'effectif.

II. II. Témoins privilégiés

II. II. I. Données générales

Les 4 personnes interrogées sont

- Témoin privilégié n°1 : ICAN et Spécialiste Formation et de Développement des compétences dans le service de formation du Département des Ressources Humaines ;
- Hallaux Laurence : Directrice Adjointe du Département Infirmier ;
- Laurent Sidonie : Responsable du service de Formation et de Développement des compétences du Département des Ressources Humaines ;
- Spezialetti Julie : Spécialiste de recrutement du Département des Ressources Humaines.

II. II. II. Le métier d'infirmier(e)

Plusieurs éléments sont ressortis dans la description d'un(e) infirmier(e) lors des entretiens. D'abord, il y a bien entendu la dimension légale de qui peut l'être. C'est-à-dire, « *toute personne qui est (...) détentrice (...) d'un visa infirmier et d'un diplôme infirmier, en tout cas d'une équivalence de diplôme et d'un visa* » (Spezialetti Julie). La loi légifère également ce que l'infirmier(e) peut faire à travers sa liste d'actes comme le souligne Laurent Sidonie.

Après, il s'agit d'une « *fonction très diverse* » qui englobe la notion de prendre soin que ce soit dans la prévention, le traitement ou l'accompagnement des patients en fin de vie (Témoin privilégié n°1). Selon Spezialetti, cette notion du prendre soin et plus précisément, son envie de le faire est l'élément moteur qui a poussé les personnes qu'elle a recruté vers les soins infirmiers.

Par la suite, d'après Laurence Hallaux, l'infirmière est « *la personne qui va avoir la meilleure vision globale du patient, c'est la personne, c'est le partenaire de soin (...) avec l'avantage d'être 24h sur 24* » auprès du patient et de sa famille (Hallaux Laurence). Ce qui est, toujours d'après elle, « *une force dans le système de santé chez nous* » (Hallaux Laurence). Sidonie Laurent rejoint cette idée en décrivant l'infirmier(e) comme un maillon central qui s'assure que l'épisode de soin du patient soit le plus qualitatif possible.

Puis, en plus de ne pas qu'être qu'une « *fonction de simple exécutante* », l'infirmier(e) possède un art infirmier à affirmer (Hallaux Laurence). En d'autres mots, l'infirmier(e) doit pouvoir se positionner dans une situation de soin donnée.

Ensuite, l'infirmière possède également un rôle de coordination « *de toutes les expertises (...), que ce soit avec les médecins du service, les médecins extérieurs au service, (...) les médecins à l'extérieur de l'hôpital, que ce soit la diététique, l'assistante sociale, le kiné, le bénévole, l'équipe de soins, évidemment, les infirmières, les aides-soignants, l'aide logistique et cetera.* » (Laurent Sidonie). En effet, d'après Laurent S., chaque professionnel a sa place et doit jouer son rôle. L'infirmier(e) peut donc être associé à un chef d'orchestre.

Selon le témoin privilégié n°1, l'infirmier(e) doit aussi être capables de faire des liens entre les nombreuses connaissances apprises durant sa formation qui « *se peaufine au fil de l'expertise sur le terrain* » (Témoin privilégié n°1).

Enfin, madame Hallaux rajoute que le corps infirmier a tendance à ne voir que le négatif et à occulter le positif de leur pratique. Ce qui peut, selon elle, est très délétère.

II. II. III. Le sens et la finalité

À propos du sens et de la finalité du métier dans leur institution, Spezialetti Julie explique qu'« *on tend à aller vers un métier qui a du sens pour nos membres du personnel* » (Spezialetti Julie). C'est-à-dire obtenir un « *équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle (...) même si ce n'est pas toujours possible puisqu'on a les contraintes de terrain aussi, mais d'essayer de donner plus de sens possible à ce qu'ils font au quotidien. Et aussi de coller à leurs attentes* » (Spezialetti Julie). Pour cela, ils ont « *mis en place beaucoup de mobilité interne* » (Spezialetti Julie). En effet, « *les membres du personnel soient prioritaires pour les opportunités d'emploi (...) on est vraiment en tant qu'institution très attentive à ce que le trajet de carrière soit le plus épanouissant possible et qu'il réponde aux attentes du membre du personnel* » (Spezialetti Julie). Elle explique aussi que « *c'est très rare qu'une personne fasse toute sa carrière au même endroit (...) parce que justement, on prône cette mobilité et ses opportunités d'aller (...) vers d'autres fonctions (...)* Ça fait partie vraiment des valeurs essentielles de Saint-Luc, c'est la formation (...) continue, la progression et donc on est toujours ouvert à ce qu'un membre du personnel se forme, on adapte les horaires si besoin » (Spezialetti Julie).

Par la suite, ils ont également mis en place « *un projet qui s'appelle ensemble et qui a décliné tout plein de choses* » telle que la création d'un marché de Noël ou encore la venue de glaciers (Spezialetti Julie). Le but de ce projet, selon Spezialetti, est de « *recréer une cohésion de groupe* »

(...) crée un sentiment, pas juste on vient travailler et ça s'arrête là, donc c'est d'accompagner les gens enfin de créer une envie de se sentir bien » (Spezialetti Julie).

Pour Sidonie Laurent, même si « *on est de plus en plus dans des logiques entreprises* », l'importance pour eux est « *qu'on puisse mettre toujours le patient au centre (...) comme finalité de (...) ce qu'on fait* » (Laurent Sidonie). De ce fait, ils sont en train de redéfinir le MQI, modèle qualité institutionnelle, et souhaite « *revoir son modèle, sa philosophie de soi autour du modèle humaniste* » (Laurent Sidonie). Elle indique également que « *même si (...) on fait des restrictions budgétaires (...) on limite les budgets formation hors catalogue pour ce qui est tout le personnel, mais on n'a pas touché quand même pour le personnel infirmier* » (Laurent Sidonie). En effet, pour elle, il y a une « *conscientisation qu'aujourd'hui, c'est ça qu'il faut préserver. C'est-à-dire notre activité clinique, les soignants, le bien-être des soignants et du personnel* » (Laurent Sidonie).

Le témoin privilégié n°1 et Hallaux Laurence rejoint cette préoccupation de mettre le patient au cœur de leurs définitions. En effet, selon Hallaux Laurence, l'infirmier(e) est « *vraiment l'ordinateur du patient dans l'organisation de sa journée de s'assurer qu'on a passé tous ses besoins en revue* » (Hallaux Laurence). En d'autres mots, c'est « *le soin, le prendre soin, l'accompagnement, le jugement clinique, la plus-value d'avoir ce regard infirmière les meilleures pratiques à tout niveau, que ce soit au niveau du médicament, au niveau du pansement, la meilleure communication, (...) aller taguer de quoi mon patient a besoin* » (Hallaux Laurence). Pour le témoin privilégié n°1, « *le fondement de l'infirmière, c'est vraiment le prendre soin avec le patient au centre de notre préoccupation* » (Témoin privilégié n°1). Il le met en lien avec les valeurs institutionnelles qui « *pour moi ont du sens (...) sinon (...) ce serait compliqué d'y travailler* » (Témoin privilégié n°1). Pourtant, il rajoute que même si elles ont du sens, « *le tout est de pouvoir le mettre en place dans chaque situation, ça, c'est un petit peu compliqué* » (Témoin privilégié n°1). Ces valeurs sont « *le respect, la responsabilité, la coopération, l'ouverture aux changements et (...) la qualité d'excellence* » (Témoin privilégié n°1).

En ce qui concerne la sensation d'avoir un écart entre la finalité de l'infirmier(e) et des dirigeants de leurs institutions, le témoin privilégié n°1 explique qu'il y a « *des impératifs financiers incontournables* » qui suscitent « *parfois un gap* » (Témoin privilégié). En effet, pour lui, il y a « *un fossé entre ce qu'on voudrait dans l'absolu et dans ce qu'on est parfois contraint à mettre en place pour pouvoir prendre en charge nos unités de soins* » (Témoin

privilegié n°1). En d'autres termes, les « *dirigeants font parfois le grand écart par rapport à ce qu'ils voudraient et à ce qu'ils sont obligés d'offrir* » (Témoin privilégié n°1).

Par la suite, le témoin privilégié n°1 m'a expliqué que leur priorité en 2023 était d'installer le projet « To deal », créer dans le cadre de la nouvelle réflexion sur la gestion des lits. Ce projet consiste à renforcer la collaboration entre les infirmier(e)s et les aides-soignantes afin de partager les actes et de combler le manque de personnel infirmiers. Il fait face à des résistances, mais selon lui, « *dans toute situation, tu as des résistances au changement* » (Témoin privilégié n°1). Il explique par après que « *le terrain est face au manque* » et qu' « *on a plus vraiment le choix* » (Témoin privilégié n°1). Néanmoins, il souligne le fait qu'il « *faut éviter impérativement le nivellement par le bas* » (Témoin privilégié n°1). En effet, il s'agit de « *la protection (...) de la fonction d'infirmière* » (Témoin privilégié n°1).

Il rebondit sur cela pour introduire la notion d'assistant(e) en soins infirmiers et donner son avis : « *en fait, tu vas avoir un nombre incroyable de fonctions (...) tu auras donc les infirmières en pratique avancée, tu auras les infirmières bachelières, tu auras les infirmières brevetées, tu auras des assistantes en soins infirmiers, tu auras des aides soignantes, mais ça va compliquer (...) en termes de gestion d'équipe pour savoir qui peut faire quoi, tu t'imagines ?* » (Témoin privilégié n°1). Il rajoute qu'il n'est pas convaincu par la fraction des fonctions « *parce que, au final, qui va rester au chevet du patient* » et explique que c'est compliqué de défendre notre position (Témoin privilégié n°1).

