

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

**En quoi les infirmiers peuvent-ils
être des acteurs essentiels dans le
cadre d'une transition durable des
soins de santé ?**

Auteure : Alberta Scimè
Promoteur : Thierry Dock
Lectrices : Chloé Deltour, Patricia Beaufays
Année académique 2023 – 2024
Master en politiques économiques et sociales

La nature ne fait rien en vain.

- Aristote -

Remerciements

Un mémoire n'est pas le fruit d'un travail individuel, mais l'aboutissement d'un travail collectif. Je souhaite dès lors exprimer mes remerciements aux personnes qui ont contribué à la rédaction de ce rapport.

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Monsieur Thierry Dock, pour sa patience et sa gentillesse. Son expertise et sa disponibilité se sont révélés être une aide inestimable pour la réalisation de cette recherche.

Je remercie également Chloé Deltour, accompagnatrice UCL pour la transmission de son savoir, ses précieux retours et ses conseils tout au long de ce processus.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers Patricia Beaufays, directrice de l'ASD, dont l'expertise sur le terrain a contribué à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de la FOPES et plus particulièrement Donatienne Desmette qui, dans le cadre du cours dédié à la préparation du mémoire, aura donné une véritable impulsion au processus d'élaboration de ce mémoire.

Je ne saurais oublier d'exprimer ma reconnaissance envers ma famille, en particulier mon fils Antonio et mes parents, pour leur soutien inébranlable au cours de ces trois années et pour avoir toujours cru en moi.

Je remercie également les personnes qui ont relu et corrigé mon mémoire.

Enfin, je souhaite exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé à mon enquête, pour lesquelles j'éprouve une immense gratitude. Je tiens également à remercier le personnel dévoué qui, chaque jour, s'investit pour prendre soin des autres. S'intéresser à cette profession est, en quelque sorte, ma manière de leur rendre hommage.

Table des matières

Introduction	7
I. Les inégalités, sources et produits de crises multidimensionnelles ?	9
1.1 Les origines des crises	9
1.1.1 Le développement durable est-il en crise ?	10
1.1.2 La relation économie-environnement	12
1.1.3 La relation entre la sphère sociale et l'économie	14
1.1.4 La relation entre la sphère sociale et l'environnement	15
2.1 Les inégalités environnementales	20
3.1 Conclusion du chapitre I	21
II. Santé et environnement, quand la déconnexion devient pathogène	23
2.1 Impact du réchauffement climatique sur la santé	23
2.1.1. Les impacts directs sur la santé physique et mentale	23
2.1.2. Les impacts indirects sur la santé	24
2.2 Impact du secteur des soins de santé sur l'environnement	25
2.2.1. Dépendance au pétrole et à ses dérivés	25
2.2.2. Le secteur pharmaceutique	26
2.3. Conclusion	26
2.4. Déterminants de la santé	27
2.5. Vers des soins de santé éco-responsables	30
2.5.1. Recommandations de l'ONU sur les Objectifs de développement durable (ODD)	30
2.5.2. La philosophie des « 4R » : réduire, réutiliser, réparer, recycler	30
2.5.3. La promotion de la santé	32
2.5.4. Le patient au cœur du processus ou l'éducation par la santé	33
2.6 Le cure et le care	33
III. Les soins infirmiers	34
3.1 L'accès à la profession	34
3.2 Le métier d'infirmier	35
3.3 Cadastre	36
3.4 Le financement des soins de santé à domicile	37
3.4.1 Les services de soins à domicile	37
3.5 Le sous-financement du secteur des soins infirmiers à domicile	38
3.6. Pénurie d'infirmiers	40
3.7 Le rôle primordial des soins de première ligne	41
3.8 L'éco-infirmier	42

IV. Cadre pratique.....	44
4.1 Hypothèses	44
4.2. Entretien semi-directif.....	45
4.3 Echantillon.....	46
4.4 Recrutement.....	46
4.5 Guide d'entretien.....	46
4.6 Déroulement des entretiens	47
4.7 Méthode d'analyse	47
V. Résultats.....	48
5.1 Echantillon.....	48
5.2 Présentation des résultats.....	49
5.3 Rôle de l'infirmier	49
5.4 Promotion à la santé	50
5.4.1. Evaluation des connaissances actuelles concernant les déterminants de la santé.....	50
5.4.2 Promotion de la santé, pratiques actuelles sur le terrain.....	52
5.5 Education pour la santé, pratiques actuelles.....	54
5.6 Capacités des infirmiers à domicile à influencer le comportement du patient	56
5.7 Obstacles à la promotion à la santé	58
5.8 Besoins en matière de promotion de la santé	59
5.9 Obstacles du point de vue des managers	61
5.10 Empowerment	63
5.11 Écologie.....	65
5.11.1 Pratiques actuelles néfastes pour l'environnement.....	65
5.11.2 Stratégies mises en place afin de réduire l'impact des trajets	65
5.11. 3 Une tournée à vélo.....	66
5.11.4 Pratiques éco-responsables, état des lieux	67
5.11.5 Volet écologique dans le cadre de la stratégie d'entreprise.....	67
5.12 Inégalités sociales.....	70
5.12.1 Inégalités sociales : des stratégies sont-elles mises en place par les managers ?	71
VI. Discussion :.....	72
6.1 Analyse.....	72
6.1.1 Promotion de la santé et autonomisation.....	72
6.1.2 Pratiques solidaires et inégalités sociales.....	77
6.1.3 Pratiques écologiques	77
6.2 Recommandations	78
6.3 Limites.....	80
VII. Conclusion.....	81

VIII. Bibliographie	83
Annexes.....	89

Introduction

Selon l'OMS, le changement climatique représente le défi majeur du 21^e siècle, menaçant tous les aspects de notre société et de notre environnement.

La problématique environnementale s'inscrit dans un contexte de crises induites par la logique capitaliste de nos sociétés, qui encourage la production et la consommation sans limites, favorisant ainsi la destruction de nos écosystèmes et de notre biodiversité (Chakrabarty, 2009).

Un changement de paradigme quant à nos modes de vie est donc impératif. Nos sociétés doivent évoluer vers un modèle plus durable. En agissant dès maintenant contre le changement climatique, nous pourrions réduire ses conséquences sur nos sociétés et notre biosphère, offrant ainsi un avenir viable aux générations futures.

Déjà fragilisé par la crise du COVID-19, le domaine de la santé est également touché par la problématique du réchauffement climatique. En effet, la détérioration de l'environnement a des répercussions sur notre santé et notre bien-être (Adélaïde et al., 2022).

De plus, ce secteur est confronté à un paradoxe : d'une part, les changements climatiques ont un impact sur la santé humaine, et d'autre part, le domaine des soins de santé contribue à la dégradation environnementale (Berquin, 2021).

Face à ces différents constats, le secteur des soins de santé doit se réinventer dans une perspective durable.

Les infirmiers¹, élevés au rang de héros lors de la crise de la COVID-19, ont vu leurs missions au sein de la société mises en lumière. Dans ce mémoire, nous nous intéresserons au rôle potentiel de l'infirmier à domicile dans la transition durable des soins de santé, en favorisant l'émergence d'un nouveau métier : celui d'éco-infirmier. Ce métier est axé sur la prévention de la santé et l'adoption de pratiques écoresponsables.

Pour répondre à cette question, il est essentiel de comprendre les enjeux actuels auxquels est confronté le secteur des soins de santé en raison du réchauffement climatique, ainsi que les origines des différentes crises. Nous débuterons dès lors par une analyse des origines et des

¹ Tout au long de cet ouvrage, nous utiliserons autant le genre féminin que masculin lorsque nous emploierons le mot infirmier. Les mots « infirmier » ou « infirmière » se rapporteront tant au personnel féminin qu'au personnel masculin.

défis du réchauffement climatique, ainsi que du concept de développement durable et des diverses critiques qui lui sont adressées. Ensuite, nous aborderons la question des inégalités environnementales découlant du réchauffement climatique.

Dans le deuxième chapitre, nous explorerons les liens entre la santé et l'environnement, et analyserons la manière dont ils s'influencent mutuellement. Nous examinerons également les concepts des indicateurs de santé.

Le troisième chapitre mettra en lumière différentes stratégies suggérées dans la littérature pour envisager la transition durable des soins de santé.

Le quatrième chapitre abordera la méthodologie appliquée pour répondre à notre question initiale. Nous y développerons différentes hypothèses et expliquerons le choix de notre méthodologie qui nous a permis de collecter et d'analyser les données empiriques.

Quant au cinquième chapitre, il sera consacré à la présentation des résultats. Nous débattrons ensuite de ces résultats et dresserons un bilan des forces, des limites et des perspectives de l'étude dans le sixième chapitre. Enfin, nous conclurons notre travail.

I. Les inégalités, sources et produits de crises multidimensionnelles ?

1.1 Les origines des crises

Les êtres humains partagent la Terre comme habitat, établissant ainsi une relation d'interdépendance avec leur environnement. Cependant, en raison d'une consommation et d'une production excessives, les humains sont responsables de l'altération de 75 % de la surface de la planète, ainsi que de la disparition de 80 % de tous les mammifères sauvages et de 50 % de toutes les plantes dont ils dépendent pour leur survie et leur bien-être (Laurent, 2023).

Le dernier rapport du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) est alarmant, mettant en garde contre une intensification de l'augmentation des températures mondiales. Selon le GIEC, une augmentation d'environ 1,5 °C est prévue entre 2021 et 2040. Par conséquent, 3,6 milliards de personnes vivraient dans des zones très sensibles aux effets du changement climatique (Service Changements climatiques, s. d.).

Le changement climatique se réfère à un ensemble de modifications du climat de la planète par rapport à une situation antérieure. Ce phénomène est principalement d'origine anthropique, ce qui signifie que les activités humaines en sont la cause dominante (Chaix & Slama, 2022, p.1).

De manière générale, les crises constituent les réalités contemporaines de nos sociétés. Qu'elles soient environnementales, économiques ou sociales, ces crises sont cependant interconnectées et partagent un dénominateur commun : une asymétrie relationnelle.

Cette asymétrie relationnelle se manifeste à travers les interactions entre les sphères économique, sociale et écologique, et se traduit notamment par la domination de la sphère économique sur les autres domaines. Ainsi, chaque sphère opère selon ses propres logiques, parfois contradictoires et difficilement conciliables entre elles (Gendron & Revéret, 2000, 9.117). De plus, la logique de croissance qui prévaut dans nos sociétés capitalistes encourage la production et la surconsommation non durables.

Enfin, des déséquilibres dynamiques au sein même des différentes sphères viennent aggraver la situation.

Face à ces constats, des prises de conscience émergent, favorisant un développement plus durable. Apparue pour la première fois en 1987 dans le cadre du rapport de Brundtland des Nations unies, la durabilité se définit comme « la satisfaction des besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire leurs propres besoins » (Nations unies, s. d.-a).

En 2015, l'ONU a défini 17 objectifs de développement durable à atteindre d'ici 2030. Ces objectifs visent différents domaines tels que l'éducation, la justice, le climat, la paix, l'environnement, la santé, etc.

1.1.1 Le développement durable est-il en crise ?

Le schéma conceptuel du développement durable propose une vision du monde où trois dimensions interconnectées sont mises en avant : l'économie, la société et l'environnement. Ce modèle reflète le fonctionnement actuel de nos sociétés. Cependant, le concept de développement durable est lui-même confronté à une crise interne, avec des critiques formulées à son égard.

En effet, dans sa conception traditionnelle, une logique de croissance est associée à la sphère économique, et cette dernière est souvent considérée comme une entité indépendante, isolée de la société et de l'environnement. Cette approche est sujette à la critique pour avoir accordé à l'économie une indépendance excessive, la rendant indifférente à ses conséquences sur la société et l'environnement (Sauvé, 2007).

Dès le départ, une divergence d'opinions émerge quant à la définition du développement durable. Pour certains, cela implique le respect de l'environnement et la préservation des écosystèmes, tandis que pour d'autres, il s'agit surtout de poursuivre le développement tel qu'il se fait actuellement. Les militants d'ONG et les intellectuels humanistes défendent souvent la première vision, remettant en question certains aspects du modèle économique de croissance et du mode de vie actuel. En revanche, les industriels, la plupart des politiciens et la quasi-totalité des économistes soutiennent principalement la seconde vision, en insistant sur le maintien du niveau de vie actuel sans remettre en question le modèle de développement existant (Latouche, 2023).

Par ailleurs, le terme « développement durable » suscite le débat. D'une part, parce que le développement économique reste au cœur de cette stratégie et qu'aucune remise en question de cette logique n'est envisagée. D'autre part, l'association de deux concepts contradictoires, développement et durabilité, constitue un réel oxymore (Latouche, 2003). Ainsi, l'utilisation du terme « durable » pourrait laisser croire que le développement économique peut être soutenable, ce qui déresponsabilise les partisans de la croissance économique de leur responsabilité (Rodhain, 2007).

En outre, le développement durable est souvent perçu comme une manœuvre visant à convaincre les intervenants politiques et économiques d'inclure des préoccupations sociales et environnementales dans leurs plans de croissance économique (Sauvé, 2007). On lui reproche notamment son caractère utilitariste, désormais associé aux institutions plutôt qu'aux individus, ces dernières cherchant à récupérer le concept pour leurs propres intérêts (Rodhain, 2007).

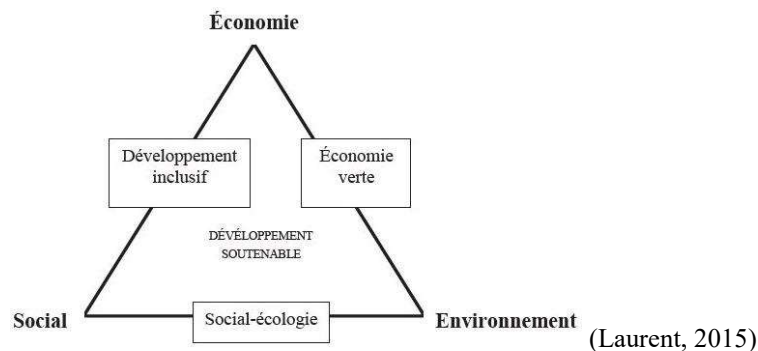
Ce concept serait également utilisé pour entretenir les inégalités sociales et l'occidentalisation du monde. En effet, l'emploi du terme « durabilité », associé à quelques modifications mineures, servirait à légitimer les politiques et pratiques de « développement » responsables de ces inégalités. Dans ce contexte, il est dès lors en quelque sorte associé à un « greenwashing » politique (Sauvé, 2007).

Enfin, le concept de développement durable, défini lors de la Conférence de Rio en 1992, a souvent été réduit à deux de ses piliers : l'économique et l'environnemental, négligeant ainsi la dimension sociale. Cette omission est problématique car elle masque les disparités environnementales, qui sont intrinsèquement associées aux inégalités sociales (Laurent, 2015).

Dans le prochain point, nous allons approfondir les relations entre les différentes sphères, dans le but de mieux comprendre les origines et les enjeux des différentes crises. Les diverses théories présentées constitueront notre cadre d'analyse pour appréhender notre problématique et répondre à notre question de départ.

1.1.2 La relation économie-environnement

Figure 1 : Développement soutenable et social-écologie selon Laurent Eloi (2015)



La relation entre l'économie et l'environnement trouve ses origines dans l'objet même de la science économique, qui consiste en l'étude du comportement humain dans la gestion de ressources limitées, et renvoie au lien de réciprocité entre l'économie et l'environnement (Vivien, 2007). Ainsi, les domaines économiques et environnementaux interagissent et s'impactent mutuellement. Les activités économiques dépendent des ressources naturelles pour fonctionner. Par conséquent, il est impossible de concevoir l'économie sans prendre en compte l'environnement, tout comme l'environnement peut impacter à son tour l'économie.

Depuis les années 1960, les sciences économiques se penchent sur la question environnementale, et deux approches épistémologiques distinctes émergent à cet égard. D'une part, il est question de l'économie de l'environnement, et d'autre part, de l'économie écologique (Vivien, 2007).

Dans le cadre de l'économie de l'environnement, nous nous trouvons dans une approche microéconomique où l'environnement est considéré comme un objet économique émergent. Ainsi, la crise environnementale est perçue comme une phase de transition où les biens libres et gratuits et les biens économiques interagissent (Vivien, 2007).

Cette approche hiérarchise les disciplines en plaçant l'économie au-dessus de l'écologie. L'environnement est ainsi perçu comme un bien économique comme un autre, auquel on applique les règles du marché (Vivien, 2007). Dans cette optique, les indicateurs économiques traditionnels tels que le produit intérieur brut (PIB) ne sont pas remis en question.

Le produit intérieur brut (PIB) est utilisé dans le cadre de l'analyse économique pour évaluer la performance de nos sociétés.

Cependant, le dogme de la croissance sur lequel repose le PIB serait néfaste pour l'environnement, notamment parce qu'il considère la disponibilité illimitée des ressources naturelles. En réalité, ce n'est pas le cas. Certaines ressources exploitées ne sont pas renouvelables, et même celles qui le sont ont été exploitées au-delà de leur capacité de renouvellement. Ainsi, la planète consommerait chaque année 1,7 fois ce qu'elle est en mesure de produire (Gadrey, 2018).

En effet, défini comme la somme des valeurs ajoutées produites dans la sphère marchande et des coûts de production des services non marchands d'un État, la définition même du PIB reflète la vision limitée que l'économie traditionnelle a de la sphère économique. En effet, seules les activités marchandes sont prises en compte, ce qui signifie que des activités telles que le bénévolat ou le travail domestique sont occultées. De plus, les coûts sociaux, humains et écologiques ne sont pas pris en compte dans l'équation (Gadrey, 2018).

Cependant, en réalité, la relation entre l'économie et l'environnement fonctionne dans les deux sens. En effet, l'environnement pourrait avoir un impact négatif sur l'économie si son exploitation ne prend pas en compte les limites des ressources naturelles (Fagnart & Hamaide, 2012).

L'économie écologique, quant à elle, adopte une approche macroéconomique et plus systémique de l'analyse de l'environnement. Dans cette perspective, l'économie est intégrée au sein des régulations écologiques (Vivien, 2007). Cette approche considère notamment que la crise écologique est un signe révélateur d'une transgression des limites des ressources naturelles et remet en question les indicateurs macroéconomiques traditionnels tels que le PIB (Vivien, 2007).

En outre, cette approche reconnaît que les dynamiques écologiques peuvent influencer les dynamiques économiques, notamment à travers l'impact de la raréfaction des ressources naturelles sur les activités économiques (Vivien, 2007). Les normes et la fiscalité établies dans le cadre de la protection environnementale peuvent également affecter les logiques

économiques en influençant les comportements des entreprises et des consommateurs (Fagnart & Hamaide, 2012).

Dans une perspective de durabilité, il est essentiel que les sphères économique et écologique interagissent de manière symbiotique, en tenant compte des limites et des enjeux propres à chacune, afin de s'enrichir mutuellement.

1.1.3 La relation entre la sphère sociale et l'économie

La relation entre la sphère économique et sociale nous ramène au concept de désencastrement de Polanyi. Ce concept fait référence au divorce entre ces deux domaines.

Selon Polanyi, le marché régulateur est responsable de la séparation entre le domaine économique et le domaine social, rendant la sphère économique autonome et indépendante des sociétés. Elle est libérée de toutes contraintes politiques et axiologiques. Ainsi, le travail, la terre et la monnaie sont considérés comme de simples marchandises auxquelles sont appliquées des règles de marché (Steiner, 2007).

Dans ce contexte, la sphère économique ne prend pas en compte les normes, les valeurs et les institutions sociales, ce qui expose les individus et les communautés au risque de subir des crises économiques sans filet de sécurité sociale.

Par contraste, les marchés sont le résultat d'échanges de nature non monétaire et sont donc liés à un mécanisme de formation et de fonctionnement dépendant des relations interindividuelles (Chochoy, 2015).

L'encastrement, en revanche, est le processus par lequel l'économie est intégrée dans la sphère sociale (Steiner, 2007).

1.1.4 La relation entre la sphère sociale et l'environnement

Alors que la recherche scientifique a considérablement progressé au cours des vingt dernières années dans l'étude des relations entre l'économie et l'environnement, ainsi qu'entre l'économie et le domaine social, l'étude des relations entre la sphère sociale et l'environnement en est encore à ses balbutiements (Laurent, 2023).

