

Faculté de santé publique

« Défi de l'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier »

**Mémoire réalisé par
Meryem Djessas**

**Promoteur
Patrice Gobert**

**Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

Faculté de santé publique

« Défi de l'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier »

**Mémoire réalisé par
Meryem Djessas**

**Promoteur
Patrice Gobert**

**Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

Remerciements

Merci à mon promoteur, Monsieur Gobert pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien tout au long de la réalisation du mémoire.

Merci aux professeurs de la faculté de santé publique pour leur partage de connaissances.

Merci à mon amie de cours, Séverine, pour son soutien inconditionnel lors de ces années de master. Des années intensives de travail qui n'auraient certainement pas été pareilles sans sa compagnie.

Merci à toutes les personnes qui ont acceptées de participer aux entretiens et de répondre aux questionnaires.

Merci à ma chef d'unité ainsi qu'à mon équipe pour leur soutien et les solutions trouvées pour agencer au mieux mes horaires à ma vie d'étudiante.

Enfin, un énorme merci à mon compagnon, ma famille et mes meilleures amies pour leurs encouragements, leur soutien, leurs conseils, leur aide dans la relecture du mémoire. Sans vous, je ne serais pas là où je suis actuellement.

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 étudiants 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.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
<u>PARTIE THÉORIQUE</u>	5
Chapitre I – Contexte de la gériatrie aiguë en Belgique.....	6
Chapitre II – L’attractivité.....	8
I. Définitions	8
II. L’attractivité en gériatrie	10
III. Solutions pour rendre plus attractif les services de gériatrie	13
Chapitre III – La formation des étudiants en soins infirmiers	17
I. Obtention du diplôme d’infirmier responsable en soins généraux.....	18
II. La spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie	18
III. Impact de la formation d’infirmier responsable en soins généraux sur l’attractivité des services de gériatrie aiguë.....	20
Chapitre IV – Les hôpitaux magnétiques	23
I. Historique.....	23
II. Caractéristiques.....	24
III. Avantages.....	25
IV. Les hôpitaux magnétiques et la gériatrie	29
Chapitre V - Conclusion	32
<u>PARTIE PRATIQUE</u>.....	34
Chapitre I - Méthodologie	35
I. La question de recherche	35
II. Objectifs de l’étude	35
III. Choix de la méthode	36
IV. Population d’étude et échantillonnage	37
1. <i>Méthode qualitative</i>	37

2. <i>Méthode quantitative</i>	38
V. Collecte des données.....	39
1. <i>Méthode qualitative</i>	39
2. <i>Méthode quantitative</i>	40
VI. Analyse des données.....	40
Chapitre II - Résultats	42
I. Entretiens semi-directifs des cadres intermédiaires.....	43
1. <i>L'attractivité pour les infirmier(e)s</i>	43
2. <i>La formation en soins infirmiers</i>	45
3. <i>Les solutions pour améliorer l'attractivité de la gériatrie aiguë</i>	46
II. Entretiens semi-directifs des chefs infirmières et des ICANE	47
1. <i>L'attractivité de la gériatrie</i>	47
2. <i>L'influence du leadership</i>	51
3. <i>Les étudiants infirmiers et leur(s) stage(s) en gériatrie aiguë</i>	53
III. Liens entre les cadres intermédiaires, chefs infirmières et ICANE	54
IV. Questionnaires auprès des étudiants infirmiers	55
1. <i>L'image de la gériatrie pour les étudiants</i>	56
2. <i>Le stage de gériatrie pour les étudiants</i>	56
3. <i>Motivations à travailler en gériatrie</i>	57
V. Questionnaires auprès des infirmier(e)s en gériatrie aiguë.....	58
1. <i>Les motivations à travailler en gériatrie aiguë</i>	58
2. <i>L'attractivité de la gériatrie vue par les infirmier(e)s</i>	59
VI. Questionnaires auprès des coordinatrices de la spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie.....	61
DISCUSSION	62
RECOMMANDATIONS.....	64
LIMITES ET PERSPECTIVES	67

CONCLUSION GÉNÉRALE	70
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES.....	76
Annexe n°1 : Guide d’entretien à destination des cadres intermédiaires	76
Annexe n°2 : guide d’entretien à destination des infirmier(e)s chefs de services de gériatrie aiguë et des ICANE	77
Annexe n°3 : questionnaire papier – les infirmier(e)s et l’attractivité des services de gériatrie aiguë : quelles motivations ?	78
Annexe n°4 : questionnaire en ligne – la gériatrie aiguë, quelles impressions par les cours et par le stage ?.....	80
Annexe n°5 : questionnaire en ligne - attractivité de la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie : état des lieux	82
Annexe n°6 : entretien n°1 (hôpital privé)	84
Annexe n°7 : entretien n°2 (hôpital public)	88
Annexe n°8 : entretien n°3 (hôpital universitaire)	92
Annexe n°9 : entretien n°4 (hôpital universitaire)	97
Annexe n°10 : entretien n°5 (hôpital privé)	101
Annexe n°11 : entretien n°6 (hôpital privé)	107
Annexe n°12 : entretien n°7 (hôpital privé)	112
Annexe n°13 : entretien n°8 (hôpital privé)	117
Annexe n°14 : entretien n°9 (hôpital privé)	122
Annexe n°15 : entretien n°10 (hôpital privé)	125
Annexe n°16 : entretien n°11 (hôpital public)	130
Annexe n°17 : entretien n°12 (hôpital universitaire)	133
Annexe n°18 : entretien n°13 (hôpital universitaire)	137
Annexe n°19 : tableau de répartition des entretiens semi-directifs selon la structure hospitalière et la fonction interrogée	141

Annexe n°20 : analyse des entretiens semi-directifs des cadres intermédiaires	142
Annexe n°21 : analyse des entretiens semi-directifs des infirmières chef de proximité et des ICANE	147
Annexe n°22 : résultats obtenus auprès des étudiants infirmiers.....	157
Annexe n°23 : résultats obtenus auprès des infirmier(e)s de gériatrie aiguë	160
Annexe n°24 : résultats obtenus auprès des coordinatrices de la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie	163

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANA : American Nurses Association

ACN : Association belge des praticiens de l'art infirmier

COMPAS : Association belge des praticiens de l'art infirmier exerçant auprès des personnes âgées

CP330 : Commission Paritaire 330

ECTS : European Credits Transfer System

ETP : Equivalent Temps Plein

GRH : Gestion des Ressources Humaines

ICANE : Infirmier Chargé de l'Accueil des Nouveaux engagés et des Etudiants

IFIC : Institut de Classification de Fonction

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé

MR : Maison de Repos

MRS : Maison de Repos et de Soins

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

QPP : Qualification Professionnelle Particulière

RH : Ressources Humaines

TPP : Titre Professionnel Particulier

UE : Union Européenne

INTRODUCTION

La Belgique et la plupart des pays du monde connaissent une augmentation de l'espérance de vie ainsi qu'un vieillissement de la population. En Belgique, « *l'espérance de vie à la naissance atteignait 81,6 ans en 2017, en augmentation de près de quatre ans par rapport à 2000* » (OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies, Commission Européenne, 2019, p. 3). Par ailleurs, « *la génération du babyboom sort progressivement de la population d'âge actif* » (StatBel, 2019). C'est ainsi que la part des plus de 67 ans représentera 23% en 2070 contre 16% en 2018. Cette génération accélèrera le vieillissement de la population d'ici 2040 pour ensuite se stabiliser. Le nombre d'admissions hospitalières des plus de 80 ans triplera entre 2000 et 2050 (Pacolet J., Deliège D. et al., 2005).

Ces chiffres mettent l'accent sur le fait que « *le vieillissement de la population, problématique d'ampleur mondiale, se traduit par des besoins sans cesse accrus de prise en charge des personnes âgées dépendantes* » (Petit R., Zardet V., 2017, p.32). Le besoin en personnel soignant et le nombre de départs à la retraite du personnel soignant sont donc amenés à s'accroître au fil des prochaines années.

Actuellement, dans notre pays, « *le nombre d'infirmiers a augmenté assez rapidement au cours des dix dernières années* » (OCDE et al., 2019, p. 11). Ce nombre atteignant 11 infirmiers pour 1000 habitants contre la moyenne de l'UE de 8,8 infirmiers pour 1000 habitants. « *Toutefois, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de pénurie d'infirmiers ni de problèmes pour recruter des infirmiers dans certaines régions et certains hôpitaux* » (OCDE et al. 2019, p. 11). En effet, beaucoup d'infirmiers travaillent à temps partiel ou n'exercent plus, « *ce qui réduit l'offre de services* » (OCDE et al. 2019, p. 11).

La pénurie d'infirmiers en Belgique est un sujet régulièrement abordé dans le domaine des soins. Ce sujet est d'autant plus abordé dans notre pays depuis la pandémie de covid19 et le passage des études d'infirmier(e)s de 3 à 4 ans (septembre 2016). Cet allongement de la formation entraine une année creuse pour le recrutement de nouveaux diplômés et un accroissement du manque de personnel infirmier sur le terrain pour l'année 2019-2020. Une pénurie qui ne semble pas aller en s'améliorant compte tenu du nombre d'inscriptions diminuant de 10% dans les écoles d'infirmiers (Van de Berg L., Heinderyckx S., 2019).

Outre la baisse d'inscriptions dans les écoles en Belgique, « *la majorité des pays de l'Ouest de l'Europe doit faire face à un important manque d'infirmiers dû à un départ prématuré de la profession* » (Estryn-Béhar M., Van Der Heijden B. et al., 2010, p.30). Le roulement est donc la deuxième cause possible de problèmes en dotation en personnel infirmier (Stordeur S., D'hoore W., the NEXT-Study Group, 2006). Ces problèmes de rétention étant liés à « *une charge lourde et à un niveau élevé de burnout lui-même lié au travail ainsi qu'à l'insatisfaction* » (Estryn-Béhar M. et al., 2010, p.30). Cette problématique, déjà abordée en 2002, reste d'actualité puisque les derniers chiffres du KCE (2020) indiquent qu'un(e) infirmier(e) sur quatre n'est pas satisfait(e) de son travail actuel, et 36% sont même menacés d'épuisement professionnel. Par ailleurs, 10% envisagent de quitter la profession. Ces résultats ne se sont pas améliorés au cours des dix dernières années. A cela s'ajoute des difficultés pour les établissements de santé en termes d'attractivité et de recrutement du personnel soignant. « *En France, 63% des établissements auraient des difficultés à recruter des infirmiers* » (Baret C., Dumas F., Mairesse C, Randon S., 2013, p.125).

L'attractivité et la fidélisation du personnel sont donc deux défis de taille pour les institutions de soins. Cependant, malgré les difficultés rencontrées dans tous les domaines des soins infirmiers, ce mémoire se concentrera essentiellement sur la problématique de l'attractivité du personnel infirmier dans les services de gériatrie hospitaliers, également appelés « services de gériatrie aiguë ». Pourquoi dans ce type de service ? Tout d'abord, peu de littérature traite précisément de la problématique de l'attractivité des services de gériatrie hospitaliers pour les infirmier(e)s. Parfois, la problématique est abordée dans le contexte des MR et MRS, contexte bien différent de celui des institutions hospitalières. De même, ce sujet-cible n'est pas du tout abordé en Belgique, c'est pourquoi la littérature sera donc adaptée.

Par ailleurs, la population vieillissante ne cessera d'augmenter considérablement dans les prochaines années. Cela sera également le cas des hospitalisations de personnes âgées (même si le concept d'hospitalisations à domicile se développe). Ensuite, d'après ma propre expérience, l'hypothèse que la gériatrie n'est pas un domaine de prédilection pour les infirmier(e)s en soins généraux semble dominer. Enfin, le KCE tend à vouloir mettre en œuvre urgemment des mesures d'attractivité et d'amélioration de la sécurité des soins dans les services de gériatrie (KCE, 2020). Ainsi, les objectifs de ce mémoire, détaillés plus loin, sont multiples et touchent une série d'acteurs diverses : directeurs de département infirmier, cadres

intermédiaires, cadres de proximité, infirmier(e)s, ICANE, responsables de spécialisation en gériatrie, étudiants en soins infirmiers.

Ce travail permettra de mettre en évidence les éléments attractifs de la profession et permettra également de se poser des questions telles que les suivantes : Qu'est-ce qui stimule les infirmier(e)s à travailler dans les services de gériatrie ? Quel est l'impact des stages cliniques des étudiants infirmiers sur leur motivation à travailler en gériatrie ? De quelle manière la gériatrie est-elle étudiée lors du bachelier en soins infirmiers ? Quelles méthodes utiliser pour attirer les talents ? Existont-ils des méthodes universelles et réalisables sur le terrain pour agir face à cet enjeu ? À travers cette série de questions, le but sera de tenter de dégager des pistes de solutions réalisables sur le terrain, afin de renforcer l'attractivité des services de gériatrie hospitaliers.

Pour étudier la question de recherche suivante : « **Quelles solutions existe-t-il pour attirer les infirmier(e)s dans les services de gériatrie aiguë ?** », le mémoire sera divisé en deux parties. La première partie constituera une revue de la littérature abordant la théorie sur le contexte de la gériatrie en Belgique, l'attractivité des services de gériatrie, la formation des étudiants en soins infirmiers et les hôpitaux magnétiques. Cette partie théorique justifiera la pertinence et l'importance actuelle de la question de recherche.

La seconde partie relative à la pratique, sera consacrée à la réalisation d'entretiens individuels avec des cadres intermédiaires, des infirmier(e)s chefs et des ICANE dans le but de sonder les intervenants sur l'image de la gériatrie aiguë, sur leurs rôles ainsi que sur les pistes de solutions existantes pour rendre ce secteur plus attractif. Des questionnaires seront distribués aux infirmier(e)s en gériatrie pour connaître leurs motivations à travailler dans ce domaine. D'autres questionnaires seront distribués aux étudiants lors de la réalisation de leurs stages en gériatrie afin d'analyser l'impact de ce dernier sur leur perception initiale de la discipline. Enfin, sous forme de questionnaire en ligne, les coordinateurs(trices) de la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie seront interrogé(e)s dans le but de faire un « état des lieux » de la présence d'infirmier(e)s dans cette spécialité. Une fois les résultats obtenus, les limites de l'étude ainsi qu'une discussion suivront. Pour finir, une conclusion ainsi que des recommandations clôtureront ce mémoire.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE I - CONTEXTE DE LA GÉRIATRIE AIGUË EN BELGIQUE

On constate une augmentation rapide du nombre de personnes âgées en Belgique. En effet, alors que la tranche âgée de la population représentait 8,9% en 2016, on projette une évolution à 12,5% en 2035 (KCE, 2017). « *Les patients de plus de 75 ans représentaient déjà 25% des admissions hospitalières en 2014 et on prévoit que cette part atteindra 28% en 2025* » (KCE, 2017, p.25).

Dans ces services, les normes d'agrément en personnel soignant correspondent à 14,13 ETP pour 24 lits (incluant aides-soignant(e)s et paramédicaux) dont 5 ETP de praticiens de l'art infirmier et 4 ETP d'infirmier(e)s porteurs(teuses) du/de la titre/qualification professionnel(le) d'infirmier(e) spécialisé(e) en gériatrie (Moniteur belge, 2007). Parmi ces 14,13 ETP se trouvent une proportion faible d'infirmier(e)s bacheliers (de 49% à 54%), le niveau de formation des infirmier(e)s est donc plus faible en gériatrie que dans les services de chirurgie, médecine interne ou pédiatrie (KCE, 2020).

L'intensité des soins infirmiers est définie comme étant « *la quantité de soins directs et indirects (activités liées aux soins qui ne sont pas réalisées en présence du patient). L'intensité est généralement calculée par service (par jour ou par période)* » (KCE, 2020, p.14). Le degré de dépendance des patients et la complexité des soins sont des facteurs influençant l'intensité des soins (KCE, 2020). « *Afin d'évaluer si la dotation infirmière est adaptée à l'intensité des soins* » (KCE, 2020, p.20), l'intensité des soins par jour-patient est utilisée. Cette dernière mesure correspond ainsi au « *rapport entre le nombre de points d'intensité de soins et la dotation infirmière par service et par jour d'enregistrement* » (KCE, 2020, p.20). La valeur la plus élevée se trouve en gériatrie, où elle était de 0,34 en 2009 et 0,35 en 2016.

C'est donc pour compenser cette intensité des soins que le personnel de soutien pouvant décharger les infirmier(e)s en accomplissant des tâches non liées aux soins infirmiers est davantage présent (malgré sa diminution). Leur présence, mesurée en « *heures prestées par le personnel de soutien par jour-patient* » (KCE, 2020, p.21) est ainsi passée de 1,14 en 2009 à 0,91 en 2016 en gériatrie, pour une moyenne générale dans les autres services de 0,68.

Généralement, le ratio patients/infirmier(e)s est en moyenne de « *8 patients par infirmier pendant la journée et de 15 patients par infirmier pendant la nuit* » (KCE, 2020, p.20). C'est en gériatrie que la situation est la plus préoccupante et où la survenue d'une situation peu sûre semble la plus fréquente (KCE, 2020).

De nombreuses études belges et internationales démontrent un lien entre le nombre de patients par infirmier(e)s et le niveau de formation des infirmier(e)s avec les outcomes mesurés chez les patients et infirmier(e)s. C'est-à-dire, au plus le nombre de patients par infirmier(e)s est élevé et au plus la proportion de bacheliers est faible, au plus les risques de mortalité et d'infections nosocomiales augmentent chez les patients, de même que les risques de burnout et d'insatisfaction au travail chez les infirmiers (KCE, 2020). Ces outcomes patients et infirmiers sont aussi très influencés par l'environnement de travail. Ainsi, « *les bénéfices d'un ratio patients par infirmier plus bas peuvent être réduits à néant si le milieu de travail des infirmiers est délétère* » (KCE, 2020, p.11).

Au vu de ces chiffres, le rapport du KCE émet donc des recommandations concernant l'importance d'accorder une attention spécifique à la dotation infirmière en gériatrie puisqu'en effet, non seulement l'intensité des soins infirmiers y est plus élevée que dans les autres services généraux (médecine interne, chirurgie) mais en plus la dotation infirmière y est plus faible. Bien que la rotation des patients y soit lente et « *malgré un recrutement un peu plus élevé (mais en diminution) de personnel de soutien, des éléments indiquent clairement que la charge de travail est plus élevée en gériatrie que dans les autres services hospitaliers classiques* » (KCE, 2020, p.41). De plus, il reste difficile d'inciter les infirmiers et autres soignants à travailler en gériatrie alors que tous les chiffres nous amènent à comprendre que c'est le seul type de service hospitalier pour lequel les besoins ne cesseront d'augmenter au cours des prochaines années.

Pour le KCE, il est essentiel de mettre en œuvre des mesures adéquates pour rendre plus attractif le travail infirmier en gériatrie. Cela, en impliquant plusieurs acteurs : les pouvoirs publics, le secteur de la formation, les partenaires sociaux et le secteur hospitalier.

CHAPITRE II – L'ATTRACTIVITÉ

Ce chapitre vise d'une part, à définir les termes « attractivité » et « recrutement » afin de les contextualiser dans le secteur de la gériatrie aiguë et, d'autre part, à aborder l'attractivité spécifique à la gériatrie.

I. DÉFINITIONS

Tout d'abord, il est intéressant de comprendre que les notions de recrutement et d'attractivité sont intimement liées. Le recrutement est *« un ensemble d'actions entreprises par l'organisation pour attirer des candidats, qui possèdent les compétences nécessaires pour occuper dans l'immédiat ou dans l'avenir un poste vacant »*. *« La nécessité pour une organisation d'attirer de futurs salariés semble davantage intégrée dans la définition du processus de recrutement »* (Petit R. et al., 2017, p.36), au point d'en constituer la première phase (Paillé P., 2014).

L'attractivité peut se définir sous plusieurs formes. Peretti J-M la définit comme étant *« la capacité d'attirer un candidat pour l'amener à contracter avec l'entreprise »* (Peretti J-M, 2015, p.32). Tandis que Berton, Ewin & Hah la définissent selon l'approche marketing comme *« un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifique »* (cités par Petit R. et al. 2017, p.35). De ce point de vue, la notoriété et l'image véhiculées par l'entreprise sont donc bel et bien des facteurs susceptibles de conditionner l'attractivité de l'employeur.

Morin et coll. précisent que le pouvoir d'attraction d'une organisation lors des premiers moments de son existence repose sur une série d'éléments tels que l'image de marque et les attributs de l'emploi ou organisationnels (cité par Paillé P., 2014). La marque employeur permet à l'organisation de se différencier sur le marché du travail. Elle constitue un outil essentiel pour les professionnels en ressources humaines afin d'attirer et de recruter les meilleurs candidats. Élaborer une marque employeur permet de *« valoriser ses pratiques de management des ressources humaines aussi bien en interne, pour les salariés en poste, qu'en externe, pour les candidats potentiels »* (Chaminade B., 2019, p.4).