D'après Sidonie Laurent, il y a un fossé dans « *certaines services pour qui quand même le patient, on a l'impression parfois que c'est loin* » (Laurent Sidonie). En effet, elle « *pense qu'il y a parfois un gap entre le vécu aujourd'hui d'une infirmière sur le terrain et d'autres services qui sont (...) plus loin* » (Laurent Sidonie). D'où l'importance pour elle de réaliser des Gembas, pour améliorer cela et « *réduire ce gap et ces espaces* » (Laurent Sidonie). Cela consiste à « *aller au plus proche de l'activité et voir sur le terrain comment réellement ça se passe* » (Laurent Sidonie).

Afin de réduire également le gap possible entre les différents services, ils réalisent un projet appelé « Network » dont le but est de faire rencontrer l'infirmier(e) et « *les acteurs clé avec lesquels elle allait travailler pour mieux prendre en charge finalement le patient et qu'elle puisse avoir tout toutes les clés pour bien gérer son unité ... pour mieux prendre en charge le patient, parce qu'on se dit aussi que si on connaît mieux, si on se connaît mieux, on se parle* »

mieux. Et alors, on comprend mieux la réalité de chacun » (Laurent Sidonie). Ces acteurs clé sont, par exemple, *« le responsable de la pharmacie, de la logistique »* (Laurent Sidonie).

Quant à Hallaux Laurence, il existe une correspondance entre la finalité des deux cotés *« sinon ce serait un peu dommage »* (Hallaux Laurence). Selon elle, l'infirmier(e) *« sera heureuse si effectivement, il y a un bon leadership »* venant du chef infirmier (Hallaux Laurence). Elle souligne que *« tout le monde ne peut pas être chef »* (Hallaux Laurence). Le définissant comme la fonction la plus difficile selon elle, le leadership se reflète *« dans la communication, le positionnement, la posture, le courage managérial »* (Hallaux Laurence). De plus, d'après elle, c'est au travers de ce leadership qu' *« on peut effectivement développer des valeurs de solidarité »* (Hallaux Laurence). Hallaux rajoute qu'il y a *« niveau individuel et au niveau collectif des aspects importants du métier »* (Hallaux Laurence).

II. II. IV. Les causes de la pénurie

Lors des différents entretiens, il y a une dizaine de causes qui fut mise en avant. D'abord, Hallaux Laurence souligne que *« la pénurie, aujourd'hui, elle n'est pas là. Elle est prévue pour demain, mais dans le volume, tout le monde parle de pénurie »* (Hallaux Laurence). D'après elle, la pénurie n'est mentionnée pas parce qu'il n'y a pas assez de soignants, mais parce que ces soignants ne restent plus dans la pratique. De plus, pour elle, *« il n'y a pas qu'une cause. Il y en a plein. Elle est généralisée »* (Hallaux Laurence).

Elle indique que ces départs précoces peuvent s'expliquer par *« un intérêt individuel avant l'intérêt collectif »* (Hallaux Laurence). Ce qui pose problème *« quand on s'occupe des gens »* (Hallaux Laurence). En effet, les infirmiers souhaitent avoir un équilibre vie privée, vie professionnelle. Ce désir d'équilibre est une des raisons principales de départ selon Spezialetti Julie : *« on a parfois des gens qui me disent "bah moi voilà, je peux plus prester des horaires irréguliers, gérer en même temps ma famille" (...) c'est un rythme trop épuisant »* (Spezialetti Julie). Cette incompatibilité entre les exigences du métier et les envies du privé fut aussi mise en avant par le témoin privilégié n°1.

Ensuite, Laurent Sidonie indique que les besoins infirmiers s'accroissent à l'extérieur des hôpitaux. Ce qui amplifie la demande d'infirmier(e)s et creuse la pénurie.

Il y a aussi la faible représentation du métier et de ce fait, le faible pouvoir exercé par le corps infirmier pour se défendre et faire valoir leurs droits. Cela peut s'illustrer, par exemple,

par l'augmentation des études d'infirmier : *« Les études sont passées en 4 ans. Vous avez entendu quelque chose ? Non, mais c'est passé comme ça. Mais par contre, moi, j'ai entendu les kinés à 4 ans et j'entends les profs en 4 ans »* (Hallaux Laurence).

Il faudrait, selon elle, que l'infirmier(e) absorbe son identité et se positionne parce que *« l'identité ne va pas venir à l'extérieur, elle vient de l'intérieur »* ce qui nécessite une capacité d'assertivité (Hallaux Laurence). Par exemple, il faut que l'infirmier(e) puisse dire non au médecin si celui-ci l'interrompt dans sa tâche parce que *« c'est un risque d'erreur énorme et ce qu'on vient de découvrir, c'est un poids, dont la charge mentale énorme »* (Hallaux Laurence).

Elle rajoute qu'il y a un sentiment de ne pas être entendu par le ministre s'expliquant par le fait *« que les associations sont très faibles. On serait en masse, l'association deviendrait incontournable »* (Hallaux Laurence).

De plus, elle explique que infirmier(e)s ont tendance à ne voir que le négatif, se plaindre et d'attendre que la reconnaissance extérieure. Toutefois, elle se dit être la première à les défendre, mais elle est contre *« la plainte pour la plainte et ne voir systématiquement que le verre à moitié vide »* qui *« est en train de flinguer une belle profession »* (Hallaux Laurence).

Elle rajoute que ce n'est pas pour autant que le métier est facile *« mais on peut suivre une assistante sociale, on peut suivre un flic, on peut suivre un prof, ce n'est pas plus facile. (...) c'est le sens qu'on y met derrière et le plaisir qu'on y met. Et puis après oui, c'est du courage. (...) à aller jusqu'au bout de ce qu'on pense »* (Hallaux Laurence).

Un autre élément mentionné est l'IFIC : l'institution de barème ne cause pas la pénurie en elle-même, mais provoque un délaissement des services à faible barème pour les hauts barèmes. *« Les unités qui sont (...) en IFIC 15 sont plus prisées par les étudiants et donc c'est les unités intensives ou de quartiers opératoires. Et donc les unités qui sont en 14, ça reste très difficile »* (Spezialetti Julie).

De plus, cela entraîne des conflits. Elle considère que *« c'est diviser pour mieux régner et nos équipes le vivent comme ça en disant "non, non, on y a droit, les autres pas" »* (Hallaux Laurence). Elle indique que son approbation de l'IFIC s'est faite sans membre du département infirmier ou associations. Ce qui la soulage, car pour elle, il faudrait l'enlever, mais questionne également sur la représentation des infirmiers : *« Donc, là aussi, pourquoi il n'y a pas eu de*

direction département ou des associations autour de la table. (...) Or, ça vous touche » (Hallaux Laurence).

Par la suite, Sidonie Laurent a l'impression que la pratique se morcelle et provoque des incompréhensions dû aux diverses formations possibles. *« Il y avait les IRSG, des brevetés. Maintenant, on veut supprimer les brevetés. On veut mettre des assistants soins infirmiers. Il y avait l'aide soignante, maintenant, l'aide-soignante peut faire des actes complémentaires moyennant une formation de 150 h (...) tout ça fait que, à un moment donné, on perd du sens »* (Sidonie Laurent). Il faudrait ainsi *« ramener du sens, de l'éthique »* (Sidonie Laurent). Elle souligne que la pénurie est *« multifactorielle (...) complexe »* et qu'elle ne voit pas *« d'issue favorable prochainement »* (Sidonie Laurent). Cependant, *« il faut rester positif et constructif. Pour en tout cas continuer à attirer, à fidéliser les gens et qu'ils soient heureux aussi dans leur travail »* (Sidonie Laurent).

L'augmentation des années d'études, la non-valorisation de la fonction et la médiatisation d'une image négative du métier a engendré une diminution de l'attrait pour la pratique selon le témoin privilégié n°1. En effet, *« on le sait, c'est une réalité, c'est un métier qui, physiquement, est lourd. Ça, c'est clair, mais ça a augmenté cette image de travail lourd »* (Témoin privilégié n°1).

Un autre élément cité est que les études ne correspondent plus aux besoins. En effet, par exemple, l'apprentissage de tous les besoins du patient est inclus dans le cursus. Or, *« Le patient, il a une certaine dose d'autonomie (...) Il est partenaire, moi, je ne vais pas répondre à ces besoins. Là, il y a un truc pour moi qui est obsolète. Aujourd'hui, je suis une professionnelle qui peut le prendre à part et l'aider dans une série de choses, mais pas au pied de la lettre comme on nous l'a appris »* (Hallaux Laurence). En plus d'avoir un décalage sur le contenu des cours, il y a également un décalage entre ce dont on attend d'un nouveau diplômé et de ses compétences. En effet, selon le témoin privilégié n°1, *« on attendrait déjà qu'il soit performant et expert et qui répondent aux besoins »* (Témoin privilégié n°1). Alors que *« l'expertise vient sur le terrain »* et qu' *« il faut quand même laisser le temps aux collègues (...) de grandir »* (Témoin privilégié n°1). Il souligne que ce décalage certes injuste entre les études et la réalité du terrain a toujours existé.

Laurent Sidonie explique aussi qu' *« il y a moins d'inscrits dans les écoles (...) il y a beaucoup plus d'abandons en cours d'étude »* (Laurent Sidonie). Et qu'en plus de cela, *« il y a quand*

même toute une série qui soit continue des études soit s'engage dans des secteurs extra hospitaliers » creusant ainsi les trous d'effectifs à l'hôpital (Laurent Sidonie). Selon Spezialetti, les étudiants se dirigent vers des masters ou spécialisations pour avoir des plans B parce qu'ils savent que la fonction est prenante et qu'ils se disent : « *En fait, je vais faire ça quelques années et puis j'évoluerai. Et c'est pour ça qu'ils ont tout ce master en tête. Et que parfois, ben en sortant de ce master, ils se disent "OK, je vais quand même aller à l'hôpital. Mais un jour, j'en ferai quelque chose. Et le jour où j'ai envie de sortir/partir, j'ai une porte de sortie" »* (Spezialetti Julie).