L'approche socio-écologique met en avant le lien de réciprocité qui existe entre les logiques sociales et les questions environnementales. En effet, les dégradations et les crises environnementales sont à la fois à l'origine et le résultat de dynamiques sociales, plus précisément d'inégalités socio-économiques (Laurent, 2015).

Un premier constat révèle l'existence de fortes inégalités économiques. En effet, il existe un lien de corrélation entre la richesse absolue et l'impact environnemental (Laurent, 2015). Ce sont les pays développés et les individus les plus riches qui polluent le plus et sont responsables de manière disproportionnée de l'augmentation de la température, notamment à travers les émissions de gaz à effet de serre (Laurent, 2015). En effet, les 35 pays considérés comme les plus prospères économiquement ont consommé 75 % des ressources naturelles depuis 1970.

Approche sociale intégrée et approche sociale différentielle

Les conséquences de ces inégalités sont supportées de manière collective par l'ensemble de l'humanité, car elles entraînent un appauvrissement commun de l'humanité. Cet aspect représente l'approche sociale intégrée (Laurent, 2015).

Cependant, tous les êtres humains ne sont pas égaux face à cette problématique. Les effets et les risques inhérents sont très inégalement répartis (Torre-Schaub, 2020). En effet, ce sont souvent les personnes qui contribuent le moins à cette problématique qui endurent le plus les crises climatiques et qui y sont le plus vulnérables (Roberts, 2001 ; Althor, Watson et Fuller, 2016) (GIEC Rapport Spécial 1.5, Chapitre 3). Ce principe est ce que Laurent Eloi appelle le différentiel social-écologique (Laurent, 2015).

Ainsi, par exemple, la santé et le bien-être sont influencés par le contexte environnemental dans lequel vivent les individus, contexte dépendant lui-même du niveau socio-économique et étant lui-même influencé par les crises environnementales, qui sont les résultats mêmes d'inégalités sociales. Nous nous trouvons donc dans une logique de conséquences sociales différentielles,

car elles impactent différemment les individus en fonction de la catégorie socio-économique à laquelle ils appartiennent. Ces conséquences sont elles-mêmes le résultat d'inégalités sociales.

Inégalités sociales et conséquences environnementales sous un spectre micro-économique

Les inégalités sociales constituent une source de dégradation environnementale, selon Eloi Laurent (Laurent, 2023). Sous l'angle micro-économique, ce phénomène se manifeste à travers différents mécanismes. C'est notamment le cas de la "consommation ostentatoire", qui consiste en l'imitation des habitudes des riches par la classe moyenne (telles que conduire des voitures polluantes, consommer des biens luxueux, etc.). De plus, la richesse des personnes situées en situation de pauvreté dépend souvent des ressources naturelles, et l'épuisement de ces ressources aggrave leur situation de pauvreté (Laurent, 2023).

Inégalités sociales et conséquences environnementales sous un spectre macro-écologique

Les inégalités et leurs effets sur les impacts environnementaux se manifestent également à travers d'autres mécanismes dits « macro-écologiques », résultant des interactions entre les riches et les pauvres. On en distingue cinq (Boyce, 2002). Le premier canal de transmission est lié au pouvoir d'achat et réside dans le fait qu'un lien de corrélation existe entre les inégalités de revenus et les émissions de CO₂. En effet, plus la richesse d'un pays est concentrée entre les mains d'une minorité de personnes, plus le reste de la population adoptera une logique de croissance de la productivité, au détriment de l'environnement (Laurent, 2023).

De plus, les inégalités augmentent le besoin de consommation pour garantir un niveau de vie décent. En effet, le manque de ressources matérielles pousse les personnes les plus pauvres à dépenser plus d'énergie pour obtenir un service identique à celui des classes supérieures (Laurent, 2023).

Néanmoins, la réduction des inégalités pourrait avoir un impact négatif sur l'environnement en augmentant la consommation matérielle des catégories les plus modestes, en raison du lien entre les dépenses et les revenus du ménage. Une analyse des achats des ménages belges, effectuée via l'Enquête sur le budget des ménages, met en évidence une corrélation entre les revenus et les dépenses des ménages. En effet, plus les revenus sont élevés, plus les dépenses pour des postes tels que l'électricité et les carburants sont importantes (Dozzi et al., 2008). Or, c'est en

partie l'utilisation massive des énergies fossiles qui est responsable du réchauffement climatique (Bidart et al., 2003).

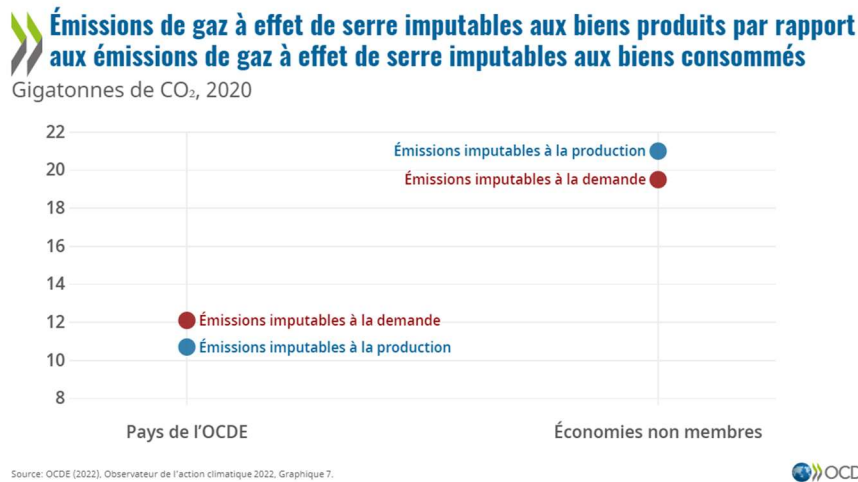
Une augmentation des revenus peut également avoir un impact sur l'alimentation, qui représente également un poste générateur de CO₂. Ainsi, même si les ménages aux revenus les plus élevés consomment moins de viande, ils optent souvent pour des types de viandes, de fruits et de légumes plus générateurs de gaz à effet de serre (Roman, 2011).

Ainsi, la plupart des études affirment qu'il existe une corrélation positive entre le niveau de revenu et les émissions de gaz dans tous les domaines (Roman, 2015).

Le deuxième canal réside dans l'irresponsabilité écologique associée au niveau de richesse. Ce mécanisme, lié au pouvoir de décision, peut s'exprimer à travers différents phénomènes. L'écart de revenu et de pouvoir entre les habitants d'un même pays ou de deux pays peut inciter, dans une logique de rentabilité capitaliste, à l'externalisation des coûts par les entreprises, tant au niveau national qu'international, au détriment des zones socialement précarisées (Laurent, 2015).

Par ailleurs, face aux éventuels coûts économiques liés aux politiques environnementales et climatiques, les entreprises peuvent adopter différentes stratégies. Elles peuvent soit investir pour réduire l'impact environnemental de leur production, soit se délocaliser dans des zones socialement fragiles où les normes environnementales sont moins strictes, voire inexistantes. La faible capacité des habitants de ces zones à se mobiliser politiquement ne freinera pas les activités économiques potentiellement préjudiciables pour l'écologie.

Figure 2 : Émissions de gaz à effet de serre imputables aux biens produits par rapport aux émissions de gaz à effet de serre imputables aux biens consommés.



(OCDE, 2020)

L'écart de revenus peut également être un instrument financier pour les entreprises et les gouvernements, leur permettant de faciliter le transfert des dommages environnementaux vers les populations les plus pauvres (Laurent, 2023).

Le troisième canal est lié au pouvoir de l'agenda. Selon les travaux de l'OMS, à court et moyen terme, la vulnérabilité des populations, leur résilience et leur capacité d'adaptation détermineront leur état de santé. À plus long terme, il s'agit des stratégies déployées pour réduire les émissions et éviter de dépasser les seuils de température dangereux, ce qui permettrait d'éviter d'atteindre des points de non-retour potentiellement irréversibles. Or, l'inégalité constitue une menace sanitaire aussi dommageable que la propagation d'un agent infectieux, impactant négativement la santé physique et mentale à l'échelle locale et nationale (Laurent, 2023). Elle agit comme un multiplicateur des conséquences environnementales en intensifiant l'exposition des populations socialement défavorisées à ces dommages environnementaux, les rendant plus vulnérables et réduisant leur résilience sociale et écologique ainsi que leurs capacités collectives à préserver les ressources naturelles (Laurent, 2023).

Quatrièmement, les inégalités constituent un obstacle aux actions collectives (Laurent, 2023). Comme l'ont affirmé Céfi et Trom, « l'action collective exige à la fois des ressources, une conduite stratégique et une organisation » (Céfi & Trom, 2001). Le manque de moyens et les caractéristiques propres à ces populations fragilisées, telles que la désorganisation, l'irrationalité

et leur indifférence face à la société, rendent leur capacité d'action illusoire, voire improbable. (Bellot & St-Jacques, 2011, p.1).

Ainsi, les inégalités entravent de manière variable les actions politiques dans le cadre de la lutte contre le réchauffement climatique. Au niveau national, la conception des politiques environnementales exige un consensus multipartite étendu. Cependant, les disparités de revenus et les clivages de plus en plus prononcés entre les partis limitent cette coopération (Laurent, 2023).

Au niveau international, voire supranational, la problématique environnementale s'inscrit dans un contexte de mondialisation, de globalisation. Ainsi, la gouvernance environnementale mondiale est parsemée à travers une multitude de régimes internationaux (Chaloux & Simard, 2021).

La bonne gouvernance écologique exige pourtant des principes d'égalité et d'équité entre les parties prenantes (Laurent, 2023). Cependant, l'interférence entre les différents niveaux de pouvoir et les inégalités qui en découlent complexifient ce processus (Chaloux & Simard, 2021).

En outre, la stratification sociale, synonyme de consommation différenciée en raison de facteurs socio-économiques, constitue une dimension aussi cruciale que l'épuisement des ressources dans la genèse du processus lié à l'écroulement écologique (Laurent, 2023).

Le cinquième point souligne que l'accroissement des inégalités sociales complique le processus d'acceptation des politiques environnementales et les rend plus coûteuses. En effet, ces politiques sont souvent perçues comme socialement régressives (Laurent, 2023), car elles affectent davantage le pouvoir d'achat des consommateurs et le bien-être des classes sociales les plus pauvres. Ainsi, des mécanismes financiers doivent être mis en place pour compenser ces effets et faciliter ainsi l'adhésion de la population à ces mesures.

Après avoir examiné de près les origines et les mécanismes par lesquels les inégalités sociales contribuent à la dégradation environnementale, nous allons maintenant nous pencher sur les inégalités environnementales de manière plus approfondie.

1.2 Les inégalités environnementales

La première catégorie d'inégalités environnementales identifiée par Eloi Laurent concerne les inégalités d'exposition et d'accès. Cette notion met en évidence les disparités dans la répartition de la qualité de l'environnement entre les individus et les groupes. Elle englobe la vulnérabilité sociale face aux risques naturels, les effets cumulatifs des inégalités sociales et environnementales, ainsi que les répercussions sociales résultant des inégalités environnementales (Laurent, 2021).

Une deuxième forme d'inégalités environnementales concerne les politiques publiques. Les effets des politiques environnementales varient selon les catégories sociales. Par exemple, dans le cadre des aides fiscales pour l'isolation ou les énergies renouvelables, ce sont souvent les ménages instruits et relativement aisés qui en bénéficient de manière disproportionnée (Laurent, 2009).

En dernier lieu, des inégalités se manifestent dans la participation aux politiques publiques. En effet, le statut social et politique influence la participation à l'élaboration des politiques environnementales, bien que celles-ci aient un impact sur les conditions environnementales des individus et des groupes (Eloi, 2021).

Pendant la période du 16 août au 15 octobre 2023, le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement en Belgique a mené une consultation publique sur le projet du Troisième Plan d'Action National Environnement-Santé. Cette initiative offrait aux citoyens la possibilité de contribuer à l'élaboration du plan final dans le contexte de la lutte contre le réchauffement climatique (Consultation Publique Sur NEHAP3, 2023).

Ce type d'initiative s'inscrit dans une démarche de démocratie participative, dont l'objectif politique est d'impliquer tous ceux susceptibles d'être affectés par les décisions dans le processus décisionnel (Blondiaux, 2008). Cependant, une lecture du projet de plan révèle qu'une certaine expertise sur le sujet était nécessaire pour y participer efficacement.

En effet, cet outil démocratique implique un échange entre divers acteurs occupant des positions sociales et hiérarchiques variées, et nécessite non seulement une convergence de différents types de pouvoirs, mais aussi de différents types de connaissances (Fernand,2013).

Dans le contexte de notre problématique, ce sont malheureusement les individus les plus vulnérables qui subissent le plus les conséquences de ces enjeux. En fin de compte, certaines populations touchées par ces problématiques peuvent être exclues de la participation à l'élaboration des politiques publiques, ce qui pourrait potentiellement aggraver les inégalités sociales liées au réchauffement climatique.

1.3 Conclusion du chapitre I

Après avoir examiné les origines de la crise environnementale, il est clair que les inégalités sociales jouent un rôle majeur à la fois comme causes et comme conséquences de cette crise. De plus, il est évident que les risques environnementaux affectent les populations de manière différenciée, avec des conséquences disproportionnées pour les plus vulnérables. Par conséquent, les effets néfastes de ces risques ne feront que renforcer les inégalités existantes.

La lutte contre les inégalités est cruciale à la fois sur le plan social et environnemental. Elle nécessite une approche globale qui reconsidère notre conception de la richesse et qui promeut un changement de paradigme en matière de consommation. Une redistribution équitable des ressources pourrait inclure des mesures telles que des compensations pour la dette écologique entre les nations riches et les nations pauvres (Laurent, 2023).

Dans le cadre de cette recherche, nous adopterons une approche holistique, en considérant un développement réconciliant les domaines économique, social et environnemental, et en reconnaissant l'interdépendance entre ces trois sphères (Laurent, 2015). Nous privilégions une vision où la société et l'environnement ne sont pas réduits à des capitaux (humain, social, naturel) pour le développement, et ne sont dès lors pas simplement considérés comme des ressources à exploiter (Sauvé, 2007).

Ainsi, comme le définit Eloi Laurent, le développement durable est une préoccupation éthique et politique qui accorde une attention simultanée aux enjeux économiques, sociaux et écologiques (Laurent, 2015).

En d'autres termes, il s'agit d'un développement qui remet en question certains aspects du modèle économique de croissance et du mode de vie actuel, tout en respectant à la fois le capital humain et le capital naturel.

Par ailleurs, nous mettrons également en avant l'approche socio-écologique, qui souligne le lien de réciprocité entre les dynamiques sociales et les enjeux environnementaux (Laurent, 2015).

II. Santé et environnement, quand la déconnexion devient pathogène

2.1 Impact du réchauffement climatique sur la santé

La santé humaine et le système de santé risquent d'être directement impactés par le réchauffement climatique. En effet, la santé humaine est intimement liée à la santé des écosystèmes et de la biodiversité (Lawler et al., 2021). Par conséquent, les mutations climatiques et environnementales à venir risquent d'avoir des répercussions significatives sur la santé des populations (Berquin, 2021).

Toutefois, selon Wheeler et Watts, les liens entre le changement climatique et la santé ne sont pas toujours très explicites, alors qu'ils existent et représentent de véritables enjeux de santé publique (Van Cauter, 2018).

Par ailleurs, le secteur des soins de santé risque de se retrouver en crise, notamment en raison de sa dépendance au pétrole et à ses dérivés, dont les ressources risquent de s'épuiser à la suite des modifications environnementales. Ce secteur pourrait alors voir ses activités paralysées, malgré l'augmentation des pathologies à traiter liée aux changements environnementaux et au réchauffement climatique (Berquin, 2021).

Par ailleurs, le secteur des soins de santé se trouve dans une situation paradoxale : en raison de sa dépendance au pétrole, il contribue, par ses émissions de CO₂, à la dégradation de l'environnement.

2.1.1 Les impacts directs sur la santé physique et mentale

L'augmentation des températures et l'intensification des périodes de canicules constituent un facteur majeur influençant directement la santé. Ces conditions provoquent une hausse de la mortalité et de la morbidité, notamment par des effets tels que la déshydratation, les coups de chaleur et les épuisements (Service Changements climatiques, s. d.-b).

Au-delà des impacts sur la santé physique, la hausse des températures affecte également la santé mentale des populations. Elle entraîne une augmentation des comportements violents, des effets d'isolement, et des cas de dépression (Fond et al., 2019).

La multiplication et l'intensification de phénomènes météorologiques tels que les tempêtes, les incendies, les sécheresses et les inondations représentent également des menaces pour la santé. Les incendies de forêt, par exemple, peuvent causer des blessures et polluer l'air, créant ainsi des urgences sanitaires et déstabilisant les établissements et les prestataires de soins de santé (Howard, & al, 2019)

Ces événements nuisent également à la santé mentale en créant un contexte anxiogène, poussant les victimes à souffrir de dépressions ou de syndrome de stress post-traumatique (Fond et al., 2019).

De façon générale, le réchauffement climatique altère la santé mentale. Un nouveau concept nommé « solastalgie » ou « éco-anxiété » a ainsi émergé. Il décrit un sentiment d'anxiété lié à la peur de la fin du monde ou à la perte de repères causée par la dégradation de notre environnement et de nos biens. Ce sentiment peut entraîner le développement de troubles anxieux et, parfois, d'états dépressifs (Fond et al., 2019).

La qualité de l'air constitue également un facteur de risque sanitaire, pouvant entraîner des pathologies cardiovasculaires et des affections respiratoires telles que l'asthme (Berquin, 2021). De plus, les sources de pollution atmosphérique contribuent également aux émissions de gaz à effet de serre (Organisation mondiale de la santé : OMS, 2019).

Par ailleurs, le changement climatique aggrave les symptômes allergiques, notamment en prolongeant la saison des allergies, en augmentant les concentrations de pollen dans l'air et en intensifiant le contenu allergénique des grains de pollen (Besancenot & Thibaudon, 2012).

2.1.2 Les impacts indirects sur la santé

Le réchauffement climatique impacte indirectement la santé humaine à travers différents mécanismes, notamment l'augmentation des maladies vectorielles. En effet, les modifications de la durée des saisons, la variabilité des températures et les précipitations contribuent à la transmission des maladies d'origine vectorielle, telles que l'encéphalite à tiques et la maladie de Lyme (Organisation mondiale de la santé : OMS, 2023)

Par ailleurs, la fonte du permafrost représente une menace sur le plan sanitaire, car des virus et des bactéries, dont certains n'ont plus été en circulation depuis des dizaines de milliers d'années, pourraient être libérés (Chaix et al., 2022).

Les mutations climatiques pourraient également impacter la production de la chaîne alimentaire, entraînant des pénuries d'eau et alimentaires, susceptibles de provoquer déshydratation et malnutrition (Service Changements climatiques, s. d.-b).

Enfin, les événements météorologiques extrêmes pourraient entraîner des migrations forcées. Le déplacement des populations engendrerait des problèmes de santé liés aux conditions de vie précaires, à l'accès limité aux services de santé et à l'augmentation des maladies transmissibles (Service Changements climatiques, s. d.-b).

2.2 Impact du secteur des soins de santé sur l'environnement

2.2.1 Dépendance au pétrole et à ses dérivés

Comme nous l'avons souligné précédemment, le secteur des soins de santé est affecté par le réchauffement climatique, mais son fonctionnement actuel repose largement sur le secteur pétrolier et ses dérivés. Cette situation crée une contradiction intrinsèque, car le secteur des soins de santé contribue ainsi aux dommages environnementaux tout en impactant à son tour la santé humaine. Les activités les plus énergivores, telles que le transport du personnel, des patients et des fournitures médicales souvent produites à distance, exacerbent cette réalité (Berquin, 2021).

On observe également une forte dépendance aux dérivés du secteur pétrolier, notamment à travers l'utilisation d'accessoires médicaux en plastique tels que les seringues, les pièces d'appareillage, et les masques à oxygène, entre autres. La plupart de ces produits sont à usage unique, essentiels pour garantir la stérilité des soins et assurer la qualité des traitements médicaux. Le secteur des plastiques à usage médical représente environ 4 % du marché mondial des plastiques (Berquin, 2021).

2.2.2 Le secteur pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique revêt une importance stratégique dans la transition vers des soins de santé durables. Bien que sa consommation de production pétrolière mondiale ne représente que 3 %, il demeure fortement tributaire du secteur pétrolier. En effet, 99 % de ses matières premières et réactifs sont dérivés de produits pétroliers (Berquin, 2021).