Ambler et Barrow définissent la marque employeur comme étant un forfait de bénéfices fonctionnels (caractéristiques organisationnelles et de l'emploi), économiques (conditions de travail ou d'emploi et nature de l'environnement de travail), et psychologiques (symboles et traits organisationnels) qui naissent de la relation d'emploi (cités par Paillé P., 2014). Ce forfait de bénéfices est unique et propre à chaque organisation et permet ainsi de se présenter sur le marché du travail de manière originale et différente. L'image de marque employeur consiste ainsi à prendre en compte simultanément les caractéristiques instrumentales définies par les attributs organisationnels et les caractéristiques symboliques (Paillé P., 2014).

Les attributs de l'emploi font référence à la théorie des caractéristiques de l'emploi de Hackman et Oldham, qui partage des variables pouvant susciter l'intérêt et la motivation pour un poste : la polyvalence, l'intégralité, la valeur, l'autonomie et le feed-back (cités par Meurens P., 2020). Les attributs organisationnels sont plus connus sous la forme de : formation, développement de carrière et rémunération directe (Fray A., Morin L., Renaud S., 2015). Ils contribuent tout autant « *au pouvoir d'attraction des organisations* » (Paillé P., 2014, p.63), bien que ces variables ne soient pas les seules à expliquer l'attraction organisationnelle. En effet, « *les chercheurs d'emploi et les employés accordent également une signification symbolique à l'organisation* » (Paillé P., 2014, p.3) en attribuant à ces dernières, des traits de personnalités tels que : « *traits organisationnels énergiques, innovateurs, compétents* ».

La marque employeur se construit en trois étapes (Lievens, 2007 citée par Charbonnier-Voiri A., Vignolles A., 2015) :

- 1) L'entreprise identifie et développe la valeur spécifique qu'elle offre à ses employés actuels et potentiels ;
- 2) L'entreprise communique cette proposition de valeur auprès des candidats ciblés et de ses salariés en utilisant les outils traditionnels du marketing ;
- 3) L'entreprise soigne cette promesse faite aux recrutés en agissant conformément à celle-ci.

À travers cette marque employeur, l'organisation communique alors une vision, un ensemble de valeurs auxquelles le candidat s'identifie et souhaite adhérer (Chaminade B., 2019). Elle conduirait à « *« incorporer » l'identité de l'organisation à sa propre identité et développer ainsi l'identification organisationnelle* » (Charbonnier-Voiri A. et al., 2015, p. 70).

Les avantages à développer une marque employeur clairement identifiable sont nombreux. En effet, la marque employeur améliorerait la fidélité des salariés et réduirait par conséquent les coûts associés au turn-over et au processus de recrutement. Elle aurait aussi comme conséquence une plus grande implication des salariés, entraînant ainsi une amélioration de la satisfaction et de la motivation de ces derniers.

Cependant, *« l'implication, la satisfaction et la motivation des employés seraient conditionnées à la cohérence entre les discours attractifs de l'employeur et ses actes »* (Charbonnier-Voiri A. et al., 2015, p. 71). Il est donc essentiel que la marque employeur externe soit en adéquation avec les attributs réels du travail et de l'organisation.

Enfin, *« concernant le processus de gestion de la marque employeur, l'objectif est de devenir un « employeur de choix » (Kapoor, 2010), en communiquant auprès des candidats et des salariés le message selon lequel elle est un lieu attractif où il « fait bon » travailler et différent de ses concurrents »* (Charbonnier-Voiri A. et al., 2015, p.65). Être un employeur de référence c'est proposer une culture d'entreprise solide, qui place l'homme au centre des préoccupations de l'organisation. Cela consiste en un management tourné sur la valorisation de son capital humain, l'équité et orienté sur le développement à long terme (Chaminade B., 2019). Ainsi, la communication interne ou externe sur la qualité d'employeur de référence influence directement *« sur la capacité de l'entreprise à attirer des candidats correspondant à ses valeurs et contribue à renforcer le sentiment d'appartenance de ses salariés »* (Chaminade B., 2019, p.8-9). Il semble donc que ce processus de gestion de la marque employeur ressemble fortement au mode de fonctionnement des hôpitaux magnétiques, ce qui contribuerait à favoriser l'attractivité et à alimenter le cercle vertueux de la fidélisation.

II. L'ATTRACTIVITÉ EN GÉRIATRIE

En gériatrie, *« les compétences cognitives et physiques requises pour les infirmiers travaillant dans cet environnement de soins complexes sont exigeantes et doivent dès lors être valorisées et récompensées »* (KCE, 2020, p.41). Dans le contexte actuel où la main-d'œuvre se fait rare, le premier défi des organisations est d'attirer et de recruter du personnel compétent. Il y a deux raisons principales au manque d'attractivité. Premièrement, la représentation que se fait le

candidat lors de l'entretien ou en visitant le salon de l'emploi, par exemple. Deuxièmement, son opinion après avoir été reçu dans l'entreprise (Chaminade B., 2019).

Des recherches internationales, appuyant une image négative émanant du personnel soignant et du grand public, indiquent que la gériatrie et la gérontologie constituent des domaines de faible statut dans les soins de santé professionnels (Oster I., Pallesgaard Munk K., Henriksen J., 2017). Cette image négative est exprimée pour plusieurs raisons (Daïeff S., Babadjian P., 2008) :

- secteur peu attrayant pour les jeunes infirmier(e)s diplômé(e)s : impression de perdre certains savoir-faire dans un service où ils pensent qu'il n'y a pas de soins techniques ;
- charge de travail lourde, répétitive et travail épuisant ;
- confrontation difficile au corps vieillissant, à la perte d'autonomie, ainsi qu'à la perte des facultés mentales (nécessitant une approche particulière) ;
- peur de son propre vieillissement, du handicap et de la dépendance.

Pour les étudiants infirmiers, cette image négative, les préjugés ainsi que les attitudes stéréotypées sont parfois renforcés par des expériences désagréables lors de leurs stages de gériatrie. Cela les dissuade alors de choisir la gériatrie comme option de carrière (Garbrah W., Välimäki T., Palovaara M., Kankkunen P., 2017).

La nature du travail infirmier en gériatrie reste, tantôt méconnue pour certains, tantôt trop complexe ou empreint d'une image négative. Dans la figure ci-après réalisée par Sylvain H., Ouellet N, Guinchard B. et Python N. (2014), l'on peut dresser le constat suivant ; selon les motifs exprimés, le manque d'attractivité du secteur gériatrique serait principalement dû à la charge physique importante du travail, au rythme soutenu des tâches à effectuer, au rythme lent de la personne âgée, aux soins palliatifs et à la solitude professionnelle de l'infirmier(e). Pourtant, la complexité des soins gériatriques permet d'effectuer le travail infirmier dans toutes les dimensions requises pour un exercice professionnel complet (Sylvain H. et al., 2012).

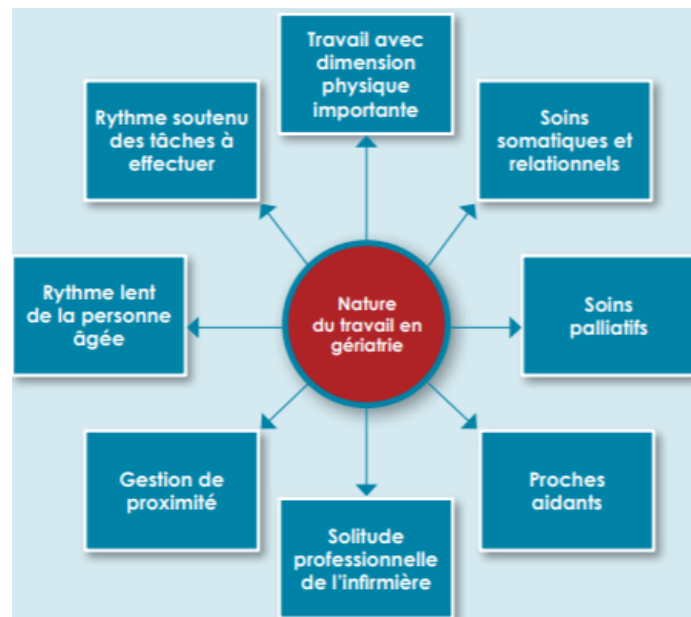


Figure n°1 : Le modèle de Tourangeau (Sylvain H. et al., 2014)

Malgré cette richesse résultant de la complexité dans la nature du travail en gériatrie, cette image négative induit indirectement un manque de valorisation du métier dans cette spécialité. Travailler auprès de personnes âgées n'est pas vécu comme valorisant. Ce manque de valorisation semble différer d'un secteur à l'autre, privilégiant les MRS plutôt que les hôpitaux (Petit R. et al. 2017). « *Les infirmières travaillant en gériatrie sont pleinement conscientes de ces perceptions ou jugements et se sentent incomprises, voir dénigrées par leurs collègues* » (Sylvain H. et al., 2014, p.44). De par ma propre expérience professionnelle, le milieu de la gériatrie est considéré comme « un dernier choix », « *un milieu dans lequel on ne peut pas évoluer et qui n'est pas stimulant* » (Sylvain H. et al., 2014, p.44).

Par ailleurs, « *les milieux de formation ne semblent pas donner une image représentative des soins gériatriques. Bien que les stages y soient obligatoires, ils ne reflètent pas l'ampleur et la diversité réelles des tâches des infirmières spécialisées en gériatrie et permettent uniquement de se familiariser avec le travail des infirmières auxiliaires, ce qui contribue à perpétuer la méconnaissance du domaine* » (Sylvain H. et al., 2014, p.44).

Ce manque d'attractivité pour le secteur est une problématique dont l'importance évolue avec le temps, étant donné la constante évolution d'une population vieillissante. L'attractivité et le recrutement dans les soins aux personnes âgées représentent des défis de taille.

III. SOLUTIONS POUR RENDRE PLUS ATTRACTIF LES SERVICES DE GÉRIATRIE

Ce point vise à émettre des solutions générales pour le secteur gériatrique. Celles-ci seront adaptées à la gériatrie aiguë, si nécessaire, dans les pistes de solutions émises en fin de ce mémoire.

Afin de rendre ce secteur plus attractif, il semble important de commencer par la valorisation du rôle d'infirmier(e). Cela notamment par la reconnaissance de la spécialité en gériatrie dans les centres de formations, dans les milieux de soins aigus et pourquoi pas dans les médias (Sylvain H. et al., 2012). Il est primordial de commencer cette conscientisation dans les centres de formation en adaptant au mieux la formation des étudiants à la réalité actuelle et en donnant *« accès à des stages en milieux de travail qui sont réellement représentatifs des tâches de l'infirmière en soins gériatriques »* (Sylvain H. et al., 2012, p.34). Cette valorisation devrait idéalement s'effectuer aussi par le biais d'une reconnaissance, au niveau de la rémunération par exemple.

Concernant les infirmier(e)s déjà présent(e)s sur le terrain, l'impact de cette solitude ressentie par certain(e)s pourrait être amoindrie *« par les opportunités de formations continues et de participation à des symposiums d'avancement des connaissances tant sur le vieillissement que sur l'organisation des soins »* (Sylvain H. et al., 2012, p.34). Par ces compétences acquises, les concepts de tutorat/mentorat pourraient aider les jeunes infirmier(e)s à intégrer les aspects de gestion d'équipe multidisciplinaire (Sylvain H. et al., 2012).

Huit solutions essentielles sont explicitées ci-dessous pour améliorer l'attractivité et la rétention en gériatrie (Sylvain H. et al., 2012). Ces pistes de solutions sont nées grâce, entre autres, à l'identification des spécificités du travail en gériatrie, citées précédemment dans la figure réalisée par Sylvain H. et al. (2014). Celles-ci visent à agir sur :

 **Le recrutement :** *« Disposer de bonnes connaissances sur la nature du travail et améliorer l'information concernant l'activité professionnelle en gériatrie auprès des pairs »* (Sylvain H. et al., 2012, p.42).

La plupart des professionnels infirmiers qui n'exercent pas en gériatrie ne connaissent pas réellement le travail effectué. Il est donc particulièrement important de leur communiquer l'information sur la nature du travail, en mettant l'accent sur les éléments suivants : « *les différentes dimensions du travail, notamment le relationnel, l'analyse des problèmes physique et psychique (examen clinique), l'accompagnement de la personne dans ses derniers moments de vie, les aspects de liaison, de sollicitation d'équipes mobiles, ...* » (Sylvain H. et al., 2012, p.42). Pour que cette information soit utile et intégrée, elle doit rester accessible à tous et donc diffusée à de nombreuses occasions telles que les colloques, congrès et autres formations (Sylvain H. et al., 2012).

 **La carrière en gériatrie :** « *Encourager les infirmières à planifier leur trajectoire en gériatrie* » (Sylvain H. et al., 2012, p.42).

Présenter quatre profils type de carrière en gériatrie pour les recruteurs, afin de leur montrer les possibilités d'évoluer dans le domaine :

- carrière en gériatrie autrement dit, toute la carrière est faite en gériatrie ;
- carrière multiple signifie qu'une partie de la carrière est réalisée dans divers domaines, mais l'intérêt de la gériatrie amène l'infirmier(e) à travailler dans ce domaine ;
- carrière avec reprise professionnelle stipule la reprise d'une carrière en gériatrie après une interruption ;
- début de carrière en gériatrie, profil plutôt rare.

L'on pourrait donc imaginer d'aménager les carrières en fonction du type. Par exemple : offrir des possibilités de travail à temps partiel (Sylvain H. et al., 2014).

 **La reconnaissance :** « *Permettre de découvrir la complexité des soins en gériatrie dans un esprit de valorisation* » (Sylvain H. et al., 2014, p.45).

Mettre en valeur le domaine des soins en gériatrie grâce à des recherches ciblées et à la participation active au développement d'une politique sur le vieillissement. « *Il s'agit de rendre visible le domaine des soins en gériatrie et leur apport au service de la population* » (Sylvain H. et al., 2012, p.43).

✚ **Le réseautage professionnel et interprofessionnel** : « Favoriser la constitution de réseaux de compétences gériatriques entre établissements pour briser l'isolement professionnel et créer des communautés de pratique » (Sylvain H. et al., 2014, p.45).

Ceci dans un but d'échange de savoirs et de pratiques entre les infirmier(e)s du domaine.
« Développer une culture du partage d'expériences et de découvertes au sein des institutions » (Sylvain H. et al., 2012, p.43).

✚ **L'expertise clinique** : « Développer l'expertise clinique dans un continuum de formation et promouvoir les échanges entre différents milieux cliniques » (Sylvain H. et al., 2014, p.45).

D'une part, développer la pratique clinique en soins infirmiers gériatriques ainsi que partager l'expertise clinique gériatrique entre institutions et entre services de soins. D'autre part, développer davantage les spécialités cliniques en gériatrie et psychogériatrie, pour favoriser l'attractivité des étudiants infirmiers mais aussi la rétention des infirmier(e)s diplômé(e)s (Chenoweth L., Merlyn T., Jeon Y-H., Tait F., Duffield C., 2014).

✚ **Les profils professionnels pointus** : « Promouvoir une formation de haut niveau pour répondre aux besoins de la population âgée nécessitant des soins complexes » (Sylvain H. et al., 2014, p.45).

« Favoriser l'accès aux formations et l'engagement de personnel spécialisé dans les équipes afin d'assurer le niveau d'expertise attendu » (Sylvain H. et al., 2012, p.44). En plus de cela, développer les compétences de management d'équipe et de collaboration interdisciplinaire pour le suivi des patients chroniques (Sylvain H. et al., 2012).

✚ **Les conditions de travail** : « Garantir une organisation, une infrastructure et un cadre d'exercice qui soient à la hauteur de l'exigence des soins requis par les personnes âgées et qui favorisent l'attractivité de ce domaine » (Sylvain H. et al., 2014, p.45).

Effectivement, l'attractivité de ce milieu est directement liée aux conditions de dotation infirmier(e)/patient correcte ainsi qu'à la mise à disposition d'un environnement et du matériel adaptés aux spécificités de la gériatrie. (KCE, 2020)

 **Les informations ciblées pour les étudiants :** « *Valoriser le travail en gériatrie auprès des étudiants par des stages structurés qui mettent en évidence le travail infirmier spécialisé* » (Sylvain H. et al., 2014, p.45). Ce point sera détaillé dans le chapitre suivant, concernant la formation des étudiants en soins infirmiers et l'impact sur l'attractivité de la gériatrie aiguë.

Dans la littérature parcourue jusqu'à présent, aucune référence n'a spécifié de lien entre l'augmentation de la rémunération et/ou les avantages sociaux pour les infirmier(e)s, et l'attractivité des services de gériatrie aiguë. En effet, la rémunération et les avantages sociaux ne peuvent se suffire à eux-mêmes pour attirer davantage d'infirmier(e)s dans ce secteur (Chaminade B., 2019). Nous verrons donc dans la partie empirique de quelle manière cet aspect-là sera abordé par les personnes interrogées.

CHAPITRE III – LA FORMATION DES ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS

La formation théorique et pratique des étudiants en soins infirmiers constitue un point culminant dans leur choix de carrière. L'attrait pour le choix de faire ces études est déterminé par une série de caractéristiques propres à chaque individu. Par exemple : suite à l'envie et la motivation d'aider les autres, d'avoir un effet positif dans la vie des personnes ou parce que la profession infirmière a l'avantage « *d'offrir des expériences très variées selon le département de rattachement (chirurgie, gériatrie, etc.) et réserve de nombreuses surprises au quotidien (situations nouvelles imprévues)* » (Bouchard P. et al., 2015, p.188).

Par ailleurs, tout au long de leurs études, les étudiants infirmiers développent des attaches pour tel ou tel domaine du secteur des soins de santé. Le choix de carrière pour un domaine de prédilection sera parfois renforcé par un stage clinique car celui-ci fait partie, avec les interventions éducatives, d'un des moments clés ayant le plus d'impact auprès de l'étudiant durant sa formation (Hebditch M., Daley S., Wright J., Sherlock G., Scott J. et Banerjee S., 2020).

Actuellement, la formation en soins infirmiers semble rester fort différente dans le monde malgré une directive européenne 2013/55/UE qui tend à l'uniformiser dans l'Union Européenne. Pour exemple, cette différence se fait notamment par l'obtention d'un diplôme en soins infirmiers de niveau bachelier en Belgique et en Suisse et de niveau universitaire en France, en Espagne ou au Portugal. Concernant cette différence de reconnaissance du diplôme, un mail reçu personnellement de l'ACN datant de mi-novembre 2020 m'a fait part d'un pour-parler avec la ministre de l'enseignement supérieur et de la promotion sociale, Valérie Glatigny, concernant une réflexion sur la valorisation du diplôme infirmier responsable de soins généraux. En effet, cette valorisation aurait pour but de promouvoir l'attractivité de la formation étant donné que les étudiants en soins infirmiers (et sages-femmes) sont les seuls, dans le cursus de 240 crédits de l'enseignement supérieur francophone, à ne pas être considérés comme Master 1 à l'issue de leurs 4 années d'étude. Cela répondrait, en partie, à une problématique énoncée dans l'introduction, concernant la baisse de 10% des inscriptions dans les écoles d'infirmier(e)s (Van de Berg L., Heinderyckx S., 2019).

I. OBTENTION DU DIPLÔME D'INFIRMIER(E) RESPONSABLE EN SOINS GÉNÉRAUX

En Belgique, le diplôme d'infirmier(e) responsable en soins généraux s'obtient au terme d'une formation réglementée par la Loi relative à l'Exercice des Professions de santé modifiée, en juin 2016, par un arrêté royal transposant les Directives Européennes sur la formation infirmière au droit belge (ACN, 2016).

Avant 2016, l'enseignement comportait environ 3500 heures de formation dont 1750 heures de stages cliniques. Depuis la modification du 27 juin 2016, le diplôme en soins infirmiers est maintenant obtenu après une formation *« comportant au moins trois années (pouvant être transformées en crédits ECTS) et 4600 heures de formation. Parmi ces heures de formation, au moins un tiers (1533 heures) doivent être de l'enseignement théorique et la moitié (2300 heures) des stages cliniques auprès des patients »* (ACN, 2016).

Ainsi, les Hautes Ecoles ont réparti les cours de gériatrie selon l'année d'étude. Des cours spécifiques en soins infirmiers aux personnes âgées et en pathologies gériatriques sont donnés les deux premières années. Ensuite, les soins aux personnes âgées sont abordés dans les différents cours, sans évaluation de la matière de manière indépendante (contrairement aux deux premières années). Enfin, précisons que les stages en gériatrie aiguë ou MR et MRS, sont réalisés peu importe le degré d'année d'étude.

(Parnasse-ISEI, 2020 ; HELB Ilya Prigogine, 2020 ; Haute Ecole Libre de Mosane, 2020)

II. LA SPÉCIALISATION INTERDISCIPLINAIRE EN GÉRIATRIE ET PSYCHOGÉRIATRIE

Une spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie existe en Belgique. Cette spécialisation est ouverte aux infirmier(e)s et aux paramédicaux. À l'issue de la spécialisation, un titre de « Spécialisé(e) en gériatrie et psychogériatrie » est obtenu et donne accès à la profession de directeur(trice) d'établissement pour personnes âgées.