De surcroît, il existe aussi un souci dans la « *manière dont on accueille les nouveaux, les étudiants* » (Hallaux Laurence). En effet, par exemple, cela peut décourager ou faire partir des personnes étant donné qu'« *elles n'ont pas envie quand elles viennent (...) et que l'on ne leur adresse pas la parole* » (Hallaux Laurence).

Spezialetti Julie rajoute que les étudiants peuvent aussi être découragés lors de leurs stages parce que les membres de l'équipe leur disent « *mais en fait, t'as vraiment envie de faire ça toute ta vie ? Regarde, moi, je suis épuisée* » (Spezialetti Julie).

D'après le témoin privilégié n°1, la grande charge de travail était mis en avant dans une étude européenne utilisé lors de ses études de cadre comme une des causes principales de départ. Précisément, « *tu ne peux pas ad vitam aeternam exercer une fonction aussi exigeante à la fois physiquement et à la fois en termes de maintien, d'expertise et de formation permanente, parce que c'est quand même des formations (...) qui sont très exigeantes (...) Avec une évolution des techniques de soins, avec une évolution de la médecine constante* » (Témoin privilégié n°1).

Cette charge de travail comprenant beaucoup d'administratif amène aussi une perte de sens selon Spezialetti Julie. En effet, « *Maintenant la fonction infirmière est rempli d'outils informatiques et donc (...) parfois les personnes ne s'y retrouvent plus en se disant "Ben Moi, je ne suis pas devenue infirmier pour remplir des dossiers en ligne et donc je veux passer du temps avec les gens" »* (Spezialetti Julie).

À la suite de ce listing, j'ai expliqué plusieurs des causes identifiés dans la littérature afin de connaître leur avis là-dessus.

En premier, Sidonie Laurent est revenue sur la charge administrative, dont le DPI et tout ce qu'implique la traçabilité qui reçoit « *de plus en plus de contraintes légales et*

administratives » et qui est compliquée à objectiver (Laurent Sidonie). En effet, « *en 2024, on va devoir suivre normalement 5 jours de formation par an. On ne va pas tracer ça pendant 5 jours parce que moi (...) tu es sur le terrain, quelqu'un t'apprend quelque chose, tu fais un tour de ça, enfin, tout ça, tu apprends. Tu lis un article scientifique. Pour moi, c'est de l'apprentissage. Mais on ne pas arriver à tracer tout ça* » (Laurent Sidonie). Cette justification continue est ce qui l'entourde dans ces actes administratifs. Par la suite, elle indique l'importance du leadership qui « *a une place incontournable pour quelque part (...) pouvoir garder du sens et du plaisir au travail* » (Laurent Sidonie). Il permet ainsi la bonne prise en charge du patient et le bon fonctionnement de l'équipe s'il prend en compte les valeurs de sens et d'humanisation, s'il est organisé, s'il donne « *les bons outils aux bonnes personnes* » et s'il met « *les bons experts autour du patient* » (Laurent Sidonie).

En deuxième, Hallaux Laurence est revenu sur le grand pourcentage de femmes dans la pratique. Elle explique qu'elle a réalisé une étude à son ancien poste qui démontrait que les infirmières avec des postes à responsabilité et qui ont des enfants de moins de 12 ans sont le groupe le plus à risque d'épuisement et ainsi, de quitter la pratique. Ce qui peut s'expliquer par la charge mentale qu'elle subisse.

Enfin, le témoin privilégié n°1 a rebondi quant à elle sur les hôpitaux magnétiques qui ne subissent peu de pénurie. Cependant, « *un des éléments, c'est avoir suffisamment de ressources humaines (...) c'est le serpent qui mange sa queue* » (Témoin privilégié n°1). De ce fait, sa mise en pratique chez nous est possible, mais doit être adaptée vu qu'il n'y a déjà plus assez d'effectifs. De plus, cette personne interrogée a souligné le fait qu'il faudra beaucoup de temps pour revenir à des effectifs stables. En effet, « *tu manques de main d'œuvre, donc ça veut dire que tes unités de soins sont constamment sous pression (...) Tu n'as pas la possibilité d'exercer ta fonction comme tu le souhaiterais (...) ça tient un peu. (...) À un moment donné, tu as de l'absentéisme ou tu as une pandémie où les gens tombent malades, où tes ressources humaines diminuent encore ou des gens quittent la fonction, mais tu manques de plus en plus de ressources humaines. Et pour remonter la barre, c'est impossible. Donc je crois qu'avant qu'on y arrive (...) Il faudrait des années* » (Témoin privilégié n°1).

II. II. V. Les difficultés engendrées

Les différentes questions concernant les difficultés engendrées par la pénurie ont permis la mise en lumière de deux groupes : les répercussions (in)directes sur la pratique et les autres professions médicales ayant des difficultés de regroupement.

À propos des répercussions engendrées, il y a, selon Laurent Sidonie, un épuisement des postes managériales ainsi qu'un impact négatif sur la qualité qui même si cela n'a pas été mesuré, a fait augmenter la survenue des événements indésirables. Elle rajoute que le manque d'effectif provoque à long terme une détérioration des compétences étant donné qu'il privilégie le temps d'une infirmière auprès de son patient et non en formation. En effet, « *quand il n'y a pas de ressources (...) on ne va plus en formation. Parce que (...) à choisir (...) j'ai besoin de toi au chevet du patient ou tu avais une formation programmée (...) la formation saute* » (Sidonie Laurent).

La pénurie engendre aussi un « *effet de boule de neige* » selon Spezialetti Julie. Ces effets sont, d'après elle, une augmentation de la charge de travail, des démissions en cascade ainsi que des fermetures de lits voir de services parce que la sécurité des soins n'est plus garantie. « *Plus de charges de travail, plus de charges émotionnelles et donc c'est vrai que ça nous a forcé à réduire soit le nombre de lits de certaines unités, soit même de fermer (...) certaines unités* » (Spezialetti Julie). Un autre effet expliqué par le témoin privilégié n°1 est la durée des examens réalisés par les technologues en imagerie médicale amenant parfois l'hôpital à privatiser leurs accès aux patientèles de leurs médecins.

Hallaux Laurence a rebondi sur ce thème pour expliquer que les plans stratégiques de management ne sont plus de 10 à 15 ans, mais de 3 à 5 ans dû aux incertitudes liées à l'environnement VUCA. De ce fait, les actions doivent être faites maintenant. Par exemple, d'après Hallaux Laurence, « *cette vision de se dire que dans 10 ans il n'y a pas de médecin, mais c'est maintenant qu'il faut agir* » (Hallaux Laurence). Néanmoins, d'après elle, le gouvernement n'est pas dans cette optique.

Concernant les autres professions, tous les témoins privilégiés ont mis en lumière la pénurie des technologues en imagerie médicale. Leur pénurie est, d'après le témoin privilégié n°1, moins médiatisée que celle des infirmier(e)s et reçoivent donc moins de supports comme les technologues de laboratoire. En effet, selon Sidonie Laurent, « *le fonds intersectoriel des*

hôpitaux privés (...) font beaucoup de choses pour les infirmières (...) mais pas, par exemple, pour les technologues (...) en imagerie ou de laboratoire » (Laurent Sidonie).

Par la suite, les médecins, les secrétaires et les assistants en pharmacie ont été cités. Lors des discussions, cela fut expliqué respectivement par le nombre restreint de numerus clausus, le faible nombre d'étudiants se spécialisant vers le médical et l'inadéquation entre la formation et la demande du terrain.

Sidonie Laurent indique également que même s'il n'existe pas de pénurie pour les aides soignantes en termes d'effectifs, *« il y a une pénurie pour trouver des aides soignantes de bon niveau, c'est-à-dire des aides soignantes motivés qui sont capables de travailler dans un hôpital universitaire »* (Laurent Sidonie).

La dernière profession mentionnée sont les fonctions managériales infirmières telles que les chefs de service. En effet, madame Spezialetti explique que même si beaucoup de leur employé possèdent un master, peu postule pour un poste à responsabilité. Elle rajoute que le secteur médical *« a des difficultés à être attractif en tant qu'employeur pour des métiers non soignants et aussi parce qu'on est tenu à des barèmes »* (Spezialetti Julie). Ces métiers sont, par exemple, les ingénieurs.

II. II. VI. L'attractivité

Les questions relatives à cette thématique se regroupent en 4 sous-thèmes : l'envie des jeunes à aller vers ces études, les représentations véhiculées de la pratique, les services subissant le moins d'attractivité, et ce qu'ils font pour améliorer l'attrait dans leur institution.

Concernant l'envie des jeunes, ils pensent que les jeunes sont toujours attirés par la profession en nuancant leurs propos. D'abord, Hallaux Laurence *« pense que ça doit être difficile d'oser y aller avec tout ce que l'on entend comme négatif »* parce que *« le cerveau retient que le négatif »* (Hallaux Laurence). Pour elle, il faudrait suivre la vision des neurosciences afin de *« contrebalancer toutes les hormones négatives que l'on a dans le corps »* (Hallaux Laurence). En effet, il faut pouvoir amener du positif pour contrer le poids du négatif. D'après elle, la mise en place de cette pratique repose sur le leadership et se cultive.

Après Sidonie Laurent explique que ce n'est pas le fait d'avoir moins d'inscrits qui pose problème, mais c'est le fait qu'il ne reste pas dans les métiers hospitaliers. En effet, *« c'est toujours un beau métier et qui attire, mais après (...) il s'agit de postuler dans l'hôpital et, puis*

y rester » (Laurent Sidonie). Il faudrait, selon elle, « *travailler ça et remettre du sens* » (Laurent Sidonie).