Selon une étude comparant les émissions de CO₂ des 15 plus grandes entreprises pharmaceutiques mondiales, le secteur pharmaceutique émet en moyenne 55 % de CO₂ de plus que l'industrie automobile. Cette constatation souligne l'ampleur de son empreinte carbone et son impact sur l'environnement (Berquin,2021)

En outre, ce secteur constitue une source de pollution environnementale, notamment à travers différents phénomènes tels que l'évacuation par l'organisme des métabolites actifs et le gaspillage des médicaments (Berquin,2021)

De plus, les aérosols-doseurs utilisés notamment dans le traitement de l'asthme contiennent des gaz propulseurs néfastes pour l'environnement (Aufderreggen et, al ; 2022).

De plus, le suremballage dans le secteur pharmaceutique constitue un poste générateur de gaz à effet de serre (GES) et de consommation d'eau. Ses conséquences ne se limitent pas à l'élimination des emballages, mais concernent également l'extraction des matières premières, la fabrication, le conditionnement des produits et le transport (Delainey, 2015).

2.3 Conclusion du chapitre II

Nous avons désormais une vision plus précise des origines et des enjeux de la crise environnementale, ainsi que de ses implications directes et indirectes sur la santé humaine. Par ailleurs, nos recherches ont mis en évidence un paradoxe important : le secteur des soins de santé, bien qu'essentiel, contribue lui-même aux dommages environnementaux en raison de sa forte dépendance au pétrole. Il est dès lors impératif pour ce secteur de se réinventer afin, d'une part, de pouvoir répondre aux défis sanitaires posés par les changements environnementaux, et

d'autre part, de réduire son empreinte environnementale pour ne pas aggraver le phénomène climatique (Berquin, 2021).

Par ailleurs, il est crucial de ne pas se limiter à une conception sociale centrée uniquement sur le revenu. Il est essentiel de prendre en compte le contexte environnemental pour appréhender l'impact de l'environnement sur la qualité de vie. Ainsi, l'inégalité sociale ne doit pas être évaluée uniquement en fonction des revenus ou du pouvoir d'achat, mais aussi en termes de bien-être, où la santé occupe une place centrale. En intégrant les dimensions environnementales et sociales, il est important de reconnaître la santé comme un indicateur essentiel du bien-être, et il est nécessaire d'appréhender ces dimensions interdépendantes pour une compréhension globale du développement durable (Laurent, 2014).

Dans la section suivante, nous explorerons les facteurs déterminants de la santé. Les concepts théoriques présentés constitueront un cadre d'analyse afin de mieux comprendre comment la santé est influencée et comment l'infirmier à domicile pourrait intervenir.

2.4 Déterminants de la santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2023).

La santé est influencée par divers facteurs interagissant les uns avec les autres. Ces facteurs sont nommés les déterminants de la santé. Selon l'OMS, les déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 2023).

La notion de déterminant fait référence aux facteurs pour lesquels un lien de causalité avec la santé a pu être mis en exergue ou du moins présumé (Alla, 2016). Ainsi, il existe une relation entre la santé et la catégorie sociale à laquelle nous appartenons (Berquin, 2021).

Trois grandes familles de modèles représentent les liens entre état de santé et déterminants de santé : le modèle biomédical, le modèle global de la santé, et le modèle socio-environnemental (Alla, 2016).

Le modèle biomédical, selon lequel la maladie est une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe sur un individu plus ou moins en capacité de se défendre, a prévalu jusque dans les années 1970.

En 1974, un nouveau concept est proposé dans le cadre du rapport Lalonde : la conception globale de la santé. Ce modèle met en avant que l'état de santé n'est pas seulement influencé par des agents pathogènes, mais résulte de la combinaison et de l'interaction entre quatre types de déterminants :

- La biologie humaine : dépendante de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu ;
- L'environnement : défini par l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain ayant une incidence sur la santé et échappant en tout ou en partie à la maîtrise individuelle ;
- Les habitudes de vie : représentent l'ensemble des décisions prises par les individus ayant des répercussions sur leur propre santé ;
- L'organisation des soins de santé : « comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé » (Alla, 2016).

Dans les années 1970 et 1980, les classifications des déterminants de la santé sont développées et étendues. Les principes du rapport Lalonde y sont repris et enrichis. En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est émise par l'OMS, précisant que les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent influencer positivement ou négativement la santé. Cette charte propose des actions pour agir sur les grands types de déterminants identifiés par Lalonde.

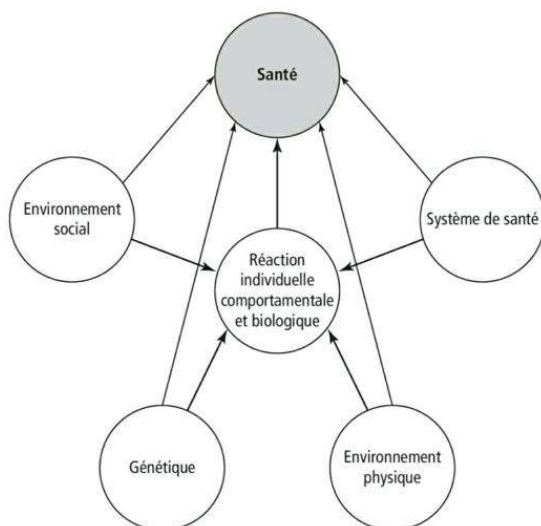
Dans les années 1980, des études en santé des populations démontrent que les déterminants macrosociaux, économiques et culturels influencent l'état de santé des populations autant que les comportements individuels ou les soins médicaux.

Une nouvelle classification des déterminants, mettant en avant l'impact des facteurs sociaux, est proposée dans l'ouvrage d'Evans et al. Cette classification distingue cinq types de déterminants : l'environnement social, l'environnement physique, la génétique, le système de santé et la réaction individuelle comportementale et biologique.

Par rapport au modèle de Lalonde, le modèle d'Evans introduit la notion de déterminants directs et indirects. La catégorie « habitudes de vie » de Lalonde disparaît, car le comportement ne se limite pas à un simple choix individuel. Selon Evans, il résulte de l'interaction entre l'environnement et les caractéristiques constitutionnelles de l'individu (Alla, 2016).

Le comportement est considéré comme un déterminant direct de la santé, pouvant être influencé par des déterminants indirects tels que l'environnement social et physique (Alla, 2016).

Figure 3 : Les déterminants de la santé selon la classification d'Evans et al. (simplifiée).



(Alla, 2016)

Dans la continuité de ces travaux, le lien de causalité entre caractéristiques sociales, état de santé et maladies a été confirmé. Ainsi, les nouvelles classifications incluent les déterminants sociaux de la santé. La liste des principaux déterminants de la santé établie par l'OMS inclut : le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, les conditions de travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et la politique de transports (Alla, 2016).

Les modèles plus actuels s'affinent en établissant des niveaux de déterminants directs et indirects, des inter-influences entre déterminants et abordent en termes de trajectoires de vie les relations entre expositions et états de santé. (Alla, 2016).

2.5 Vers des soins de santé éco-responsables

2.5.1. Recommandations de l'ONU sur les Objectifs de développement durable (ODD)

La transition vers des soins de santé plus durables s'inscrit dans une démarche de développement durable. Les objectifs de développement durable de l'ONU, également connus sous le nom d'ODD, sont un ensemble de 17 objectifs à atteindre d'ici 2030 pour répondre aux différents enjeux mondiaux tels que la pauvreté, les inégalités, le changement climatique et la dégradation de notre biosphère. Adoptés par l'ensemble des États membres des Nations Unies en septembre 2015 dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, ces objectifs interconnectés illustrent la nécessité d'actions collectives universelles pour assurer un avenir meilleur et plus durable pour tous (Bodiguel, 2024).

Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrerons sur l'objectif numéro trois, qui vise à assurer une bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges. Cet objectif implique la mise en place d'actions de prévention visant à réduire les comportements néfastes et à risque pour la santé (Bodiguel, 2024).

En rendant nos actions en matière de santé plus durables, nous visons à transformer notre système de soins de santé pour le rendre plus efficace et résilient, capable de délivrer des soins de qualité et de les maintenir dans le temps, tout en tenant compte des besoins des générations futures (Berquin, 2021).

Cette transition implique un changement de paradigme dans l'exercice des métiers du care. La logique curative, où le patient est réduit à un simple spectateur, laisse place à une approche préventive de la prise en charge. Dans cette nouvelle approche, le patient devient un acteur aussi essentiel que le personnel soignant dans la gestion de sa santé (Berquin, 2021).

2.5.2. La philosophie des « 4R » : réduire, réutiliser, réparer, recycler

Selon la philosophie des 4R, la transition vers des soins de santé plus durables impliquerait dans un premier temps la diminution de l'activité de soins, puis dans un second temps la réduction de l'empreinte carbone des soins (Berquin, 2021).

Figure 4 : Stratégies possibles pour des soins de santé durables, inspirées de Mortimer.

Objectif principal : Décarboner sans réduire la santé	
D'abord réduire l'activité de soins de santé	
<i>Domaine</i>	<i>Stratégies</i>
Prévention	Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé
	Dépister et traiter rapidement certaines pathologies
	Promouvoir les comportements favorisant la santé
Patient-acteur	Informar, éduquer
	Favoriser l'auto-gestion de la maladie
	Favoriser une approche communautaire de la santé
Gestion « au plus juste » (« Lean »)	Réduire les traitements inappropriés
	Améliorer les trajets de soins
Ensuite réduire l'intensité carbone des soins de santé	
<i>Domaine</i>	<i>Stratégies</i>
Utilisation et développement d'alternatives bas carbone	Redéfinir l'utilité
	Repenser les procédures
	Chercher des alternatives bas-carbone aux traitements actuels
Meilleure utilisation des ressources opérationnelles	Mieux gérer les déchets
	Améliorer la gestion des eaux
	Optimaliser la consommation énergétique des bâtiments et des modes de transport

(Berquin, 2021)

La réduction de l'activité des soins se décline autour de trois axes :

- 1) La promotion de démarches préventives.
- 2) L'encouragement de l'autogestion de leur santé par les individus.
- 3) La réduction des gaspillages en adoptant des stratégies de gestion plus juste, « lean ».

Pour clarifier notre recherche, il est important de distinguer la prévention de la promotion de la santé. Le domaine de la prévention se concentre sur des actions visant la réduction des risques (Vandoome, 2009). L'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (Chapelle, 2018). La prévention est ainsi divisée en trois niveaux, visant à éviter la maladie, à la soigner et à réinsérer le patient dans la société (Chapelle, 2018). Ces stratégies ne ciblent ni les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, ni les comportements ou habitudes de vie des patients (Ferron, 2012). Par conséquent, elles ne peuvent pas, seules, contribuer à une amélioration globale de la santé de la population ou à la réduction des inégalités sociales en santé. En revanche, la promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa, met l'accent sur les déterminants de la santé plutôt que sur les comportements individuels (Ferron, 2021).

2.5.3. La promotion de la santé

La promotion de la santé fait référence à la Charte d'Ottawa, rédigée en 1986 lors d'une conférence internationale tenue à Ottawa au Canada, du 17 au 21 novembre 1986. Cette conférence a été coordonnée par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social, ainsi que l'Association canadienne de santé publique (Bodiguel, 2024).

Figure 5 : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.



(De la Santé Publique du Canada, 2017b)

Les cinq axes stratégiques de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé sont les suivants :

- L'élaboration d'une politique publique saine.
- La création de milieux favorables.
- Le renforcement de l'action communautaire.
- L'acquisition d'aptitudes individuelles.
- La réorientation des services de santé.

La promotion de la santé, fondée sur des valeurs de solidarité et de justice sociale, vise à réduire les inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants de la santé. Elle implique la mise en œuvre d'actions intersectorielles et pluridisciplinaires afin de recentrer les populations sur la

gestion de leur propre santé et de leurs conditions de vie, dans le but d'améliorer leur bien-être global (Féron, 2021).

Au cœur du modèle de la Charte d'Ottawa, trois stratégies d'intervention sont mises en avant pour les acteurs de la promotion de la santé : renforcer les capacités des individus et des groupes, jouer un rôle de médiateurs, et mener des actions de plaidoyer (Saan & Wise, 2011).

2.5.4. Le patient au cœur du processus ou l'éducation par la santé

Les méthodologies axées sur les patients impliquent une collaboration entre les patients, leur famille et les professionnels de la santé afin de concevoir ensemble un plan de traitement global et personnalisé (Berquin, 2021).

L'autonomisation est un processus par lequel un individu prend conscience de ses capacités et développe ses compétences pour gérer non seulement sa santé, mais aussi ses maladies et les traitements associés (Berquin, 2021).

2.6 Le cure et le care

Cette étude se concentre sur une profession liée au "care", et les solutions proposées impliquent un changement de paradigme dans la gestion des soins. Il est donc opportun de clarifier les définitions des termes « care » et « cure ».

Le « cure » se réfère aux soins dans leur sens habituel, impliquant un traitement curatif. En d'autres termes, le cure consiste en la mise en œuvre d'interventions médicales visant à éliminer ou à contrôler une maladie (Lalau, 2021).

Le « care » implique de prendre soin de la personne malade, avec une focalisation plus large que le simple traitement de la maladie comme le prévoit l'approche du « cure ». Il s'agit d'une prise en charge plus holistique du patient, prenant en compte ses besoins émotionnels, sociaux et psychologiques (Lalau, 2021).

III. Les soins infirmiers

Dans le cadre de ce mémoire, l'infirmier² occupe une place centrale et constitue l'acteur principal de notre étude. Cette section sera dès lors consacrée à l'exploration de cette profession.

3.1 L'accès à la profession

En Belgique, la pratique infirmière est réglementée par les Autorités de la santé publique, conformément à l'arrêté royal du 18 juin 1990 (Commission technique de l'Art infirmier, 2024). Cependant, la formation menant à cette profession relève des compétences communautaires (Gobert et al., 2010). Pour devenir infirmier, il existe deux parcours éducatifs distincts : le brevet d'infirmier hospitalier, une formation de niveau secondaire, et le bachelier d'infirmier responsable en soins généraux, une formation de niveau supérieur (Devenir Infirmière ? Quelles Formations, Quelles Passerelles Choisir ? | Cpsi, s. d.).

Le brevet d'infirmier hospitalier peut être obtenu en 3,5 ans dans l'enseignement secondaire professionnel complémentaire (4^e degré) ou en 5 ans dans l'enseignement de promotion sociale. Pour y accéder, plusieurs conditions sont nécessaires : être titulaire du CESS ou d'un titre équivalent, avoir terminé avec succès une 6^e année de l'enseignement secondaire professionnel, ou réussir l'épreuve d'admission aux études d'infirmier(ère) hospitalier(ère) organisée par le jury paramédical de la Fédération Wallonie-Bruxelles (jury paramédical A2). Une année préparatoire est également disponible pour se préparer à ce jury (Devenir Infirmière ? Quelles Formations, Quelles Passerelles Choisir ? | Cpsi, s. d.).

Le « bachelier d'infirmier responsable en soins généraux », anciennement appelé « bachelier en soins infirmiers », est un diplôme obtenu en 4 ans dans l'enseignement supérieur de type court et en 5 ans dans l'enseignement supérieur de promotion sociale. Avant 2016, sa durée était de 3 ans en haute école et de 5 ans en promotion sociale. Les diplômés étaient alors désignés comme « infirmier A1 » (Devenir Infirmière ? Quelles Formations, Quelles Passerelles Choisir ? | Cpsi, s. d.).

Pour accéder au bachelier d'infirmier responsable en soins généraux, il faut être en possession du CESS (Certificat d'enseignement secondaire supérieur) ou d'un titre d'équivalence, ou avoir réussi l'épreuve d'admission aux études supérieures paramédicales de type court organisée par le jury paramédical de la Fédération Wallonie-Bruxelles (jury paramédical A1) (Devenir Infirmière ? Quelles Formations, Quelles Passerelles Choisir ? | Cpsi, s. d.).

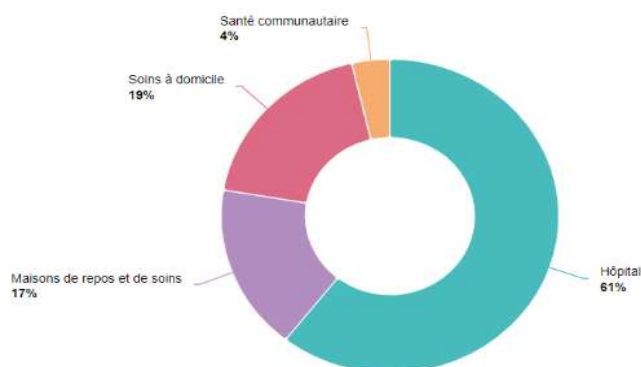
3.2 Le métier d'infirmier

L'infirmier à domicile est chargé de mener à bien diverses activités, qui peuvent être classées en deux catégories : techniques et non techniques (Infirmier/ères responsables de soins généraux, 2024b). Parmi ses responsabilités figurent notamment :

- Observer, identifier et évaluer l'état de santé du patient sur les plans psychique, physique et social ;
- Définir les problèmes liés aux soins infirmiers ;
- Collaborer avec le médecin pour établir le diagnostic médical et mettre en œuvre le traitement recommandé ;
- Informer et conseiller le patient ainsi que sa famille ;
- Fournir une assistance continue, réaliser des actes ou contribuer à leur réalisation pour maintenir, améliorer ou rétablir la santé des personnes et des groupes, qu'ils soient en bonne santé ou malades ;
- Accompagner les patients en fin de vie et les soutenir dans le processus de deuil ;
- Prendre des mesures immédiates de manière autonome pour préserver la vie et intervenir dans les situations de crise ou de catastrophe ;
- Évaluer la qualité des soins pour améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier/-ière.

Les actes techniques peuvent être délégués par un médecin ou un dentiste, conformément à la liste des actes énoncée dans l'annexe II de l'arrêté royal du 18 juin 1990 (Infirmier/ères responsables de soins généraux, 2024b).

Figure 6 : Secteur d'activité des infirmiers actifs dans les soins de santé en 2018.



(Belgiqueenbonnesante, 2024)

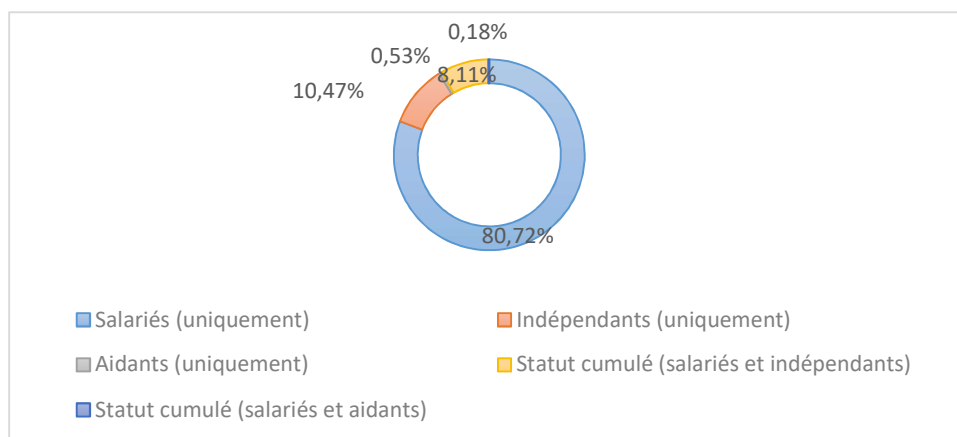
3.3 Cadastre

En 2020, la Belgique comptait 152 067 infirmiers résidant et exerçant légalement leur profession sur son territoire (Personnel des Soins de Santé | Statbel, s. d.-b). La Communauté flamande représentait la majorité des infirmiers actifs dans le domaine de la santé, avec 60 %, tandis que la Communauté française en comptait 40 % (auteur-health, 2022b).

En ce qui concerne le ratio patient-infirmier, on a observé une augmentation significative, passant de 9,3 infirmiers pour 1 000 habitants en 2008 à 11,1 en 2018. Ce ratio est nettement supérieur à la moyenne de l'Union Européenne, qui est de 8,4 infirmiers pour 1 000 habitants (Country Health Profiles. Belgique, 2021).

Selon une étude de Statbel en 2020, la majorité des infirmières ont un statut professionnel de salarié (80,72 %). Les infirmiers indépendants à domicile arrivent en seconde position (10,47 %), tandis que 8,11 % d'entre eux cumulent le statut de salarié et d'indépendant.