La spécialisation est facultative et se réalise en un an de plein exercice. Elle peut être allégée si elle se réalise conjointement à une activité professionnelle. L'enseignement théorique tout comme les stages cliniques doivent comporter au minimum 450 heures effectives.

Une fois le titre obtenu, celui-ci doit être maintenu en réalisant un minimum de 60 heures effectives de formation permanente sur une période de 4 ans.

(Moniteur belge, 2007)

Par ailleurs, il existe une formation continue en gériatrie spécifique pour les professionnels en soins infirmiers. Contrairement à la spécialisation, celle-ci donne uniquement accès à l'obtention d'une qualification professionnelle.

Avant le 1^{er} septembre 2018, l'infirmier(e) travaillant dans un hôpital relevant du champ d'application de la CP 330 bénéficiait d'une prime pour le TPP ou QPP et ce, peu importe que le TPP ou QPP soient obtenus après une formation en gériatrie, oncologie, pédiatrie/néonatalogie, diabétologie, santé mentale/psychiatrie, soins palliatifs, soins intensifs/d'urgence ou soins péri-opératoires. Actuellement, pour toutes les personnes diplômées avant 2018, cette prime reste en vigueur. Il en va de même pour le travailleur changeant de fonction au sein du même hôpital ou changeant d'hôpital au sein de la CP 330, tout en restant infirmier (IFIC, s.d.). Néanmoins, à partir de cette date, les infirmiers travaillant dans un hôpital relevant du champ d'application de la CP330 et qui sont agréés à partir du 1^{er} septembre 2018 par l'autorité compétente, ne pourront plus bénéficier d'une prime pour le TPP ou la QPP. « *Pour ces infirmiers nouvellement agréés, la convention collective de travail du 11 décembre 2017 concernant l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé, prévoit un barème salarial (barème IFIC) qui intègre les primes précitées* » (Moniteur belge, 2018, p.62545). Autrement dit, la prime annuelle sera intégrée au salaire mensuel perçu par l'infirmier(e). Cependant, cette modification ne concerne actuellement que le secteur privé, ce qui peut déjà constituer en soi une problématique dans l'attractivité du secteur privé ou public, puisque la différence salariale sera différemment perçue.

Par ailleurs, l'autre problématique impactant directement l'attractivité des services de gériatrie est que le nouveau système IFIC établit une distinction entre les services « aigus » (soins intensifs, urgences...) et les services chroniques (oncologie, pédiatrie et gériatrie). Les infirmier(e)s travaillant dans les secteurs aigus seront mieux rémunéré(e)s que ceux/celles dans

le secteur chronique et ce, même s'ils/elles ne sont pas spécialisé(e)s ni expert(e)s (ACN, 2018). Ce nouveau système comporte donc un risque de voir le taux d'inscription diminuer dans les spécialisations telles que la gériatrie qui, initialement, n'attirait déjà pas beaucoup de monde.

III. IMPACT DE LA FORMATION D'INFIRMIER RESPONSABLE EN SOINS GÉNÉRAUX SUR L'ATTRACTIVITÉ DES SERVICES DE GÉRIATRIE AIGÜE

La problématique d'attractivité des services de gériatrie aigüe ne vise pas uniquement les infirmier(e)s diplômé(e)s, mais aussi les étudiants en soins infirmiers. Effectivement, malgré l'augmentation continue de la population âgée, des études mondiales ont montré le désintérêt des étudiants en soins infirmiers pour ce domaine. Il reste donc beaucoup à faire pour que le travail avec les personnes âgées devienne une option de carrière attrayante pour les infirmier(e)s. Pour ce faire, l'effort doit être consacré à l'éducation et à la formation des étudiants constituant les professionnels de demain (Brown J., Nolan M., Davies S., Nolan J., Keady J., 2008). Ainsi, Daïeff S. et al. (2008) propose d'agir à la source en intervenant auprès des futurs professionnels, le but étant de « *collaborer avec les instituts de formation afin de développer chez le futur professionnel une « culture gériatrique précoce »* » (Daïeff S. et al., 2008, p.106).

Une partie des solutions à l'attractivité des services de gériatrie réside principalement dans la formation donnée aux étudiants infirmiers. S'il est impératif d'améliorer la formation théorique, la qualité des stages cliniques est, quant à elle, également primordiale. En effet, « *le contact des étudiants avec les personnes âgées pendant la formation, en particulier leurs stages pratiques et leur travail hors programme, est potentiellement très influent* » dans leur choix de carrière (Brown J. et al., 2008, p.1219).

Le principal facteur expliquant le manque d'attractivité de ce secteur pour les étudiants infirmiers serait donc déterminé par l'expérience des stages de gériatrie au cours de leur cursus en soins infirmiers. Par ailleurs, les problèmes de santé complexes et les soins aux personnes âgées nécessitent des compétences et connaissances spécialisées pouvant aussi amener les étudiants à fuir le domaine par manque de confiance et/ou de compétences (Shen J. et al., 2012).

En plus de cela, les préjugés des étudiants en soins infirmiers peuvent modifier leur comportement et, ipso facto, leur attirance pour le domaine. Effectivement, des études ont montré que les élèves débutant leur cursus manifestaient généralement des attitudes jugeantes en raison de leur manque de connaissances sur les personnes âgées (Shen J., Xiao L., 2012). Si l'on se base sur cette affirmation, l'amélioration de leurs connaissances en gériatrie pourrait donc avoir un impact positif sur les préjugés. Il incombe donc aux enseignants, ainsi qu'aux maîtres de stage, de constituer un environnement de travail et d'apprentissage optimal, « *de mettre l'accent sur les aspects positifs des soins aux personnes âgées et de s'attaquer aux attitudes et croyances négatives des étudiantes infirmières afin de contrecarrer l'image des soins aux personnes âgées comme désespérée et déprimante* » (Carlson E., 2013, p.603). Les interventions éducatives jouent donc un grand rôle dans l'attitude et les motivations des élèves à l'égard du travail auprès des personnes âgées (Shen J. et al., 2012). Ces interventions peuvent consister en l'enrichissement de l'environnement, de l'expérience clinique et du contenu des programmes de soins infirmiers, grâce à : des simulations et images positives du vieillissement qui pourraient améliorer les attitudes positives de la part des étudiants infirmiers envers les aînés (Haron Y., Levy S., Albagli M., Rotstein R., Riba S., 2013). Cela se ferait donc d'une part, à travers l'opportunité d'offrir aux étudiants infirmiers « *la possibilité de rencontrer et d'interagir avec des personnes âgées en bonne santé avant de s'engager dans un stage de soins infirmiers en gériatrie* » (Garbrah W. et al., 2017, p 9) et ce, « *pour éviter tout préjugé concernant les personnes âgées* » (Garbrah W. et al., 2017, p. 9). Et d'autre part, à travers des nouvelles, des reportages, des histoires, des problèmes ou des films positifs, fournis aux élèves afin de renforcer une vision plus objective des personnes âgées (Chi M-J., Shyu M-L., Wang S-Y., Chuang H-C., Chuang Y-H., 2016).

Le stage est présenté, dans la littérature, comme étant un moment crucial pour l'étudiant et l'option de son choix de carrière. En ce qui concerne la gériatrie, « *des études ont identifiés une corrélation positive entre une expérience de travail positive avec des personnes âgées et une intention de travailler avec elles* » (Shen J. et al., 2012, p.220).

Les stages sont des lieux permettant à l'étudiant de découvrir la réelle nature du travail en gériatrie, ainsi que les différentes dimensions citées précédemment dans la figure de Sylvain H. et al. (2014). Préalablement à l'accomplissement du stage, il est donc nécessaire de véhiculer une culture gériatrique. Celle-ci peut s'acquérir par des moments d'échanges permettant d'exprimer les peurs et appréhensions des élèves. Il est également important de donner une

présentation la plus fidèle possible du travail de terrain, afin de réduire l'écart entre la théorie et la pratique (Daïeff S. et al., 2008). Par ailleurs, il est essentiel, pour le bon déroulement du stage, que l'étudiant soit correctement préparé à celui-ci « *car les étudiants peuvent éprouver une anxiété d'anticipation considérable avant les stages* » (Brown J. et al., 2008, p.1216). Cette anxiété pouvant être majorée par l'éventuelle image négative de la gériatrie.

Durant le stage, il s'agira de veiller à un accueil personnalisé et au suivi de l'étudiant infirmier, afin de lui permettre de se faire une image positive du travail en gériatrie. De plus, les infirmier(e)s de terrain pourront lui expliquer les raisons pour lesquelles un stage en gériatrie est bénéfique dans le cadre de son parcours pédagogique (Daïeff S. et al., 2008).

Les infirmier(e)s pourront également agir sur les éléments influençant le bon déroulement d'un stage (Brown J. et al., 2008) :

- une préparation ressentie par l'étudiant comme étant suffisante avant d'aller en stage ;
- l'efficacité de la communication entre l'école et le lieu de stage ;
- la qualité des relations personnel-étudiant, surtout entre le mentor et l'étudiant ;
- la perception de l'accueil et de l'intégration dans l'équipe de l'étudiant ;
- la création d'un environnement d'apprentissage favorable (sûr et stimulant professionnellement) ;
- un chef de service qui crée une culture de soutien et une attitude positive envers les étudiants et leurs besoins ;
- la qualité de la relation étudiant-patient.

Au terme du stage, « *un temps formel d'échange permettant de discuter de l'impact de cette rencontre avec la vieillesse, la maladie, la souffrance et la mort est nécessaire afin d'ouvrir la perspective pour venir un jour travailler dans le milieu* » (Sylvain H. et al., 2012, p.45).

Enfin, hormis les stages, il est aussi intéressant de permettre aux étudiants de participer aux forums employeurs, où étudiants et institutions de soins se rencontreraient. Cela permettrait, une fois de plus, de mettre en avant que ce secteur existe au même niveau que les autres (Sylvain H. et al., 2012).

CHAPITRE IV – LES HÔPITAUX MAGNÉTIQUES

« *Le Magnet recognition program de l'American Nurses Credentialing Center est une approche intéressante venue des Etats-Unis* » (KCE, 2020, p.11). Cette approche permet d'offrir au personnel infirmier un environnement de meilleure qualité. Elle est intéressante à étudier puisqu'elle se concentre sur les concepts d'attractivité et de rétention du personnel infirmier.

I. HISTORIQUE

« *Depuis deux décennies, on voit les jeunes infirmières rechercher les emplois disponibles dans les Magnet hospitals plus que partout ailleurs, et ce, malgré les pénuries cycliques, régionales et nationales vécues par le système de santé américain* » (Stordeur S., 2004, p.94). La recherche d'emploi dans ce type d'institutions nous amène à nous questionner sur l'origine de ces hôpitaux si attrayants.

Au début des années 80, les institutions de soins de santé américaines présentaient de gros problèmes de recrutement et de rétention en raison d'une grave pénurie d'infirmier(e)s. Ces problèmes provoquèrent « *un souci d'identification d'un environnement de travail de qualité pour les infirmières* » (Stordeur S., D'hoore W., 2009, p.120). Face à cela, en 1982, l'ANA s'engagea à rechercher des « *hôpitaux reconnus par les infirmières comme étant de bons milieux de travail et affichant un faible turnover* » (Stordeur S. et al., 2009, p.120). Autrement dit, les chercheurs du groupe de travail visaient à explorer les facteurs associés au succès pour attirer et retenir des infirmier(e)s (Lundmark V.A., 2008).

Durant cette étude, 41 hôpitaux des États-Unis ont été sélectionnés selon les critères suivants : en fonction de leur bonne réputation sur les conditions infirmières et des preuves soumises pour documenter le taux de roulement relativement faible. Une série d'entretiens ont été réalisés dans chaque hôpital avec les représentants de ceux-ci, ainsi que les infirmier(e)s en chef et infirmier(e)s. Sur base de leur analyse de terrain, les chercheurs ont pu « *identifier et définir un ensemble de caractéristiques qui semblaient expliquer le succès des 41 hôpitaux magnétiques* » (Lundmark V.A., 2008, p.70). Le terme de « Magnet Hospital » apparut alors dans les années 80, « *identifiant le golden standard des soins infirmiers aux États-Unis* » (Stordeur S. et al., 2009, p.120).

Le premier hôpital magnétique est accrédité en 1993 aux Etats-Unis. Depuis lors, c'est près de 500 hôpitaux dans le monde qui ont obtenu l'accréditation, la plupart se trouvant aux Etats-Unis mais également dans d'autres pays comme la Belgique. C'est ainsi qu'en 2017, l'hôpital universitaire d'Anvers est devenu le premier hôpital européen à obtenir ce label (Zanella L., 2019).

II. CARACTÉRISTIQUES

Les Magnet hospitals ont la particularité de se focaliser sur le corps infirmier et les dispositifs managériaux mis en place pour le soutenir (Petit-dit-Dariel, 2015). Dans les différentes études, les infirmier(e)s mettent en avant 8 attributs essentiels pour la qualité de l'environnement de travail. Ces 8 attributs, qu'ils/elles ne trouvent pas ailleurs, justifient leur engagement dans ces institutions :

- *« un soutien à la formation ;*
- *des équipes d'infirmières très compétentes sur le plan clinique ;*
- *des relations infirmières/médecins positives ;*
- *une pratique infirmière autonome ;*
- *une culture organisationnelle centrée sur les besoins du patient ;*
- *un contrôle des infirmières sur la pratique infirmière ;*
- *une dotation de l'équipe infirmière adéquate ;*
- *un soutien concret du supérieur infirmier ».*

(Stordeur S. et al., 2009, p.121)

De plus, l'ensemble des études concernant les Magnet Hospitals ont permis d'identifier les forces du magnétisme hospitalier sous trois niveaux de caractéristiques organisationnelles. Ces trois niveaux permettant d'améliorer les conditions de travail des infirmier(e)s sont les suivants : l'administration, la pratique professionnelle et le développement professionnel. En 2005, le constat suivant fut dressé : la qualité de vie au travail n'impacterait pas uniquement le personnel, mais améliorerait aussi la qualité des soins. Suite à ce constat, le modèle fut modifié afin *« de rajouter des indicateurs évaluant plus précisément les résultats liés aux patients »* (Petit-dit-Dariel, 2015, p.198). Les recherches ont alors identifié et validé 14 forces clés pour l'attractivité d'un établissement hospitalier, permettant ainsi, via des audits, d'accréditer les hôpitaux comme étant des hôpitaux magnétiques. Les 14 forces du magnétisme, datant de 2005, sont détaillées par Stordeur et al. (2009) dans le tableau ci-après.

Forces du magnétisme	
Qualité du leadership infirmier	Leadership fort, visible, ayant une philosophie cohérente lors des prises de décision. Personne source de soutien, de représentation et de défense de l'équipe.
Structure organisationnelle	Structure organisationnelle horizontale où les décisions au sein de l'unité sont favorisées. Représentation des infirmier(e)s dans le comité de direction claire.
Style managérial	Style de gestion participative adoptée par les managers. Le feedback émanant des équipes est encouragé et pris en considération à tous les niveaux hiérarchiques.
Politiques et programmes du personnel	Horaires flexibles et salaires compétitifs. « <i>Les équipes sont impliquées dans le développement des politiques de gestion du personnel. Des opportunités intéressantes et nombreuses de développement sont proposées dans le domaine clinique et dans la gestion</i> » (Stordeur S. et al., 2009, p.129).
Modèles professionnels de soins	Ces modèles permettent d'apporter aux infirmier(e)s de la responsabilité et de l'autorité pour dispenser des soins de qualité. Ils/elles sont aussi responsables de la coordination des soins.
Qualité des soins	Prodiguer des soins de qualité est une priorité organisationnelle. « <i>Les leaders infirmiers sont responsables du développement d'un environnement dans lequel des soins d'un niveau élevé de qualité sont procurés aux patients</i> » (Stordeur S. et al., 2009, p.129).
Amélioration de la qualité	La qualité est améliorée par des processus d'évaluation continue.
Consultation et ressources	Des experts reconnus ou des infirmier(e)s clinicien(ne)s sont disponibles pour un soutien et pour des renseignements.
Autonomie	Les infirmier(e)s sont incité(e)s à exercer en toute autonomie et en cohérence avec les normes de pratiques. « <i>Un jugement indépendant est exercé au sein des équipes interdisciplinaires</i> » (Stordeur S. et al., 2009, p.130).
L'institution et la communauté	« <i>L'hôpital est perçu comme une force positive qui intègre les citoyens</i> » (Stordeur S. et al., 2009, p.130).
Les infirmier(e)s comme éducateurs	Les infirmier(e)s enseignent, forment et éduquent dans tous les aspects de leur pratique et ce, auprès des patients mais également auprès des étudiants infirmiers et de leurs pairs.

Image des soins infirmiers	Les infirmier(e)s sont reconnu(e)s par les différents niveaux hiérarchiques comme étant des fonctions importantes dans la capacité de l'hôpital à délivrer des soins de qualité.
Relations interdisciplinaires	Le respect est mutuel au sein des relations entre les différents intervenants constituant les équipes soignantes.
Développement professionnel	La croissance personnelle et professionnelle ainsi que le développement sont des valeurs très importantes. « <i>Des programmes de reconnaissance clinique sont en place ainsi que des ressources pour soutenir le développement des compétences cliniques</i> » (Stordeur S. et al., 2009, p.130).

Autrement dit, pour être reconnu en tant que « Magnet Hospital » selon l'American Nurses Credentialing Center, l'hôpital doit obtenir de bons résultats pour cinq composantes : leadership transformationnel, l'empowerment structurel, la pratique professionnelle exemplaire, les nouvelles connaissances/innovations/améliorations ainsi que les résultats empiriques (Petit-dit-Dariel, 2015).

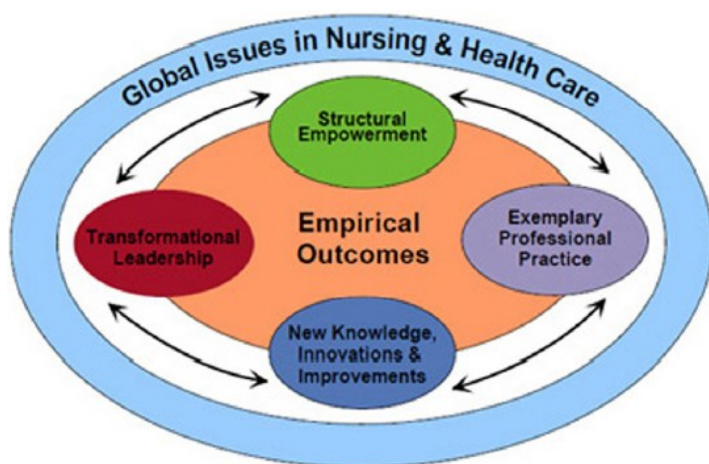


Figure n°2 : Composantes du modèle des Magnet Hospital (American Nurses Credentialing center, s.d.)

Les hôpitaux magnétiques incarnent ainsi une culture de collaboration interprofessionnelle, où les infirmier(e)s sont considéré(e)s comme des piliers indispensables dans le processus de soins des patients. La structure organisationnelle y est décentralisée et débureaucratisée, facilitant ainsi l'accès à la direction, permettant aux équipes soignantes de prendre des décisions (tout en restant dans le cadre défini par la hiérarchie) et renforçant alors le sentiment d'être écouté. « *En conséquence, on note une hausse de la confiance manifestée par le personnel envers l'administration, les changements sont mieux perçus et reçus. Ils sont mêmes recherchés* » (Brunelle Y., 2009, p.42). Par ailleurs, cette culture est soutenue par un investissement constant dans la formation et le développement infirmier. Cela permet de garantir un soutien dans le

développement professionnel choisi et un champ d'autonomie plus large (American Nurses Credentialing Center, s.d. ; Stordeur S., 2004).

III. AVANTAGES

Les avantages des hôpitaux magnétiques sont nombreux et touchent chaque partenaire de soins. Tout d'abord, les avantages pour les infirmier(e)s sont les suivants : une augmentation de l'attractivité et de la rétention des infirmier(e)s, une augmentation du ratio d'infirmier(e)s par patients, une diminution de l'épuisement professionnel, une diminution du taux de rotation et une augmentation de la satisfaction des infirmier(e)s. Par ailleurs, ce type d'hôpital leur permet une plus grande marge d'autonomie dans leur domaine d'expertise, mais aussi un contrôle sur les services de support et sur le personnel logistique (American Nurses Credentialing Center, s.d. ; Stordeur S. et al., 2009, p.120). Les avantages apportés aux infirmier(e)s se répercutent positivement sur les patients. En effet, des études montrent un lien direct entre l'environnement de travail des infirmier(e)s et le climat de sécurité pour les patients. Ainsi, « *le fonctionnement fluide des hôpitaux magnétiques favorisent une réduction des durées de séjour, ainsi que du recours aux soins intensifs et des coûts accessoires. La baisse des évènements négatifs, dus à des dysfonctionnements internes, explique probablement une bonne part de ces gains* » (Brunelle Y., 2009, p.45). Par ailleurs, on constate une diminution des taux de mortalité ainsi qu'une diminution des escarres et des chutes. Ces avantages permettent, in fine, une augmentation de la satisfaction des patients et une amélioration de la qualité des pratiques en vue d'une sécurité pour les patients (American Nurses Credentialing Center, s.d.).