Enfin, le témoin privilégié n°1 explique qu'« *ils ont envie, mais qu'ils ont probablement d'autres exigences* ». Selon lui, ces exigences sont liées aux générations auxquelles ils appartiennent. Il faudrait donc, pour lui, « *les intégrer à la réflexion et intégrer les différentes générations à cette réflexion pour voir comment on peut construire quelque chose ensemble. Donc il faut vraiment avoir cette vision et cette ouverture d'esprit pour fonctionner mieux ensemble* » (Témoin privilégié n°1).

Un des stéréotypes que subit la pratique soignante est que « *Dans la société (...) on n'a pas toujours cette vision du fait que l'infirmière peut travailler en autonomie, avoir une vraie réflexion clinique et être vraiment une vraie collaboratrice pour le médecin* » (Spezialetti Julie). En effet, l'infirmière n'a pas le même statut social que le médecin et « *elle n'est pas valorisée au niveau sociétal* » (Spezialetti Julie).

Par la suite, Spezialetti Julie explique que « *malheureusement, il y a un problème d'attractivité au niveau masculin dans le métier* » (Spezialetti Julie). Alors que la pratique peut s'exercer aussi bien par les hommes que les femmes. Cela est, pour elle, un cliché.

Selon le témoin privilégié n°1, l'infirmier peut être comparé à un couteau suisse qui fait ses actes, mais réalise également, ceux qui ne sont pas fait. En effet, « *quand tu as une tâche qui n'est pas faite par un des professionnels de l'unité de soins, tu as un glissement de tâche, c'est l'infir qui le fait* » (Témoin privilégié n°1).

Il rajoute que l'infirmier(e) subit aussi l'idée qu'elle « *doit être docile, gentille, corvéable à merci (...) La dévoué corps et âme à son métier* » (Témoin privilégié n°1). Selon lui, il faut « *sortir des carcans* » même si « *on en sort quand même un peu* » (Témoin privilégié n°1).

Au sujet des services les moins attractifs, il s'agit, selon Hallaux Laurence, des « *lits D donc de médecine interne avec la spécialisation revalidation, la médecine interne cardiaque. (...) Gériatrie (...) Et les lits C* » (Hallaux Laurence). À l'inverse, les services ayant « *le moins de difficultés de recrutement* » concernent les « *soins intensifs, urgences* » (Spezialetti Julie).

Pour le témoin privilégié n°1, ce qui attire, c'est « *le côté médico-technique (...) le côté SIAMU sauveur* » (Témoin privilégié n°1). Pour lui, les services de gériatrie ou de revalorisation sont parfois mis de côté, car « *ça dépend terriblement du management ou de l'ambiance d'équipe*.

Si tu as des infirmières qui sont passées ou des étudiantes infirmières qui sont passées dans nos équipes et qui ont été accueillies dignement, de façon déontologique, éthique, qui ont été encadrées et à qui on n'a pas voilé la face par rapport à la lourdeur du travail. Mais il y en a certains qui postulent pour aller dans ces unités-là. Mais des unités où l'ambiance d'équipe est catastrophique ou le management ne répond pas du tout aux attentes d'un nouvel engagé, il ne va pas postuler » (Témoignage privilégié n°1).

D'après Spezialetti, cette hiérarchisation de service peut s'expliquer par « *l'IFIC qui a fait beaucoup de dégâts* » (Spezialetti Julie). En effet, « *les unités qui sont à 14 sans prime (...) c'est très mal vécu par les infirmiers parce qu'ils disent (...) "Je trime aussi tous les jours au travail (...) Physiquement, je rentre chez tout aussi épuisée que mes collègues des autres services, et pourquoi moi je suis payée en 14 et je n'ai pas de primes"* » (Spezialetti Julie). La différence de salaire est une réalité qui peut renforcer la hiérarchisation selon Sidonie Laurent. Cependant, cela n'a rien à voir avec des clichés / stéréotypes même s'il existe peut-être des clichés entre eux. Comme dire, « *nous, aux soins intensifs, on est supérieur à l'étage parce que nous, on sait* » (Sidonie Laurent).

Enfin, Hallaux Laurence indique que les autres métiers en difficulté de recrutement arrivent à recruter quand même parce que les infirmier(e)s sont les pires en COM. De ce fait, selon elle, il est nécessaire d'avoir « *une voix tenace et du courage managérial* », d'où elle rappelle encore une fois l'importance du leadership (Hallaux Laurence).

Par la suite, elle explique aussi que les « *intérêts du pays* », en Flandre et en Wallonie, « *ne sont pas du tout les mêmes* » (Hallaux Laurence). En effet, « *si on fait maintenant un peu de politique, il y a toujours 2 filières de soin chez nous* », toutes deux reconnues par l'IFIC (Hallaux Laurence). Alors que « *ça fait 20 ans, 40 ans qu'on dit que ça doit s'arrêter et ça ne s'arrête pas. Pourquoi ? Parce qu'elle donne du pouvoir aux écoles* » (Hallaux Laurence).

Elle rajoute qu'au tout début, les infirmier(e)s s'occupaient de tout. En effet, « *Elles s'occupaient des repas. Option diététique (...) Elles s'occupaient du mouvement, de la respiration (...) Elles s'occupaient de beaucoup de choses énormes, s'occupait de tout* » (Hallaux Laurence). Or, aujourd'hui, l'infirmier(e) « *est un peu le bras droit des médecins* » (Hallaux Laurence). Ce qui pose question : « *demain y a plus de médecins, donc vous devenez dans votre formation pratique nurse ou autre chose, mais qui va faire votre job au final ?* » (Hallaux Laurence).

Quant à leurs actions pour promouvoir l'attractivité, elles concernent l'environnement des espaces de travail, du matériel performant, la création d'un deuxième poste d'ICAN et des incitatifs financiers telle qu'un budget illimité pour les formations pour chaque infirmier(e). Ils s'intéressent aussi aux étudiants pour leur créer des stages sur mesure et plus globaux. Par exemple, ils ont mis en place un stage 360° pour la transplantation où l'étudiant « *va aller en salle voir une transplantation, elle va aller en unité pour voir la transplantation. Elle va travailler avec le coordinateur de la transplantation, elle va aller à la banque* » (Sidonie Laurent). Ils ne les évaluent pas, mais leur donnent un feedback. De plus, selon Sidonie Laurent, ils réalisent des « *fast tracks* » afin d'identifier de bons étudiants et de les recruter plus facilement. C'est-à-dire que « *l'infirmière chef ou une infirmière sur le terrain ou une infirmière référente étudiante détecte un talent sur le terrain* » et doit expliciter 5 qualités qu'ils possèdent (Laurent Sidonie).

Ensuite, ils réalisent des Stand-up Meeting qui consiste à donner la parole aux équipes autour d'un tableau blanc où hebdomadairement, ils soulèvent des irritants.

II. II. VII. Les solutions et perspectives

Les solutions mises en place dans leur institution sont le recours des infirmier(e)s venant du Liban, d'étudiants jobistes et d'une agence d'intérim « *in house pour pouvoir avoir des remplacements en last minute* » (Spezialetti Julie). Ils ont aussi mis en place le projet To deal, expliqué précédemment.

Une autre de leur solution est la fidélisation, c'est-à-dire, accompagner au mieux les nouveaux engagés et « *aussi générer (...) au niveau institutionnel, ce sentiment d'appartenance par rapport à toute cette pédagogie* » (Témoin privilégié n°1). Ensuite, Laurence Hallaux est en train de mettre en place « *3 projets d'améliorations positives* » afin que l'infirmier(e) retrouve du sens (Hallaux Laurence). En effet, « *il y a un problème dans le nombre de disciplines par unité de soins et là, l'infirmière perd de son sens, d'autant plus si ce sont des lits de médecine et de chirurgie qui sont mélangés (...) Dès lors, on a repensé tout ça avec une unité de médecine, avec un trajet patient global* » (Hallaux Laurence).

Par la suite, ils réfléchissent leurs unités pour y implanter les infirmier(e)s en pratique avancés ainsi, que le concept d'humanisation. Selon le témoin privilégié n°1, il faut que ce concept « *soit suivi de pratique et de mise en pratique dans les unités de soins et il faut que le personnel*

de terrain entende vraiment la plus-value de ça » afin d'avoir un réel impact (Témoign privilégié n°1).

Il fut demandé, par la suite, à ces 4 personnes d'imaginer un monde où il n'y avait plus de souci concernant les effectifs de savoir si, pour eux, le reste des difficultés disparaîtront.

En premier, Spezialetti Julie pense que certaines difficultés vont disparaître *« je pense qu'on aura un cercle vertueux si maintenant les unités sont en cadre, ça veut dire qu'on a plus de sérénité ou une meilleure sécurité sur le terrain. De ne pas aller travailler avec la boule au ventre en disant tiens aujourd'hui, il y aura 2 malades et je ne sais pas ce qui va me tomber dessus, donc de se dire, d'avoir cette sécurité »* (Spezialetti Julie). Elle rajoute que *« les quotas dans les unités sont à revoir »* (Spezialetti Julie). En effet, même si les effectifs atteignent les quotas, *« on ne sera pas encore assez »* parce que *« les quota n'ont plus été revus depuis des dizaines d'années, donc il faut (...) qu'ils soient revus de manière plus sereine »* (Spezialetti Julie).