Figure 7 : Situation des infirmiers (Personnel des soins de santé | Statbel, s. d.)



(Personnel des soins de santé | Statbel, s. d.)

Le milieu hospitalier demeure le principal secteur d'activité des infirmiers, suivi par les soins à domicile, les maisons de repos, et enfin le domaine de la santé communautaire.

3.4 Le financement des soins de santé à domicile

L'assurance soins de santé obligatoire rembourse certaines des prestations réalisées par les infirmiers. Seules les prestations de soins infirmiers énumérées dans l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé (NPS), réalisées selon ces conditions, font l'objet d'un remboursement. Les prestations infirmières sont catégorisées selon le lieu d'intervention et la nature de la prestation, comprenant les prestations de base, les prestations techniques, les avis et consultations en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, les prestations techniques spécifiques, les honoraires forfaitaires et supplémentaires, les consultations infirmières, ainsi que le suivi d'un patient diabétique de type 2 (Soins Par L'infirmier | INAMI, s. d.-b).

3.4.1 Les services de soins à domicile

Pour les regroupements constitués de 14 équivalents temps plein (ETP) en pratique infirmière, sous la direction d'un responsable également ETP, l'intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile est un paiement trimestriel effectué

deux fois par an par l'INAMI aux services de soins infirmiers à domicile qui répondent à des critères spécifiques. Le montant de cette intervention est ajusté chaque 1^{er} octobre en fonction de l'évolution de certaines variables définies dans l'Arrêté Royal du 16 avril 2002. Depuis le 1^{er} janvier 2023, ce forfait s'élève à 18 601 euros. (Intervention Forfaitaire Pour les Services de Soins Infirmiers À Domicile | INAMI, s. d.)

3.5 Le sous-financement du secteur des soins infirmiers à domicile

Une étude menée en 2010 par la K.U. Leuven et l'ULB, ainsi que le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), a mis en lumière la problématique du financement insuffisant du secteur des soins de santé à domicile. Elle souligne que les dépenses annuelles pour les soins infirmiers à domicile représentent 4 % des dépenses totales de soins de santé de l'INAMI et augmentent de 7 % par an en moyenne, soit 1 % de plus que l'augmentation moyenne des dépenses totales de soins de santé. Cette augmentation est attribuée au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de maladies chroniques et à la réduction de la durée de séjour à l'hôpital (Mieux Financer la Qualité et la Continuité des Soins Infirmiers À Domicile, 2010).

L'étude souligne également que la nomenclature de l'INAMI est trop complexe et obsolète, laissant de nombreuses activités et tâches non incluses dans la liste des prestations. De plus, le KCE recommande que le financement forfaitaire ne soit pas uniquement déterminé par la dépendance du patient, mais également par la qualité des soins fournis.

En fin de compte, une amélioration du financement ne peut qu'avoir un effet bénéfique sur l'attrait de la profession d'infirmier à domicile, un aspect qui mérite également d'être pris en compte.

Par ailleurs, l'étude a suggéré qu'une analyse soit réalisée afin de déterminer si les tarifs actuels couvrent réellement les coûts des soins infirmiers à domicile. Mieux Financer la Qualité et la Continuité des Soins Infirmiers À Domicile, 2010).

La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile a également dénoncé le sous-financement structurel des soins infirmiers à domicile (Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile, 2022).

En outre, cette problématique a été exacerbée en 2022 en raison de l'inflation. L'écart entre, d'une part, l'augmentation des salaires, le prix du carburant, l'indexation des salaires et le coût du matériel nécessaire aux soins tels que les seringues et les sets à pansement, et d'autre part, les honoraires de la nomenclature établis par l'INAMI, n'a cessé de se creuser (Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile, 2022).

La politique de financement de l'INAMI réduit chaque année le temps consacré à la réalisation des actes, créant ainsi un environnement de travail de plus en plus précaire non seulement pour le personnel, mais aussi pour les patients (Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile, 2022).

3.6. Pénurie d'infirmiers

La Belgique fait face à une pénurie croissante d'infirmières à domicile et, de manière plus générale, d'infirmiers. Cette difficulté de recrutement est structurelle, remontant aux années 1950 (Cors, 2023).

La pénurie d'infirmières à domicile en Belgique ne découle pas d'un manque de diplômés en soins infirmiers, mais plutôt d'un manque d'attractivité du secteur, de difficultés à retenir le personnel en poste et de la pénibilité du travail. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation, notamment la surcharge de travail, la difficulté à concilier vie professionnelle et vie privée, le sentiment de perte de sens dans l'exercice du métier en raison de la déshumanisation des soins et de l'augmentation des tâches administratives, le manque d'autonomie dans le processus décisionnel, ainsi que le manque d'attractivité des salaires (Cors, 2023).

Ainsi, de nombreux infirmiers et infirmières réduisent leur temps de travail ou cherchent des opportunités professionnelles dans d'autres domaines. Cette pénurie crée un cercle vicieux où le manque d'effectifs aggrave la situation. De plus, les prestataires de soins à domicile courent un risque élevé de burnout en raison de la charge de travail et des pressions professionnelles (Nuytens-Alderson, 2022).

Cette pénurie pourrait s'aggraver à l'avenir. On observe une diminution de l'intérêt et du nombre d'inscriptions aux études en soins infirmiers. Les raisons de ce phénomène sont multiples, notamment l'allongement de la durée des études, les exigences accrues et le manque d'encadrement des étudiants. De plus, le manque de personnel entraîne une augmentation de la charge de travail, ce qui peut parfois amener à utiliser les étudiants comme une main-d'œuvre supplémentaire au lieu de répondre à leurs besoins en formation et en soutien (Cors, 2023).

Par ailleurs, un écart se creuse entre la formation dispensée et les exigences du terrain, remettant en question la pertinence des programmes d'études infirmières actuels. De plus, des préoccupations se font jour quant à la qualité des soins prodigués aux patients, notamment en raison de l'introduction d'une nouvelle formation pour les assistants infirmiers, approuvée par Frank Vandenbroucke, ainsi que des répercussions sur l'organisation des équipes de soin (Cors, 2023).

3.7 Le rôle primordial des soins de première ligne

Renforcer les soins de santé de première ligne constitue un pilier essentiel de la transition vers des systèmes de santé plus durables. En effet, une première ligne de soins renforcée est associée à de meilleurs indicateurs de santé pour la population, à des coûts réduits, à une diminution des visites aux services d'urgence et des hospitalisations, ainsi qu'à une plus grande équité dans l'accès aux soins (Berquin,2021).

D'autre part, les soins de santé de première ligne ont un impact environnemental moindre que les soins de deuxième ligne et hospitaliers, principalement en raison d'une utilisation plus limitée de technologies et de déplacements réduits (Berquin,2021).

De plus, la proximité avec leurs patients permet aux professionnels de première ligne de mieux détecter leurs besoins et de comprendre leurs objectifs de vie. Ainsi, ils peuvent adapter les traitements et l'accompagnement en fonction des objectifs globaux de la personne. Cette position privilégiée leur permet également de jouer un rôle important dans le cadre de la littératie en santé (Ligne, 2021).

Il est dès lors important de poursuivre les efforts visant à améliorer et à valoriser les soins de santé de première ligne. Ce faisant, non seulement nous maintenons la qualité des soins, mais nous réduisons également l'empreinte écologique des services de santé tout en renforçant leur capacité à faire face aux défis futurs (Berquin, 2021).

Notre étude se focalise spécifiquement sur une profession essentielle de la première ligne de soins de santé : les infirmiers à domicile.

3.8 L'éco-infirmier

L'infirmier à domicile, par son accès privilégié à l'environnement du patient, peut jouer un rôle crucial dans la transition vers des soins de santé plus durables. Ainsi, la crise environnementale présente une opportunité pour l'infirmier, ouvrant la voie à l'émergence d'un nouveau métier : celui d'éco-infirmier. Ce professionnel se concentre sur la promotion de la santé préventive tout en adoptant et en promouvant des pratiques éco-responsables. En France, il existe environ une centaine d'éco-infirmiers, bien qu'il n'existe pas de diplôme officiel. Ce statut désigne des professionnels engagés dans la promotion de la santé environnementale et de la prévention.

L'éco-infirmier se distingue par son expertise en santé environnementale et son rôle d'ambassadeur des pratiques éco-responsables dans les soins infirmiers (Iovine, 2022c). Sensibilisé à la question environnementale dès sa formation initiale, l'éco-infirmier est en mesure de détecter les risques sanitaires liés à l'environnement du patient ou à son mode de vie, et peut ainsi encourager l'adoption de comportements éco-protecteurs (Iovine, 2022b). Il aide ses patients à acquérir des connaissances en santé environnementale et les sensibilise notamment aux effets sanitaires des facteurs environnementaux de la vie quotidienne, tels que les perturbateurs endocriniens présents dans l'alimentation, l'impact des emballages alimentaires, les additifs, les produits d'hygiène, ainsi que la pollution des eaux par les micro-substances contenues dans les traitements médicaux utilisés. En agissant sur les déterminants de la santé comme l'environnement et l'alimentation, cette approche préventive contribue à améliorer la santé des patients (Iovine, 2022b).

Par ailleurs, dans un objectif de décroissance technique, l'éco-infirmier évalue la pertinence des actes techniques et médicaux délégués prescrits, en considérant leur utilité par rapport à leur impact (Iovine, 2022b).

3.9 Conclusion du cadre théorique

Le secteur des soins de santé, destiné à améliorer la santé, contribue paradoxalement à sa dégradation en raison de son impact environnemental. L'approche biomédicale et l'économie capitaliste ont favorisé une médecine technologique, rendant les patients passifs dans la gestion de leur santé. Cela a rendu notre système de soins polluant, pathogène et coûteux (Berquin, 2021).

La santé humaine est étroitement interconnectée avec celle des écosystèmes et de la biodiversité. Les changements climatiques et environnementaux à venir risquent d'avoir des conséquences non seulement sur la santé des populations, mais également sur les ressources disponibles. En outre, la dépendance du secteur aux produits pétroliers et à leurs dérivés pourrait entraîner une paralysie des activités en cas de pénurie (Berquin, 2021).

Cette problématique affecte les différentes catégories sociales de manière disproportionnée, les populations les plus précaires étant souvent les plus durement touchées (Laurent, 2023). Face à ces défis, le secteur des soins doit entreprendre une transformation fondamentale. L'amélioration du système de santé devrait adopter une approche multidimensionnelle, intégrant des stratégies préventives socio-écologiques visant à promouvoir la santé et à combattre l'isolement social (Eloi, 2023). Cela nécessite une remise en question de l'approche traditionnelle et exclusive biomédicale au profit d'une approche biopsychosociale plus holistique, reconnaissant la santé comme le résultat complexe de l'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En outre, il est crucial que le patient retrouve son rôle d'acteur principal dans la gestion de sa propre santé (Berquin, 2021).

La crise actuelle offre une occasion unique de repenser le secteur des soins de santé. Les soins de première ligne jouent un rôle essentiel dans cette transformation, car ils présentent un impact environnemental significativement moindre que les soins de deuxième ligne et hospitaliers. Cela s'explique par une utilisation réduite de techniques avancées et des déplacements limités (Berquin, 2021).

Dans ce contexte, l'infirmier à domicile, grâce à son accès direct à l'environnement des patients, pourrait jouer un rôle clé dans la transition vers des soins de santé plus durables. Ce rôle, qui combine prévention et promotion de pratiques éco-responsables, a donné naissance à un nouveau métier : l'éco-infirmier.

IV. Cadre pratique

Ce chapitre sera consacré à la description de la méthodologie employée pour réaliser notre recherche. Dans un premier temps, nous présenterons les différentes hypothèses qui ont encadré notre enquête. Ensuite, nous expliquerons le choix des entretiens semi-directifs comme méthodologie, ainsi que les raisons derrière la sélection de notre échantillon. La suite de cette partie détaillera notre guide d'entretien. Dans le contexte de cette analyse, nous utiliserons le genre féminin pour faire référence aux infirmières, étant donné que la majorité des personnes interrogées sont des femmes.

4.1 Hypothèses

Afin de mener une étude scientifique de manière ordonnée, il est essentiel de l'organiser autour d'hypothèses de travail. La formulation d'hypothèses donne, d'une part, un cadre à l'objet de recherche en assurant au chercheur de suivre un fil conducteur. D'autre part, en exprimant une présomption sur l'attitude des objets étudiés, les hypothèses constituent des critères de sélection des données (Van Campenhoudt et al., 2017, p.167).

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéressons au rôle que pourraient jouer les infirmiers à domicile dans la transition vers des soins de santé plus durables. L'exploration de la littérature scientifique et la réalisation d'un entretien de pré-enquête nous ont permis de formuler plusieurs hypothèses, dont trois principales.

Ainsi, notre cadre théorique met en avant que la transition vers des soins de santé plus durables implique un changement de paradigme quant à la gestion actuelle des soins de santé (Berquin, 2021). En effet, la dynamique curative doit faire place à une approche préventive de la prise en charge. L'infirmier à domicile, ayant accès à l'environnement du patient, pourrait détecter les risques sanitaires liés à cet environnement ou à son mode de vie. Le comportement constitue un déterminant direct de la santé, pouvant être influencé par des déterminants indirects tels que l'environnement social et physique (Alla, 2016). En outre, nous avons observé à travers l'approche socio-écologique qu'un lien de réciprocité existe entre les logiques sociales et les questions environnementales. Les inégalités sociales, qui sont à l'origine de la crise environnementale, s'accroissent à leur tour en raison de cette même crise (Laurent, 2023). De plus, les risques environnementaux ont un impact différencié selon les classes sociales, ce que

l'on appelle l'impact social différencié (Laurent, 2023). Par ailleurs, la santé est corrélée à la catégorie sociale à laquelle nous appartenons (Berquin, 2021). La lutte contre les inégalités sociales est donc nécessaire pour briser ce cercle vicieux (Laurent, 2023).

Ainsi, la première hypothèse suppose que, par sa proximité avec le patient et son entourage, notamment grâce à l'accès à l'environnement physique du patient, l'infirmier à domicile occupe une position privilégiée pour intervenir dans le cadre de la promotion de la santé. En agissant sur les déterminants sociaux de la santé, l'infirmier à domicile pourrait réduire les inégalités en matière de santé, un élément clé pour contribuer à une transition vers des soins de santé plus durables.

Par ailleurs, en informant et formant ses patients, l'infirmier à domicile leur permettrait d'acquérir des connaissances en santé environnementale et de renforcer leurs compétences en gestion de leur propre santé. Ainsi, la deuxième hypothèse repose sur le fait que l'infirmier à domicile pourrait favoriser l'autonomisation de ses patients, les rendant plus autonomes et responsables dans la gestion de leur santé.

Enfin, le secteur des soins de santé est fortement dépendant des dérivés du pétrole, notamment à travers l'utilisation d'accessoires en plastique à usage unique tels que les seringues, les prises de sang et les masques à oxygène. Ces accessoires sont considérés comme indispensables pour garantir la stérilité des soins et la qualité des interventions (Berquin, 2021). De plus, les déplacements des infirmiers à domicile représentent également une source significative de pollution. Notre troisième hypothèse propose que les infirmiers à domicile pourraient réduire leur impact carbone en adoptant des pratiques plus éco-responsables.

4.2 Entretien semi-directif

Le recueil des données a été effectué au moyen d'entretiens semi-directifs. Cette méthodologie permet d'explorer une question de départ en s'appuyant sur l'expertise et les pratiques des personnes de terrain (Sauvayre, 2013). Il s'agit d'un échange privilégié entre deux personnes, basé sur l'écoute, l'empathie et le partage d'informations (Imbert, 2010). Ce type d'entretien combine une approche non directive, permettant à la personne interrogée de s'exprimer librement, et une approche directive, assurant le respect du cadre théorique défini par

l'enquêteur. Sa réalisation nécessite une préparation rigoureuse : le chercheur, souvent appelé intervieweur, doit impérativement se questionner en amont et continuer à explorer les aspects liés à sa problématique, son objet d'étude, et son langage. Les éléments issus de la phase exploratoire permettent de construire le guide d'entretien, qui constitue une balise théorique pour l'intervieweur (Imbert, 2010).

4.3 Echantillon

Notre échantillon comprend huit individus, dont cinq infirmières à domicile exerçant en Wallonie. Ces infirmières peuvent être des indépendantes à titre principal ou complémentaire, ou des salariées. Les infirmières travaillant exclusivement en milieu hospitalier ont été exclues de cette étude.

Pour obtenir des perspectives diversifiées, nous avons interrogé également trois managers : deux middle managers et un cadre supérieur, tous œuvrant dans des structures de soins infirmiers à domicile.

4.4 Recrutement

Pour le recrutement des participants, j'ai d'abord lancé des recherches auprès de mon entourage en utilisant le bouche-à-oreille. J'ai également publié une annonce sur les réseaux sociaux. Au cours de cette phase, j'ai rencontré plusieurs refus, principalement en raison de contraintes de temps et de manque de disponibilité. Par la suite, ma responsable de mémoire m'a mis en relation avec des membres du personnel de son entreprise. Une fois les participants identifiés, nous avons établi un contact par téléphone pour leur expliquer le but de l'étude et le déroulement de l'entretien à venir.

4.5 Guide d'entretien

Avant de mener nos différents entretiens, deux guides d'entretien ont été élaborés : l'un à l'intention des infirmières et l'autre à celle des managers.

Le guide destiné aux infirmières est composé de six rubriques : la présentation, la perception du rôle de l'infirmier, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, l'empowerment, et l'écologie.

Le guide destiné aux managers est structuré en huit rubriques : la présentation, la perception du rôle de l'infirmier, le contexte financier de l'entreprise, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, l'empowerment, l'accessibilité financière du patient et l'écologie.

4.6 Déroulement des entretiens

Les entretiens avec les infirmières et les managers ont été menés soit en présentiel, soit à distance via le logiciel Microsoft Teams. Ceux-ci se sont déroulés du 25 mars 2024 au 26 avril 2024. Après avoir obtenu l'autorisation préalable des participants, chaque entretien a été enregistré. La durée moyenne des entretiens était d'environ une heure.

4.7 Méthode d'analyse

Notre choix s'est orienté vers l'analyse thématique. Les transcriptions ont été examinées à plusieurs reprises pour assurer une compréhension optimale. Chaque entretien a été d'abord analysé de manière approfondie, puis une comparaison horizontale des différentes entrevues a été effectuée. Les verbatims ont ensuite été regroupés dans un tableau récapitulatif comprenant tous les thèmes et sous-thèmes identifiés au cours de nos analyses.

V. Résultats

5.1 Echantillon

	Fonction	Sexe	Age	Type de formation	Ancienneté dans la fonction	Statut
A	Infirmière	F	37 ans	Baccalauréat	10 ans	Salariée et indépendante à titre accessoire.
B	Infirmier	M	47 ans	Baccalauréat Formation complémentaire en diabétologie et soins palliatifs	25 ans	Salarié et indépendant à titre accessoire.
C	Infirmière	F	46 ans	Brevet d'infirmière hospitalière	26 ans	Indépendante à titre principal
D	Infirmier	M	40 ans	Baccalauréat	11 ans	Indépendant à titre principal.
F	Manager	F	30 ans	Baccalauréat en soins infirmiers Et master en santé publique	5 ans / infirmière 3 ans/manager	Salariée.
G	Directrice	F	42 ans	Baccalauréat en soins infirmiers et spécialisation en santé communautaire.	Manager depuis 18 ans	Cadre supérieur.
H	Manager	F	30 ans	Baccalauréat en soins infirmiers Et master en santé publique	5 ans Infirmière 4 ans manager	Salariée.
I	Infirmière	F	26 ans	Baccalauréat	3 ans	Salariée.

Parmi les huit personnes interrogées, la majorité étaient des femmes, seules deux d'entre elles étaient des hommes.

Pour l'échantillon des infirmiers, sur les cinq personnes interviewées, trois étaient des femmes et deux étaient des hommes. En ce qui concerne les qualifications, la plupart étaient titulaires d'un baccalauréat, et une personne possédait un brevet d'infirmière hospitalière. De plus, un candidat avait suivi une formation spécialisée en diabétologie et soins palliatifs.

En ce qui concerne leur expérience professionnelle, une personne avait moins de cinq ans d'ancienneté, deux avaient au moins dix ans d'expérience, et deux autres avaient au moins vingt-cinq ans d'expérience dans la profession.