L'habilité à recruter et retenir les infirmier(e)s pour les hôpitaux magnétiques est aussi un avantage en termes budgétaires (Stordeur S. et al., 2009, p.120). Effectivement, ces hôpitaux évitent à tout prix le recours aux infirmier(e)s intérimaires, permettant ainsi d'éviter une dépense supplémentaire mais aussi, de créer des équipes de soins stables et un sentiment d'appartenance (Stordeur S., 2004). Ainsi, ils évitent également les coûts induits par la formation des nouvelles recrues, le ralentissement requis par le temps d'adaptation, la baisse de productivité des infirmier(e)s présent(e)s sur le terrain ainsi que l'utilisation non optimale des lits (Brunelle Y., 2009). La question de la rémunération n'est pas spécialement mise en avant, étant donné qu'il n'existe quasi aucune différence salariale entre les hôpitaux magnétiques et conventionnels. Le salaire n'est donc pas exceptionnel, « *ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer* » (Brunelle Y., 2009).

Finalement, l'atout majeur des hôpitaux magnétiques est cette capacité à générer la satisfaction chez les infirmier(e)s puisqu'en effet, cette dernière est intimement liée aux pratiques managériales et aux caractéristiques environnementales (Stordeur S., 2006). Viser cette satisfaction est essentielle pour attirer le personnel infirmier, mais aussi pour le retenir.

En Belgique, il existe le projet ARIQ (Attractivité, Rétention, Implication des infirmiers et Qualité des soins). Il a pour objectif de cerner « *l'idéal en matière de structure, de pratiques et d'instruments de gestion, tenant compte des ressources et des limites auxquelles sont soumis les hôpitaux belges* » (Stordeur S. et al., 2009, p.139).

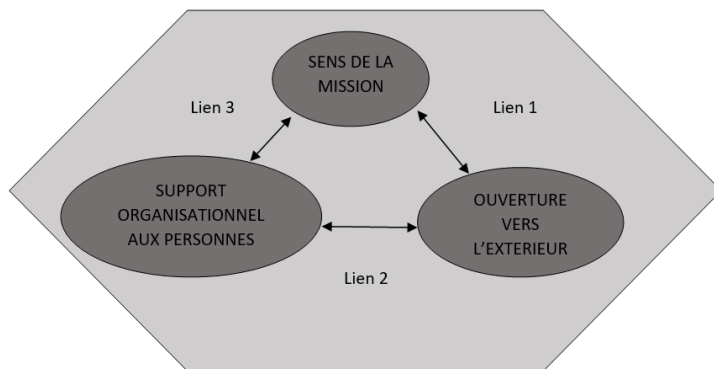


Figure n°3 : modélisation de l'hôpital attractif (Stordeur S. et al., 2009)

Ce modèle se définit autour de trois axes :

- 1) Le sens de la mission : une mission définie par l'institution, plaçant le patient au centre de celle-ci et étant commune à tous et partagées par tous ;
- 2) Le support organisationnel apporté par l'institution à ses collaborateurs : « *l'institution reste soucieuse du bien-être, de l'épanouissement et du développement de ses collaborateurs* » (Stordeur S. et al., 2009, p.141) ;
- 3) La stratégie d'ouverture vers l'extérieur : « *l'institution témoigne d'une grande ouverture permettant des échanges d'informations, de services, de savoirs, ce qui facilite aussi les flux de patients* » (Stordeur S. et al., 2009, p.142).

Il est donc évident que les différentes variables énoncées précédemment sont toutes liées et conduisent à augmenter le sentiment de satisfaction auprès des infirmier(e)s de terrain. En intervenant sur ces variables, les hôpitaux magnétiques agissent indirectement sur le prédicteur de l'intention de quitter et donc conjointement sur l'attractivité et la rétention.

IV. LES HÔPITAUX MAGNÉTIQUES ET LA GÉRIATRIE

Le concept d'hôpital magnétique reste très général et ne cible pas un domaine de soins particulier. Cependant, celui-ci se concentre sur l'un des piliers centraux des soins : les infirmier(e)s.

Les problématiques d'attractivité et de fidélisation du personnel infirmier dans ce domaine ont été explicitées dans les chapitres précédents. La présence infirmière dans les services de gériatrie aiguë est essentielle, mais le secteur fait face à une pénurie importante dans cette discipline, perçue comme étant peu attractive. L'hôpital magnétique est l'une des réponses évidentes face à cette pénurie (en gériatrie aiguë et dans les autres spécialités) mais ce label reste trop peu existant en Belgique.

Cependant, il m'a semblé intéressant de cibler et retenir certaines forces du magnétisme pouvant avoir des répercussions positives sur les services de gériatrie aiguë précisément. Etant donné qu'il existe très peu de sources ciblées sur l'attractivité dans ce type de services, le tableau ci-après, réalisé par moi-même, a été imaginé selon la transposition de chacune des 14 forces du magnétisme de 2005 (Stordeur et al., 2009). Cela en fonction de la faisabilité pour un service de gériatrie aiguë.

Forces du magnétisme	Service de gériatrie aiguë
Qualité du leadership infirmier	Le cadre intermédiaire ainsi que l'infirmier(e) chef font preuve de qualités d'un leadership transformationnel. L'infirmier(e) chef est accessible et fait preuve de soutien pour son équipe face à la charge de travail conséquente. L'infirmier(e) chef représente son équipe, lors des différentes réunions avec les autres chefs de services, pour faire entendre la réalité de terrain de la gériatrie.
Structure organisationnelle & style managérial	Les infirmier(e)s de terrain participent aux prises de décisions pour leur service, grâce à un management participatif émanant des supérieurs hiérarchiques. Ils/elles émettent des hypothèses de projet concernant leur unité de gériatrie, les partagent avec leur chef de service et celui-ci les relayent aux supérieurs. Ils/elles ont ainsi la possibilité de se sentir écouté(e)s dans les projets et décisions. Une personne dans le service pourrait être nommée comme représentant de l'équipe (autre que le chef), afin de recenser des idées et les présenter lors de réunions concernant les projets de l'institution (Petit-Dit-Daniel O., 2015).
Politiques et programmes du personnel	Les infirmier(e)s de terrain participent à l'élaboration, avec le chef de service, de leurs horaires afin de diminuer les conflits travail-famille.
Modèles professionnels de soins	Des modèles professionnels propres aux services de gériatrie aiguë sont créés en fonction des spécificités du domaine.
Qualité des soins	Un leadership positif augmenterait la satisfaction des patients et induirait une diminution des événements indésirables tels que : les problèmes de comportement, l'utilisation des moyens de contention, les fractures et les chutes de patients (Jeon Y., Merlyn T., Chenoweth L., 2010). De plus, le ratio infirmier(e)/patient plus élevé présenterait des effets positifs notamment, sur le taux d'escarres et d'infections urinaires auprès des personnes âgées (Jeon Y., Merlyn T., Chenoweth L., 2010).
Amélioration de la qualité	Tout comme dans chaque service, un processus d'évaluation continue de la qualité doit être mise en œuvre par le chef de service et suivi par le reste de l'équipe.
Consultation et ressources	Chaque service de gériatrie dispose d'au moins deux infirmier(e)s : soit porteurs(teuses) du titre professionnel particulier d'infirmier(e) spécialisé(e) en gériatrie, soit possèdent la qualification professionnelle particulière

	d'infirmier(e) et disposant d'une expertise particulière en gériatrie (Moniteur belge, 2007). L'idéal étant d'avoir un maximum de personnes qualifiées dans le domaine.
Autonomie	La connaissance parfaite des syndromes gériatriques permet aux infirmier(e)s de réagir de manière autonome et dans le champ de leurs compétences. De même, la connaissance du contenu des autres métiers paramédicaux permet de connaître les limites de leurs actions propres.
L'institution et la communauté	Les services de gériatrie aiguë intègrent les familles dans le projet de soins. Les familles font partie intégrante du soin à la personne âgée.
Les infirmier(e)s comme éducateurs	La/le chef de service veille à l'accueil minutieux des étudiants infirmiers. Il/elle se positionne comme référent et soutien son équipe. Certain(e)s infirmier(e)s sont référent(e)s étudiants. Ils/elles accueillent les étudiants infirmiers et les intègrent dans l'équipe et les soins. Ils/elles leur enseignent également les particularités de la gériatrie aiguë de terrain. De plus, ceux/celles-ci informent le patient et/ou la famille pour le retour à domicile et/ou la pour la suite de l'hospitalisation.
Relations interdisciplinaires	Le programme de soins gériatrique en Belgique dispose d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Le respect y est mutuel et la connaissance de la fonction de chacun y est de mise. L'équipe pluridisciplinaire place le patient au centre d'interactions continues (Moniteur belge, 2007).
Développement professionnel	Les infirmier(e)s s'engagent à suivre des formations continues en vue d'actualiser leurs connaissances en gériatrie. Des référent(e)s se portent volontaires dans certaines spécificités de la gériatrie, afin de partager leurs savoirs au sein de l'équipe.

Les 14 forces du magnétisme peuvent ainsi être imaginées en ciblant un service particulier dans un hôpital. Pour ce faire, il s'agira d'ajuster chacune d'entre elles afin de correspondre à la spécificité de celui-ci. De plus, ces ajustements peuvent se faire à chaque niveau hiérarchique, en fonction des ressources disponibles. On constatera donc que les forces du magnétisme semblent être des clés pour compléter les solutions proposées dans le chapitre de l'attractivité en gériatrie.

CHAPITRE V - CONCLUSION

Bien que la littérature spécifique à la problématique de l'attractivité dans les services de gériatrie aiguë pour le personnel soignant soit relativement pauvre, cette partie théorique n'en a pas pour autant été démunie. Le défi de l'attractivité des divers secteurs des soins de santé est majeur et la pénurie d'infirmier(e)s ainsi que la population vieillissante en constante augmentation, nous amènent à aborder cette problématique sous un œil attentif, afin d'imaginer des solutions possibles.

Les soins gériatriques souffrent d'une image négative, tant auprès des étudiants infirmiers que des professionnels de la santé. Afin de rendre les services de gériatrie plus attractifs, il convient d'améliorer cette image auprès de ces derniers. La marque employeur constitue l'un des éléments à améliorer lors de la mise en place des postes vacants d'un service de gériatrie hospitalier. Grâce à l'investissement de l'institution dans la marque employeur, les infirmier(e)s choisiront l'institution qui se différencie des autres, en termes de qualité de l'environnement de travail par exemple. Cette image attractive dépendra, entre autres, de la capacité de l'institution à fidéliser ses infirmier(e)s, mais également, de la cohérence entre la marque employeur et les pratiques organisationnelles (Petit R., Zardet V., 2017 ; Paillé P., 2014). Des infirmier(e)s en gériatrie aiguë seront interrogé(e)s quant à leurs motivations à travailler dans ce type de services et ce, en vue d'imaginer quels sont les éléments attractifs selon eux/elles.

Cette vision de la gériatrie, construite sur base des cours, des stages et des expériences peut être modifiée grâce à l'implication des managers, des professeurs et des infirmier(e)s de terrain. L'investissement dans la formation théorique et pratique des étudiants infirmiers constitue aussi l'un des éléments de réponse face à la problématique énoncée. L'hypothèse que les étudiants infirmiers seraient influencés par le contenu des cours de gériatrie lors de leur cursus et de leurs stages cliniques en gériatrie, semble plausible, au vu de la littérature. En vue d'approfondir cela, des questionnaires leur seront distribués. Ceux-ci permettront, par ailleurs, de sonder les étudiants infirmiers quant à leur image de la gériatrie et leurs motivations dans le domaine.

Outre les étudiants, des responsables de la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie seront interrogés pour faire un « état des lieux » du taux d'inscription des infirmier(e)s.

En plus du travail sur l'image de la gériatrie, un investissement est à consacrer dans la mise en place d'un cercle vertueux de la part des établissements de santé, consistant à relier l'environnement de travail, la qualité individuelle de la vie professionnelle et la performance organisationnelle (Stordeur S., 2009). Les 14 forces du magnétisme semblent constituer une réponse à la problématique traitée étant donné le lien évident entre celles-ci et les solutions formulées par Sylvain H. et al. (2014). En vue d'analyser cela, des entretiens seront réalisés avec des managers de soins (cadres intermédiaires et infirmiers chefs) et des ICANE.

La littérature aura permis de souligner la relation entre l'attractivité et la fidélisation. En effet, certaines mesures de rétention du personnel peuvent impacter positivement l'attractivité d'un service de gériatrie grâce, par exemple, au bouche-à-oreille ou à la réalisation d'un stage par des étudiants infirmiers. Les solutions visant à améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel peuvent donc parfois être semblables et avoir pour objectif commun : la satisfaction du personnel.

Enfin, la partie pratique de ce mémoire permettra de nous indiquer si le contenu de la littérature correspond réellement au terrain. Dans le cas qui nous concerne – plus précisément les services de gériatrie hospitalier – il s'agit de vérifier si l'hypothèse d'une faible attractivité de ces services se confirme par les répondants et si des solutions réalisables sur le terrain existent.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE I - MÉTHODOLOGIE

I. LA QUESTION DE RECHERCHE

Malgré les nombreuses questions possibles sur le sujet, la principale se concentra sur les pistes de solutions existantes face au défi de l'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier. L'analyse de ce mémoire aura donc pour question de recherche : « **Quelles solutions existe-t-il pour attirer les infirmier(e)s dans les services de gériatrie aiguë ?** »

La partie théorique de ce mémoire nous aura permis de rassembler les leviers disponibles afin de cibler les actions à mettre en œuvre face à ce défi. Les questions en suspens exposées dans l'introduction, ont été formulées sous forme d'hypothèses :

- Hypothèse n°1 : « Les services de gériatrie aiguë en Belgique souffrent d'un manque d'attractivité lié à une mauvaise image de la discipline ».
- Hypothèse n°2 : « La formation théorique et pratique des étudiants en soins infirmiers influence fortement leur appréciation de la gériatrie en général ».
- Hypothèse n°3 : « Les qualités de leadership de l'infirmier(e) chef ont une influence positive sur l'attractivité d'un service de gériatrie aiguë ».

II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif premier de ce mémoire est de trouver des solutions réalisables sur le terrain. Ces solutions seraient accessibles pour les managers de soins mais aussi pour les instituts de formation d'études en soins infirmiers généraux. D'autres objectifs secondaires tenteront de répondre à l'objectif principal :

- connaître les causes de la problématique d'attractivité des services de gériatrie aiguë afin de travailler sur celles-ci et permettre ainsi d'attirer les infirmier(e)s dans ce secteur ;
- connaître l'évolution du taux d'inscription des infirmier(e)s dans la spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie ;
- comprendre la vision des étudiants par rapport à la gériatrie et à la spécialisation de gériatrie ;
- connaître les motivations des infirmier(e)s à travailler en gériatrie aiguë ;

- connaître l'impact des cours théoriques et des stages en gériatrie aiguë sur la détermination à faire carrière dans ce domaine ;
- connaître l'avis des coordinateurs(trices) de la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie face à la problématique ;
- connaître les impressions des cadres intermédiaires et infirmier(e)s chefs par rapport au défi de l'attractivité en gériatrie.

III. CHOIX DE LA MÉTHODE

Afin de répondre à la question de recherche « *quelles solutions existe-t-il pour attirer les infirmier(e)s dans les services de gériatrie aiguë ?* », une méthode « mixte » a été utilisée. Initialement, la méthode qualitative était le premier choix. Au fur et à mesure de la recherche, la méthode quantitative est apparue comme une nécessité afin d'obtenir davantage de réponses d'intervenants divers.

Pour réaliser cette recherche, deux méthodes ont donc été utilisées. Pour la partie qualitative, il est important de préciser que les entretiens réalisés n'auront pas pour but d'illustrer les hypothèses, mais plutôt de produire du sens et de construire la théorie (Balard F., Kivits J., Schrecker C., Voléry I., 2016).

La méthode qualitative utilisée ici vise à récolter des données issues d'un langage parlé, oral sans avoir pour objectif de récolter des données numériques. L'objectif, par cette méthode, vise la compréhension de ce qui concerne l'image de la gériatrie aiguë et la problématique d'attractivité pour le personnel infirmier. Cette méthode a été choisie dans le but d'échanger sur cette thématique nécessitant davantage d'interactions, afin d'obtenir plus de détails et de précisions de la part de l'interlocuteur.

L'usage de la méthode qualitative comporte naturellement des limites comme par exemple, la subjectivité de la personne interrogée. Bien qu'il faille en tenir compte lors de l'analyse des données, cette limite peut aussi être considérée comme une richesse étant donné qu'elle reflète l'expérience de la personne, son vécu et son ressenti. Cela permet donc d'ouvrir des portes à de nouvelles hypothèses, pistes de réflexion sur la thématique abordée.

La méthode quantitative s'est révélée intéressante afin de récolter des données de terrain (unités de gériatrie et instituts de formation en soins infirmiers). Cette méthode a également permis de sélectionner un échantillon plus « large ». Ce qui n'aurait pas été envisageable étant donné l'aspect « chronophage » des entretiens individuels et de groupe. Enfin, les questionnaires réalisés dans ce type de méthode permettront d'obtenir une appréciation quantifiable des causes de la problématique d'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier dans le but d'aider à trouver des solutions adaptées.

Les limites de cette méthode résident en ce que les personnes interrogées ne peuvent exprimer aussi bien leur expérience ou leur ressenti, qu'oralement. Le répondant peut alors être incomplet dans sa réponse.

IV. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

1. Méthode qualitative

Les entretiens réalisés en face à face ont été effectués auprès d'intervenants de six hôpitaux bruxellois : les Cliniques de l'Europe (site Sainte-Elisabeth), le CHIREC (site Delta), les hôpitaux Iris Sud (site Etterbeek-Ixelles), les Cliniques Universitaires Saint-Luc, les Cliniques Universitaires de Bruxelles (hôpital Erasme) ainsi qu'un hôpital dans le Brabant Wallon appartenant au CHIREC (Hôpital de Braine l'Alleud).

Les critères de sélection pour cette étude étaient les suivants : être cadre intermédiaire responsable d'au moins un service de gériatrie aiguë, être chef infirmier(e) (= chef infirmier(e) de proximité) d'une unité de gériatrie aiguë ou être ICANE. Toutes personnes ne répondant pas à ces critères n'étaient donc pas sélectionnées.

Les entretiens, au nombre de treize, étaient composés de : quatre cadres intermédiaires, six infirmières chefs, trois ICANE. Un nombre limité d'entretiens était choisi afin de pouvoir analyser les données récoltées en profondeur.

2. Méthode quantitative

L'échantillon constituant cette étude est non probabiliste. Afin de le constituer, il a été nécessaire de faire appel à la volonté des différents participants pour répondre aux questionnaires. Il n'a donc pas été choisi de manière aléatoire car pour chaque questionnaire, la population-cible était bien déterminée. L'échantillon constitué pour cette partie quantitative ne peut être représentatif de la population générale, étant donné que celui-ci n'est pas aussi large qu'initialement espéré.

Bien que le nombre de réponses fût élevé dans les écoles proposant la formation de spécialisation/qualification en gériatrie et psychogériatrie (sept coordinatrices sur huit ont répondu au questionnaire en ligne), le nombre de réponses auprès des infirmier(e)s travaillant en gériatrie ainsi que des étudiants en soins infirmiers, fut respectivement de trente-deux et quarante, ce qui est loin de permettre une généralisation des résultats obtenus.

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'ensemble des questionnaires étaient les suivants :

☐ Inclusion

- Être coordinateur(trice) de la spécialisation ou de la qualification en gériatrie et psychogériatrie d'une Haute Ecole sur Bruxelles ou en Wallonie ;
- être étudiant en soins infirmiers généraux ou en cours de spécialisation dans une Haute Ecole sur Bruxelles ou en Wallonie. Peu importe l'année d'étude et le graduat (bachelier ou breveté) ;
- être infirmier(e) travaillant en gériatrie aiguë.

☐ Exclusion

- Être un étudiant suivant un cursus en Flandre (questionnaire non traduit en néerlandais) ;
- être un coordinateur(trice) de spécialisation ou de qualification en gériatrie et psychogériatrie en Flandre (questionnaire non traduit en néerlandais) ;
- être un infirmier(e) ne travaillant actuellement pas en gériatrie aiguë.

V. COLLECTE DES DONNÉES

1. Méthode qualitative

Pour cette partie, des entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés. Ce type d'entretiens a été choisi afin de laisser une liberté de parole à l'interlocuteur, tout en ayant un cadre défini. Ce cadre prédéfini, disponible grâce aux guides d'entretiens rédigés (*en annexes n°1 et 2*), avait pour but d'éviter de s'éparpiller dans la conversation et de rester assez structuré sur la thématique. Ainsi, lors de l'entretien, l'enquêteur disposait d'un guide de questions principales permettant malgré tout à l'interlocuteur d'aborder des sujets en lien avec la thématique, mais ne répondant pas spécifiquement à la question posée. Des questions de clarifications ou des techniques de reformulation ont parfois été utilisées afin d'éclairer certaines réponses. Des questions supplémentaires, en lien avec ce qui avait été dit précédemment, ont été posées afin d'approfondir certains sujets.