Sidonie Laurent ne considère pas que ça fera disparaître car *« les besoins (...) à l'extérieur de l'hôpital, vont continuer à augmenter »* (Laurent Sidonie). Il faudrait ainsi *« augmenter encore le nombre d'inscrits dans les écoles pour faire face à cette pénurie »* (Laurent Sidonie). De plus, selon elle, il serait également nécessaire de trouver des solutions pour garder ces infirmier(e)s en poste. Pour ce faire, *« il faut vraiment qu'on puisse remettre l'infirmière au cœur des soins. C'est-à-dire qu'elle puisse trouver du sens au travail et avoir du temps pour prendre en charge ces patients et donner des soins qualitatifs pour déléguer de manière efficiente à bon escient, et cetera. Je ne dis pas, les procédures et processus sont importants, mais il faut arrêter de vouloir les enfermer dans des structures rigides et il faut qu'on puisse (...) laisser la place à la créativité de l'infirmière, une certaine autonomie et liberté dans la manière dont elle va pouvoir prendre en charge »* (Laurent Sidonie). La créativité est nécessaire parce que *« dire "à tel heure, tu dois faire ça et ça, tu dois le faire comme ça" et bien ça devient tellement codifié qu'à un moment donné, c'est épuisant »* (Laurent Sidonie).

Par la suite, Hallaux Laurence pense que les difficultés ne disparaîtront pas. En effet, *« on avait fait toute une recherche de littérature et le fait de ne pas avoir assez d'argent, c'est quelque chose de socialement acceptable dans les débats et sur du long terme. 6 mois, on se rend compte que vous avez beau avoir votre bonus, vous restez avec les mêmes difficultés (...) l'argent ça peut aider, mais ça ne va pas sur du moyen terme »* (Hallaux Laurence). Selon elle, il serait

nécessaire de « *repenser. Mais autrement et dans la structure* » (Hallaux Laurence). En d'autres mots, « *notre job, c'est 24h sur 24, 7 jours sur 7. Repensons les horaires. Les horaires, ils ont été faits quand ? Osons le questionner. Est-ce que c'est encore 7h36 par jour ? (...) taguer vers les équilibres vie privée, vie professionnelle (...) faire monter les gens au créneau dans leur décision* » (Hallaux Laurence).

Cet avis sur le côté financier est partagé par le témoin privilégié n°1. En effet, d'après lui, « *le côté financier n'est pas le nerf de la guerre* » (Témoin privilégié n°1). Pour lui, il serait plus important de comprendre pourquoi l'anurie des années 80 est devenu une pénurie de nos jours. De plus, il indique que le manque d'attrait provoquant un décroissement annuel des étudiants s'explique par « *un certain dégoût* » (Témoin privilégié n°1). Il rajoute que « *ce n'est pas uniquement la main d'œuvre qui va faire uniquement la différence. Il y aura aussi tout l'accompagnement de formation. Il y aura aussi toutes cette valorisation qui devra être faite autour de ce métier. Cette formation permanente puisque comme on l'a dit, ben, c'est un métier qui évolue du fait de l'évolution de la médecine, de la science* » (Témoin privilégié n°1).

Au sujet de ce qu'ils feraient pour arranger les choses, s'il en avait la possibilité, Sidonie Laurent améliorerait la formation des aides soignantes ainsi que repenser celle des infirmier(e)s et la rendre plus visible. « *En 4 ans, je ne suis pas sûre que sur la bonne, peut-être que 3 ans, c'était bien, peut-être 3 ans et demi. Je ne sais pas. Peut-être qu'on aurait pu faire 3 ans et puis une année payée ? (...) la visibilité de la formation* » (Laurent Sidonie). Hallaux Laurence rejoint ce point, mais plus précisément, sur le contenu que sur la forme de la formation. En effet, selon elle, « *les enseignements qu'ont faits depuis septante ans, n'est peut-être plus l'enseignement de demain* » (Hallaux Laurence). Elle aurait « *tendance à ouvrir l'école (...) il y a l'art infirmière. On a parlé au début, ça ne suffit plus aujourd'hui face aux contraintes sociétales (...) rendre les frontières de l'école perméables à d'autres écoles* » (Hallaux Laurence).

Par après, Laurent Sidonie jouerait aussi « *au niveau politique* ». En effet, elle simplifierait « *les rôles et responsabilités, la structure* » (Laurent Sidonie). Pour Hallaux Laurence, elle souhaiterait « *rencontrer le ministre* » et « *faire un Gembas* » pour lui montrer la réalité de la pratique.

D'après Laurent, il faudrait également « *retrouver du sens dans ce qu'on fait au travail* » ce qui serait « *formidable (...) mais compliqué* » (Laurent Sidonie). En plus, il serait aussi crucial « *de*

travailler le respect de chaque profession qui gravite autour du patient, que chacun puisse comprendre (...) la plus-value que chacun a et qu'on travaille main dans la main avec le patient pour qu'il puisse avoir une expérience, la meilleure possible » (Laurent Sidonie). En d'autres mots, *« travailler tous ensemble autour des patients et quelque part prendre du plaisir »* (Laurent Sidonie).

Une autre piste d'amélioration est de définir clairement le rôle d'un chef de service pour Spezialetti et ce qu'il est attendu de lui. En effet, *« aujourd'hui, ce n'est pas très clair (...) du coup l'infirmier chef court partout et (...) pallie à toutes les absences dans son équipe (...) c'est plus vraiment ça qu'on attend d'un infirmier chef aujourd'hui donc ce n'est pas évident »* (Spezialetti Julie). Selon elle, il faudrait également *« avoir plus de supports administratifs pour justement laisser l'infirmière s'occuper de ses patients, qui est son métier de base finalement »* (Spezialetti Julie). Elle m'a expliqué qu'actuellement, il manque *« entre 90 et 100 en permanence ouvert (...) je ne parle pas des unités fermées et où là on ne cherche plus du coup fatalement. Voilà donc sur une population à peu près de 1000 personnes (...) c'est 1/10 »* (Spezialetti Julie). Il arrive à *« maintenir nos chiffres de recrutement »* parce que le personnel du recrutement infirmier a doublé : *« on est 4 et on arrive à maintenir nos chiffres de recrutement, mais parce qu'on a augmenté l'équipe et parce qu'on met plus d'efforts dans le recrutement, donc on est très fier d'y arriver, mais ça manque ... »* (Spezialetti Julie). Un autre élément amené par Spezialetti Julie est le questionnement que provoquent les nouveaux métiers tels que la formation en soins infirmiers. En effet, elle explique qu' *« on ne sait pas trop vers quoi on va avec ça. Nous voilà, on regarde ça d'un œil lointain en disant "bon vers quoi on va" »* (Spezialetti Julie).

Ensuite, la culture du positif ainsi que rendre l'infirmier(e) fier de ce qu'elle fait est mise en avant par Hallaux Laurence. De surcroît, elle explique qu' *« on n'a pas assez d'une vie pour faire tout ça, on s'entend bien. Mais en tout cas moi, je ne peux plus entendre (...) la plainte. Mais ce n'est pas pour ça que c'est facile ça (...) Dans la vie, c'est la même chose. Il y a 2000 raisons d'être triste. Il pleut et tout (...) mais il y a 30 millions de raisons d'être heureuse »* (Hallaux Laurence). Il serait aussi nécessaire, selon elle, de représenter le corps infirmier dans toute décision les concernant. En effet, elle donnerait *« beaucoup plus le lead dans des organes de décision infirmières (...) même dans des comités de direction, j'obligerai à avoir une direction de départements infirmiers en comité de direction et ça ce n'est pas comme ça partout »* (Hallaux Laurence). En plus de cela, elle travaillerait sur les outils facilitant les conditions vu qu' *« on est en plein développement de l'intelligence artificielle et de patients*

lourds », telle que l'utilisation de plus de technologie et de voir « *la plus-value de ça* » (Hallaux Laurence). En dernier, sa dernière priorité est de réfléchir à la gestion de la fin de la carrière des infirmier(e)s. Par exemple, il serait possible d'en faire un métier pénible ou de « *revoir l'évolution barémique et de faire peut-être plus de choses quand on atteint un certain âge* » (Hallaux Laurence). Parce que ces infirmier(e)s ont le « *droit d'être en métier pénible* », même si aujourd'hui, Laurence Hallaux ne sait pas comment « *pouvoir maintenir les lits* » (Hallaux Laurence).

Pour conclure, Spezialetti « *pense que la pénurie, elle est mondiale. (...) Elle ne concerne pas que la Belgique, pas que l'Europe, et même (...) Tout le monde* » (Spezialetti Julie). De ce fait, il faudrait donc, selon elle, trouver des solutions globales et des solutions plus spécifiques pour la Belgique. Elle rajoute « *ça pourrait amener du positif [d'avoir plus d'effectifs], mais que tout ne sera pas réglé malheureusement (...) ce n'est pas demain que tout sera résolu* » (Spezialetti Julie).

Partie III – Discussion

Dans le cadre de cette partie, les données recueillies tout au long du mémoire vont être mis en parallèle afin de répondre à la problématique. Celle-ci étant pour rappel : « **Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ?** ».

Ces résultats, obtenus lors de cette recherche, ont mis en évidence plusieurs causes principales de la pénurie qui sont toutes interreliés entre elles ou avec plusieurs d'entre elles. Ces liens directs ou indirects seront explicités tout au long de cette discussion.

D'abord, il y a la **perte de sens** ressentis par les infirmier(e)s qui les amène en grande majorité à quitter la pratique. Il faut noter que le sens est une question personnelle qui renvoie à la motivation de la personne à travailler en tant qu'infirmier(e) dans ce cas-ci (Hesbeen, WFSP 2232 - épistémologie et démarche clinique, année académique 2022 - 2023). Au regard des entretiens, cette perte de sens fût abordé explicitement ou non comme une discordance entre la pratique infirmière actuelle et les fondements de celle-ci. En effet, elle fut attribuée à d'autres (sous-)causes qui sont, par exemple, la lourdeur des contraintes administratives telle que la traçabilité des actes, la déshumanisation des actes, le manque de créativité ou de plaisir, l'épuisement lié à la charge de travail, etc. Tous ses points éloignent l'infirmier(e) du chevet du patient alors que le sens défini majoritairement dans les entretiens est de s'occuper du patient.