Parmi les managers interrogés, qui étaient au nombre de trois au total, toutes étaient des femmes. Deux d'entre elles occupaient des postes de chef d'équipe, tandis que la troisième assumait un rôle de direction. En ce qui concerne leur formation, le cadre supérieur avait un baccalauréat, tandis que les deux responsables d'équipe possédaient un master en santé publique. En termes d'expérience professionnelle, la directrice n'avait jamais occupé de poste en tant qu'infirmière et comptait dix-huit ans d'ancienneté dans le domaine, tandis que les

responsables d'équipe avaient cinq ans d'ancienneté en tant qu'infirmières et au moins trois ans en tant que managers.

5.2 Présentation des résultats

Cette section présentera les différentes catégories et thèmes qui ont émergé de mes discussions au cours de mon étude.

5.3 Rôle de l'infirmier

La question posée aux participants était la suivante : « Comment décririez-vous le rôle d'un infirmier ? » ou « Quelle est selon vous la finalité de la pratique infirmière ? »

Les personnes interrogées ont souligné que, en tant que profession du care, le rôle de l'infirmier est centré sur le patient. Ils s'engagent à prendre soin de lui, à l'aider dans toutes les activités qu'il ne peut pas réaliser seul. Une des participantes a exprimé cela en affirmant : « Et prendre soin de l'autre, c'est quelque chose que j'apprécie beaucoup » (B). De plus, le maintien des patients à domicile a été mis en avant comme un objectif important. Les infirmiers à domicile visent à éviter les placements en maison de repos pour les personnes âgées et à fournir des soins post-opératoires à domicile afin de réduire les séjours à l'hôpital.

Pour une majorité d'entre elles, l'aspect relationnel du métier constitue un élément majeur. « Je suis infirmière, je suis une personne qui s'occupe d'autres personnes. » (C) Les interactions personnelles ont été largement soulignées comme étant aussi importantes que les soins pratiques. La plupart des personnes interrogées ne considèrent pas le rôle de l'infirmier comme se limitant à la prestation d'un acte, mais plutôt comme un moment privilégié entre le soignant et le patient. Un participant a exprimé cette perspective en affirmant : « Je vois plus comme un rôle relationnel, parce qu'au final, c'est pas ton acte qui compte le plus pour eux, c'est le moment » (D).

L'aspect relationnel de l'infirmier se manifeste également par son rôle d'intermédiaire entre différents fournisseurs de soins, tels que les médecins et les kinésithérapeutes. Cela lui permet de fournir des éclaircissements si nécessaire et de garantir une communication fluide et efficace entre les membres de l'équipe de soins (F).

Deux participants ont également mis en avant l'objectif de promouvoir l'autonomie, illustré notamment par l'exemple d'une patiente retrouvant progressivement son indépendance avec l'aide des infirmiers. « Au début, il fallait la laver complètement. Et puis, au fur et à mesure du temps, des mois, des semaines, elle a repris son autonomie avec notre aide et on y va plus quoi. Donc ça je pense que c'est vraiment important de rendre le patient autonome ».

Par ailleurs, la diversité des rôles pouvant être assumés par les infirmiers à domicile a été mise en évidence par deux personnes interrogées, le rôle de l'infirmier pouvant aller de l'assistance médicale aux tâches domestiques. « A domicile, on est tout. À domicile, on est coiffeur, pédicure, manucure, plombier, psychologue. On va faire les courses. ...On est beaucoup de choses ». (C)

Enfin, une personne interrogée a mis en avant le rôle que pouvait jouer l'infirmier dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé : « Voilà, on peut aussi avoir un rôle de prévention, de promotion aussi de la santé donc c'est assez varié ». (F)

Ces points de vue mettent en avant la complexité et la variété des rôles des infirmiers à domicile.

5.4 Promotion à la santé

5.4.1. Evaluation des connaissances actuelles concernant les déterminants de la santé

L'ensemble des participants ont ensuite été interrogés sur leurs connaissances relatives aux déterminantes de la santé. Il leur a été demandé : « Quels sont les éléments qui, selon vous, influencent la santé ? »

La majorité des participants ont souligné l'impact de l'environnement, tant intérieur qu'extérieur, sur la santé. En ce qui concerne l'environnement intérieur, l'importance de la qualité et de la propreté du logement sur la santé a été soulignée. Un infirmier a d'ailleurs mis en évidence l'importance cruciale de l'environnement dans le processus de guérison des plaies. « Je prends un exemple d'un patient chez qui on a une plaie qu'on n'arrive pas à soigner car on le soigne mais il fait tellement dégueulasse chez lui, car quand on n'y va pas pendant un jour et ensuite il marche à pied nus ou le chien va contre la plaie... ben il se réinfecte... Donc voilà... l'environnement est donc très très important... » (A)

Toujours dans le cadre de la sphère privée du patient, les technologies domestiques sont considérées comme des dégradations de la qualité de vie. « Et quand c'est à l'intérieur, pour moi tout ce qui est technologie, gsm, ondes, wifi intérieur et compagnie... Je vois ça comme une forme de dégradation de la qualité de vie » (B)

Quatre participants ont évoqué l'environnement extérieur, notamment en mentionnant la proximité avec des sources de pollution telles que les antennes électriques, ainsi que d'autres facteurs environnementaux. « Il y a aussi la localisation de leur habitation, s'ils habitent tout près d'une usine, s'ils habitent à la campagne, si des antennes électriques se trouvent à proximité de leur habitation,... » (C)

L'importance du régime alimentaire a également été soulignée, en mettant l'accent sur la qualité des aliments et l'impact des choix alimentaires sur la santé. Deux intervenants ont souligné l'influence des facteurs socio-économiques et économiques sur cet aspect. « Mais moi j'en connais, il mange des crasses, parce que ça coûte moins cher. Et donc l'alimentation c'est un des facteurs. » (D) Quant au facteur économique, un participant a mis l'accent sur les repas préparés mis en vente par l'industrie alimentaire. « Il y a aussi l'alimentation, les industriels nous proposent de plus en plus de produits transformés... » (B)

En outre, il a été mentionné que des facteurs tels que les niveaux de vie, le niveau d'éducation et les inégalités sociales ont un impact sur la santé. « Il y a aussi le type d'éducation, le niveau de vie. Enfin, c'est à dire si les parents ou même les enfants ont un certain salaire, ça permet d'atteindre certaines choses ou pas. Du coup au niveau éducation, ça peut varier aussi. Puis tout le monde n'a pas les mêmes chances. Donc il y a aussi les inégalités sociales qui peuvent influencer la santé et peuvent donc influencer l'environnement... Est-ce qu'on habite dans un environnement qui est sain ou pas ? Est-ce qu'il y a une certaine sécurité ou pas dans cet environnement-là... » (F)

L'activité physique et la sédentarité ont également été identifiées comme des éléments à prendre en compte « Alimentation, l'activité physique, bien l'endroit où ils vivent aussi, est ce que c'est sain, est ce que c'est propre ? » (D)

De plus, les facteurs individuels et génétiques ont été soulignés par plusieurs participants (C - F - H). L'hygiène du patient a également été mentionnée (A - D - H).

Et enfin, la culture et la religion ont été mentionnées par un participant comme ayant également un impact sur la santé. « Au niveau de la société, je pense qu'il y a la culture de la société dans laquelle on est, la religion aussi » (F). La personne qui a partagé cette information est diplômée en santé publique avec une spécialisation en promotion de la santé.

5.4.2 Promotion de la santé, pratiques actuelles sur le terrain

Point de vue des infirmiers

Après avoir donné la définition de la promotion de la santé, nous avons demandé aux participants si la promotion de la santé faisait partie de leur pratique actuelle. La promotion de la santé vise à aider les individus à mieux comprendre et maîtriser les facteurs influençant leur bien-être, avec pour objectif d'améliorer leur santé en les rendant plus autonomes face à leur propre santé. Pour réussir cette démarche, il est crucial d'impliquer activement la population dans toutes les initiatives de promotion de la santé (Fournier et al., 2009). Selon cette définition, pensez-vous que la promotion de la santé fait déjà partie de votre quotidien ?

Il semble y avoir une certaine confusion entre la promotion de la santé, la prévention et l'éducation. En effet, les diverses actions perçues comme faisant partie de la promotion de la santé s'inscrivent dans une méthodologie descendante en termes d'information, allant de l'infirmier vers le patient, afin de les aider à gérer activement leur propre santé.

La promotion de la santé est souvent associée à la sensibilisation des patients à des habitudes de vie saines, comme maintenir une bonne hygiène, arrêter de fumer et adopter une alimentation équilibrée, notamment dans le contexte du traitement du diabète, selon la majorité des participants. « C'est comme ça pour moi que je me dis, on peut éduquer si on peut dire comme ça, éduquer. J'essaie d'expliquer aux gens. C'est comme chez un patient diabétique, si j'arrive et que je vois du coca. Ben je vais dire il ne faut pas le boire, certains ils le prennent presque mal ». (D)

Une participante a établi un lien entre la promotion de la santé et la prévention. « Les publicités pour les dépistages et bien si tu ne leur dis pas bah... Ce serait quand même bien d'aller faire la mammographie, bah d'eux-mêmes ils ne vont pas se dire c'est vrai qu'il faut que j'aille faire ma mammographie ». (C)

Point de vue managérial

Concernant ce sujet, deux tendances se sont dégagées. D'une part, un manager interrogé considère que la promotion de la santé ne constitue pas un axe prioritaire dans la pratique quotidienne des infirmières, car les membres de l'équipe médicale se concentrent sur les soins des patients déjà malades. Dès lors, l'espace laissé à la prévention est moindre. « Je dirais que ça fait pas vraiment partie de notre quotidien. Parce que finalement, quand on prend en charge les patients, c'est qu'ils sont déjà malades. Et du coup les membres de l'équipe ne font pas nécessairement attention non plus. Ou alors on prend déjà en charge le patient pour quelque chose et s'il passe des examens ou autre et que là qu'on voit qu'il y a peut-être des facteurs de risque ou autre, alors là, on peut le conseiller, mais c'est pas vraiment notre rôle premier ». (F)

Il estime que bien que des conseils de santé puissent être donnés aux patients, certains peuvent être réticents au changement, ce qui complique la mise en œuvre de recommandations, notamment chez les patients diabétiques qui préfèrent augmenter leur dosage d'insuline plutôt que de modifier leur alimentation. De plus, selon ce manager, la formation de base ne prépare pas suffisamment le personnel à promouvoir la santé.

De plus, les ressources et le temps nécessaires pour le faire sont limités. Il mentionne également que les directions peuvent aussi manquer de connaissances précises dans ce domaine.

D'autre part, d'après les entretiens avec les deux autres responsables, la promotion de la santé fait partie intégrante du quotidien des infirmiers. Un des répondants a souligné que la promotion de la santé est une obligation fondamentale pour tous les infirmiers, et que cela fait partie de leur formation de base et de leur champ d'intervention. « Alors j'ai envie de dire tous les infis ont comme enjeu de faire la promotion à la santé. Pour moi, c'est dans le cursus scolaire et c'est ce qu'on nous apprend et c'est dans notre scope d'action et donc très souvent effectivement les infirmiers conseillent. Donc ça, ils le font. Après, on a aussi des infirmiers référents en diabétologie qui font des trajets de soins avec les patients » (G).

Selon un autre répondant, la promotion de la santé se fait de manière informelle et instinctive au sein des équipes médicales. Les infirmiers partagent des conseils et des expériences lors des réunions d'équipe, en discutant des meilleures pratiques pour encourager des comportements plus sains chez les patients. Bien qu'il n'y ait pas de formations spécifiques

organisées, les échanges en équipe permettent de mettre en place des actions coordonnées pour soutenir la santé des patients.

En outre, les deux participants ont fait référence aux nombreux conseils donnés lors du suivi des patients atteints de diabète, mettant en évidence l'importance de la prévention et de l'éducation dans la gestion de cette maladie chronique.

5.5 Education pour la santé, pratiques actuelles

Point de vue des infirmières

Nous avons interrogé les infirmières pour savoir si l'éducation à la santé était intégrée dans leur pratique courante. L'éducation pour la santé est définie comme une action qui vise à « aider une personne à modifier ses comportements, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé ». Elle doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité » (Fournier et al., 2009). Selon cette définition, quelle place occupe l'éducation pour la santé dans vos pratiques ? Pensez-vous que la promotion de la santé fait déjà partie de votre quotidien ? Si oui, comment se traduit-elle ? »

La plupart des personnes interrogées ont souligné que l'éducation à la santé fait partie intégrante du rôle quotidien des infirmières, visant à encourager l'autonomie des patients. De plus, le suivi des patients diabétiques a été cité comme exemple par une majorité d'entre eux. « Je réalise par rapport à la prise en charge du diabète, je leur montre comment ils doivent faire pour qu'ils puissent devenir autonomes, mais c'est le but de tous les soins infirmiers. En fait, une infirmière, c'est quoi ? C'est elle qui pallie aux besoins de la personne pour le rendre autonome » (C).

Les infirmières soulignent également l'importance de former les patients à prendre en charge leur propre santé. Elles favorisent l'autonomie en incitant les patients à participer activement à leurs soins, notamment en les encourageant à s'impliquer pendant la toilette. « Pendant la toilette, moi par exemple je les stimule toujours pour qu'ils m'aident. Par exemple, je lave le

visage et ils s'essuient. J'essaie quand même de faire en sorte qu'ils prennent quand même soin d'eux » (A).

En outre, un infirmier a souligné l'importance de l'anamnèse pour adapter sa communication en fonction du niveau d'éducation et de la profession du patient. Cela aide également à mieux saisir les conceptions que les patients se font de leur santé. Il a également précisé que dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques, bien que la demande de suivi émane d'un médecin, il ne reçoit pas d'instructions spécifiques, hormis celle d'améliorer la gestion du diabète du patient. « Nous en soins infirmiers, on a l'anamnèse c'est un peu la photo du patient. Heu... et si on ne prend pas le temps et cela peut prendre une minute de savoir ne serait-ce que le niveau d'éducation de la personne, son métier... On ne va pas pouvoir adapter le discours aussi. Et on peut se rendre compte des représentations que les personnes se font sur leur santé ou sur leur vie » (B).

Enfin, une infirmière a expliqué que cette approche est souvent plus efficace avec les patients qu'ils voient de façon plus régulière, car un lien de confiance est déjà établi, ce qui facilite la communication et l'adhésion aux recommandations. « Alors oui, avec les patients qu'on voit de façon récurrente. Parce qu'encore une fois vu qu'il y a ce lien et un peu de confiance parce qu'ils nous voient assez souvent et qu'on va chez eux. Je ne me permets pas éventuellement ce genre de choses chez des patients qui sont sur une tournée par exemple à (Localité) chez qui je vais faire un soin une fois tous les 6 mois quoi, c'est une fois qu'il y a le lien de confiance, on essaye. Mais à voir si c'est entendu et suivi » (I).

Point de vue managérial

Lorsqu'il a été question d'éducation pour la santé, les différents responsables interrogés ont également évoqué le suivi des patients diabétiques, en particulier l'éducation concernant l'alimentation. « Voilà expliquer que le matin, le contrôle de l'insuline doit être fait à jeun. Eviter de manger trop sucré. S'il y a une baisse de glycémie, essayer plutôt de prendre du sucre rapide, avant de reconstruire manger plutôt des sucres lents. Simplement adopter certains comportements en fonction de la glycémie » (H).

Par ailleurs, deux responsables soulignent également que le patient doit être disposé à accepter ce type de processus. Certains patients préfèrent éviter de prendre leurs responsabilités et de se responsabiliser.

Un responsable a également souligné l'importance des infirmiers spécialisés dans des domaines tels que la gériatrie et les soins de plaies. Il a noté que les infirmiers en soins palliatifs accordent une attention particulière à l'éducation et à la prévention. « Oui et donc là, de nouveau, c'est dans leur scope. Et plus particulièrement pour les patients diabétiques. Il y a des infirmiers relai en diabétologie, en gériatrie, en soins de plaie. On a des infirmiers en soins palliatifs et eux qui sont plus axés sur l'éducation aussi et la prévention » (G).

Enfin, un participant a mentionné le suivi réalisé dans le cadre de l'alimentation entérale.

5.6 Capacités des infirmiers à domicile à influencer le comportement du patient

Point de vue des infirmiers

D'après trois répondantes, l'avantage principal des infirmiers à domicile réside dans leur interaction quotidienne avec les patients. Cette proximité favorise l'établissement d'une relation de confiance, facilitant ainsi la communication et encourageant l'adhésion aux recommandations. Contrairement à l'hôpital, où les patients rencontrent rarement les mêmes professionnels de santé à plusieurs reprises, cette continuité de soins offre aux infirmières à domicile un avantage indéniable. « Bien peut être qu'à force de le voir tous les jours, plus qu'un médecin, il y a un lien qui se crée et il te fait un peu plus confiance » (D).

Deux répondants ont souligné que leur force réside dans le fait que les patients les perçoivent comme des spécialistes dans leur domaine. « Donc, oui on est en mesure, parce que les patients nous voient aussi comme des référents de la discipline » (B).

Enfin, un répondant a souligné que l'accès à l'espace privé du patient leur donne accès à leur environnement familial, et leur confère ainsi un avantage significatif dans le cadre de la promotion de la santé. « Nos forces, en tant qu'infirmiers à domicile, est que l'on voit l'environnement. On ne voit pas tout cela à l'hôpital. Nous, on a accès à leur environnement familial. On voit dans quel environnement ils évoluent, on voit s'il y a un manque d'hygiène ou parfois on voit qu'ils ne sont pas capables. En fait, c'est le fait d'avoir accès à la maison » (A).

Point de vue des managers

Les trois responsables interrogés ont unanimement déclaré que la position de l'**infirmier est parfaitement adaptée pour promouvoir la santé, en raison de son accès au domicile des patients** : « Évidemment, évidemment, il a accès à son environnement, c'est un acteur qui agit sur les déterminants de la santé, oui » (G).

Un répondant a ajouté qu'à domicile, l'infirmier a accès à certains déterminants de la santé, car il peut observer **l'environnement social et les conditions de vie de la personne**, notamment l'état de son logement. « Et si on ne s'y retrouve pas et bien ce n'est pas possible. Donc oui, on voit l'environnement social et l'environnement dans lequel la personne vit, l'état de la maison, etc... Cependant, il y a des choses sur lesquelles on n'aura pas de prise » (F).

Dans cette même perspective, un répondant a précisé qu'à domicile, contrairement au milieu hospitalier, le soignant a accès aux habitudes de vie du patient dans son cadre de vie quotidien. Cela place l'infirmier dans une position privilégiée pour observer et analyser les comportements du patient en matière de santé. De plus, sur le plan relationnel, un rapport de confiance se crée plus facilement au domicile, car le patient est plus à l'aise dans son propre environnement. Les professionnels passent plus de temps avec le patient, permettant une évaluation plus approfondie de l'environnement et renforçant la relation de confiance.

« Parce qu'il est au domicile du patient donc il voit vraiment tout l'environnement du patient, ses habitudes de vie, etc. À l'hôpital, ben voilà, le patient, il est en dehors de son lieu de vie. Donc on ne voit pas vraiment tout ce qui transite autour. Au domicile du patient, c'est plus facile de pouvoir analyser ses comportements au niveau santé. Et au niveau relationnel, à l'hôpital, les gens, ils viennent, ils sortent, alors que nous, on est sur place, on y reste, on y va plus longtemps. Il y a donc une relation de confiance qui s'installe parce que la personne est chez elle, elle se sent plus à l'aise » (H).

5.7 Obstacles à la promotion à la santé

Point de vue des infirmiers

Les différents échanges avec les infirmiers ont mis en lumière les éventuels obstacles qu'ils rencontrent ou pourraient rencontrer dans le cadre de la promotion ou l'éducation à la santé.

La dimension temporelle constitue un élément important. Effectivement, sur le terrain, la gestion du temps pose un défi majeur. Il n'est pas toujours facile de trouver le temps nécessaire. « Puis, il y a une réalité de terrain aussi, c'est qu'à un moment donné, t'as la question de temps. C'est pas si simple tu n'as peut-être pas le temps. Comme je l'ai dit, je crois que la notion de temps, elle est importante. » (D)

Un participant a précisé sa réponse en évoquant la pression due à la contrainte de temps et à l'impératif de rentabilité, créant ainsi un environnement stressant qui l'oblige à voir un certain nombre de patients chaque jour, ce qui peut nuire à la qualité des interactions avec les patients. « C'est en terme de chiffres, j'aime pas trop ce mot, mais j'ai tendance à parler un peu de rentabilité. Donc, on doit voir un certain nombre de patients sur une journée pour que notre tournée soit entre guillemets, considérée comme rentable » (I).