Les différents intervenants ont tous été contactés par mail. Sur les sept cadres intermédiaires contactés, six ont répondu positivement (deux entretiens ont été exclus de l'analyse étant donné une redondance/similitude de réponses entre les entretiens). Concernant les ICANE, les trois contactés ont répondu positivement. Enfin, en ce qui concerne les infirmier(e)s chef d'unité de gériatrie aiguë, sur les sept contactés, six ont répondu positivement.

Les treize entretiens semi-directifs (*en annexes n°6 à 18*) ont tous été réalisés en face-à-face, dans des salles de réunions ou dans les bureaux respectifs des cadres intermédiaires, des chefs d'unités et des ICANE interrogés. Lors du premier contact ainsi que lors de la rencontre, une présentation mutuelle et du sujet de mémoire ont été réalisées. Les modalités de participation ont été émises et expliquées ; la participation était volontaire et chaque intervenant avait le droit de refuser tout enregistrement. Dans tous les cas, les entretiens ont été retranscrits de manière à ne pas rendre reconnaissable, ni la personne, ni l'institution de soin dans laquelle elle travaille. L'anonymat a donc été garanti. Sur l'ensemble des entretiens, un n'a pas été enregistré. Il n'a donc pas été retranscrit mots à mots. La mention « pas d'enregistrement » sera notée au début de l'entretien en question.

De manière générale, les entretiens ont duré entre dix-neuf et quarante-cinq minutes, avec une moyenne de trente-trois minutes.

2. Méthode quantitative

Pour ce qui est de la partie quantitative, un questionnaire en ligne (*annexe n°5*) a été envoyé par mail aux huit Hautes Ecoles proposant la possibilité de réaliser une spécialisation en gériatrie et psychogériatrie et/ou la qualification en gériatrie et psychogériatrie, à Bruxelles et en Wallonie. Sur les huit responsables de la coordination de cette spécialisation, sept ont répondu au questionnaire.

Parallèlement, des questionnaires papiers à destination des infirmier(e)s travaillant en gériatrie aiguë (*annexe n°3*) ont été distribués dans deux institutions hospitalières bruxelloises ayant accepté la démarche (Sainte-Elisabeth et Delta). Cela a permis d'obtenir trente-deux réponses.

Enfin, un questionnaire en ligne à destination des étudiants (*annexe n°4*) a été partagé via un réseau social, dans un groupe fermé rassemblant des étudiants infirmiers de Belgique francophone. Au départ, il était prévu de distribuer des questionnaires papiers aux étudiants en stage de gériatrie aiguë, afin d'obtenir un avant/après de leur vision de la gériatrie. Très vite, j'ai été confrontée à la difficulté de trouver des étudiants en stage sur la période de décembre-janvier (période de vacances et d'examens). J'ai donc créé le questionnaire en ligne afin de faciliter la distribution de celui-ci. J'en ai profité, par la même occasion, pour élargir le public (passant des étudiants infirmiers en stage de gériatrie aiguë aux étudiants infirmiers en général). Il n'a donc pas été possible d'évaluer l'éventuel changement de vision de la gériatrie avant stage et après stage. Pour ce questionnaire, quarante réponses ont été obtenues.

L'ensemble des entretiens semi-directifs, ainsi que la distribution des questionnaires papiers et en ligne, s'est étendu sur une période allant de début janvier à début mars 2021.

VI. ANALYSE DES DONNÉES

Premièrement, dans la partie qualitative, tous les entretiens semi-directifs ont été retranscrits intégralement et de manière littérale (sauf pour un non-enregistré). Chaque retranscription a été imprimée, et une première lecture a été effectuée afin de réimprégner le contenu de l'entretien. Ensuite, s'en est suivi une seconde lecture visant à noter, en marge, les principales idées/thématiques abordées dans les discours. Ceci permettant de mettre en évidence les thèmes liés aux objectifs de recherche précités. Plusieurs relectures ont été faites afin de regrouper, si

nécessaire, certains thèmes. Des rubriques, catégories et thèmes ont ainsi émergé tout au long du processus. L'analyse des entretiens a été réalisée différemment selon la catégorie professionnelle des personnes interrogées. Effectivement, les cadres intermédiaires ont été analysés séparément des infirmier(e)s chefs de proximité et ICANE, étant donné qu'ils avaient des questionnaires d'entretien semi-directifs différents.

Deuxièmement, dans la partie quantitative, chacun des trois questionnaires a été analysé séparément, étant donné la nature différente des questions. Cependant, la méthode d'analyse fut semblable, c'est-à-dire que pour chaque question, chaque réponse a été regroupée par thème afin de quantifier facilement la redondance du thème pour la question précise. Pour chacun des thèmes, un code a été attribué spécifiquement à la réponse concernée. Des statistiques descriptives simples ont été utilisées, en vue de répondre aux objectifs précités en début de partie empirique.

CHAPITRE II - RÉSULTATS

Partie qualitative : les tableaux créés pour l'analyse des entretiens semi-directifs se trouvent en *annexes n°20 et 21*. Ci-dessous se trouve le tableau de répartition des entretiens, selon la structure hospitalière et la fonction interrogée. Ceci, afin de faciliter la lecture des résultats.

Hôpital A – privé (PR)	Hôpital B – privé	Hôpital C – privé	Hôpital D – public (PU)	Hôpital E – universitaire (UN)	Hôpital F – universitaire
Entretien n° 1 - Cadre intermédiaire	Entretien n° 6 - Chef infirmière de proximité	Entretien n° 8 - Chef infirmière de proximité	Entretien n° 2 - Cadre intermédiaire	Entretien n°3 - cadre intermédiaire	Entretien n° 4– cadre intermédiaire
Entretien n° 5 - Chef infirmière de proximité	Entretien n° 7 - Chef infirmière de proximité		Entretien n°11 – chef infirmière de proximité	Entretien n°13 – chef infirmière de proximité	Entretien n°12 - ICANE
	Entretien n° 9 - ICANE				
	Entretien n° 10- ICANE				

Partie quantitative : Les tableaux reprenant les différents résultats se trouvent en *annexes n°22 à 24*. Etant donné que cette partie complète l'approche qualitative, les résultats seront présentés sous forme de statistiques descriptives simples.

Rappelons que des questionnaires différents ont été distribués aux étudiants infirmiers, infirmier(e)s et coordinatrices de la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie, sans se soucier de la différence du type de structure.

I. ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS DES CADRES INTERMÉDIAIRES

1. L'attractivité pour les infirmier(e)s

Lors de la première question concernant les projets d'attractivité du personnel infirmier existant dans l'institution, deux types de réponses ont été obtenues.

Tout d'abord, celles faisant référence à la marque employeur interne :

- sur les quatre cadres intermédiaires, deux (PU, UN) favorisent les formations diverses pour son personnel infirmier ;
- un (PR) insiste sur l'accueil des étudiants, nouveaux engagés et intérimaires.

Ensuite, en ce qui concerne la marque employeur externe, aucune information n'a été récoltée concernant l'hôpital public.

- deux cadres intermédiaires sur trois abordent l'utilisation de folders (PR, UN) et la réalisation de formations à destination du personnel externe (UN) ;
- trois cadres sur trois se rendent dans les Hautes Ecoles et dans les salons étudiants pour faire de la publicité pour leur hôpital. Cette publicité passe aussi, pour les trois, par leur site web.

La deuxième question relative aux projets liés à l'attractivité des services de gériatrie n'a obtenu de réponses positives que de deux répondants.

- Le premier mettant en place un système d'infirmier(e)s gériatriques volant(e)s entre la gériatrie aiguë et la liaison interne (PU) ;
- le deuxième incitant la participation du/de l'infirmier(e) chef et du gériatre comme orateurs aux formations internes et externes (UN).

Cette question n'a pu être abordée sans faire un lien avec l'image que la gériatrie reflète.

- Pour deux des cadres intermédiaires, la gériatrie est un service où la charge de travail est lourde (PR, UN). Il constitue ainsi rarement le premier choix lors des candidatures (PR, UN) ;
- pour trois (PR, UN) des cadres, l'image de la gériatrie est à prédominance négative auprès du personnel soignant et grand public. « *On l'entend toujours : « c'est trop lourd, ils sont trop dépendants »...* L'image reste de manière prédominante négative.

Alors que si on veut prendre un peu de temps à la réflexion, c'est une approche fine et intelligente » (Entretien n°3).

Pour la troisième question concernant le recrutement :

- deux cadres intermédiaires (PR, PU) sur quatre, les candidatures sont réceptionnées par le service des ressources humaines. Elles sont ensuite transférées au directeur du département en soins infirmiers, qui redirige cela vers le cadre intermédiaire le plus adapté. Ce dernier réalise un premier rendez-vous avec le candidat et organise un second en présence de l'infirmier(e) chef ;
- pour les deux autres cadres (UN), la cellule de recrutement se charge de rediriger le candidat vers le cadre adéquat, pour ensuite réaliser un entretien avec l'infirmier(e) chef.

La quatrième question fait référence à l'influence des qualités du chef infirmier sur l'attractivité des services de gériatrie aiguë :

- pour la totalité des cadres intermédiaires, l'influence du/de la chef infirmier(e) est réelle et il/elle se doit d'être expert(e) et passionné(e) en gériatrie ;
- pour tous, les infirmier(e)s chefs doivent avoir des qualités humaines : soutien (PU), conciliation vie professionnelle/privée (PU), cohésion (PU, UN) et écoute/communication (UN) ;
- pour deux cadres intermédiaires (PR, PU) sur quatre, le/la chef infirmier(e) doit inciter à l'interdisciplinarité ;
- deux des cadres abordent l'importance d'un(e) chef garant de la qualité des soins (PU) et d'un(e) chef en perpétuel recherche de nouveaux projets (UN) ;
- deux autres cadres voient l'infirmier(e) chef comme un coach (PR), comme quelqu'un donnant une structure, un cadre rassurant pour son équipe (UN) ;
- un cadre (UN) sur quatre met en avant l'importance du rôle de chef dans l'accueil des étudiants et la participation aux formations externes. *« C'est elle qui est le chef d'orchestre et qui dynamise son équipe à l'accueil des étudiants et au fait qu'ils soient bien encadrés » (Entretien n°3).*

Lors des entretiens, un thème inattendu est ressorti auprès de deux cadres intermédiaires. Il s'agit de l'influence du type de structure hospitalière sur l'attractivité générale. Pour un cadre sur quatre (PU), l'hôpital de proximité (petite taille) peut être un plus. À contrario, pour un cadre sur quatre (UN), le côté universitaire peut influencer positivement le choix (technologies

de pointes, recherche, mouvements interservices). « *Nous avons des personnes qui choisissent, sans connaitre, de postuler ici car c'est un hôpital universitaire* » (Entretien n°4).

2. La formation en soins infirmiers

- **L'encadrement du stage**

Un cadre (PR) sur quatre, insiste sur l'intégration des étudiants à l'équipe. Cela signifie qu'il faut collaborer avec l'étudiant et lui montrer toute la diversité des soins en gériatrie. Parallèlement, un cadre (UN) sur quatre, insiste sur le rôle de l'ICANE et l'accueil des étudiants.

- **Expérience de stage**

Pour un cadre (PR) sur quatre, il est important de créer une expérience positive du stage en gériatrie aiguë. Les autres cadres n'ont pas fait part de cela.

- **Les inscriptions en spécialisation interdisciplinaire de gériatrie et psychogériatrie**

La baisse du taux d'inscription en spécialisation de gériatrie a été observée par trois cadres (PR, UN) sur quatre. Pour l'un d'entre eux (UN), un manque de reconnaissance en est notamment la cause.

- **La présence d'infirmiers spécialisés/qualifiés en gériatrie dans l'unité de soins**

Pour deux cadres (PU, UN) sur quatre, 30% des infirmier(e)s de l'équipe de gériatrie sont spécialisé(e)s en gériatrie.

3. Les solutions pour améliorer l'attractivité de la gériatrie aiguë

D'après les thèmes ressortis lors des entretiens semi-directifs, il s'agit de travailler sur quatre catégories spécifiques pour améliorer l'attractivité de la gériatrie aiguë.

- **L'image de la discipline**

- ◇ La mise en avant des avantages de l'interdisciplinarité semble essentielle pour trois des quatre cadres (PR, UN) ;
- ◇ véhiculer une image positive de la gériatrie dans l'institution et ailleurs est souligné par deux des quatre cadres (PU, UN). « *Sentir que la gériatrie fait partie de l'institution, que c'est un service important et qu'il faut respecter nos aînés* » (Entretien n°2) ;
- ◇ un des cadres (UN) insiste sur l'importance d'expliquer la réalité de la gériatrie et de la faire connaître (notamment via les réseaux sociaux).

- **La reconnaissance, revalorisation de la profession infirmière**

- ◇ Deux des quatre cadres intermédiaires (PR, UN) propose d'engager plus d'aides-soignant(e)s pour soutenir le personnel infirmier ;
- ◇ deux des quatre cadres prônent une revalorisation de la spécificité des infirmier(e)s en gériatrie. Cela notamment en augmentant le staff : « *Je pense que l'objectif c'est d'avoir plus de mains et de têtes au lit du patient, plutôt que des gens qui sont moins en nombre mais mieux payés* » (Entretien n°2) ;
- ◇ concernant les avantages financiers, un (PR) cadre sur quatre aborde ce point-là. « *J'imagine qu'il y a aussi l'aspect pécunier d'un hôpital à un autre ... ces temps-ci j'en entend beaucoup parler en tout cas* » (Entretien n°1).

- **La formation des étudiants en soins infirmiers**

Un cadre sur quatre (PR) recommande d'agir un maximum sur le stage de l'étudiant pour qu'il ressorte avec une expérience positive. « *Vraiment, je pense que c'est au niveau des étudiants qu'il faut agir. Il faut faire en sorte que l'étudiant ait une expérience positive de son stage* » (Entretien n°1). Pour un autre cadre sur quatre (UN), il est important de majorer la publicité dans les Hautes Ecoles concernant la spécialisation en gériatrie.

- **Le bien-être des travailleurs**

« *Le personnel heureux travaille mieux* » (Entretien n°2). La moitié des cadres (PU, UN) sont sensibles à ce sujet. Pour l'un des deux (UN), le soutien de la direction pour le personnel infirmier est important.

II. RÉSULTATS DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS DES CHEFS INFIRMIER(E)S ET DES ICANE

1. L'attractivité de la gériatrie

- **L'image de la gériatrie**

A la question incitant les chefs à partager l'image que la gériatrie reflète auprès des infirmier(e)s en général :

- ◇ quatre chefs (PR, PU) sur six expriment que la gériatrie est un service lourd ;
- ◇ d'après trois chefs (PR) sur six, les infirmier(e)s voient la gériatrie comme étant pauvre en techniques. « *L'image est négative car on pense qu'il n'y a pas trop de techniques, qu'il n'y a pas trop à faire : laver, donner à manger, changer les langes et les gens pensent qu'ici ils ne vont pas apprendre. Ce qui n'est pas vrai du tout !* » (Entretien n°5) ;
- ◇ pour une chef, la gériatrie renvoi à la peur de sa propre vieillesse (PR), au fait que la gériatrie équivaut à : une population énervante (PR), la démence (PU), les mauvaises odeurs (PU) ou le dernier choix de carrière (PR) ;
- ◇ seulement deux chefs (PR) sur six émettent une vision positive émanant des infirmier(e)s : multipathologies/pharmacologie, infirmier(e)s gériatriques motivé(e)s et courageux(es).

Par ailleurs, quatre chefs sur six ont abordé l'image de la gériatrie par les infirmier(e)s en gériatrie ;

- ◇ d'après quatre des chefs (PR), les infirmier(e)s en gériatrie voient leur métier comme étant riche à plusieurs égards : multidisciplinarité, multipathologies/pharmacologie, en respect des besoins de la personne âgée ainsi que de la personne elle-même, comme offrant la possibilité d'être utile. Les infirmier(e)s soulignent en outre l'importance de l'esprit d'équipe et marquent le fait que le travail est stimulant/enrichissant. « *Les gens qui ont comme vocation la gériatrie voient la*

multidisciplinarité, la multipathologies et pharmacologie et donc ça attire »
(Entretien n°5).

- **Causes de l'image négative**

La question relative à l'explication des causes de cette image négative n'a pas obtenu de réponse d'un chef. Ainsi, sur les cinq chefs :

- ◇ trois chefs (PR, PU) pensent que la cause de l'image négative peut-être expliquée par la charge de travail lourde ;
- ◇ trois chefs (PR, UN) parlent d'une méconnaissance de la discipline et d'une image erronée de la société sur la gériatrie ;
- ◇ chaque chef explique aussi cette image par : la diffusion d'une vision négative par ceux qui n'aiment pas la gériatrie (PR), le manque de reconnaissance politique (PR), la prise en charge différente (PR), la peur de la vieillesse, de la dépendance (PU) ainsi que la différence entre cours et réalité de terrain (UN).

Les ICANE sont partagés concernant les causes. L'un exprime l'impact des stages (PR) et l'autre celui des cours (PU). Le dernier justifie cela par le fait que chacun a son domaine de prédilection (PR).

- **Impact de l'image négative sur l'attractivité des services de gériatrie aiguë**

Les réponses à la question de l'impact de cette négativité sur l'attractivité de la gériatrie aiguë se fait à différents niveaux :

- ◇ pour trois chefs (PR, UN) sur six, cela induit une pénurie d'infirmier(e)s et une baisse de recrutement ;
- ◇ deux chefs sur six, cette image négative entraîne : un sentiment d'injustice (PR), un manque de reconnaissance (PR) et une démotivation (PR, PU) ;
- ◇ une chef sur six exprime que cela induit un sentiment de révolte (PR), une discréditation des infirmières en gériatrie (PR) et une incompréhension (PR). *« Des fois il y a un peu de révolte par rapport à cette image, un sentiment d'injustice, un peu de démotivation »* (Entretien n°5).

Parmi les ICANE, un sur trois exprime une difficulté de se projeter toute une carrière en gériatrie (PR) et un sur trois exprime le fait que la gériatrie ne constitue pas le premier choix (ni job, ni stage) (PR).

- **Impact de la période covid sur la vision de la gériatrie**

Ce sujet n'a pas été abordée lors des entretiens n° 6, 11, 13. Ainsi, sur les trois répondantes, deux (PR) ont remarqué un impact positif de la période covid amenant à une vision plus réelle du travail de terrain. Pour une chef (PR), la période covid a été négative car les équipes sont maintenant épuisées et presque démotivées.

- **Pistes d'amélioration de l'attractivité en gériatrie aiguë**

◇ Trois chefs sur six :

- pensent qu'il est important de faire connaître ce qu'est réellement la gériatrie et le métier d'infirmier(e) en gériatrie (PR, PU, UN) ;
- et un ICANE (PR) pensent qu'il est nécessaire d'avoir une équipe motivée et accueillante. (PR, UN). « *Un étudiant bien accueilli dans un service où il se sent bien, aura probablement plus envie d'aller y travailler* » (Entretien n°12).

◇ Deux chefs sur six :

- et un ICANE (UN) trouvent que la liaison interne est une aide dans la publicité de la gériatrie. « *Au sein de l'hôpital je n'ai pas l'impression qu'on est mal vu. C'était peut-être le cas il y a 20 ans mais ça a fortement changé, grâce à la liaison aussi* » (Entretien n°8) ;
- recommandent que des infirmier(e)s aillent présenter la gériatrie dans les Hautes Ecoles. « *Moi je trouve qu'au niveau des écoles, ils devraient pouvoir permettre à des gens aussi passionnés que moi, d'aller témoigner dans les écoles. Que les infirmières de terrain témoignent dans les écoles. On aurait l'occasion de montrer notre enthousiasme à plus de monde qu'aux deux-trois élèves qui passent chez nous* » (Entretien n°7) ;
- pensent qu'il faudrait une revalorisation salariale (PR) ;
- mettent en avant les avantages de l'interdisciplinarité ; collaboration maximale pluridisciplinaire (profil de fonction adaptés à la gériatrie) (PR), « *donner du sens, avec un objectif commun* » (Entretien n°13) ;
- et un ICANE (PR) insistent sur la nécessité de véhiculer et de parler de la gériatrie autour de soi.