Il est donc crucial de rompre avec la logique d'acte développé en grande partie à cause du Taylorisme. Adoptée au 20^e siècle, cette méthode d'organisation du travail souhaitait accroître la productivité grâce au contrôle de l'activité des employés (Grenier & Juthier, 2020). Néanmoins, il apporta une grande perte de sens car l'employé ne sera cantonné qu'à une série d'actes avec un turn-over assez élevé engendrant une faible estime de soi et une routine au détriment de l'autonomie et de la créativité (Ibid.). De plus, un des principes de cette méthode est de déterminer le temps d'une activité précise (Ibid.). La problématique que cela engendre est qu'il est impossible de chronométrer le prendre soin vu qu'il ne s'agit pas d'une activité prédéterminée dans le temps ou par un diplôme (Hesbeen, WFSP 2232 - épistémologie et démarche clinique, année académique 2022 - 2023). En effet, ce n'est pas parce que le soignant fait des soins qu'il prend soin et inversement même s'il est toujours possible de prendre soin en faisant des soins. Et ce n'est pas parce que l'infirmier(e) a un visa qu'il a la disposition de

prendre soin. De ce fait, imposer des tâches réglementées en termes de temps va cloisonner l'infirmier(e) dans des actes objectivables et renforcer sa perte de sens.

Cette perte de sens est aussi fortement liée à la deuxième cause qui correspond à la possible **incompatibilité des finalités** du monde soignant et celui de la direction. En effet, le premier vise le prendre soin alors que le deuxième a une préoccupation plus financière liée à des impératifs incontournables. Ces deux éléments ne peuvent plus être compatibles lorsque le côté financier prône plus qu'il le devrait et entraîne l'oubli de la personne et des travailleurs. Il y a alors une mauvaise communication entre eux, une inadéquation des valeurs et l'instauration de sentiments de frustration pouvant causer le départ prématuré de certains travailleurs qui comme un client mécontent d'une entreprise sont susceptibles d'aller voir ailleurs. En d'autres mots, même si l'argent a un poids considérable, la direction peut rester cohérente surtout si elle plonge au cœur de la réalité du terrain et de ses difficultés comme lors de Gembas où le contact avec l'humain est rappelé.

Ensuite, un élément mis en avant est le fait que la pénurie est certes un manque d'effectifs. Néanmoins, cela n'est pas causé entièrement par le faible effectif sortant des écoles, mais par le **manque d'effectifs qui reste dans la pratique**. En effet, plusieurs des témoins privilégiés m'ont expliqué que même si les diplômés diminuent, leurs principales problématiques consistent à attirer et à fidéliser les infirmiers en place à l'hôpital. Ils se dirigent vers d'autres milieux de soins extérieurs voir continue des études pour s'ouvrir des portes ou se reconvertissent totalement. Ces éléments sont en adéquation avec les entretiens réalisés avec les infirmiers pratiquants. En effet, l'entièreté de l'échantillon m'a confié avoir pensé au moins une fois à la reconversion professionnelle, 2/3 referaient les études si c'était à refaire, 1/3 a un bon état d'esprit avant d'aller travailler et 2 infirmiers confient que leur état d'esprit varie en fonction de la journée. Ces départs ont des raisons multiples, toutes liées aux autres causes.

Comme explicité précédemment, il y a un décroissement dans les étudiants même si la profession continue à attirer, mais dans une moindre mesure. Ce décroissement se voit dans les inscriptions et se creuse à la suite d'abandon ou de poursuite d'étude parce qu'ils savent que le métier est prenant ou / et parce qu'ils ont d'autres exigences. Cette problématique fut reliée à un **mauvais accueil et encadrement des étudiants**. En effet, selon les personnes interrogées, les étudiants sont souvent dégoûtés par la réalité du terrain voir par l'équipe qui les décourage de continuer leurs études ou les traite inégalement par rapport à leur sexe. En effet, selon l'infirmier n°1, il y a une différence dans l'accompagnement des étudiants. Les hommes étant

préférés et mieux encadrés que les femmes. Néanmoins, l'échantillon d'infirmiers pratiquants est pour la majorité contre ce découragement et serait plutôt dans le soutien même s'ils conseilleraient de bien réfléchir avant de s'engager et qu'ils ne mentiraient pas sur la réalité du terrain. De plus, à cause de la pénurie, la charge de travail augmente. Ce qui provoque un manque de temps pour les encadrer et une envie d'utiliser ces étudiants comme de la main d'œuvre en plus au lieu de reconnaître leurs besoins d'être entendu et d'être formé. Leurs stages peuvent ainsi les « casser » comme décrit lors des entretiens.

Par la suite, il y a aussi un décalage avec ce qu'il est attendu d'un étudiant sur le terrain, et ce, à quoi il est formé. Comme le rappelle le témoin privilégié n°1, l'expérience vient avec les années. Toutefois, plusieurs personnes interrogées ont mis en avant une **incohérence des études** sur plusieurs niveaux. En premier, les études d'infirmières furent définies comme presque obsolètes et en incompatibilité avec la réalité du terrain. La nécessité de la repenser et de la revisibiliser fut soulevée plusieurs fois. Plusieurs solutions furent citées dans les discussions telles que diminuer l'importance de l'aspect biomédical / technique au profit du prendre soin. Il faudrait pour cela investir permettant ainsi, d'amener et de garder les jeunes dans la pratique. En deuxième, plusieurs personnes m'ont expliqué leurs questionnements sur le bénéfice d'avoir encore deux types d'études d'infirmières dans notre pays, c'est-à-dire, brevetés et bacheliers. En troisième, la nouvelle formation approuvée par Frank Vandembroucke a engendré beaucoup d'interrogations. En effet, une grande majorité m'a fait part d'une incompréhension et d'une crainte vis-à-vis de ces « futurs assistants en soins infirmiers » et de la nouvelle organisation d'équipe que cela va engendrer. Parmi ses craintes, il y a, par exemple, l'inquiétude de savoir qui va rester au chevet du patient. Ils m'ont aussi expliqué que cette nouvelle formation vient encore une fois découper, morceler, voir amputer la pratique infirmière qui au début, faisait tout et maintenant, ne se retrouve plus ...

La cause suivante concerne **le faible voir le non-pouvoir** que détienne la pratique infirmière. En effet, plusieurs personnes interrogées ont soulevé que l'infirmier(e) n'est quasi jamais présent ou représenté lors des décisions concernant l'augmentation des études, la mise en place ou encore, la non-reconnaissance du métier comme pénible ou même si le corps infirmier(e) était contre, rien n'est fait pour les contrer. À travers ces exemples, les personnes interrogées ont montré le faible pouvoir et la faible capacité à s'opposer alors que les infirmiers pourraient peser un poids du fait de son nombre. En d'autres mots, si l'infirmier(e) ne se défend pas, comment peut-il obtenir une revalorisation du métier. Cela est lié à un problème de communication de représentation et un non-sens dans les innombrables syndicats, mais

également, au leadership infirmier. Il fut effectivement noté dans les entretiens qu'un bon leadership permet une bonne organisation même dans des situations compliquées et peut faire tenir des infirmier(e)s dans la pratique. Son rôle a donc besoin d'être détaillés et soutenu. De plus, Hallaux Laurence a également indiqué qu'il existe une culture de la plainte. C'est-à-dire qu'au lieu de montrer au créneau politique et / ou décisionnel, l'infirmier(e) va subir et ne va pas faire preuve d'assertivité. Ce manque d'assertivité est également mis en avant dans les interactions avec les médecins. Par la suite, il faut aussi noter que toutes les définitions du métier d'infirmier(e) divergent d'un entretien à l'autre. En effet, même si le patient, le prendre soin, les multiples capacités de l'infirmier(e), ... sont abordés, il n'y a pas pour autant une cohérence ou une définition unique. La question est de savoir si c'est à cause des multiples débouchés, d'un hasard lors des entretiens ou comme cité dans la guide théorique, une faible revalorisation se traduisant par incohérence du métier.

Par après, le **manque d'attractivité** lié à l'image véhiculé de et par l'infirmier(e) est une autre cause. En effet, il y a une vision négative de la pratique en Belgique qui peut ne pas attirer des étudiants vers les études, voir des soignants vers certains services. De plus, il existe des clichés qui peuvent parfois détériorer les infirmier(e)s en ne leur reconnaissant pas leur capacité à décider par exemple. Il fut aussi soulevé que la société ne valorise pas la pratique infirmière comme elle le fait pour les médecins même si la pandémie a pu montrer leur importance. La pandémie a effectivement remis en lumière le métier et ses difficultés. Cependant, elle a alourdi cette image qui était déjà terne et a pu engendrer une peur de réaliser ces études. Cette mauvaise représentation est aussi mise en avant par les infirmiers qui ont souvent une image mitigée de ce qu'ils font, voir de ce que font les autres services. Ce qui peut entraîner une hiérarchisation des services légitimée par l'IFIC qui valorise certains services par rapport à d'autres.

Une autre cause ne concerne pas la profession infirmière en elle-même, mais **les autres professions qui travaillent en collaboration avec elle**. Son lien avec la pénurie infirmière est indirect et double. En premier, il existe d'autres professions qui subissent des problèmes de recrutement engendrant indirectement une charge de travail supplémentaire pour les infirmier(e)s et ainsi, un épuisement, etc. En effet, prenons l'exemple d'une secrétaire médicale, si elle est absente un jour, ce sera automatiquement un membre de l'équipe soignant qui va devoir la remplacer ce qui va priver l'équipe d'un de ses effectifs dans la réalisation des soins et du prendre soin et augmenter sa charge de travail. Parmi ces professionnels en souffrance, il y a les technologues en imagerie médicale, les technologues de laboratoire, les secrétaires, les

médecins, les assistants en pharmacie, les postes de management, etc. Selon les personnes interrogées, il est crucial de renforcer et d'investir dans ces autres rôles afin que la pratique infirmière ne soit pas contaminée par le travail des autres. Ces professions ne correspondent pas tout à fait à celle abordé par l'Observatoire Bruxellois de l'emploi et de la formation (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale, 2021). Néanmoins, cela s'explique par le fait qu'il s'agit des difficultés d'un seul hôpital et que cela n'a pas été mis en parallèle avec le reste des secteurs médicaux.