Ensuite, arrive le désir du patient ; en effet, il n'accepte pas toujours les conseils ou les soins proposés. Dans cette même optique, deux infirmiers ont mis en avant l'importance de laisser la liberté aux patients quant au fait d'accepter ou non les conseils prodigués. « En fait, je les informe, je les éduque et ils choisissent s'ils ont envie de prendre en compte mes paroles ou pas, je ne peux pas les obliger non plus à faire des choses qu'ils n'ont pas envie de faire ». (C)

Un participant estime qu'il est plus difficile de convaincre les patients à leur domicile qu'à l'hôpital, car ils peuvent être moins disposés à accepter les consignes médicales. « Pas toujours bien car on est chez eux donc certains n'acceptent pas. Ils n'aiment pas qu'on leur dise ce qu'ils doivent faire chez eux. À l'hôpital, ils n'ont pas peur de leur dire vous devez faire cela, mais ici, du fait qu'on soit chez eux, ils n'acceptent pas toujours » (A).

Un intervenant a soulevé le problème du **manque de soutien des médecins et le manque de considération de leurs opinions**. « Donc, ici il y a un manque de considération par rapport à ce que nous disons, ce n'est pas pris en compte par les médecins. Alors que nous, nous voyons les patients deux à trois fois par jour. On connaît nos patients. Mais là, non, on doit se taire. Et nous, on n'a pas trop d'impact sur les médecins. Nous, nous voyons nos patients,

alors qu'eux, ils viennent au bout d'une lune. Maintenant, il y a des médecins qui sont bien. Les nouveaux médecins ont un peu plus appris à travailler avec nous... » (A).

Enfin, un intervenant souligne le manque de priorité accordé à la prévention et à la promotion de la santé dans le système de soins actuel par les politiques. Selon lui, malgré les déclarations officielles, la société privilégie principalement une approche curative plutôt que préventive. Il estime qu'il manque une vision à long terme, ce qui finit par coûter plus cher à la société. « Il faut faire les choses à plus long terme. Et, in fine, ça coute plus cher le curatif et ils ne le comprennent pas » (B).

Il considère également que les initiatives de promotion et de prévention se heurtent à des obstacles budgétaires et administratifs, rendant leur mise en œuvre difficile. Selon lui, la structure de notre système politique complique le processus, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer quelle autorité est compétente dans un domaine spécifique. De plus, la vision à court terme des politiques de santé, souvent limitée par des cycles de cinq ans, empêche de traiter efficacement les problèmes de santé à long terme.

Par ailleurs, cet intervenant considère que nos sociétés fonctionnent généralement selon des logiques capitalistes et que, selon lui, l'investissement dans la santé permettrait de réaliser des économies à long terme. « Et depuis Madame De Block, il y a eu une réforme du trajet de soin et donc vous avez droit au lecteur de glycémie si vous faites une injection aussi bien d'insuline ou d'Ozempic mais c'est déjà trop tard. À ce stade, c'est que la maladie a déjà avancé ou que le patient ne suit pas bien les consignes du traitement. Le traitement ne se limite pas aux médicaments, il englobe une alimentation équilibrée, l'activité physique et les médicaments. Dans ce cadre, on est plus dans de la promotion, car pour moi de la promotion, c'est travailler en amont pour qu'un patient puisse faire des erreurs par rapport à un alimentation en se testant ».

5.8 Besoins en matière de promotion de la santé

Point de vue des infirmières

Dans l'ensemble, les échanges mettent en lumière l'importance du temps afin d'interagir efficacement avec les patients. « Il nous manque du temps, tout est calculé, une journée comme aujourd'hui, j'ai eu de la chance parce que j'ai eu des annulations. Mais sinon, j'étais

quand même bien chargée, et des fois on n'a pas le temps de prendre le temps avec les patients » (I).

Un participant souligne la nécessité d'allouer davantage de temps et d'adapter le financement de manière adéquate. Il évoque la convention diabétique, notant que l'INAMI restreint la durée des entretiens et que tout dépassement est à la charge de l'infirmier. Il estime que cette politique actuelle entrave l'efficacité de leur activité.

« Ici, c'est le temps et l'argent. Le temps d'arriver chez quelqu'un, dire bonjour etc. Et ben, une demi-heure est passée. Donc in fine on y va que deux fois une heure et l'INAMI économise une demi-heure. Merci Madame De Block. En fait, la politique entrave ma capacité à développer mon activité » (B).

Ensuite, l'importance de la formation a été soulignée, une personne interrogée ayant également fait référence à la formation continue. Elle considère que ce type de formation permet d'améliorer ses compétences et de mieux se préparer à diverses situations. Ainsi, une meilleure maîtrise des soins curatifs offrirait des outils plus efficaces pour intervenir en amont. « Par rapport à la promotion à la santé, les formations en soins curatifs ont selon moi un impact. À partir du moment où l'infirmière est mieux formée, elle saura mieux s'adapter aux situations et ça aura d'office un impact » (C).

Un intervenant estime que, bien que des opportunités de formation soient disponibles, leur efficacité pourrait être limitée en l'absence d'examens ou d'incitations pour les participants.

Enfin, un participant considère qu'une reconnaissance professionnelle similaire à celle des infirmiers en diabétologie serait bénéfique pour leur permettre d'accomplir efficacement ce type de mission. « Il faut une reconnaissance comme l'infirmier en diabétologie, il va chez le patient pour ça. Nous, notre rôle, on va faire ce qu'on peut. On n'aura pas assez de temps, parce que déjà la réalité c'est qu'ils donnent déjà beaucoup d'explications et que tu écoutes déjà cette partie-là et que tu essaies de retenir déjà cela » (D).

5.9 Obstacles du point de vue des managers

Tous les managers, estiment que les contraintes financières et temporelles entravent leur capacité à intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé. De ce fait, la structure du financement ne favorise pas une approche préventive.

« C'est compliqué, c'est compliqué car on n'a pas le financement. En fait, on ne nous permet pas vraiment de prendre beaucoup de temps auprès du patient pour faire de la prévention, de la promotion ou même faire de l'éducation thérapeutique. Voilà, il y a quand même pas mal de trucs. On n'a pas vraiment le temps. Et comme nous, on est payés à l'acte si on reste trop longtemps chez un patient pour réaliser des actes qui ne sont pas rémunérés, on y perd » (F).

En outre, un manager met en avant la limitation actuelle des interactions sociales, précisant que la dimension sociale de la fonction est reléguée au second plan. Il insiste sur l'importance de promouvoir ces moments où les liens sociaux se forment, dans le but de lutter contre l'isolement social, un levier essentiel de la prévention. « De plus, la conjoncture actuelle ne le permet pas. Ni aux aides familiales, ni aux gardes à domicile, ni aux livreurs de repas, je pense qu'aujourd'hui l'aspect social passe un peu en second plan et je pense que tous les travailleurs en sont frustrés et ne le vivent pas très bien et donc on milite pour aussi regagner ce moment indispensable avec les gens, ce lien social, puisque la prévention, c'est peut-être aussi juste rompre l'isolement à certains moments, et peut-être pouvoir s'attarder cinq minutes à discuter avec le patient » (G).

En outre, il estime que le déficit de financement entraîne une pénurie problématique de ressources. Il critique également la formation, en particulier l'extension de sa durée, estimant que cet élément risque d'aggraver les difficultés du secteur. Il propose également que le programme d'études accorde une attention plus particulière aux soins réalisés à domicile.

« Déjà, il faut pallier la pénurie. Donc moi, très sincèrement, des études à quatre ans, je ne comprends toujours pas, mais bref, ce n'est pas moi qui l'ai décidé, je pense qu'il faut faire connaître nos métiers. Ils n'ont pas une bonne connotation. On nous a applaudis à 20h pendant la COVID, maintenant ben on paie un peu cette remise sous silence. Et ce sont des travailleurs un peu de l'ombre comme ça » (G).

L'intervenant fait également référence à l'introduction du nouveau rôle d'assistant infirmier, qu'il considère comme n'étant pas une solution idéale. Il estime qu'il serait plutôt préférable de revaloriser et de refinancer les professions existantes, en particulier celle d'infirmier à

domicile. « Alors, la solution du nouveau métier d'assistant, alors moi je ne crois pas à des couches de lasagne complémentaires. Je crois simplement à revaloriser et refinancer et que le métier d'infirmier est un métier dont on parle et notamment surtout le métier d'infirmier à domicile puisque dans le cursus scolaire, il y a très peu de période où on apprend à faire à ce métier à domicile » (G).

Il attire également l'attention sur les défis associés à l'intelligence artificielle, exprimant des doutes quant à la possibilité que des robots remplacent les professionnels de la santé humaine. Bien que les technologies puissent être utiles, l'auteur souligne que les professions de la santé requièrent une interaction humaine, car une dépendance excessive à la technologie pourrait exacerber l'isolement social, un problème qui s'est déjà intensifié à la suite de la pandémie de COVID-19. « On dispose de systèmes de prise de médicaments automatiques. Donc des semaines dites automatiques qui sont liées à un système de bio télévigilance qui rappelle la prise de médicaments au patient. Il y a des systèmes aussi de détection sur les lits. Si le patient ne s'est pas levé à telle heure, on a une alarme et on peut dire allô madame est-ce que tu vas bien par exemple, donc il y a déjà des choses comme cela, c'est de la prévention aussi hein. Enfin voilà, tout ça, c'est de la prévention mais toujours est-il que quand la dame elle a chuté, il a fallu y aller » (G).

Et enfin, un intervenant met également l'accent sur l'importance du consentement du patient.

5.10 Empowerment

Point de vue des infirmiers

Lorsque nous interrogeons les participantes sur l'empowerment, nous constatons que, malgré les petites initiatives mises en œuvre, celles-ci demeurent limitées. Elles se concentrent généralement sur la fourniture de conseils et, dans certains cas, sur une écoute active concernant un traitement.

« Oui quand même, parce qu'on les écoute quand on fait un essai de traitement et qu'ils disent oui ça, ça ne fonctionne pas chez moi, ça ne va pas fonctionner. Bah du coup, on passe à autre chose. J'ai un cas avec un soin de plaie d'une patiente où elle a dit qu'on avait déjà testé ce produit-là, et que ça n'avait pas bien donné sur sa plaie. Donc on ne le re-teste pas une deuxième fois par exemple » (I).

Une infirmière souligne l'importance de la participation de la famille dans les soins. Elle rappelle fréquemment aux époux l'importance de leur rôle. « Je pense que la famille a un rôle à jouer, je le dis toujours aux épouses, il n'y pas meilleure infirmière que vous. C'est comme quand on doit piquer un patient. Certains disent me disent on ne pique pas à ce bras-là. Certaines infirmières vont dire, c'est moi l'infirmière, je sais mieux que vous. Combien de fois je n'ai jamais entendu ça. Moi, je dis toujours le patient sait toujours mieux que nous et j'écoute mon patient » (A).

En outre, il a été souligné que la relation hiérarchique entre les infirmières et les médecins est un obstacle à la restauration de l'autonomie des patients. « Comme je l'ai tout à l'heure, je leur explique maintenant de prendre une décision et c'est assez compliqué. Déjà que nous, nous dépendons fort du médecin » (D).

Enfin, une infirmière estime que l'autonomisation des patients est étroitement liée aux nouvelles technologies car elles facilitent la communication et la coordination entre les différents intervenants. Pour que le patient devienne un acteur de sa santé plutôt qu'un simple spectateur, il est nécessaire d'utiliser les réseaux et les nouvelles technologies.

Elle observe un clivage entre les patients âgés et les plus jeunes. Les jeunes sont plus informés, mais cette information n'est pas toujours vérifiée et donc juste, la validité des sources n'étant pas toujours vérifiée. L'accès à des informations sans une formation adéquate

représente dès lors un risque. Et dans ce cadre, elle doit dès lors réaffirmer sa position en tant que professionnelle de la santé, ce qui est contradictoire avec le principe d'empowerment. « Donc, ça devient aussi dangereux dans le sens où ils te disent, ben non, moi j'ai vu ça, j'ai lu ça. Tu dois faire comme ça. Et ben non, c'est moi la professionnelle, c'est moi qui sais ce que je dois faire. Parce que si tu vas regarder sur Google, ils ont l'outil mais ils ne savent peut-être pas bien s'en servir » (C).

Point de vue des managers

En matière d'empowerment, les managers interrogés estiment que ce concept est très restreint, principalement parce que les patients ne sont pas toujours disposés à s'engager dans ce type d'action, et n'en ont pas toujours les capacités. De plus, un intervenant souligne que l'infirmier n'a pas d'autorité par rapport au médecin, et encore moins par rapport au patient. « Maintenant, c'est difficile à dire car nous, niveau traitement, on n'a pas d'autorité. Rien que pour le pilulier, c'est le médecin qui fait la liste. Après, nous, si un nouveau traitement est mis en place et qu'on voit que ça ne va pas avec le patient, on en parle avec le patient, on appelle le médecin » (H).

Un manager a mis en avant un projet pilote testé au sein de son entreprise. Ce projet s'inspire des modèles « Buurtzorg » des Pays-Bas et « Soyons humains » en France. Il adopte une approche de financement qui met l'accent sur les bénéficiaires en promouvant leur autonomie et, par conséquent, en améliorant leur qualité de vie. « Pour le moment, on est beaucoup dans une logique curative. Après, à (localité), on a un projet qui est un autre soin basé sur les modèles de soins « Buurtzorg » aux Pays Bas et « Soyons humains » en France. Ces projets-là permettent de rendre le patient plus autonome et de le responsabiliser. D'essayer de changer aussi l'organigramme chez nous. Essayer de plus responsabiliser les collègues aussi pour qu'elles aient plus de rôles. Et, en même temps, du coup tout ça permettrait d'améliorer la qualité des soins et nous permettrait de faire de la prévention et la promotion » (F).

Cependant, comme l'explique ce manager, ce changement de paradigme implique un accompagnement particulier ainsi des formations pour le personnel soignant. « Après, je pense qu'il faut arriver aussi à changer la mentalité de certaines infirmières qui n'ont pas l'habitude de travailler comme ça, qui n'ont pas l'habitude de faire de la prévention et de la promotion et qui sont plus dans une logique curative.

Et je pense qu'elles auraient aussi besoin d'une formation et d'une sensibilisation par rapport à ça. Car comme je l'ai dit, elles ont l'habitude d'être plus dans le curatif » (F).

5.11 Écologie

5.11.1 Pratiques actuelles néfastes pour l'environnement

Nous avons interrogé les participants concernant les impacts environnementaux liés à leur pratique professionnelle. La question suivante leur a été posée : « Comment évalueriez-vous l'impact de vos pratiques sur l'environnement ? »

Pour l'ensemble des participants, les déplacements en voiture constituent la principale source de pollution. « On pollue, oui, enfin on n'a pas trop le choix mais on roule avec des voitures toute la journée » (I).

L'utilisation de matériel médical jetable, comme les aiguilles, les sets de pansement, les ciseaux et les pincettes, a également été soulignée par la majorité des participants. La plupart du matériel est jeté après utilisation afin d'assurer la stérilité des soins prodigués. « Il y a énormément de déchets, même pour les sets de pansement. Enfin, rien qu'un pansement, les alèses en papier, les gants, tout est en plastique et est emballé dans du plastique. Alors le patient achète les sets avec des ciseaux jetables, des pincettes jetables. Tout notre matériel est jetable » (H).

Une participante a fait référence à l'empreinte carbone liée à la transmission des courriels et au stockage des données (B).

5.11.2 Stratégies mises en place afin de réduire l'impact des trajets

Nous avons demandé aux infirmières si leurs itinéraires étaient planifiés pour réduire leur consommation. En règle générale, elles organisent leurs tournées en regroupant les visites par zone géographique pour minimiser la consommation et éviter les déplacements superflus. Deux participantes ont mentionné qu'elles tentaient de réduire le temps passé sur la route (C – D). Cependant, malgré les efforts pour optimiser les itinéraires, certains déplacements sont inévitables en raison de la répartition géographique des patients ou, comme l'a souligné une infirmière, pour s'adapter aux contraintes horaires des patients.

5.11. 3 Une tournée à vélo

Nous avons demandé à l'ensemble des participants s'il était envisageable d'organiser une tournée à vélo. Deux participants ont répondu négativement à cette possibilité (C – D). D'une part, cela est dû au manque de temps et aux contraintes liées au nombre élevé de patients à voir quotidiennement. De plus, la répartition aléatoire des patients et l'importance de respecter les horaires convenus rendent difficile l'adoption de solutions telles que le vélo électrique. Enfin, le manque de volonté de certains participants a également été souligné. « Non, par manque de volonté. Ce n'est pas compatible avec le métier d'infirmière à domicile parce que les patients, tu les as de manière aléatoire. Tu ne peux pas dire que sur (localité), c'est moi qui dirige. On te propose des patients et tu acceptes selon l'endroit où tu es. En plus, les patients sont très très pointilleux sur l'heure à laquelle tu y vas » (C).

Les autres participants reconnaissent que, bien que l'idée puisse être attrayante, elle est difficilement réalisable en raison de la longueur des distances à parcourir, surtout en milieu rural (H – F). « Oui ça, on en avait déjà parlé aussi pour la ville mais nous, à la campagne, c'est impossible car la distance est trop longue. Moi, j'ai déjà fait 30-40 minutes en voiture pour aller d'un patient à l'autre, donc en vélo, ça prendrait beaucoup plus de temps » (F). Ainsi, les participants précisent qu'une tournée à vélo serait envisageable dans des zones urbaines avec de courtes distances entre les patients (A – B – F – G – H – I). Cependant, d'autres obstacles tels que le transport du matériel (G) ainsi que la condition physique nécessaire pour effectuer une tournée ont été mis en avant (H).

Par ailleurs, un des managers interrogés a également expliqué que dans sa structure, la voiture représente un avantage extra-légal, ce qui rend difficile le remplacement de la voiture par un vélo. Cependant, malgré cette considération, il a suggéré que la mise en place éventuelle d'un système de vélos partagés sur le parking de sa structure pourrait être envisagée (G).

5.11.4 Pratiques éco-responsables, état des lieux

Nous avons demandé si des actions étaient mises en place sur le terrain afin de rendre les pratiques plus éco-responsables.

Bien que les sets de pansements jetables soient couramment utilisés, certaines infirmières réutilisent les ciseaux ou pinces autant que possible avant de les jeter, en veillant à les nettoyer minutieusement. Cependant, cette pratique ne peut être prolongée indéfiniment sans compromettre la stérilité des instruments (A – F – H).

Le tri des déchets au domicile du patient a été mis en avant par un répondant (C).

Un autre répondant a également souligné l'importance de ne pas remplacer automatiquement des appareils encore opérationnels. « Et eux aussi, quand ils ont le lecteur et qu'ils ont droit de le changer tous les trois ans et qu'après quatre ans, ils me disent : « il faut le changer... », je dis non, il fonctionne toujours donc on ne change pas » (B).

Enfin, une infirmière explique qu'elle fournit notamment à ses patients des produits disponibles chez elle pour qu'ils puissent les tester avant de leur faire acheter. « Et encore, parce qu'il y a certaines pommades qui ne fonctionnent pas. Et je vais moi dans ma réserve prendre la pommade que j'ai pour voir si cela leur convient ou pas avant de leur en faire acheter une » (C).

5.11.5 Volet écologique dans le cadre de la stratégie d'entreprise

La mobilité

L'aspect écologique est intégré dans la stratégie d'entreprise au niveau de la direction des deux structures interrogées, notamment par l'utilisation de voitures électriques. Ce projet est actuellement en phase de test dans l'un des établissements, bien que ce soit dans un département différent de celui des soins infirmiers.

Toutefois, le coût élevé des véhicules électriques, ainsi que les problèmes liés à leur autonomie et à la mise en place de stations de recharge à domicile, compliquent leur utilisation dans le contexte des soins infirmiers à domicile (G – H).

Le matériel des soins

Dans l'une des deux structures sondées, la stérilisation des pinces et des ciseaux est pratiquée, et les patients sont encouragés à ne pas acheter de sets de pansements jetables (G).