◇ Une chef sur six :

- et deux ICANE (PR, UN) préconisent la réalisation des stages lors des dernières années d'étude. « *Le gros problème aussi c'est qu'on envoi en gériatrie les étudiants de première année. (...) Et bien souvent ces étudiants-là ne participent pas aux projets plus élaborés* » (Entretien n°12) ;
- parle de la nécessité de revoir à la hausse les normes de personnel infirmier. Augmenter le personnel de soutien pour décharger les infirmier(e)s semble aussi nécessaire. Enfin, le mixte de médecine interne et chirurgie en gériatrie pourrait attirer davantage (PR) ;
- exprime comme solution : que les cours de bachelier soient donnés par un professeur véhiculant une image positive (PR) ;
- insiste sur la reconnaissance politique et salariale. Elle conseille aussi une journée « vis ma vie » par la hiérarchie pour évaluer les besoins de terrain (PR) ;
- pense qu'un service beau et convivial donne plus l'envie de venir travailler. Aussi, la communication interservices permet de mieux se faire reconnaître (PU) ;
- exprime une nécessité : d'avoir des infirmier(e)s de terrain donnant cours en bachelier et d'expliquer la raison pour laquelle il existe une spécialisation en gériatrie. Elle exprime aussi la nécessité d'ouvrir les formations gériatriques à destination de tout le personnel en intra hospitalier (pas uniquement aux soignants) (UN).

Enfin, un ICANE (PR) sur trois recommande d'intégrer l'étudiant à l'équipe et la prise en charge globale. Un autre ICANE (PR) parle de favoriser la formation continue. Le dernier des ICANE (UN) insiste sur l'importance de la création de projets en gériatrie, grâce à l'intelligence collective, et sur la modification de la vision de la gériatrie dans les cours. Il suggère aussi l'amélioration de l'accueil des étudiants dans les services de gériatrie aiguë.

2. L'influence du leadership

• **Parcours professionnel**

Sur les neufs répondants, quatre chefs (PR, PU) et un ICANE (PR) ont obtenu un master en santé publique. Deux chefs ont étudié à l'école des cadres (PR, UN) et trois chefs ont effectué la spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie (PR, PU).

La moyenne d'années d'expérience en tant qu'infirmière chef en gériatrie est de six ans et demi et celle des ICANE en poste est de deux ans.

• **Vision de la gériatrie selon l'interrogé**

La gériatrie est une passion pour trois (PR, PU) des six chefs infirmière. Parmi l'ensemble des chefs, deux (PR, UN) voient la gériatrie comme étant la considération de la personne âgée dans sa globalité, avec ses besoins et des soins personnalisés. Deux autres (PR, PU) voient la gériatrie comme étant une discipline où l'humain est au centre des préoccupations.

Un des ICANE (PR) a exprimé au cours de l'entretien sa vision personnelle de la gériatrie. L'ICANE voit la gériatrie comme étant un service où on manque de temps, car la charge de travail y est lourde. On peut y être confronté à l'impuissance. A côté de cela, l'on y retrouve une approche multidisciplinaire du patient fragile et un travail complexe.

• **Rôle dans l'attractivité de la gériatrie**

La question du rôle propre obtient des réponses spécifiquement différentes en fonction des infirmières chefs et ICANE. Parmi les six chefs infirmière :

- ◇ quatre chefs (PR, PU, UN) visent un accueil et un encadrement optimal des étudiants infirmiers, des nouveaux engagés, des intérimaires et des infirmier(e)s volant(e)s ;
- ◇ quatre chefs (PR, PU, UN) tiennent au travail pluridisciplinaire et à la collaboration ;
- ◇ quatre chefs (PR, PU, UN) tiennent à assurer une ambiance d'équipe conviviale, de cohésion et dynamique. « *Nous sommes des personnes ayant une grande vocation. Pour moi c'est maintenir cela en les motivant, les aidant, les soutenant. Créer une dynamique de groupe pour que ce soit convivial* » (Entretien n°6) ;
- ◇ trois chefs (PR) mettent en avant l'importance de la gestion des horaires pour concilier vie de famille et vie professionnelle. « *Je jongle sur les horaires. J'essaye de tenir compte au maximum des desideratas. S'il y a un problème je peux facilement*

changer les horaires. Je suis souple car je sais qu'on est beaucoup à être maman ou qu'il peut y avoir des choses de dernière minute. Je pense que c'est important pour eux de savoir que si elles ont des difficultés, quelqu'un peut les aider. Du coup je n'ai pas vraiment un taux de maladie important puisque les horaires collent le plus possible à ce qu'elles veulent » (Entretien n°5) ;

- ◇ deux chefs (PR) poussent au développement professionnel des infirmier(e)s de leur équipe ;
- ◇ deux chefs (PR, PU) poussent à véhiculer une image positive de la gériatrie.

Chaque chef voit aussi son rôle de manière un peu différente :

- ◇ une chef tient à valoriser son équipe, donner d'elle-même et insiste sur la communication en équipe (PR) ;
- ◇ une chef tient à : motiver son équipe, aider son personnel (explication des droits sociaux notamment), soutenir son équipe ainsi que créer des valeurs et concepts en équipe, pour l'équipe (PR) ;
- ◇ une chef vise à motiver les personnes extérieures en parlant du positif mais également du négatif. Il importe à cette dernière de montrer que la gériatrie est constituée de techniques mais aussi de l'humain (UN).

Parmi les trois ICANE :

- ◇ deux ICANE (PR) voient leur rôle dans l'information de la nature du travail en gériatrie et dans l'écoute de l'étudiant. *« A mon niveau c'est de faire en sorte que le stage en gériatrie soit une expérience diverse, qui montre toutes les facettes »* (Entretien n°10) ;
- ◇ un ICANE (UN) ne se retrouve pas dans l'attractivité de la gériatrie. Il insiste sur la nécessité de créer des projets d'amélioration de l'accueil des étudiants ;
- ◇ un ICANE (PR) estime avoir un rôle de soutien et d'orientation ;
- ◇ un ICANE (PR) veille à accueillir les étudiants, à leur donner de bons outils et à les inciter à postuler en fonction de leurs besoins.

3. Les étudiants infirmiers et leur(s) stage(s) en gériatrie aiguë

• **Vision de la gériatrie par les étudiants infirmiers**

Sur les neufs répondants partageant les échos qu'ils ont de la gériatrie par les étudiants infirmiers :

- ◇ deux chefs (PR, UN) et deux ICANE (PR, UN) abordent le fait que la gériatrie ne serait constituée que des soins de bases, sans techniques ;
- ◇ une chef (PR) exprime qu'il existe un manque de motivation à faire un stage en gériatrie dû à la charge de travail lourde ;
- ◇ un ICANE (UN) partage le fait qu'en gériatrie, beaucoup sont dépendants, que c'est « *l'anti-chambre de la maison de repos* » (Entretien n°12).

Enfin, d'un point de vue plus positif, un ICANE (PR) exprime une communication riche avec les personnes âgées. L'autre ICANE (UN) parle, lui, de la richesse des polypathologies.

• **Impact du stage en gériatrie aiguë sur leur volonté de faire carrière en gériatrie**

La question de l'impact du stage en gériatrie aiguë sur la volonté de faire carrière en gériatrie obtient une réponse positive pour quatre chefs infirmière (PR, PU, UN) sur six ainsi qu'un des ICANE (PR). Effectivement, ceux-ci voient un impact positif du stage dans le parcours étudiant, d'autant plus si l'expérience y est positive.

- ◇ Pour la moitié des chefs (PR, PU, UN), le stage amène à un changement de la vision de l'étudiant sur la gériatrie et pour le quart (PR) des chefs, le stage de gériatrie est l'occasion de découvrir et de se faire une idée du métier ;
- ◇ pour une des chef (PR) et deux des ICANE (PR, UN), la gériatrie n'est pas le premier choix de carrière. « *Beaucoup disent qu'ils ont découvert la gériatrie, qu'ils ne savaient pas que c'était ainsi. Ils aiment beaucoup, disent que c'est bien. Tous en repartant disent qu'ils se faisaient une autre idée de la gériatrie. Mais malgré tout ils ne veulent pas y travailler à cause de la lourdeur du travail (due à la dépendance des patients entre autres)* » (Entretien n°5).

Enfin, pour deux ICANE (PR) sur trois, l'impact du stage sur la volonté de faire carrière en gériatrie va dépendre de l'année de réalisation du stage et de l'ambiance durant ce stage. Tandis

que pour un ICANE (PR), cela dépendra du degré d'intégration de l'étudiant pendant le stage et de la reconnaissance de l'équipe vis-à-vis de ce dernier. « *Pour moi, ce qui a peut-être plus d'impact ce n'est pas forcément le stage mais plutôt quand tu fais le stage. Si tu le fais en première année ça ne va pas forcément avoir d'impact. Par contre si tu fais le stage en quatrième année ça peut avoir un grand impact. En première année c'est la découverte, ils ne savent pas toujours dans quoi ils veulent travailler, alors qu'en dernière année ils réfléchissent déjà à ce qu'ils ont envie de faire quand ils seront diplômés* » (Entretien n°9).

III. LIENS ENTRE LES CADRES INTERMÉDIAIRES, CHEFS INFIRMIER(E)S ET ICANE

J'ai trouvé intéressant de rassembler les items fréquemment abordés par plusieurs personnes interrogées. Pour faciliter la lecture, ceux-ci ont été rassemblés sous quatre thèmes.

Premièrement, **l'image de la discipline** :

- trois cadres intermédiaires sur quatre et quatre chefs infirmières sur six insistent sur la mise en avant de l'interdisciplinarité. Une richesse en gériatrie ;
- la moitié des cadres intermédiaires, deux des chefs infirmières et un des ICANE pointent du doigt l'importance de yéhiculer une image positive de la gériatrie autour de soi ;
- deux ICANE, la moitié des chefs infirmières et un des cadres tiennent à ce que la gériatrie se fasse connaître réellement, que celle-ci soit expliquée parallèlement à la réalité de terrain.

Deuxièmement, **la formation des étudiants** :

- deux ICANE et une des chefs infirmières trouvent utile que les étudiants réalisent leur stage plutôt lors des deux dernières années de bachelier afin d'avoir une vision plus globale ;
- deux ICANE, quatre des chefs infirmières et un des cadres intermédiaires visent un accueil des étudiants optimal afin de rendre le stage comme une expérience vécue le plus positivement possible ;
- un cadre intermédiaire et deux chefs infirmières trouvent que la gériatrie et sa spécificité devraient être beaucoup plus mise en avant dans les Hautes Ecoles.

Troisièmement, **la reconnaissance et la revalorisation du métier d'infirmier(e) en gériatrie** :

- la moitié des cadres intermédiaires et une des chefs infirmières abordent la nécessité : d'engager plus d'aides-soignants pour décharger le personnel infirmier et de réviser les normes d'encadrement dans les services de gériatrie. Cela dans le but d'augmenter le personnel au chevet du patient ;
- un des cadres intermédiaires et deux des chefs infirmières suggèrent la nécessité d'une revalorisation salariale.

Quatrièmement, le **bien-être des travailleurs** :

- la moitié des cadres intermédiaires sont sensibles à ce sujet ;
- une des chefs infirmières expriment attendre du soutien de la direction ;
- chaque chef infirmière s'implique à sa manière pour le bien-être de son personnel infirmier. Par exemple, deux chefs sur six veillent à créer une ambiance d'équipe cohésive, conviviale et dynamique. La moitié des chefs veillent à la gestion des horaires en congruence avec l'alliance vie professionnelle et vie familiale. Enfin, deux chefs sur six tiennent à laisser la possibilité au développement professionnel de son personnel.

IV. QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES ÉTUDIANTS INFIRMIERS

Description de l'échantillon : Parmi les 40 étudiants, 82.5% sont des femmes.

La tranche d'âge majoritairement représentée est celle entre 20-25 ans (48%), suivie des plus de 31 ans (25%) et des 26-30 ans (20%). Sans même que cela ne soit recherché, 55% des étudiants ayant répondu au questionnaire sont en 4^{ième} année en soins infirmiers contre 8% pour les étudiants en 1^{ière} année. Parmi les spécialisations les plus citées, la spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente est la première (20%) suivie de la pédiatrie (10%) et de la gériatrie (5%).

1. L'image de la gériatrie pour les étudiants

L'une des questions posées visait à exprimer en quelques mots ce qu'était la gériatrie pour les étudiants. À la question : « *pour vous la gériatrie c'est ...* » :

- 35% des étudiants ont donné une définition très médicalisée c'est-à-dire, qu'ils ont abordé globalement la gériatrie comme étant la prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans, ayant de nombreuses comorbidités et nécessitant la prise en charge globale de leurs besoins ;
- 20% trouvent que la gériatrie est enrichissante, intéressante ;
- 15% voient la gériatrie comme un service dans lequel il y a de nombreuses pathologies et médications ;
- 15% voient la gériatrie comme l'accompagnement de la personne âgée, le soin d'une personne fragile.

Une image négative est émise par 19% des étudiants. Pour certains, la gériatrie c'est ennuyant (8%), triste/comme dans un mouroir (5%), répétitif/chronique (3%) et lourd/épuisant (3%).

2. Le stage de gériatrie pour les étudiants

À la question, « *êtes-vous motivés à l'idée de réaliser un stage en gériatrie ?* », 70% des réponses étaient positives ! Pour 45% des étudiants, le stage de gériatrie est un plus car il permet d'acquérir des connaissances multiples sur plusieurs domaines (médicaments, pathologies et approche humaine). Pour de nombreux étudiants, le stage de gériatrie est aussi un moment pour en apprendre plus sur les relations humaines (20%) et sur la gestion de sa patience au contact de personnes âgées n'ayant pas le même rythme (18%).

52,5% des étudiants expriment des craintes préalables au stage de gériatrie. Les plus grandes craintes exprimées sont : la confrontation à la mort et à la détresse (23%) ainsi que la crainte de ne pas savoir gérer leur théorie ou pratique en stage (23%).

Parmi les étudiants qui exprimaient des craintes préalables au stage, 67.5% n'en expriment plus après, 10% en éprouvent encore de manière sporadique et 22.5% en éprouvent toujours (notamment à cause d'une expérience négative (5%) ou d'une confrontation difficile à la mort d'un patient (5%)).

Cependant, 62.5% des étudiants affirment que le stage en gériatrie ne leur a pas permis de changer leur vision de la discipline. 8% l'expliquent par le fait qu'ils avaient déjà une image positive. Par ailleurs, parmi les 37.5% affirmant que leur vision de la gériatrie a évolué positivement grâce à leur stage, 33% évoquent la possibilité des apprentissages multiples relationnels et techniques.

La tendance est la même pour la question concernant l'influence des cours de gériatrie sur leur vision de la gériatrie. 65% des étudiants ont répondu ne pas avoir changé leur vision de la gériatrie suite aux cours ; pour certains, mieux vaut le terrain (8%), pour d'autres, les cours sont inadaptés (8%). Pour 32.5%, les cours leur ont permis, malgré tout, d'acquérir de plus-amples connaissances sur les personnes âgées.

3. Motivations à travailler en gériatrie

Pour 43% des étudiants, faire une carrière en gériatrie est « possible ». La majorité des étudiants se trouvent donc entre : l'impensable (18%), le peu vraisemblable (25%), le très vraisemblable (13%) et le certain (3%). Vraisemblablement, les étudiants restent donc nombreux à devoir être motivés pour envisager de faire une carrière en gériatrie. Pour eux, les éléments motivants à travailler en gériatrie sont :

- le dévouement et l'intérêt pour la personne âgée (30%) ;
- la diversité de la gériatrie ; pathologies, techniques, médicaments (28%) ;
- le contact humain et la communication avec la personne âgée (23%).

À moindre proportion, d'autres éléments motivent les étudiants : la stabilité dans le type de travail (8%), une meilleure préparation à la mort et la détresse (5%), l'information et la suppression des préjugés (3%), l'intégration des nouveaux engagés (3%), l'autonomie et la responsabilité infirmière (3%) et l'effectif adapté (3%).

V. QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES INFIRMIER(E)S EN GÉRIATRIE AIGUË

Description de l'échantillon : Parmi les 32 infirmier(e)s interrogé(e)s et travaillant en gériatrie aiguë, 87.5% sont des femmes. Les plus de 40 ans représentent 50% de l'échantillon interrogé. S'en suit la tranche d'âge des 31-40 ans (25%) et des 26-30 ans (19%). Pour 53% des 32 infirmier(e)s, leur lieu de travail actuel constitue en leur premier job.

Les infirmier(e)s spécialisé(e)s (19%) ou qualifié(e)s (16%) en gériatrie et psychogériatrie sont en minorité à côté de ceux/celles n'ayant aucun des deux (66%). À la question de l'expérience professionnelle en gériatrie :

- 41% des sondés ont entre 1 et 5 ans d'expérience ;
- 25% ont entre 6 et 10 ans d'expérience ;
- 13% ont moins d'un an d'expérience ;
- 6% ont plus de 35 ans d'expérience ;

1. Les motivations à travailler en gériatrie aiguë

Deux questions bien différentes ont été posées aux infirmier(e)s concernant leurs motivations.

La première concernait les motivations les ayant poussés à travailler en gériatrie aiguë :

- 50% ont répondu qu'ils/elles avaient de l'intérêt pour la personne âgée et que la relation avec cette dernière était enrichissante ;
- pour 16% d'entre eux/elles, la prise en charge globale de la personne âgée et la possibilité d'avoir une continuité dans les soins étaient attrayantes ;
- 9% ont exprimé avoir eu une expérience de stage positive, apprécié la multidisciplinarité ainsi que la technicité et les polypathologies ;
- 9% se sont cependant sentis obligés de travailler en gériatrie.

La seconde question concernait les motivations actuelles à travailler dans le service de gériatrie aiguë :

- pour 25%, le contact avec les personnes âgées reste motivant (contre 50% à la question précédente) ;

- l'opportunité d'apprendre en continu grâce aux techniques et pathologies est exprimé par 22% des répondants ;
- 9% sont toujours motivés à travailler en gériatrie pour les raisons suivantes : le travail en collaboration, les soins variés et l'ambiance d'équipe ;
- en revanche, 13% ne trouvent plus aucune motivation à travailler en gériatrie aiguë.

En plus de ces deux questions, une question traitant de l'impact du stage sur les motivations des infirmier(e)s à travailler en gériatrie aiguë a été posée. Celle-ci laissait le choix au répondant de choisir un chiffre entre 0 (= aucun) et 10 (= très fort). De manière générale, pour 69% des infirmiers, leur stage en gériatrie aiguë a impacté positivement ($> 6/10$) leur volonté de travailler dans ce domaine. 25% des répondants ont trouvé que leur stage en gériatrie avait impacté à 7 sur 10 leur volonté de travailler en gériatrie contre 22% pour lesquels il n'y a eu aucun impact du stage (0/10).

2. L'attractivité de la gériatrie vue par les infirmier(e)s

Lorsque l'on interroge les infirmier(e)s sur les trois mots-clés décrivant la gériatrie selon eux/elles, ceux-ci sont majoritairement « négatifs ». Effectivement, l'un des mots-clés ressortant le plus est « la charge de travail lourde » (63%) suivi du « manque de personnel » (25%). D'autres mots-clés ont été cités par 19% du personnel tels que : la dépendance, les soins de base/chronicité et, par 16% du personnel, le manque de reconnaissance et de valorisation. Des mots-clés positifs ont aussi été exprimé tels que : l'empathie/l'écoute/la patience (19%), la prise en charge globale/la complexité (19%) et la multidisciplinarité (16%).

Concernant la problématique d'attractivité du personnel infirmier dans les services de gériatrie aiguë, seulement 3% des 32 infirmier(e)s estiment que le manque d'attractivité des services de gériatrie aiguë ne se fait pas ressentir. Cela signifie donc que 97% des infirmier(e)s ressentent un manque d'attractivité de la gériatrie pour la profession. Ces dernier(e)s l'associent à plusieurs attributs proposés dans le questionnaire :

- la charge de travail physique et psychologique importante (91%) ;
- le manque de personnel infirmier (88%) ;
- le manque de reconnaissance (53%) ;
- le recours fréquent aux intérimaires (44%) ;
- personnel infirmier trop peu qualifié pour un service de gériatrie aiguë (22%).

La dernière question traitait des propositions émises par les infirmier(e)s pour améliorer l'attractivité du service de gériatrie aiguë. Pour cette question, les participants ont eu le choix d'ajouter leurs propres propositions à celles déjà inscrites au questionnaire. Ci-dessous, les propositions les plus souvent citées :

- mieux revaloriser financièrement les infirmier(e)s ayant une spécialisation/qualification en gériatrie (59%) ;
- revoir à la hausse les normes d'encadrement dans les services de gériatrie (53%) ;
- renforcer le contenu de la formation sur les soins gériatriques (50%) ;
- privilégier les stages cliniques de gériatrie en hôpital plutôt qu'en maison de repos et de soins (44%) ;
- privilégier un meilleur encadrement des étudiants en stage (41%) ;
- créer de nouveaux projets spécifiques aux services de gériatrie aiguë (38%).

Parmi les propositions émanant des participants, 9% ont exprimé qu'il serait intéressant de mieux valoriser tou(te)s les infirmier(e)s travaillant en gériatrie, 6% ont proposé de fournir le matériel et les formations adéquates pour réduire la charge de travail. Enfin, 3% ont notamment proposé de déstigmatiser les personnes âgées, d'engager du personnel qualifié, de privilégier les stages en dernière année, de créer des services de plus petite taille et de renforcer la cohésion d'équipe.