En deuxième, étant donné que le monde médical est au manque d'infirmier, il y a tendance à réattribuer les actes infirmiers à d'autres professions. Ce qui est une solution, mais comme le souligne le témoin privilégié n°1, il faut faire très attention au nivellement par le bas et à la protection de l'infirmier(e) dans ces découpages de fonction.

Enfin, la dernière cause est tout ce qui concerne **la réalité du terrain**, c'est-à-dire les conditions de travail. Il y a d'abord et surtout une charge de travail assez important qui s'ajoute à des horaires compliqués, un déséquilibre vie professionnelle – vie privée, une raréfaction du temps accordé au patient provoquant un manque d'écoute et une plus mauvaise qualité de prise en charge, une déshumanisation des soins liés à l'envahissement des outils numériques ainsi que des contraintes légales telle que le dossier informatisé et la traçabilité imposée. Tous ces éléments provoquent pour une partie des personnes interrogées un cercle vicieux où le soignant part dû aux conditions de travail qui s'empire à son départ et provoque d'autres départs. En plus de cela, ces conditions provoquent un épuisement, une perte d'énergie liée intrinsèquement à la personne, des violences envers le patient ou son équipe et un impact sur la santé mentale entraînant un sous-effectif et une détérioration de la qualité. Par la suite, cette charge initiale de travail correspond à des quotas qui n'équivalent plus à la réalité et qui n'ont pas été remis à jour. Mais, elle correspond aussi à la charge de travail supplémentaire engendré par la pénurie d'autres professions ou la faible capacité de l'infirmier(e) à s'opposer. En effet, comme expliqué dans les résultats, l'infirmier(e) finit toujours par faire le travail des autres quand ceux-ci ne le font pas parce que l'infirmier(e) n'arrive pas à se positionner et à se défendre.

Pour revenir au lien entre ces causes expliquées en début de la discussion, les dires des personnes interrogées ont décrit des liens assez complexes entre tous. En effet, par exemple, si à cause du faible nombre d'effectifs, la direction souhaite prôner la polyvalence. Ce qui peut engendrer une incompatibilité de finalité voir de perte de sens et ainsi, amener d'autres

personnes à partir. Ainsi, la perte de sens est une cause de pénurie, mais également, une conséquence d'une autre cause. Ces liens peuvent être faits entre chaque telle une toile d'araignée tissée au sein d'eux voir un cercle vicieux ou un effet boule de neige pour reprendre les idées partagées dans les entretiens. De ce fait, trouver une solution à la pénurie n'est pas évident car au regard de cette complexité, il faudra repenser l'entièreté de la situation et trouver des solutions.

Un autre élément mis en lumière lors des résultats qui nécessite de revenir dessus est le concept des hôpitaux magnétiques. Comme expliqué dans le cadre théorique, il repose sur plusieurs conditions, dont un ratio de personnel adéquat (Brunelle, 2009). Cependant, le manque d'effectif infirmier est la définition même de la pénurie infirmière. De surcroît, comme démontré préalablement, le secteur médical souffre de plein d'autres manque d'effectifs impactant et aggravant la pénurie infirmière. Ainsi, même si ces « magnet hospitals » fonctionnent en Amérique, il est presque impossible de les mettre en place chez nous sans l'adapter. Malgré ces points, l'atout de ces hôpitaux est avéré dans les différents articles scientifiques consultés. Il serait utile de les étudier en profondeur afin de se positionner en connaissance de cause.

III. I. Les limites, biais et force de l'étude

Concernant les limites et les biais probables, il y a d'abord la subjectivité d'interprétation constituant un biais dans la conception du corps de ce mémoire. En effet, comme expliqué dans le cadre pratique, l'utilisation d'une méthode qualitative entraîne directement une subjectivité. En d'autres mots, il est tout à fait probable qu'une personne reprenant mes résultats puisse obtenir une autre interprétation. Il faut, néanmoins, noter que le contenu des entretiens a été retranscrit le plus objectivement possible.

Ensuite, durant ce travail, je me suis également rendu compte que mes préjugés et idées reçues me guidaient implicitement. Ce qui a pu biaiser certains éléments. Il me fut donc difficile au début du travail de me détacher et de prendre du recul. Malgré tout, grâce à l'aide de mon accompagnant, j'ai pu me détacher au mieux.

Enfin, le dernier probable est celui de sélection. En effet, les infirmiers pratiquants que j'ai interrogés provenait soit de mon entourage proche, soit avait le même profil que moi dans le sens où la majorité réalise ou a réalisé le même master que moi. De ce fait, même si l'échantillon peut-être considéré comme représentatif de la population vu son hétérogénéité, son élaboration ne sait pas fait de manière aléatoire.

Pour ce qui est des forces de cette étude, il y a le premier la qualité du contenu recueilli lors des entretiens. En effet, les personnes interrogées n'ont pas semblé avoir de la retenue dans leurs propos ou en d'autres mots, avoir des difficultés à parler librement. Cela peut s'expliquer par l'instauration d'un climat de confiance, l'utilisation d'une méthode qualitative et surtout, la bonne volonté des personnes interrogées à participer et à enrichir mes résultats.

Par la suite, il faut noter que la méthode de recueil des données a permis d'élargir la vision du sujet. En effet, l'échantillon est composé de deux types de groupes confrontés différemment à la pénurie infirmière. Cette divergence dans leur position hiérarchique a permis d'obtenir un point de vue du terrain et celle d'en haut. Ce qui m'a aidé pour prendre du recul et de faire preuve d'esprit critique.

Pour finir, même si la pénurie infirmière est un sujet assez courant dans l'actualité, ce travail a un potentiel atout pour ceux qui souhaitent la comprendre en profondeur. De plus, il pourrait également avoir un bénéfice pour quiconque souhaiterait travailler ce sujet et qui aurait besoin de données ou d'avoir une idée des travaux antérieurs réalisés. En effet, parmi les questions

posées lors des entretiens, une d'entre elles a investigué les solutions possibles pour améliorer la pratique. La raison principale de cette question est d'identifier de manière indirecte des causes qui n'auraient pas été mises auparavant dans la discussion. Néanmoins, ces données pourraient être utilisées pour une étude se focalisant sur les pistes d'amélioration.

III. II. Les possibles nouvelles pistes de recherche

Apparu depuis les années 50, la pénurie infirmière est un problème sociétal important. Pourtant, à ce jour, aucune solution concrète n'a permis de la solutionner. De ce fait, tant que cela restera une problématique, il sera possible de traiter la pénurie sous divers angles lors de mémoire ou de doctorat.

Néanmoins, deux grandes questions me sont venu lors de la création de ce travail et seraient intéressantes à approfondir. D'abord, lors de l'élaboration de mon cadre théorique, j'ai découvert que la pénurie infirmière n'existait pas dans les années 80 et qu'il existait à l'inverse un surnombre de diplômés pour les besoins de l'époque. Il serait donc important d'étudier pourquoi nous sommes retombés dans une pénurie après l'anurie d'infirmiers dans les années 80. En d'autres termes, est-ce que les éléments ayant permis cette anurie sont transférables dans notre époque et société ?

Ensuite, plusieurs des personnes interrogées ainsi que la littérature a mis en lumière le faible pouvoir décisionnel des infirmières. La première question qui m'est venu est de savoir comment on pourrait (essayer de) leur en donner. Toutefois, comme j'ai pu l'étudier au cours de mes études, il faut d'abord analyser une situation dans son entièreté afin de comprendre sa singularité et sa complexité. Ainsi, il serait crucial de commencer par réaliser une étude afin de savoir quels sont les éléments qui leur manquent ou qui les freinent dans leurs positionnements décisionnels pour pouvoir le faire.

Par la suite, il serait illusoire de ma part de croire que mon travail à trouver et analyser toutes les causes de la pénurie. Il est donc toujours possible de trouver d'autres éléments à ma question de recherche, mais de manière plus approfondie telle que lors d'un doctorat.

Conclusion

La pénurie est certes un sujet médiatisé depuis de nombreuses années qui fut remis sous les feux des projecteurs suite à la pandémie mondiale de coronavirus. En effet, avant même le début de mes études d'infirmières, ce sujet faisait parfois la une des journaux pour montrer la conséquence de cette pénurie, donner un état des lieux de la pratique soignante voir alarmer la population sur les risques si des solutions n'étaient pas trouvées. Pourtant, il n'y a que très peu d'explication sur ses fondements et sur les mécanismes qui font qu'elle perdure de nos jours.

J'ai alors souhaité, à travers mon mémoire, analyser de manière exploratoire les causes de la pénurie ainsi, que les nommer, expliciter leur complexité et les comprendre.

Afin de répondre à cet objectif, une recherche scientifique et professionnelle fut réalisée afin de retracer le cadre dans lequel la pénurie s'inscrit, mais également, investiguer les éléments qui sont susceptibles de la causer, de l'influencer et de la comprendre au mieux. Après avoir créé un guide théorique le plus étoffé possible, le choix d'une méthodologie qualitative fut choisi pour diverses raisons explicitées dans le cadre pratique.

Par la suite, des entretiens furent réalisés afin de récolter l'avis de 9 infirmier(e)s pratiquants et de 4 témoins privilégiés sur base de deux guides d'entretien élaborés grâce aux divers éléments identifiés dans le cadre théorique. Les données recueillies des entretiens furent retranscrites de manière objective dans la partie des résultats. Les articles ou éléments apportés par les personnes interrogées furent rajoutés au guide théorique pour le rendre le plus complet possible.