La problématique du financement

Les dirigeants interrogés ont rapidement souligné le défi du financement, voire du sous-financement, dans leur secteur. Ils ont insisté sur le fait que la mise en œuvre d'une transition écologique nécessite des ressources et des investissements financiers, que ce soit pour l'achat d'équipements, de véhicules électriques, ou pour l'investissement dans le capital humain. Cependant, cette tâche est compliquée car ils sont déjà confrontés à des difficultés financières pour assurer le fonctionnement de base de leurs services. De plus, l'un des managers des structures interrogées nous a expliqué que les frais de fonctionnement des soins infirmiers dépassaient les revenus générés, mais que d'autres départements permettaient à la structure de maintenir son équilibre financier. « Le secteur infirmier ne rapporte pas vraiment, donc je veux dire que (*Nom de l'entreprise*) ne se porte pas trop mal. Ce n'est pas génial mais ce n'est pas catastrophique non plus et ce n'est pas grâce au secteur infirmier quoi. Parce qu'en fait, on coûte plus cher à la société que ce qu'on ne rapporte... » (F).

Management influencé par le financement

Le financement actuel de l'art infirmier limite le métier à des actes techniques et néglige l'approche globale de cette profession. Même si une grande importance est accordée à la qualité des soins prodigués aux patients, l'impact de ce sous-financement conduit donc à une gestion rationnelle du service à domicile et s'apparente même à une gestion capitaliste. Ce management capitaliste se manifeste par différents aspects que nous avons pu relever dans le cadre de nos entretiens. Dans une des structures interrogées, par exemple, les infirmières disposent de tablettes et pour chaque type de soin, une durée spécifique est attribuée. « En fonction du soin, un temps est défini. J'ai une tablette avec les passages et j'ai la liste des patients, je valide les soins. (L'interrogée nous a montré une tablette au format A4). Une fois que j'ai terminé le soin, je dois le valider sur la tablette et l'application me demande de passer la carte d'identité. À ce moment-là, on sait voir l'heure à laquelle j'ai passé la carte d'identité et du coup l'heure à laquelle j'ai eu fini le soin. Si je dépasse le délai prévu et bien j'ai un retour de mon manager » (I).

Des réunions sont également organisées avec les managers, au cours desquelles des indicateurs financiers sont exposés. Des solutions sont ensuite sollicitées afin de réduire les coûts et de rendre les tournées de soins rentables. « On organise régulièrement des réunions avec les infirmières responsables comme moi. Et donc, on nous présente des indicateurs financiers. Et nous, notre but est de ne pas dépasser un certain seuil. Donc, c'est-à-dire qu'en fonction de ce que de ce que l'on rapporte ou pas, il faut que l'on mette en place des actions comme supprimer des tournées, réorganiser les choses pour éviter de faire trop de kilomètres. Et ce pour que la journée de travail soit plus ou moins rentable, mais ce n'est pas au détriment de la qualité des soins » (F).

5.11.6 Eco-infirmier

Existence de la profession

Aucun des participants n'était au courant de l'existence de la profession d'éco-infirmier.

Perception quant à l'évolution du métier vers un métier d'éco-infirmier :

Après avoir expliqué en quoi consistait le métier d'éco-infirmier, nous avons ensuite demandé à l'ensemble des participants leur avis quant à une évolution du métier d'infirmier à domicile vers celui d'éco-infirmier.

Toutes les personnes interrogées ont exprimé un intérêt pour l'évolution de leur profession vers celle d'éco-infirmier. Cependant, diverses observations ont été formulées. Deux participants ont souligné que ces tâches devraient être reconnues et financées. « Oui, pourquoi pas, dans un contexte qui le permet évidemment. Tout dépendra aussi du financement » (F). Un participant a également souligné les avantages de ce type de pratique pour les générations futures. Un autre a mis l'accent sur l'aspect formation, indiquant que tout dépendrait du type d'accès à cette profession. Enfin, un participant a mis en avant l'intérêt quant à cette évolution, notamment à travers son intérêt pour l'éducation à la santé.

5.12 Inégalités sociales

La thématique des inégalités sociales a émergé assez rapidement lors de nos entretiens. Elles impactent la santé des personnes parce qu'elles influencent les déterminants de la santé.

Point de vue des infirmières

Les entretiens mettent en avant la problématique de l'accès à des soins de qualité pour les populations précaires, notamment parce que certains patients n'ont pas les moyens de fournir aux infirmiers le matériel nécessaire, tel que les compresses, les médicaments, les pommades et les bandages. Une infirmière a souligné qu'il peut arriver que des médicaments manquent lors de la préparation d'un pilulier, ce qui reporte alors sa visite à domicile chez le patient et, par conséquent, le début du traitement. Une infirmière a expliqué que ces situations étaient assez fréquentes, en particulier dans les régions où la population est moins aisée. « Maintenant, ça dépend des secteurs et des endroits. Mais on est confrontés environ à une ou deux fois semaine à ce type de situation. Parfois, on arrive chez le patient et il me dit lui-même je suis désolé, je n'ai pas eu assez d'argent pour aller chercher mes cachets ou les traitements » (I).

Un intervenant a également partagé un exemple où un patient nécessitant des soins oculaires n'avait pas de compresses. L'infirmier a dès lors pris l'initiative d'acheter des compresses et du sérum physiologique pour le patient. « Oui, parce que moi, j'ai un patient par exemple qui n'a pas les moyens, donc en plus de sa toilette, il a besoin d'un soin au niveau de ses yeux. Donc tu arrives, il n'a pas de compresses, alors moi je lui ai acheté un paquet, ce n'est pas grave. Je lui ai laissé là et je lui ai acheté du liquide physiologique pour rincer son œil. Et lui, il a ses gouttes qu'il est censé acheter. Parce que là, c'est quand même un peu le traitement. Je n'ai pas le choix, il faut que mon patient ait son soin » (D).

Selon une infirmière, certains types de pansements plus efficaces que les traditionnels sont plus onéreux, ce qui limite les options pour les personnes les plus fragilisées.

Ces inégalités sociales pourraient également constituer un frein dans le cadre d'une transition plus durable des soins de santé. En effet, dans le contexte de l'éducation à la santé, un infirmier a souligné l'importance de prendre en considération la situation financière des personnes lorsqu'on les conseille sur leur alimentation. Leur situation financière peut limiter leurs choix alimentaires et leur capacité à suivre des recommandations. « Maintenant, il y a

aussi les moyens de gens. J'ai un patient qui s'achète des hamburgers tout faits. Moins ils ont les moyens, plus ils mangent mal. Donc, on va leur dire des trucs comme ça. Donc en termes de nourriture, tu vas leur dire ça ? Ils vont se dire ben Prénom, je n'ai pas les moyens de manger, je fais comment tu vois ? » (D).

5.12.1 Inégalités sociales : des stratégies sont-elles mises en place par les managers ?

Nous avons ensuite demandé aux managers si des stratégies étaient mises en place dans le cadre de cette problématique.

Les trois responsables interrogés sont bien conscients des difficultés financières rencontrées par leurs patients. Face à ces problèmes, les responsables des deux structures interrogées ont mis en place un service de coordination qui aide à trouver des financements pour les patients dans le besoin, en collaborant avec des assistantes sociales, le CPAS et d'autres organismes. « Donc nous, on a une coordinatrice qui nous aide dans ces cas-là, qui va prendre contact avec les patients. Donc, son intervention est toujours gratuite et la coordinatrice va essayer de communiquer avec des assistantes sociales, le CPAS ou des organismes pour essayer d'avoir des financements pour le patient » (F).

De plus, le personnel soignant met en place des pratiques informelles qui peuvent être assimilées à une forme d'économie solidaire. En effet, ils réutilisent le matériel médical donné par des patients décédés ou provenant d'autres sources afin de réduire les coûts pour les patients en difficulté financière. « Enfin voilà, après ce qu'on fait, c'est qu'on a d'autres patients qui sont très gentils qui nous donnent leur matériel parce qu'ils disent qu'ils n'en font rien. On a des patients qui décèdent, la famille nous donne le reste du matériel. Je pense aux langes, aux alèses, aux collants etc. Et on réutilise. Ici, on a une patiente qui est décédée et l'infirmière est repassée chercher la boîte de médicaments, et on est venu et alors on a regardé les médicaments qu'on avait chez d'autres patients. On les a pris et on est allé les remettre chez les patients. Pour éviter qu'ils doivent aller en pharmacie en racheter alors que nous on en a » (H).

Enfin, un responsable interrogé, qui exerce toujours sur le terrain, a également mentionné des pratiques visant à garantir les soins médicaux nécessaires aux patients défavorisés, même si cela implique parfois des « astuces » dans la facturation pour assurer le remboursement par l'INAMI.

VI. Discussion :

6.1 Analyse

L'objectif de cette étude est d'explorer le potentiel du rôle de l'infirmier à domicile dans la transition vers des soins de santé plus durables. Après avoir examiné la littérature existante et mené une interview préliminaire, nous avons formulé plusieurs hypothèses. Pour les mettre à l'épreuve, des entretiens semi-structurés ont été réalisés. Pour rappel, nous avons formulé les trois hypothèses suivantes :

H1 : En raison de sa proximité avec ses patients et de son accès à leur environnement physique, l'infirmier à domicile joue un rôle privilégié dans la promotion de la santé. En agissant sur les déterminants sociaux de la santé, il pourrait contribuer à réduire les inégalités en matière de santé, ce qui est essentiel pour une transition vers des soins de santé plus durables.

H2 L'infirmier à domicile pourrait favoriser l'autonomisation de ses patients.

H3 : Les infirmiers à domicile pourraient réduire leur empreinte carbone en adoptant des pratiques plus respectueuses de l'environnement, notamment en évitant l'utilisation d'accessoires à usage unique.

6.1.1 Promotion de la santé et autonomisation

Afin de vérifier la première et la troisième hypothèse, nous avons abordé divers aspects lors des entretiens avec les participants. Nous avons commencé par sonder leur perception de leur profession, puis nous avons évalué leur compréhension de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé. Ensuite, nous leur avons demandé de partager leur point de vue sur leur implication potentielle dans les initiatives de promotion de la santé et sur leur rôle dans l'autonomisation des patients.

La profession infirmière est largement perçue comme centrée sur le soin et l'assistance au patient. Les infirmières offrent un soutien crucial en aidant les patients à effectuer les tâches quotidiennes qu'ils ne peuvent plus accomplir seuls. En outre, l'importance des relations

humaines est soulignée : le rôle de l'infirmier dépasse celui de simple exécuteur d'actes médicaux pour devenir un moment privilégié de création de liens sociaux entre le soignant et le patient.

Les participants ont démontré une compréhension globale des divers facteurs influençant la santé, reconnaissant l'impact de la pollution, de la qualité de l'alimentation, de l'importance de l'exercice physique, et des risques associés à la sédentarité. Ils ont également mentionné l'influence des facteurs génétiques et individuels. Une candidate titulaire d'un master en promotion de la santé a offert une analyse approfondie, mettant en lumière les effets de la culture et de la religion sur la santé. De plus, la plupart des personnes interrogées ont souligné les défis posés par les inégalités sociales, en particulier l'éducation et le niveau de vie, en ce qui concerne l'accès aux soins de santé.

Il semble en revanche y avoir une confusion parmi les infirmiers interrogés concernant la promotion de la santé, la prévention et l'éducation. Lorsque nous leur avons demandé s'ils pratiquent la promotion de la santé, leurs actions semblent s'inscrire dans une approche descendante, où ils fournissent des informations aux patients pour qu'ils gèrent activement leur propre santé. La plupart associent la promotion de la santé à la sensibilisation à des habitudes de vie saines, telles que l'hygiène, l'arrêt du tabac et une alimentation équilibrée, en particulier dans le cadre du traitement du diabète.

Il semble également y avoir des divergences d'opinion du point de vue organisationnel et managérial concernant la promotion de la santé. Certains estiment que c'est un aspect essentiel du travail quotidien des infirmiers, citant notamment les conseils prodigués lors du suivi des patients atteints de diabète comme exemple. Cependant, un responsable exprime l'opinion contraire, affirmant que la promotion de la santé n'est pas une priorité dans l'exercice quotidien des infirmiers en raison du manque de ressources et de temps. De plus, il estime que la formation de base des infirmiers ne les prépare pas suffisamment à cette tâche.

Dans le domaine de l'éducation à la santé, la plupart des infirmières interrogées considèrent qu'il s'agit d'un élément quotidien de leur rôle. Elles soulignent l'importance de former les patients à prendre en charge leur propre santé, citant souvent le suivi des patients diabétiques comme exemple.

Lorsque nous avons exploré le volet de l'éducation thérapeutique, les responsables interrogés ont également abordé le suivi des patients diabétiques, en mettant particulièrement l'accent sur l'éducation à l'alimentation. De plus, deux d'entre eux ont souligné l'importance cruciale du consentement du patient dans ce type de démarche.

Les infirmières et les managers sont unanimes quant à la capacité des infirmiers à domicile à promouvoir la santé. Ils soulignent que ces professionnels sont idéalement placés pour intervenir dans ce domaine, grâce à leur accès direct au domicile des patients. Cette proximité leur permet non seulement d'observer l'environnement du patient, mais aussi d'établir une relation de confiance essentielle. Cette relation facilite la communication et favorise l'adhésion aux recommandations. En comparaison, ces avantages sont souvent absents à l'hôpital, où les patients rencontrent rarement les mêmes professionnels de santé à plusieurs reprises.

Par conséquent, les infirmiers à domicile sont idéalement positionnés pour promouvoir la santé. Leur accès au domicile des patients et la relation de proximité qu'ils établissent avec eux leur offrent une plateforme efficace pour intervenir. De plus, l'éducation à la santé fait déjà partie intégrante de leur routine quotidienne.

Cependant, le contexte actuel, caractérisé par un manque de financement et de temps, limite leur capacité à assumer pleinement ce rôle. La situation économique actuelle du secteur des soins de santé ne permet pas au personnel de travailler dans des conditions idéales. Malgré cela, les infirmières restent centrées sur le bien-être du patient et s'efforcent de garantir des soins de qualité. Cependant, cette situation économique épuise le capital humain du secteur.

Par ailleurs, le manque de temps a un impact significatif sur les soins que l'infirmier peut dispenser à ses patients, souvent limités aux soins curatifs. Les contraintes temporelles restreignent la possibilité de promouvoir l'autonomie du patient ou de lui fournir les outils nécessaires en matière de prévention.

Or, comme la littérature l'a souligné, les stratégies visant à décarboner le secteur des soins de santé sont étroitement liées aux actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, souvent désignées sous le terme de "care". Dans ce contexte, les contraintes actuelles empêcheraient les infirmières d'intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et de

lutter contre les inégalités sociales. Cette situation limite également la capacité à améliorer les dynamiques environnementales, comme le souligne l'approche socio-écologique (Laurent, 2023).

Par ailleurs, la logique de financement actuelle de l'INAMI se focalise principalement sur les actes médicaux, ce qui néglige l'importance de l'aspect relationnel et de l'approche globale nécessaires à une prise en charge holistique du patient. Cette approche pourrait contribuer à créer une dépendance des patients à l'égard des infirmières, ce qui est préoccupant étant donné la pénurie de personnel dans le secteur. Ces dynamiques économiques pourraient alors entraîner un cercle vicieux difficile à rompre.

De plus, les logiques de financement du secteur ont également un impact significatif sur son management. La nécessité d'atteindre un équilibre financier tout en assurant une qualité de soins pour les patients dans un contexte de sous-financement conduit souvent à l'adoption de pratiques managériales qui pourraient être considérées comme une gestion capitaliste. Dans ce contexte, le capital humain devient souvent le principal levier d'action pour atteindre cet équilibre financier.

Cette observation nous permet également de faire le lien avec les critiques adressées au développement durable. En effet, le financement des soins infirmiers, relevant de la sphère économique, semble fonctionner indépendamment de la sphère sociale, qui englobe le capital humain représenté par les infirmières et même les patients. Cette dissociation entre les aspects économiques et sociaux peut avoir un impact sur la sphère environnementale.

Le concept de désencastrement de l'économie, selon lequel le capital humain est traité comme un simple élément soumis aux règles du marché (Steiner, 2007), soulève des préoccupations concernant les conditions de travail des infirmières. Nos entretiens ont révélé que malgré les contraintes de temps et de ressources, les infirmières s'efforcent de fournir des soins de qualité. Cependant, ces conditions pourraient entraîner un épuisement professionnel. De plus, nous nous interrogeons sur les répercussions de cette situation sur les patients.

Notre étude a souligné les difficultés financières rencontrées par certains patients pour se procurer le matériel nécessaire à leurs soins, notamment les médicaments, les pansements et les produits de soins oculaires. Ces problèmes sont particulièrement répandus dans les zones où les populations sont moins favorisées sur le plan économique. Les contraintes financières

constituent un obstacle majeur non seulement à l'accessibilité aux soins, mais aussi à la promotion de la santé. Nos entretiens ont révélé que certains patients ne disposent pas des ressources nécessaires pour acheter des aliments bénéfiques à leur santé.

Ces difficultés financières pourraient constituer un obstacle majeur pour les personnes les plus précaires dans le processus de transition vers des soins de santé plus durables. Dans un tel scénario, seules les populations les plus aisées pourraient avoir accès aux initiatives de promotion de la santé. À un niveau plus global, ces difficultés financières pourraient entraver la transition globale vers des soins de santé plus durables.

Au sujet de l'empowerment, les managers et les infirmières s'accordent sur le constat que les initiatives visant à promouvoir l'autonomisation du patient demeurent limitées. Cette limitation découle en partie du contexte actuel, lequel ne favorise pas cette orientation. Le cadre organisationnel actuel, étroitement lié aux aspects financiers, repose sur des relations hiérarchiques verticales. Cette verticalité se manifeste également dans la dynamique de pouvoir marquée entre les médecins et les infirmiers. En conséquence, les infirmiers disposent de peu d'autonomie en matière de prise de décision.

Pour accomplir cette mission, il serait essentiel de revaloriser et de mieux reconnaître le statut de l'infirmier au sein de nos sociétés. Il est également crucial de remettre en question la hiérarchisation des savoirs entre médecin et infirmier afin de favoriser une dynamique relationnelle plus horizontale entre patient, infirmière et médecin.

Le projet pilote testé dans l'une des structures interrogées, inspiré des modèles Buurtzorg aux Pays-Bas et Soignons Humain en France, pourrait répondre à ces problématiques. Dans le cadre de ces projets, le financement des soins ne se concentre plus sur l'acte en lui-même, mais plutôt sur le temps passé avec le patient. L'objectif est de garantir une prise en charge globale du patient par une équipe coordonnée, dans le but de favoriser son autonomie.

(Soignons Humain - Buurtzorg, s. d.-b)

Par ailleurs, le processus d'empowerment nécessite une participation active de la part du patient. Pour cela, le patient doit non seulement être prêt à assumer ce rôle, mais il doit également posséder les compétences requises. Des inégalités liées à l'âge, au niveau socio-économique, au niveau d'éducation et à l'utilisation des nouvelles technologies pourraient alors émerger quant à cette possibilité d'être acteur de sa propre santé.

6.1.2 Pratiques solidaires et inégalités sociales

Bien que nous ayons initialement adopté une approche hypothético-déductive, les divers entretiens ont révélé des éléments qui nous orientent vers une démarche inductive sur un aspect particulier.

En effet, malgré le sous-financement des soins infirmiers, certains intervenants, conscients de ces défis, ont développé des stratégies pour aider les patients dans le besoin. Les gestionnaires des structures interrogées ont ainsi instauré un service de coordination visant à trouver des financements en collaborant avec des assistantes sociales, le CPAS et d'autres organismes.

De plus, le personnel soignant adopte une approche économe en réutilisant le matériel médical donné par des patients décédés ou provenant d'autres sources afin de réduire les coûts pour les patients défavorisés. Certains praticiens mettent également en place des stratégies de facturation afin de garantir le remboursement par l'INAMI des soins nécessaires.

Malgré les contraintes financières, le personnel soignant développe des stratégies et adopte des pratiques informelles qui, bien qu'elles ne soient pas reconnues par les normes du marché, s'inscrivent dans une logique d'économie solidaire. Ces pratiques invisibles peuvent non seulement contribuer à lutter contre les inégalités sociales, mais également à promouvoir des initiatives écologiques. Dès lors, ne pourrions-nous pas envisager une gestion des soins de santé basée sur des principes de solidarité comme une solution pour des soins de santé plus durables ?

6.1.3 Pratiques écologiques

En ce qui concerne la dernière hypothèse sur les pratiques écologiques sur le terrain, les déplacements en voiture représentent une source importante d'émissions de CO₂.