VI. QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES COORDINATRICES DE LA SPÉCIALISATION INTERDISCIPLINAIRE EN GÉRIATRIE ET PSYCHOGÉRIATRIE

Sur les sept coordinatrices interrogées, toutes étaient des femmes. Parmi les sept coordinatrices interrogées par questionnaire en ligne, 100% sont coordinatrices à temps plein et n'exercent plus en tant qu'infirmière.

Parmi les professeurs donnant cours de gériatrie, 57% tentent de véhiculer une image la plus réelle possible aux étudiants. Parallèlement, 29% se concentrent sur la transmission d'une image positive et 14% tentent d'allier les deux.

La spécialisation interdisciplinaire en gériatrie et psychogériatrie se fait connaître principalement lors de la dernière année de bachelier (86%) et/ou lors du cursus de l'étudiant (71%).

Selon les coordinatrices, la raison de l'absence de motivation des étudiants à faire une spécialisation est expliquée par la charge de travail lourde en gériatrie (43%), l'image négative que la gériatrie reflète (29%) et la chronicité dans le travail (29%).

La diminution très forte du taux d'inscription des infirmier(e)s en spécialisation de gériatrie est constatée par 43% des coordinatrices au cours des 5 dernières années. Pour 29%, cette chute du taux d'inscription est marquée. Cela s'expliquerait, d'après elles, par l'augmentation de la durée d'étude du bachelier en soins infirmiers (57%) et la dévalorisation de la spécialisation (57%) notamment induite par le système IFIC (29%). Cette chute du taux d'inscription se fait d'autant plus remarquer que le taux d'inscription des paramédicaux dans cette même-spécialisation n'a pas chuté selon 57% des coordinatrices.

L'amélioration de l'image de la gériatrie devrait, selon les coordinatrices, se faire en véhiculant une image positive (43%), en revalorisant la spécialité de la gériatrie (43%) et en privilégiant les stages en hôpital (29%).

DISCUSSION

La discussion aura pour but de mettre en avant les points importants obtenus grâce à la partie empirique. Les résultats seront mis en liens avec les hypothèses émises en début de chapitre, avec les objectifs et avec la littérature abordée dans la partie théorique.

L'ensemble des objectifs ont été imaginés en vue de trouver des leviers disponibles pour répondre à la question de recherche principale : « *Quelles solutions existe-t-il pour attirer les infirmier(e)s dans les services de gériatrie aiguë ?* ». Il est entendu que les résultats obtenus via les entretiens qualitatifs et les questionnaires quantitatifs ne se veulent pas généralisables ni applicables à tous les services de gériatrie aiguë. Cependant, les résultats permettent de mettre en avant les éléments pouvant avoir un impact réel sur le terrain à tous niveaux hiérarchiques.

Tout au long de cette recherche, il est apparu petit à petit évident que les solutions pour améliorer l'attractivité des services de gériatrie aiguë résidaient d'abord dans un travail consciencieux et persévérant à réaliser auprès des étudiants infirmiers.

À la lecture des résultats obtenus auprès des quarante étudiants infirmiers, on peut s'étonner d'apprendre que l'image de la gériatrie ne semble pas être aussi négative que ce qui est mentionné dans littérature puisque seulement 19% d'entre eux en ont fait part. Une grande majorité des étudiants semblent d'ailleurs motivés à réaliser leur stage en gériatrie. Mais celui-ci n'apparaît pas comme étant générateur d'un changement de vision de la gériatrie puisque beaucoup d'entre eux n'ont pas émis de changement en post-stage.

Pourtant, le stage clinique représente un moment-clé dans la formation des étudiants infirmiers puisqu'il est considéré dans la littérature comme ayant le plus d'impact (Hebditch M., 2020). L'impact d'un stage positif de gériatrie sur les motivations à faire carrière dans cette discipline a été mentionné comme facteur déterminant par la majorité des infirmier(e)s chefs et des infirmier(e)s interrogé(e)s. En effet, cet impact est déterminant puisque l'un des principaux facteurs expliquant le manque d'attractivité du secteur repose sur l'expérience de stage (Shen J. et al., 2012). De plus, l'influence des cours sur la vision de la gériatrie de la part des étudiants infirmiers est très faible. Ce résultat serait intéressant à approfondir afin de connaître leurs attentes vis-à-vis des cours de gériatrie et de développer des méthodes plus adaptées. Le but

étant donc de parvenir à développer une culture gériatrique auprès des étudiants (Daïeff S. et al., 2008) en trouvant le juste milieu entre pratiques théoriques gériatriques et réalité de terrain.

L'ensemble des résultats obtenus nous amènent à comprendre que les services de gériatrie aiguë souffrent certes, d'une image négative, mais que celle-ci n'est certainement pas l'unique cause du manque d'attractivité du secteur pour les infirmier(e)s. D'après les réponses obtenues via le questionnaire distribué aux étudiants, le contenu théorique et pratique des cours de gériatrie en soins infirmiers influencent grandement ces derniers dans leur volonté de travailler en gériatrie aiguë.

Outre le travail à réaliser auprès des étudiants, un travail sur l'attractivité de ces services pour les infirmier(e)s est aussi à effectuer. L'image négative que traîne la gériatrie semble prédominer auprès des soignants de terrain (cadres, infirmier(e)s chefs et infirmier(e)s) ce qui n'a pas empêché quasi l'ensemble de ceux-ci/celles-ci à y travailler volontairement. Cela signifie peut-être que l'image négative portée sur la gériatrie se serait développée au cours de leur carrière dans le domaine. La charge de travail physique et psychique lourde, le manque de personnel et le manque de valorisation sont des mots dominant dans le discours de chacun des intervenants. On pourrait donc en déduire que cela reflèterait la réalité du terrain et aurait un impact considérable sur les motivations actuelles des infirmier(e)s à continuer de travailler en gériatrie aiguë. Les cadres intermédiaires et infirmier(e)s chefs semblent avoir conscience de cette réalité. D'ailleurs, le bien-être des travailleurs est un sujet mis en avant par les entretiens semi-directifs. Il est évoqué autant par les cadres intermédiaires que les chefs infirmier(e)s. La bienveillance de l'infirmier(e) chef ainsi que ses qualités de leadership se font connaître (bouche à oreille, intérim, stages, ...) et influencent directement l'attractivité du service de gériatrie. Ce sujet n'a pu être abordé via les questionnaires mais il se fait ressentir lorsque les infirmier(e)s évoquent l'importance du travail en collaboration ainsi que l'ambiance de travail au sein de l'équipe.

Enfin, l'ensemble de la recherche aura également permis de mettre en avant que le travail des infirmier(e)s en gériatrie reste trop peu connu auprès des étudiants infirmiers et des infirmier(e)s en général, ce qui se confirme par la littérature (Sylvain H. et al., 2014).

Cette recherche ne peut se clôturer sans émettre des recommandations, ainsi que des limites et perspectives. Celles-ci seront donc explicitées dans les prochaines pages.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui vont suivre sont à considérer comme des pistes de solutions et sont inspirées de la partie théorique (notamment de l'approche théorique du concept des hôpitaux magnétiques), des entretiens/questionnaires et de mon expérience personnelle. Elles sont non-exhaustives.

- **Adapter les cours théoriques à la réalité de terrain** en privilégiant l'alternative de cours très théoriques avec des cours donnés par des personnes de terrain afin de concrétiser la théorie. Le cas échéant, laisser la possibilité à des infirmier(e)s de terrain de présenter la gériatrie, en quelques mots, dans les Hautes Ecoles en soins infirmiers et ce, pour chaque année d'étude.
- En stage, laisser l'opportunité aux étudiants **d'apprendre à connaître le rôle propre de l'infirmier(e) en gériatrie** et la réalité du travail de l'infirmier(e). C'est-à-dire, après vérification des connaissances de l'étudiant par rapport aux soins de bases, privilégier le binôme de travail infirmier(e) - étudiant durant le stage.
- Afin de permettre un binôme de travail infirmier(e) - étudiant efficace, il serait d'autant plus intéressant d'imposer aussi un **stage en gériatrie aiguë au cours de la troisième ou quatrième année**. Cela afin de permettre à l'étudiant de faire des liens pertinents avec l'ensemble de la théorie parcourue. Ce stage ne doit pas mettre à mal la réalisation d'un stage lors de la première ou deuxième année d'étude étant donné l'utilité de ce dernier pour l'apprentissage des soins et techniques de base.
- Investir un maximum dans **l'accueil des étudiants et dans l'encadrement** de ceux-ci. Les infirmier(e)s référent(e)s étant à considérer comme étant des coordinateurs(trices) au sein de l'équipe afin que l'accueil et l'encadrement soient une affaire pour tous. Pour aider l'équipe à cela, les référent(e)s peuvent créer une brochure explicative à destination des étudiants (reprenant l'ensemble des spécificités du service et des patients). Les référent(e)s peuvent également écrire une brochure explicative à destination des collègues infirmier(e)s (reprenant les points essentiels pour l'encadrement des étudiants infirmiers).
- En stage, permettre aux étudiants de faire l'expérience de la **collaboration avec des intervenants pluridisciplinaires**. Inviter les étudiants à participer aux réunions pluridisciplinaires, à intervenir dans certaines discussions à propos des patients, à

participer au rapport oral infirmier(e)/médecin, à passer une journée ou un moment avec l'un des intervenants pour connaître leur métier.

- Expliquer le contenu des différentes spécialisations tout au long du bachelier en soins infirmiers étant donné que souvent, en dernière année, les étudiants savent déjà vers quelle spécialisation ils se dirigent. Autrement dit, **présenter la spécialisation en gériatrie dès les premières années** en véhiculant une image positive et réaliste. Le but étant de se faire connaître mais aussi de ne pas idéaliser le travail en gériatrie.

En intra hospitalier

- Lors du recrutement, continuer de permettre aux futurs candidats de se faire une idée du service de gériatrie dans lequel il postule, en laissant l'opportunité de **rencontrer l'infirmier(e) chef et l'équipe**.
- **Encourager les formations continues gériatriques obligatoires** auprès de l'ensemble du personnel infirmier. Cela est nécessaire puisque chacun(e) peut être amené(e) à soigner une personne âgée. Ces formations seraient présentées par des infirmier(e)s gériatriques. Ceci dans le but de faire connaître la gériatrie sous tous ses aspects auprès des infirmier(e)s d'autres services.
- Insister sur le travail en **binôme des infirmier(e)s et aides-soignant(e)s** (personnel de soutien) afin de permettre à l'infirmier(e) de déléguer certains actes en vue de se concentrer pleinement sur les actes infirmiers. Il s'agit donc de **promouvoir les métiers de soutien**.
- Veiller au **recrutement d'infirmier(e)s chefs ayant une expertise en gériatrie aiguë et des qualités de leadership**. Ceci dans le but de créer une cohésion d'équipe solide, de favoriser la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, de créer une culture d'amélioration continue de la qualité des soins, d'intégrer les nouveaux engagés, les infirmier(e)s externes ainsi que les étudiants à l'équipe. Il est également important de privilégier un(e) chef ayant des qualités d'écoute, d'empathie et qui soit capable de veiller à l'équilibre vie professionnelle et familiale pour son équipe. Enfin, il est préférable que l'infirmier(e) chef soit bienveillant(e), passionné(e) par la gériatrie et expert(e) dans le domaine.
- **Créer de nouveaux projets spécifiques à la gériatrie en intra hospitalier** dans l'optique : d'une part, se faire connaître dans tout l'hôpital et d'autre part, de permettre aux infirmier(e)s de se sentir utile, engagé(e)s et de se développer professionnellement.

- De même, permettre aux infirmier(e)s de **se développer professionnellement** via la participation à des formations de leur choix. Ceci dans le but de créer des référent(e)s pour chaque aspect spécifique de la gériatrie.
- Insister sur le **développement d'une liaison interne gériatrique optimale** puisqu'effectivement, celle-ci permet de faire connaître ce qu'est la gériatrie au sein des différents services.

Enfin, d'autres recommandations abordées ci-dessous ne dépendent pas des acteurs de terrain mais plutôt des politiques et sont donc difficilement modifiables et atteignables.

- **Revoir les normes d'encadrement à la hausse dans les services de gériatrie aiguë** (> de 14,13 ETP) afin de, non seulement permettre aux infirmier(e)s d'encadrer les étudiants infirmiers au maximum mais aussi, de réaliser au mieux leur travail auprès des patients et, in fine, garantir la meilleure qualité des soins possible. Cette révision à la hausse serait un pari intéressant pour l'hôpital et ce, même sans subsides, puisque cela impacterait directement sur l'amélioration de l'attractivité, le bien-être du personnel, la qualité des soins, la baisse des certificats médicaux, la fidélisation du personnel, ...
- **Revaloriser financièrement :**
 - Les infirmier(e)s de manière générale.
 - Les infirmier(e)s spécialisé(e)s/qualifié(e)s en gériatrie ainsi que les infirmier(e)s ayant acquis une expérience dans le domaine au fil des années.
- **Octroyer une reconnaissance aux étudiants** ayant réalisés leurs études sur quatre ans.
- Revoir à la **hausse les normes concernant la présence des infirmier(e)s titré(e)s/qualifié(e)s** dans les services de gériatrie aiguë en vue d'améliorer la qualité des soins (> de 5 ETP).

On le constate donc ici, la prise de conscience par les politiques du vieillissement de la population mais aussi de tout ce que cela entraîne (polypathologies, polymédication, hospitalisations à répétition, ...) est primordiale pour adopter des prises de décisions en adéquation avec la réalité des services de gériatrie aiguë.

LIMITES ET PERSPECTIVES

Durant la réalisation de cette étude, j'ai été confrontée à plusieurs limites de différents ordres. Ces limites ont été prises en compte de manière à ouvrir de nouvelles perspectives de recherche sur le sujet.

La première limite étant celle de la pauvreté des ressources scientifiques qui abordent la problématique de l'attractivité de la gériatrie aiguë pour le personnel infirmier. Souvent, l'attractivité est un sujet de recherche d'ordre générale et ne cible pas spécifiquement la gériatrie hospitalière. Il a donc fallu adapter chaque ressource au sujet de ma recherche.

La deuxième limite repose sur le nombre de personnes restreint à interroger afin de réaliser un mémoire clair et concis à rendre dans les temps. Effectivement, la gériatrie et le sujet de l'attractivité du personnel infirmier dans ce secteur m'intéressent. Dès lors, il aurait été aussi intéressant d'interroger des chefs infirmier(e)s et des infirmier(e)s externes à la gériatrie afin d'obtenir leur vision de la gériatrie et de connaître quels seraient les éléments qui les pousseraient à travailler dans ce type de service. Le but étant de voir la problématique sous un œil différent de ceux/celles travaillant en gériatrie aiguë.

La troisième limite est liée à la deuxième. Elle réside dans le fait que ce sont probablement des personnes intéressées par le sujet qui ont accepté de répondre à mes questions (tant via les entretiens semi-directifs que via les questionnaires). Ceci peut induire un biais de sélection dans les réponses obtenues, d'où l'intérêt d'interroger des soignants (chefs et infirmier(e)s) extérieurs aux services de gériatrie aiguë.

La quatrième limite repose dans l'impossibilité d'avoir pu évaluer le changement de la vision de la gériatrie aiguë, par les étudiants infirmiers, avant et après leur stage en gériatrie hospitalière. Il aurait été utile de connaître les éléments leur ayant permis de faire évoluer leur vision. A contrario, dans le cas où leur vision n'aurait pas changé, il aurait été intéressant d'en connaître les causes. Cela reste donc une piste de recherche.

La cinquième limite concerne la méthodologie. Des focus-group aurait été enrichissants dans le cadre de ce mémoire. Malheureusement, en raison du peu de temps disponible pour les cadres, les infirmier(e)s chefs d'unités et les ICANE, ainsi que de la covid 19, ceux-ci n'ont pas pu être réalisés.

La dernière limite souligne que certaines des pistes de solutions dépendent beaucoup de décisions politiques qui ne sont pas accessibles par les professionnels de terrain. Ces derniers l'ayant exprimés à plusieurs reprises. Il serait dès lors très intéressant de sonder le terrain politique afin de comprendre l'enjeu que cette problématique représente pour eux. Cela pourrait ainsi se faire via des entretiens, des focus group, des réunions avec les différents acteurs : ministres de la santé, directeur(trice) du département infirmier d'un hôpital, cadre intermédiaire/chef infirmier(e) responsable d'un service de gériatrie aiguë, infirmier(e)s de terrain, responsable de l'association COMPAS et d'autres associations de gériatrie en Belgique.

Etant donné le sujet très large que représente l'attractivité de la gériatrie, d'autres recherches s'ouvrent à nous :

- La problématique d'attractivité dans ce secteur ne concerne peut-être pas uniquement le personnel infirmier. La recherche pourrait alors se concentrer aussi sur les médecins, les paramédicaux et les aides-soignant(e)s. Avant de réaliser celle-ci, il sera nécessaire de se renseigner sur l'existence de la problématique pour ces disciplines.
- Cette recherche serait tout aussi intéressante à développer auprès des MR et MRS afin d'obtenir des pistes d'actions réalisables sur le terrain et correspondant à leurs besoins spécifiques en fonction de leur structure propre. Pour ce faire, une recherche pourrait être réalisée auprès des directeurs(trices) ainsi que des infirmier(e)s chefs pour connaître leurs besoins, leurs avis concernant l'attractivité du domaine. Cela pourrait se faire via des focus-group mais aussi via des questionnaires distribués à l'ensemble des infirmier(e)s et aides-soignant(e)s concernées par l'étude.
- Aborder les avantages/désavantages qu'il y aurait à la création d'un poste d'infirmier(e) coordinateur(trice) au sein des unités de gériatrie aiguë. Ce poste serait créé dans le but de décharger le personnel infirmier de tout l'aspect « coordination des soins ». Il permettrait de renforcer les relations pluridisciplinaires. Cet(te) infirmier(e) aurait également comme rôle de s'occuper du suivi à la sortie du patient, de renseigner les familles sur l'état de santé du patient hospitaliser, de s'attarder sur l'éducation thérapeutique du patient en vue de préparer son retour à domicile ou en MR. Et, lors du

retour à domicile ou en institution, il effectuerait la liaison entre les informations hospitalières et les intervenants extérieurs.

- La période covid a été abordée lors des entretiens semi-directifs. Effectivement, depuis la première vague, le personnel infirmier des unités fermées (one day, chirurgie, psychiatrie, ...) a été amené à travailler en unité covid. Durant les deux premières vagues, les unités de gériatrie aiguë ont souvent fini par devenir des unités covid, conduisant ainsi les infirmier(e)s des unités fermées à travailler continuellement au contact de personnes âgées présentant des profils gériatriques. Ce personnel infirmier a donc non seulement dû faire face à la prise en soins de patients covid (totalement inconnue au départ et difficilement gérable par la suite) mais aussi à celle de patients gériatriques. Cette prise en soins exceptionnelle a conduit ces infirmier(e)s à une série de questionnements, de difficultés et sentiments positifs ou négatifs.

Face à cette situation sans pareil, l'après-covid constitue alors une recherche de haute importance tant sur l'attractivité du métier d'infirmier(e) en général mais aussi sur la (re)découverte de la prise en soins des personnes âgées ; questionnement sur le ressenti des infirmier(e)s, les éventuelles frustrations, les difficultés, l'apport de cette période covid sur le contact humain avec cette population, l'intérêt pour les personnes âgées, les leviers d'amélioration de l'attractivité des services de gériatrie aiguë selon ce personnel infirmier.

Enfin, la fidélisation du personnel infirmier dans les services de gériatrie hospitalier est un sujet qui va de pair avec l'attractivité. Lors de la constitution initiale de ce mémoire, ce sujet devait être intégré comme étant un chapitre. Cependant, avec le recul, j'ai réalisé que la fidélisation des infirmier(e)s dans ce domaine représentait un sujet d'étude à part entière avec une méthode de collecte des données bien différente. La littérature sur les hôpitaux magnétiques souligne le lien existant entre attractivité et fidélisation. Ce lien ainsi que la thématique de fidélisation en gériatrie aiguë, constitueraient des sujets de mémoire très intéressants à traiter dans la continuité de celui-ci.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Une étude du KCE datant de 2020 tend à vouloir urgemment mettre en œuvre des mesures pour améliorer l'attractivité des services de gériatrie. Face à l'évolution continue du vieillissement de la population, à tous les enjeux que cela représente et à la problématique de pénurie de personnel infirmier, le KCE a jugé nécessaire d'en faire une de ses priorités.

La priorité du KCE réside en un défi de taille, étant donné les interventions touchant une multitude d'acteurs. L'objectif de ce mémoire visait à présenter des solutions pour améliorer l'attractivité de la gériatrie aiguë (précisément) en tenant compte de cette variable. Pour ce faire, des hypothèses ont été réfléchies afin de créer un fil conducteur. Cette étude et les trois hypothèses ci-dessous, nous aurons permis de générer de nouvelles perspectives théoriques.