Ces données ont également été analysées dans le but de répondre à ma problématique : **« Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ? »**.

Les principales causes identifiées et nommées lors de l'analyse sont :

- Une perte de sens ;
- Une incompatibilité des finalités entre le monde infirmier et directionnel ;
- Un manque d'effectifs qui reste dans la pratique et plus précisément, à l'hôpital ;
- Un mauvais accueil et encadrement des étudiants ;

- Une incohérence des études / formations sur plusieurs niveaux qui sont l'incompatibilité des études avec la réalité du terrain, l'incohérence d'avoir deux types d'études et la formation approuvée d'assistante en soins infirmiers qui pose beaucoup de questions ;
- Un faible voir aucun pouvoir décisionnel ;
- Un manque d'attractivité de l'image infirmière ;
- Un sous-effectif dans les autres professions entraînant des conséquences pour la pratique infirmière ;
- Et les conditions de travail liées à la réalité du terrain comme par exemple, un déséquilibre vie professionnelle et vie privée.

Comme expliqué précédemment, toutes ses causes sont interreliées et certaines sont aussi bien des causes que des conséquences de la pénurie.

Les relations entre ces éléments peuvent s'illustrer comme un cercle vicieux parce que si l'un de ses éléments subit un événement néfaste, il y aura automatiquement un impact sur une ou plusieurs autres causes. De ce fait, la perspective de solution doit se faire en connaissance de cette complexité et reconnaître qu'il ne faut pas s'attaquer à une dimension précise de la pénurie, mais s'attaquer à ses causes dans sa globalité.

Bibliographie

- Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Cyr, N., Desrochers, A., . . . Voyer, P. (2016, Mai - Juin). Les ratios infirmière / résidents en CHSLD - Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières ? *Organisation*, 13(3), pp. 45-50. Consulté le Décembre 10, 2022, sur <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf>
- Ajoulat, I. (Année académique 2021-2022). WFSP 2006 - Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. *Cours du Master en Sciences de la Santé Publique de l'UCL*. Belgique. Consulté le Avril 21, 2023
- Baquet, C., Grard, C., & Mugisha, L. (2023, Janvier). Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmières – état des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation. 1-100. Belgique. Consulté le Mai 10, 2023, sur <file:///C:/Users/Cors%20Sophie/Documents/m%C3%A9moire/article/Par-dessus%20les%20%C3%A9paules%20des%20stagiaires.%20La%20profession%20infirm%C3%A8re%20UCLLAAP%202023.pdf>
- Bourquin, S. (2022, Mars 8). *Un hôpital belge s'attaque au problème de la pénurie d'infirmière*. Consulté le Octobre 15, 2022, sur Infirmiers.com - communauté infirmière : concours infirmier, cours ifsi, tfe, actu, formations, protocoles.: <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/mesures-strategiques-contre-penurie-infirmiere-exemple-belgique.html>
- Brunelle, Y. (2009, Janvier). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40, pp. 39-48. doi:10.3917/pos.401.0039
- Cornette, P., Gouget, M., Vanden Bossche, O., & Schievaerds, D. (année académique 2022-2023). WFSP 2273 - Evaluation et Réadaptation en gériatrie. *Cours du Master en Science de la Santé publique - UCL*. Belgique. Consulté le Novembre 2, 2022
- Dreye, P. (2010, Novembre). Pénurie d'infirmière ? CPCP - Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation. *Collection "Au quotidien"*(106). Consulté le Septembre 29, 2022, sur http://www.cpcp.be/wp-content/uploads/2019/05/penurie_infirmiers_v2.pdf
- Grenier, F., & Juthier, J.-E. (2020, Avril 27). *Taylorisme : définition simple, traduction*. Consulté le Juillet 2, 2023, sur JDN : E-business, FinTech, Big Data, IoT, tendances média, décideurs, ...: <https://www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier/1199063-taylorisme-definition-traduction/>
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers - Un art du singulier*. France: Elsevier Masson. doi:ISBN : 978-2-294-75167-7
- Hesbeen, W. (année académique 2022 - 2023). WFSP 2232 - épistémologie et démarche clinique. *Cours du Master en Sciences de la Santé Publique de l'UCL*. Belgique. Consulté le Février 20, 2023
- Laberge, M. (2018, Octobre 1). *Manque d'infirmières : pénurie réelle ou structurelle ? | Le Devoir*. Consulté le Décembre 9, 2022, sur Le Devoir | Nouvelles, actualités, politique, culture et chroniques: <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/538025/manque-d-infirmieres-penurie-reelle-ou-structurelle>
- Larousse. (2016). *Le Dictionnaire Larousse de Poche*. Paris, France. Consulté le Novembre 2, 2022

- Le Guide Social. (2019, Février 11). *Plan d'attractivité: la pillule passe mal chez les infirmiers*. Consulté le Novembre 19, 2022, sur Guide Social: <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/plan-d-attractivite-la-pilule-passe-mal-chez-les-infirmiers>
- L'équipe éditoriale MACSF. (2020, Juin 4). *rapport OMS situation infirmière*. Consulté le Décembre 9, 2022, sur Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé - MACSF : <https://www.macsfr.fr/les-infirmieres/situation-infirmieres-dans-le-monde>
- Lorant, V. (année académique 2021 - 2022). WESP 1001 - Introduction de santé en Belgique. *Cours du Master en Sciences de la Santé Publique de l'UCL*. Belgique. Consulté le Novembre 2, 2022
- Noulet, J.-F. (2021, Décembre 7). *Pénurie de personnel soignant: quelle ampleur et comment l'expliquer ?* - *rtbf.be*. Consulté le Octobre 15, 2022, sur RTBF.be - La référence de l'actualité belge et internationale - Accueil - RTBF.be: <https://www.rtbf.be/article/penurie-de-personnel-soignant-quelle-ampleur-et-comment-lexpliquer-10893214>
- Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation. (2021, Décembre). *Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles: Actiris.brussels. Consulté le 19 Novembre, 2022, sur https://www.bruxellesformation.brussels/wp-content/uploads/2022/02/2022_01_view_brussels_Analyse-des-fonctions-critiques-en-RBC_compressed.pdf
- Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation. (2022). *Liste des fonctions critiques en 2021*. Bruxelles. Consulté le Janvier 18, 2023, sur <https://www.actiris.brussels/media/14khier2/liste-des-fonctions-critiques-en-r%C3%A9gion-de-bruxelles-capitale-en-2020-h-04607E4B.pdf>
- OCDE. (2022). *Ressources pour la santé - Infirmiers* - OCDE Data. doi:10.1787/8c64e724-fr
- OCDE. (2022). *Ressources pour la santé - Titulaires d'un diplôme d'infirmier/ère* - OCDE Data. doi:10.1787/6cc9e913-fr
- Official Information and services. (2023, Mars 24). *Un nouveau profil dans les soins infirmiers est maintenant possible | Frank Vandebroucke*. Consulté le Mai 10, 2023, sur Frank Vandebroucke | Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique: <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/un-nouveau-profil-dans-les-soins-infirmiers-est-maintenant-possible>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. Genève . doi:ISBN 978-92-4-000335-4
- Santé, W. (2020, Janvier 30). *Etude KCL-KCU 2020 : il faut fixer un nombre maximal de patients par infirmier*. Consulté le Octobre 15, 2022, sur Fonds d'investissement - Wallonie Santé : Droits du patient | Belgium.be
- Service de rédaction - Le guide social. (2015, Février 23). *Quelle formation pour devenir infirmier ?* Consulté le Avril 7, 2023, sur Guide social: <https://pro.guidesocial.be/articles/dossiers-a-la-une/article/quelle-formation-pour-devenir-infirmier#:~:text=A%20l'E2%80%99instar%20du%20brevet%2C%20la%20formation%20est%20g%C3%A9n%C3%A9raliste%2C,d%E2%80%99infirmier%20hospitalier%20ou%20un%20bachelier%2>
- SNPI. (2019, Février 10). *Infirmiers : 30% des nouveaux diplômés abandonnent dans les 5 ans | SNPI | Syndicat National des professions infirmières (SNPI-CFE-CGC)*. Consulté le Octobre 15, 2022, sur SNPI - Syndicat National des professions infirmières (SNPI-CFE-CGC): <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiers-30-des-nouveaux-diplomes-abandonnent-dans-les-5-ans.html>

- Statbel. (2020, Juillet 23). *Personnel des soins de santé* | Statbel . Consulté le Octobre 13, 2022, sur Statbel, l'office belge des statistiques | Statbel : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante#news>
- Sudinfo. (2020, Aout 4). *La pénurie des métiers infirmiers s'aggrave: «Il y a 5.000 postes d'infirmières et d'infirmiers à pourvoir en Belgique»*. Consulté le Octobre 15, 2022, sur Sudinfo.be, l'information en continu, actualités, politique, régions, sport, buzz.: <https://www.sudinfo.be/id231134/article/2020-08-04/la-penurie-des-metiers-infirmiers-saggrave-il-y-5000-postes-dinfirmieres-et>
- Union Générale des Infirmier(e)s de Belgique, UGID. (2022). *Attractivité de la profession infirmière : un défi collectif 2022*. Diegem. Consulté le Mai 10, 2023, sur <file:///C:/Users/Cors%20Sophie/Documents/m%C3%A9moire/article/fluo%20Attractivite-de-la-profession-infirmiere-un-defi-collectif-2022-UGIB.pdf>
- Veerle Vivet , Durand, C., Jouck , P., Miermans, P.-J., & Steinberg, P. (2021). *Infirmiers sur le marché du travail, 2004-2018 - Résultats du couplage des données PlanCad*. Tom Auwers. Consulté le Avril 7, 2023, sur file:///C:/Users/Cors%20Sophie/Documents/m%C3%A9moire/article/plancad_inf_2018_fr.pdf
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Genève. doi:ISBN 978-92-4-000327-9