- 1) Les services de gériatrie aiguë en Belgique souffrent d'un manque d'attractivité lié à une mauvaise image de la discipline.
- 2) La formation théorique et pratique des étudiants en soins infirmiers influence fortement leur appréciation de la gériatrie en général.
- 3) Les qualités de leadership de l'infirmier(e) chef ont une influence positive sur l'attractivité d'un service de gériatrie aiguë.

Passionnée par la gériatrie et constatant autour de moi la réticence à faire cette spécialisation, la diminution du taux d'inscription dans ce domaine ainsi que le manque de volonté à travailler en gériatrie aiguë, j'ai voulu connaître les causes du manque d'attractivité de ce secteur auprès des acteurs de terrain.

A l'issue de cette recherche, certains résultats obtenus étaient attendus. La réalité de terrain reflète les difficultés liées à la charge de travail physique et psychique lourde et au manque de personnel. Par ailleurs, les cadres intermédiaires et les infirmier(e)s chefs ont conscience de la problématique dans le secteur. Parallèlement, les résultats obtenus auprès des étudiants en soins infirmiers surprennent. On découvre qu'une majorité d'entre eux est motivée à l'idée de faire un stage en gériatrie et que celui-ci permet d'estomper leurs craintes à l'égard de la population âgée.

Finalement, les étudiants interrogés n'ont pas l'image négative que nous pouvions imaginer. En effet, ces étudiants voient la gériatrie comme étant enrichissante et intéressante. Elle leur permet de développer davantage de connaissances sur les nombreuses pathologies et médications dans le domaine. Le stage en gériatrie aiguë leur permettrait donc d'apprendre à réaliser des prises en soins holistiques et à se développer professionnellement.

Les résultats de cette recherche tendent à davantage intégrer les étudiants infirmiers au sein de l'équipe nursing et pluridisciplinaire en les faisant prendre part à toutes les activités du service. Par ailleurs, ces résultats renforcent la nécessité de s'inspirer des quatorze forces du magnétisme hospitalier en matière d'attractivité ainsi que de fidélisation du personnel infirmier en gériatrie aiguë.

Au terme de ce mémoire, des pistes de solutions non-exhaustives ont émergées et laissent place à d'autres interrogations. L'une d'entre elles pourrait se concentrer sur le développement des liens existants entre : la motivation constatée des étudiants à aller en stage de gériatrie aiguë, l'image qu'ils ont de la gériatrie et la minorité d'étudiants enclin à faire (une partie de leur) carrière en ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

American Nurses Credentialing center. *Why become Magnet ?* S.d. [consulté le 15 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/why-become-magnet/benefits/>

Association belge des praticiens de l'art infirmier. *La Directive Européenne sur la formation infirmière enfin transposée en droit belge !* 2016 [consulté le 24 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.infirmieres.be/actualites/la-directive-europeenne-sur-la-formation-infirmiere-enfin-transposee-en-droit-belge>

Association belge des praticiens de l'art infirmier (2018). Sire, on vous ment !, *infor nursing*, 190, p. 3-5.

Balard F., Kivits J., Schrecker C., Voléry I. (2016). L'analyse qualitative en santé, « *Les recherches qualitatives en santé* », p.167-185.

Baret C., Dumas F., Mairesse C., Randon S., (2013). Exploiter une enquête de satisfaction pour identifier les principaux facteurs de fidélisation des personnels, « *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise* », 8, p.124-134.

Bouchard P., Vézina S. (2015). L'attraction organisationnelle et les valeurs des jeunes : le cas du personnel infirmier en milieu hospitalier, *Minorités linguistiques et société*, 6, p.183-201.

Brown J., Nolan M., Davies S., Nolan J., Keady J. (2008). Transforming students' views of gerontological nursing : realizing the potential of 'enriched' environments of learning and care : a multi-method longitudinal study, *International Journal of Nursing Studies*, 45, p.1214-1232.

Brunelle Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, *pratiques et organisations des soins*, vol. 40, p.39-48.

Carlson E. (2013). Meaningful and enjoyable or boring and depressing? The reasons student nurses give for and against a career in aged care, *Journal Of Clinical Nursing*, 24, p.602-604.

Chaminade B. *Attirer et fidéliser les bonnes compétences*, Afnor, 2019, 337 p.

Charbonnier-Voiri A., Vignolles A. (2015). Marque employeur interne et externe, *revue française de gestion*, 246, p. 63-82.

Chenoweth L., Merlyn T., Jeon Y-H., Tait F., Duffield C. (2014). Attracting and retainin qualified nurses in aged and dementia care : outcomes from an Australian study, *Journal of Nursing Management*, 22, p. 234-247.

Chi M-J., Shyu M-L., Wang S-Y., Chuang H-C., Chuang Y-H. (2016). Nursing Students' Willingness to care for older adults in Taiwan, *Journal Of Nursing Scholarship*, 48 : 2, p.172-178

Estryn-Béhar M., Van Der Heijden B., Fry C., Hasselhorn H-M. (2010). Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants, *recherche en soins infirmiers*, 103, p.29-45

Fournier C. (2011). La prise en compte des motivations des élèves soignants : éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussis, *journal d'économie médicale*, vol.29, p.323-335

Fray A., Morin L., Renaud S. (2015). L'attraction des salariés de la génération Y : Analyse des attentes selon le genre et le niveau de poste, *gestion 2000*, vol. 32, p. 117 – 132

Garbrah W., Välimäki T., Palovaara M., Kankkunen P. (2017). Nursing curriculums may hinder a career in gerontological nursing: an integrative review, *International Journal of Older People Nursing*, 12, p. 1-11.

Haron Y., Levy S., Albagli M., Rotstein R., Riba S. (2013). Why do nursing students not want to work in geriatric care ? A national questionnaire survey, *International Journal Of Nursing Studies*, 50, p. 1558-1565

Haute Ecole Libre de Mosane. *Bachelier infirmier responsable de soins généraux*. 2020 [consulté le 21 décembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.helmo.be/Formations/Paramedical/Bachelier-en-Soins-infirmiers/Grille-de-cours-4-ans.aspx>

Hebditch M., Daley S., Wright J., Sherlock G., Scott J. et Banerjee S. (2020). Preferences of nursing and medical students for working with older adults and people with dementia : a systematic review, *BMC Medical Education*, p.1-11.

HELB Ilya Prigogine. *Programme de bachelier infirmier responsable de soins généraux*. 2020 [consulté le 21 décembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.helb-prigogine.be/wp-content/uploads/2020/10/SI-Architecture-2020-2021-links.pdf>

IFIC. *Implémentation du nouveau modèle salarial : publication d'un nouvel arrêté royal concernant les titres professionnels particuliers et les qualifications professionnelles particulières !* S.d. [consulté le 25 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.if-ic.org/fr/arrete-royal-tpp-qpp>

Jeon Y., Merlyn T., Chenoweth L. (2010). *Leadership and management in the aged care sector: A narrative synthesis*, *Australasian Journal on Ageing*, vol.29, 2, p.54-60.

KCE. *Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité*. 2017 [consulté le 24 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/T%C3%A9l%C3%A9charger%20la%20synth%C3%A8se%20en%20fran%C3%A7ais%20%2884%20p.%29.pdf>

KCE. *Année internationale des infirmiers : il en faut davantage !* 2020 [consulté le 26 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>

Lundmark V.A. (2008). *Magnet Environments for Professional Nursing Practice, Patient Safety and Quality : an Evidence-Based Handbook for Nurses*, vol. 3, p. 69-90.

Meurens P. (2019-2020). La motivation au travail, *WFSP 2260 : management humain et comportement organisationnel*, cours UCLouvain.

Moniteur belge. *Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers*. 2007 [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2007022208&la=F#:~:text=Le%20programme%20de%20soins%20pour%20le%20patient%20g%C3%A9riatrique%20est%20ax%C3%A9,le%20suivi%20du%20patient%20g%C3%A9riatrique

Moniteur belge. *Arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie*. 2007 [consulté le 25 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2007041941&table_name=loi&&caller=list&F&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=\(text+contains+\(%27%27\)\)](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2007041941&table_name=loi&&caller=list&F&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=(text+contains+(%27%27)))

Moniteur belge. *Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour les titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables*. 2018 [consulté le 25 octobre 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2018073007&table_name=loi

OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies, Commission Européenne. *Profils de santé par pays dans l'Union Européenne*. 2019 [consulté le 26 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf

Oster I., Pallesgaard Munk K., Henriksen J., 2017. Career dreams among health care students: I want to make a difference, *Gerontology & Geriatrics Education* 2017 [consulté le 26 juillet 2020] ;40:3. Disponible sur le site Web : <https://doi.org/10.1080/02701960.2017.1311881>

Pacolet J., Deliege D. et al. *Viellissement, aide et soins de santé en Belgique*. 2005 [consulté le 26 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.inca-cgil.be/wp-content/uploads/2015/03/Vieillissement-aide-et-soins-de-sant%C3%A9-en-Belgique-2005.pdf>
Parnasse – ISEI. *Programme de cours 2020 – 2021 pour le bachelier d'infirmier responsable de soins généraux*. 2020 [consulté le 21 décembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://progcours.vinci.be/cocoon/programmes/M1ISGW01_C.html

Peretti J-M. *Dictionnaire des ressources humaines*, Vuibert, 2015, 287 p.

Petit R., Zardet V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management, *@GRH*, n°22, p. 31-54.

Petit-dit-Dariel O. (2015). L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ?, *revue francophone internationale de recherche infirmière*, 1, p. 197-204.

Shen J., Xiao L. (2012). Factors affecting nursing students' intention to work with older people in China, *Nurse Education Today*, 32, p.219-223.

StatBel. *Eclairage sur la panne de fécondité à moyen terme et confirmation du vieillissement de la population à long terme*. 2019 [consulté le 26 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/eclairage-sur-la-panne-de-fecondite-moyen-terme-et-confirmation-du-vieillissement-de-la>

Stordeur S. (2004). Les caractéristiques organisationnelles des Magnet hospitals : une réponse au départ prématuré des infirmières (recherche européenne NEXT) ?, *Mémento de l'art infirmier*, Wolters Kluwer, p.83-99.

Stordeur S., D'Hoore W., the NEXT-Study Group (2006). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1), p. 45-58.

Stordeur S., D'hoore W. (2009). Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse, *cadre de santé*, 243 p.

Sylvain H., Ouellet N, Guinchard B., Python N (2012). *Soigner les personnes âgées : facteurs d'attractivité et de rétention des infirmières. Perspectives croisées Bas-Saint-Laurent (Québec, CA) et Canton de Vaud (CH)*, rapport de recherche, 82 p.

Sylvain H., Ouellet N, Guinchard B., Python N (2014). Vers une pénurie d'infirmières en soins gériatriques : mieux connaître pour attirer et retenir, *perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, p.43-45.

Teller M. (2015). Hospitalité pour les aînés. Prendre soin des personnes âgées fragilisées, *édition de la Fondation Roi Baudouin*, p. 1-36

Van de Berg L. & Heinderyckx S. *Pénurie d'infirmiers: l'allongement des études a des répercussions*. 2019 [consulté le 26 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.rtbef.be/info/societe/detail_penurie-d-infirmiers-l-allongement-des-etudes-a-des-repercussions?id=10287433

Zanella L. (2019). L'hôpital magnétique, *JM Hospitals*, 4, p.24-25

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien à destination des cadres intermédiaires

Bonjour, je suis Meryem Djessas, infirmière en gériatrie et étudiante en master en sciences de la santé publique. Je réalise un mémoire abordant le thème de l'attractivité des services de gériatrie aiguë. C'est pourquoi je désire faire appel à votre expertise professionnelle dans le domaine.

- Existe-t-il des projets concernant l'attractivité du personnel infirmier en général ?
Si oui, lesquels ?
Si non, pourquoi ?
- Existe-t-il des projets ciblés sur l'attractivité des infirmiers dans les services de gériatrie ?
Si oui, lesquels ?
Si non, pourquoi ?
- Qui participe au recrutement ? Quels sont leurs rôles distinctifs ?
- Pensez-vous que l'attractivité de ces services est influencée par les qualités du chef infirmier (durant les stages par exemple) ? Si oui, quelles qualités devrait-il développer ? Existe-t-il, selon vous, des qualités spécifiques à la gériatrie ?
- De quelle manière imaginez-vous renforcer l'attractivité dans les services de gériatrie ?

Merci pour le temps consacré à cette interview !

Annexe n°2 : Guide d'entretien à destination des infirmier(e)s chefs de services de gériatrie aiguë et des ICANE

Bonjour, je suis Meryem Djessas, infirmière en gériatrie et étudiante en master en sciences de la santé publique. Je réalise un mémoire abordant le thème de l'attractivité des services de gériatrie aiguë. C'est pourquoi je désire faire appel à votre expertise professionnelle dans le domaine.

- Pour commencer, parlez-moi de votre parcours professionnel.
- Pouvez-vous me parler en quelques mots de l'image de la gériatrie auprès des infirmiers.
- Selon vous, qu'est-ce qui explique l'image négative dont souffre la gériatrie ?
- Quel est l'impact de cette image négative sur les services de gériatrie aiguë ? (Au niveau des infirmiers)
- Les étudiants infirmiers réalisent tous au moins une fois un stage en gériatrie aiguë, d'après-vous, comment mesurez-vous l'impact des stages de gériatrie sur la volonté de faire carrière en gériatrie aiguë ?
- Enfin, d'après-vous, quel rôle avez-vous personnellement comme chef/ICANE dans l'attractivité d'un service de gériatrie aiguë ?
- A votre échelle, quelles propositions auriez-vous pour améliorer l'attractivité de ces services ?

Merci d'avoir consacré du temps à cette interview.

Annexe n°3 : questionnaire papier - les infirmier(e)s et l'attractivité des services de gériatrie aiguë : quelles motivations ?

Ce questionnaire vous est distribué dans le cadre d'un mémoire de master en sciences de la santé publique traitant de l'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier. Le but étant d'avoir une vision de vos motivations à travailler en gériatrie aiguë. Toutes les données récoltées sont anonymes et uniquement traitées dans le cadre de ce mémoire.

1. Sexe :
 - ◇ Femme
 - ◇ Homme
 2. A quelle tranche d'âge correspondez-vous ?
 - ◇ < 20 ans
 - ◇ 20 – 25 ans
 - ◇ 26 – 30 ans
 - ◇ 31 – 40 ans
 - ◇ > 40 ans
 3. Êtes-vous détenteur d'une spécialisation ou d'une qualification en gériatrie et psychogériatrie ? Si oui, entourez votre réponse dans la question.
 4. Combien d'années d'expérience avez-vous en gériatrie aiguë ?
 5. Votre lieu de travail actuel constitue-t-il votre premier job ?
 - ◇ Oui
 - ◇ Non. Expliquez votre parcours brièvement
 6. Quelles ont été vos motivations à travailler spécifiquement en gériatrie aiguë ?
 7. Quelles sont vos motivations actuelles ?
 8. Jusqu'à quel point vos stages cliniques ont-ils eu un impact sur votre motivation à choisir un service de gériatrie aiguë (0 = aucun ; 10 = très fort)
- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
9. En trois mots clés, quelle est l'image de la gériatrie aiguë auprès des infirmiers ?
 10. Ressentez-vous un manque d'attractivité des services de gériatrie pour les infirmiers ?
 - ◇ Non
 - ◇ Si oui, à quoi l'attribuez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Manque de personnel infirmier,

- Personnel infirmier trop peu qualifié pour un service de gériatrie aigue,
- Recours fréquent aux intérimaires,
- Charge de travail physique et psychologique importante,
- Manque de reconnaissance,
- Autre : ...

11. Quelles propositions imaginez-vous pour rendre plus attractif les services de gériatrie ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ◇ Renforcer le contenu de la formation sur les soins gériatriques,
- ◇ Privilégier les stages cliniques de gériatrie en hôpital plutôt qu'en maison de repos et de soins,
- ◇ Privilégier un meilleur encadrement des étudiants en stage,
- ◇ Revoir à la hausse les normes d'encadrement dans les services de gériatrie,
- ◇ Créer de nouveaux projets spécifiques aux services de gériatrie aigue,
- ◇ Mieux revaloriser financièrement les infirmières ayant une spécialisation/qualification en gériatrie,
- ◇ Autre : ...

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire,

Meryem Djessas

Annexe n°4 : questionnaire en ligne - la gériatrie aiguë, quelles impressions par les cours et par le stage ?

Ce questionnaire vous est distribué dans le cadre d'un mémoire de master en sciences de la santé publique traitant de l'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier. Le but étant d'avoir une vision de ce que les étudiants infirmiers pensent de la gériatrie aiguë.

Toutes les données récoltées sont anonymes et uniquement traitées dans le cadre de ce mémoire.

1. Sexe :

- ◇ Femme
- ◇ Homme

2. A quelle tranche d'âge correspondez-vous ?

- ◇ < 20 ans
- ◇ 20 – 25 ans
- ◇ 26 – 30 ans
- ◇ > 31 ans

3. En quelle année d'études en soins infirmiers êtes-vous ?

- ◇ 1^{ière} année bachelier/breveté en soins infirmiers
- ◇ 2^{ième} année bachelier/breveté en soins infirmiers
- ◇ 3^{ième} année bachelier/breveté en soins infirmiers
- ◇ 4^{ième} année bachelier/breveté en soins infirmiers

4. Si vous n'êtes PAS en année de spécialisation, envisagez-vous d'en faire une ? Si oui, laquelle ? Si non, pourquoi ?

5. Pour les 3^{èmes} et 4^{èmes} ; envisagez-vous de faire un TFE portant sur la gériatrie ? Si oui, de quel sujet traiterait-il ?

6. Avez-vous déjà une idée du type de service dans lequel vous aimeriez travailler une fois diplômé ? Si oui, lequel et pourquoi ?

7. Considérant les cours, pour vous, la gériatrie c'est

8. Êtes-vous motivés à l'idée de faire un stage en gériatrie ? Expliquez brièvement.

9. Que pensez-vous que ce stage de gériatrie puisse vous apporter dans votre parcours d'étudiant ?

10. Avez-vous des craintes avant de commencer ce stage ? Si oui, lesquelles ?

11. Si vous aviez des craintes avant de commencer ce stage, sont-elles toujours d'actualité après ce stage ?
12. Le stage en gériatrie vous a-t-il permis de changer votre vision de la gériatrie ? Si oui, dans quel sens ? Expliquez brièvement.
13. Vos cours de gériatrie vous ont-ils permis de changer votre vision de la gériatrie ? Si oui, dans quel sens ? Expliquez brièvement.
14. Suite à ce stage, faire une partie de votre carrière en gériatrie est :
 - ◇ Impensable
 - ◇ Possible
 - ◇ Certain
15. Quels sont, d'après vous, les éléments qui motiveraient les étudiants infirmiers diplômés à travailler en gériatrie ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre, bonne continuation !

Pour toute question ou réflexion, n'hésitez pas à m'envoyer un mail :

meryem.djessas@student.uclouvain.be

Annexe n°5 : questionnaire en ligne - attractivité de la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie : état des lieux

Ce questionnaire vous est distribué dans le cadre d'un mémoire de master en sciences de la santé publique traitant de l'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier. Le but de ce dernier est de connaître l'état du taux d'inscription des infirmiers en spécialisation de gériatrie et psychogériatrie.

Toutes les données récoltées sont anonymes et uniquement traitées dans le cadre de ce mémoire.

1. Dans quelle Haute Ecole travaillez-vous ?
2. Êtes-vous toujours infirmier en fonction ? Quel est votre parcours ?
3. Les professeurs donnant cours de gériatrie aux étudiants bachelier en soins infirmiers sont-ils les mêmes que ceux donnant cours en spécialisation de gériatrie et psychogériatrie ? Si non, existe-il une raison à cela ?
4. A vos yeux, quelle image donnent-ils de la gériatrie dans leurs cours ?
5. De quelle manière faites-vous connaître la spécialisation auprès des étudiants infirmiers ?
6. Quelles sont les motivations des étudiants à réaliser une spécialisation en gériatrie et psychogériatrie ?
7. Quelles sont les raisons que les étudiants évoquent concernant le manque d'envie de faire une spécialisation en gériatrie et psychogériatrie ?
8. Si l'on tient compte uniquement des infirmiers, avez-vous observé une diminution du taux d'inscription au cours des 5 dernières années ?
 - ◇ Non
 - ◇ Oui, légère
 - ◇ Oui, marquée
 - ◇ Oui, très forte
9. Par quoi expliquez-vous cette diminution du taux d'inscription ?
10. De manière générale, le taux d'inscription en spécialisation de gériatrie et psychogériatrie (toutes professions confondues) a-t-il diminué ?
 - ◇ Non
 - ◇ Oui, moins que le taux d'inscription des infirmiers
 - ◇ Oui, pareillement au taux d'inscription des infirmiers
 - ◇ Oui, plus que le taux d'inscription des infirmiers

11. Par quoi expliquez-vous cette diminution du taux d'inscription ?
12. Quelles sont vos propositions pour améliorer l'image de la gériatrie auprès des étudiants en soins infirmiers ?

Merci pour votre participation

Pour toute question ou réflexion, n'hésitez pas à me contacter par mail :

meryem.djessas@student.uclouvain.be