Habituellement, les soignants interrogés organisent leurs visites en regroupant les patients par zones géographiques afin de réduire la consommation de carburant et d'éviter les trajets superflus. Cependant, malgré ces efforts d'optimisation, certains déplacements restent inévitables en raison de la dispersion géographique des patients ou des contraintes de temps.

L'utilisation de voitures électriques est envisagée comme une stratégie pour réduire l'empreinte carbone. Cependant, cette transition est freinée par plusieurs obstacles, notamment

le coût élevé de ces véhicules, les limitations de leur autonomie, et la disponibilité insuffisante des stations de recharge.

Concernant la possibilité d'effectuer une tournée à vélo, plusieurs limitations ont été identifiées. D'une part, le manque de temps et les contraintes liées au grand nombre de patients à voir quotidiennement rendent cette option peu pratique. De plus, les distances à parcourir sont souvent trop importantes. D'autre part, la condition physique nécessaire pour réaliser une tournée à vélo constitue également un facteur limitant.

Et enfin, cette option ne recueille pas l'adhésion unanime des personnes interrogées, ajoutant ainsi une barrière supplémentaire à sa mise en œuvre.

L'utilisation de matériel médical jetable nécessite une attention particulière car elle est couramment utilisée pour assurer la stérilité des soins prodigués. Certains infirmiers choisissent néanmoins de réutiliser des ciseaux et des pinces, en les nettoyant soigneusement autant que possible avant de les jeter. Cependant, cette pratique ne peut être poursuivie indéfiniment sans risquer de compromettre la stérilité des outils. Un des managers interrogés nous a informé qu'au sein de sa structure, les différents outils sont stérilisés et les patients sont incités à ne pas acheter de kits de pansement jetables.

Toutefois, le secteur fait face à des problèmes de financement pour assurer le fonctionnement de base de ses services. Les responsables de service ont souligné que le sous-financement constitue un obstacle majeur à la transition écologique, laquelle nécessite des ressources et des investissements financiers significatifs.

En conclusion, les participants sont ouverts à l'idée de transformer leur rôle actuel en celui d'un éco-infirmier, à condition que ce poste soit dûment reconnu et financé.

6.2 Recommandations

Face aux différents constats, nous proposons plusieurs recommandations. Les logiques de financement actuelles épuisent le capital humain, tant en termes de personnel qu'en impactant négativement les patients. Il est donc crucial de repenser le système de financement des soins infirmiers et d'envisager un modèle qui crée des conditions de travail optimales pour les

soignants. Un tel système permettrait aux infirmiers de passer plus de temps avec leurs patients et reconnaîtrait mieux leur rôle social. En d'autres termes, les politiques de santé doivent remettre le « care », au sens large, au centre de leurs préoccupations.

Le modèle de financement proposé par Soyons Humains en France et Buurtzorg aux Pays-Bas, basé sur le temps passé auprès du patient, offre une solution intéressante en favorisant une approche plus holistique et coordonnée des soins. Ces modèles mettent l'accent sur la qualité des interactions entre les soignants et les patients, permettant une prise en charge plus adaptée aux besoins individuels.

De plus, il est essentiel que les acteurs de terrain soient mieux consultés et intégrés dans l'élaboration des politiques les concernant, afin de renforcer l'efficacité et la légitimité des actions mises en œuvre.

Par ailleurs, le changement de paradigme proposé dans le contexte des stratégies de décarbonisation des soins de santé nécessite une réforme de l'enseignement à plusieurs niveaux. Les infirmières ont souligné, dans le cadre de notre enquête, un besoin en formation pour accomplir efficacement ces missions. De plus, une approche plus préventive nécessite également un changement éthique, car ces stratégies remettent en cause une asymétrie de pouvoir entre les médecins, les infirmières et les patients. Les infirmières interrogées ont souligné leur manque d'autonomie décisionnelle et de reconnaissance, étant trop souvent perçues comme les « petites mains » des médecins. En outre, redonner du pouvoir aux patients remet en question non seulement leur perception du métier d'infirmière, mais aussi la perception qu'ils ont eux-mêmes quant à la connaissance de leur propre santé. Il est dès lors essentiel de remettre en question de manière beaucoup plus globale et structurelle la hiérarchisation des connaissances à travers l'éducation et l'enseignement.

Par ailleurs, notre étude a mis en avant la nécessité de mettre en place des mécanismes informels dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales. Ces mécanismes, bien qu'ils ne soient pas financés, sont essentiels dans le processus et doivent être pris en compte. Ainsi, l'économie ne se résume pas à ce qui est chiffré, mais également à toutes ces actions invisibles permettant in fine de lutter contre ce que l'économie a créé et ne peut elle-même pallier. Favoriser ce type de démarches dans le cadre de la gestion des soins de santé à domicile serait, selon nous, judicieux.

Et enfin, l'utilisation de matériaux jetables est une pratique courante chez les infirmières. Une des structures que nous avons interrogées stérilise les matériaux et encourage les patients à ne

pas se procurer de kits jetables. Les politiques devraient encourager ce type de comportement voire interdire l'utilisation des kits jetables, en soutenant la mise en œuvre de ce type d'initiatives.

6.3 Limites

La taille limitée de notre échantillon constitue un obstacle. Sa petite taille ne nous permet pas de formuler des conclusions définitives, mais seulement d'identifier des tendances. De plus, notre échantillon se compose uniquement d'infirmiers pratiquant en Wallonie, ce qui rend difficile l'extrapolation de ces tendances à l'ensemble du territoire belge.

L'utilisation d'entretiens semi-directifs peut introduire une certaine subjectivité dans notre étude. De plus, les diverses mesures proposées dans notre modèle théorique visant à réduire l'empreinte carbone des soins de santé, notamment à travers des actions de promotion de la santé et d'empowerment, accordent un rôle accru au patient. Ainsi, le patient devient un acteur central dans ce processus.

Il serait dès lors crucial d'examiner ce phénomène à travers le regard des patients pour comprendre leur perspective à ce sujet. Cela pourrait révéler d'autres pistes de réflexion quant à la mise en place de ce type de processus et mettre en lumière d'autres problématiques. De plus, comme le cadre théorique l'a souligné, la lutte contre les inégalités sociales est un élément clé dans le processus de transition vers des soins de santé plus durables. Par conséquent, l'analyse de cette question initiale du point de vue des patients pourrait à la fois aider à lutter contre ces inégalités et prévenir l'aggravation de ces inégalités sociales qui pourraient découler de cette transition.

Enfin, la littérature scientifique a mis en évidence que les inégalités sont un frein aux actions collectives (Laurent, 2023). L'insuffisance de ressources et les caractéristiques propres aux groupes vulnérables, tels que le désordre, l'irrationalité et leur indifférence envers la société, rendent leur capacité à agir illusoire et peu probable (Bellot & St-Jacques, 2011, p.1).

Cependant, selon l'OMS, la vulnérabilité des populations, leur résilience et leur capacité d'adaptation détermineront leur état de santé à court et moyen terme. Comme nous l'avons observé dans cette étude, l'infirmier à domicile est proche du patient et a accès à ses réalités de vie. Il serait dès lors pertinent d'examiner comment l'infirmière à domicile pourrait renforcer le pouvoir d'action des publics fragilisés au sein de l'espace public.

VII. Conclusion

D'après l'OMS, le changement climatique représente le plus grand défi du 21ème siècle. Il est dès lors impératif d'entreprendre des actions pour lutter contre ce phénomène et ainsi limiter son impact sur nos sociétés et sur la biosphère, assurant ainsi un avenir viable pour les générations futures.

Le secteur sanitaire est directement touché par les changements climatiques, car ils ont un impact significatif sur la santé humaine. De plus, le secteur lui-même contribue à la dégradation de l'environnement (Berquin, 2021). Par conséquent, une transition durable du secteur des soins de santé est nécessaire.

Dans ce mémoire, j'ai exploré le potentiel de l'infirmier à domicile dans la promotion d'une transition vers des soins de santé plus durables. En adoptant une perspective de durabilité, j'ai opté pour une approche holistique qui intègre les interactions entre les dimensions économique, sociale et environnementale (Laurent, 2015).

Pour répondre à cette question une enquête qualitative a été réalisée auprès d'infirmiers à domicile et de managers du secteur.

Ce travail a ainsi souligné la position privilégiée que les infirmières à domicile pourraient occuper dans cette perspective, grâce à leur accès direct au domicile des patients et aux relations de confiance qu'elles établissent. Toutefois, les contraintes de financement et de temps limitent leur capacité à remplir pleinement ce rôle.

Ce contexte influence la qualité et la nature des soins prodigués par les infirmières, les limitant souvent à des aspects curatifs plutôt qu'à une approche plus holistique centrée sur le « care ». Pourtant, comme le souligne la littérature, les différentes stratégies visant à réduire l'empreinte carbone du secteur des soins à domicile, telles que la promotion de la santé, l'éducation à la santé et l'autonomisation, sont des actions orientées vers le « care ». Ainsi, les infirmières se trouvent dans l'incapacité d'agir efficacement sur les déterminants de la santé et de lutter contre les inégalités sociales.

Les inégalités sociales persistent pour les infirmières, car les obstacles financiers rencontrés par certains patients pour se procurer le matériel nécessaire aux soins entravent l'accessibilité aux traitements curatifs et représentent un frein à la transition vers des soins de santé plus durables. Ainsi, la dynamique de financement actuelle du secteur entrave l'amélioration des dynamiques sociales, et par extension, environnementales, comme le souligne l'approche socio-écologique (Laurent, 2023).

De plus, en dépit du contexte difficile, le personnel soignant déploie des efforts considérables pour maintenir un niveau de soins de qualité. Cependant, cela soulève des préoccupations légitimes quant aux conditions de travail des infirmières, qui pourraient entraîner des arrêts de travail et contribuer ainsi au problème de la pénurie.

Il est impératif de reconsidérer le mode de financement du secteur de la santé afin de créer des conditions de travail plus favorables pour ces acteurs du « care ». Un système qui leur permet de pratiquer leur profession sans contraintes excessives est nécessaire. En plaçant l'humain au cœur de ses préoccupations, ce nouveau contexte redonnerait du sens au concept de care et contribuerait ainsi à un système de santé plus durable, prenant également en compte la santé de la planète.

Par ailleurs, l'aspect financier constitue un défi majeur dans la transition vers des pratiques plus respectueuses de l'environnement. L'acquisition de véhicules électriques représente un investissement conséquent pour un secteur déjà confronté à des difficultés financières. En revanche, encourager l'utilisation de matériaux stérilisables et réutilisables plutôt que ceux à usage unique pourrait constituer une action bénéfique pour notre planète.

Ainsi, ce travail met en lumière l'importance des interactions entre les sphères économiques, sociales et écologiques. Pour que les soins de santé à domicile puissent entamer leur transition vers la durabilité, il est crucial que le financement du secteur suive également cette voie. Un modèle de financement qui favorise le lien social, permettant aux professionnels de se former et de s'adapter, créerait un environnement propice à l'épanouissement de la profession d'éco-infirmier.

VIII. Bibliographie

- Articles scientifiques :

Adélaïde, L., Chanel, O. & Pascal, M. (2022). Des impacts sanitaires du changement climatique déjà bien visibles : l'exemple des canicules. *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 106, 42-47. <https://doi.org/10.3917/re1.106.0042>

Alla, F. (2016). 3. Les déterminants de la santé. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 15-18). Cachan : Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>

Aufderreggen, B., & Forter, M. (2022). Sprays contre l'asthme polluants : les alternatives existent. *Bulletin des médecins suisses*, 103(24), 801-803.

Berquin, A (2021). Transitions et soins de santé, quels défis pour le futur. Etiopia. [Soins de santé et environnement : quels défis pour le futur ? | Etopia](#)

Bellot, C. & St-Jacques, B. (2011). La défense des droits des personnes itinérantes à Montréal : L'histoire d'un partenariat entre chercheurs, intervenants sociaux et population cible. Dans : Didier Chabanet éd., *Les mobilisations sociales à l'heure du précarité* (pp. 15-35). Rennes : Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.chaba.2011.01.0015>

Besancenot, J. P., & Thibaudon, M. (2012). Changement climatique et pollinisation. *Revue des maladies respiratoires*, 29(10), 1238-1253.

Bidart, A., & Dubois, L. (2003). *Les énergies fossiles et renouvelables*. International Polar Foundation.

Blais, L. (2006). Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? Vérité et pouvoir chez Foucault. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 151-163. <https://doi.org/10.7202/016377ar>

Blondiaux L., *Le nouvel esprit de la démocratie – actualités de la démocratie participative*, éd. du Seuil et de la république des idées, 2008.

Cefaï, D. (2001). Les cadres de l'action collective. Les formes de l'action collective. Mobilisations dans les arènes publiques. D. Cefaï and D. Trom (eds.). Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 51-98.

Chaix, B. & Slama, R. (2022). Changement climatique et santé des populations : vers un agenda de recherche interdisciplinaire. *Environnement, Risques & Santé*, 21, 266-274. <https://doi.org/10.1684/ers.2022.1658>

Chapelle, F. (2018). 29. Préventions. Dans : Frédéric Chapelle éd., *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions* (pp. 223-231). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0223>

Chakrabarty, D. (2018). Changement climatique et capitalisme. *Esprit*, -F, 153-168. <https://doi.org/10.3917/espri.1801.0153>

Delainey, I. (2015). Gestion des matières résiduelles et du suremballage dans le secteur pharmaceutique selon l'influence des gaz à effet de serre et les 3RV.

Dozzi, J., Lennert, M., & Wallenborn, G. (2008). Inégalités écologiques : analyse spatiale des impacts générés et subis par les ménages belges. *Espace populations sociétés. Space populations societies*, (2008/1), 127-143.

Fagnart, J. & Hamaide, B. (2012). Environnement et développement économique : Introduction. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LI, 5-8. <https://doi.org/10.3917/rpve.514.0005>

Ferron, C. (2012). Education pour la santé et prévention. EMC (Elsevier Masson SAS P, editor. Traité de Médecine. Akos, 7-1024.

Filion, Nataly. « Belgique », Recherche en soins infirmiers, vol. 119, no. 4, 2014, pp. 41-43.

Fond, G., Masson, M., Lançon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2019). Psychiatrie et réchauffement climatique. *L'Encéphale*, 45(1), 1-2.

Foucault, M. (1997). „Il faut défendre la société”. Cours au Collège de France, 1976.

Fournier, C., Buttet, P., & Le Lay, E. (2009). Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Gautier A (sous la dir.). Baromètre santé Médecins généralistes, 45-83.)

Gadrey, J. (2018). Le PIB nous mène dans l'impasse. *Revue Projet*, 362, 5-10. <https://doi.org/10.3917/pro.362.0005>

Gendron, C., & Revéret, J. P. (2000). Le développement durable. *Économies et sociétés*, 37(91), 111-124.

Gobert, M., Darras, É., Hubinon, M. & Delfloor, T. (2010). Belgique. Recherche en soins infirmiers, 100, 8-13. <https://doi.org/10.3917/rsi.100.0008>

Howard, C., & Huston, P. (2019). Les effets du changement climatique sur la santé: Découvrez les risques et faites partie de la solution. *RMTC*, 45, 5.

- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Iovine, B. (2022). « Quand je serai grande, je serai éco-infirmière ». ArODES. <https://arodes.hes-so.ch/record/11580?ln=fr>
- Lalau, Jean-Daniel. Le cure et le care. *Médecine des maladies métaboliques*, 2021, vol. 15, no 1, p. 99-103.
- Latouche, S. (2003). L'imposture du développement durable ou les habits neufs du développement. *Mondes en développement*, no<(sup> 121), 23-30. <https://doi.org/10.3917/med.121.0023>
- Laurent, É. (2009). Écologie et inégalités. *Revue de l'OFCE*, 109, 33-57. <https://doi.org/10.3917/reof.109.0033>
- Laurent, É. (2023). *Économie pour le XXI^e siècle: Manuel des transitions justes*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.laure.2023.01>
- Laurent, É. (2015). La social-écologie : une perspective théorique et empirique. *Revue française des affaires sociales*, , 125-143. <https://doi.org/10.3917/rfas.151.0125>
- Laurent, É. (2023). X / La transition vers la pleine santé. Dans : Éloi Laurent éd., *Économie pour le XXI^e siècle: Manuel des transitions justes* (pp. 207-225). Paris: La Découverte.
- Laurent, E. (2014). Les inégalités environnementales en France. Paris: Note de la Fondation de l'écologie politique.
- Messmer-Al Abed, N. (2011). Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis ? Cas de l'infirmière dans une haute école de sante (HES). Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, 106, 120-129. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0120>
- Nuytens-Alderson, P., & Gobert, P. " L'immigration professionnelle organisée : Une solution à la pénurie relative d'infirmiers (ères) en Belgique? De l'accueil à l'intégration ?
- Rodhain, F. (2007). Changer les mots à défaut de soigner les maux : Critique du développement durable. *Revue française de gestion*, 176, 203-209. <https://doi.org/10.3166/rfg.176.203-210>
- Roman, P. (2015). Les inégalités sociales d'environnement vues par l'économie. *Revue française des affaires sociales*, , 99-123. <https://doi.org/10.3917/rfas.151.0099>
- Roman, P. (2011). Les pauvres sont-ils vraiment les plus gros pollueurs ? *Idées économiques et sociales*, 165, 60-69. <https://doi.org/10.3917/idee.165.0060>

Sauvayre, R. (2013). Chapitre 1. La préparation à l'entretien. Dans : , R. Sauvayre, Les méthodes de l'entretien en sciences sociales (pp. 1-47). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.sauva.2013.01.0003>

Sauvé, L. (2007). L'équivoque du développement durable. *Chemin de traverse*, 4, 31-47.

Steiner, P. (2007). Karl Polanyi, Viviana Zelizer et la relation marchés-société. *Revue du MAUSS*, 29, 257-280. <https://doi.org/10.3917/rdm.029.0257>

Torre-Schaub, M. 2020. Les inégalités environnementales : une approche par la justice : Réflexions autour d'une démocratie environnementale. In Deguegue, M., & Torre-Schaub, M. (Eds.), *Environnement et santé : Progrès scientifiques et inégalités sociales*. Éditions de la Sorbonne. doi :10.4000/books.psorbonne.90530

Van Campenhoudt, L., Marquet, J. & Quivy, R. (2017). Quatrième étape – La construction du modèle d'analyse. Dans : , L. Van Campenhoudt, J. Marquet & R. Quivy (Dir), *Manuel de recherche en sciences sociales* (pp. 151-197). Paris: Dunod.

Van Cauter, L. " Les conséquences du changement climatique sur la santé publique: évaluation des connaissances, attitudes et pratiques d'étudiants futurs professionnels de santé du campus de Louvain en Woluwe et mise en perspective.

Vandoorne, C. (2009). Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé: parle-t-on de la même chose?. *Education santé*, (250).

Vivien, F. D. (2007). Economie de l'environnement ou économie écologique. *Responsabilité et environnement*, 48, 37-43.

De Perthuis, C. (2016). L'économiste face aux enjeux environnementaux. *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 83, 40-44. <https://doi.org/10.3917/re1.083.0040>

-Mémoires :

[Cors, S., & Hesbeen, W. " Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique?.](#)

-Monographies :

Ferron, C. La promotion de la santé, in : Lambert H (coord.) Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p

Van den Broucke, Stephan ; Vandebroek, Philippe ; Boon, Kaat ; Bravo, Anna Maria. Promouvoir la littératie en santé dans la première ligne. Les leçons de 24 pratiques en Belgique.. (2021) 72 pages

-Rapport d'activités :

Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (2022). Rapport annuel d'activité 2022. https://federation.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/fasd_-_rapport_annuel_dactivite_2022.pdf

-Sites internet

author-health. (2022e, octobre 7). Les infirmiers. Vers une Belgique En Bonne Santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-infirmiers>

Bodiguel, J. (2020, 15 mai). Objectifs de développement durable. Développement Durable. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

Bodiguel, J. (2024, 26 janvier). Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous. Développement Durable. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>

Commission technique de l'Art infirmier. (2024, 1 février). Santé Publique. [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-technique-de-lart-infirmier#:~:text=L%27Arr%C3%AAt%C3%A9%20Royal%20du%202018,par%20un%20m%C3%A9decin%20\(C\)](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-technique-de-lart-infirmier#:~:text=L%27Arr%C3%AAt%C3%A9%20Royal%20du%202018,par%20un%20m%C3%A9decin%20(C))

Consultation publique sur NEHAP3. (2023, août 17). SPF Santé Publique. <https://www.health.belgium.be/fr/news/consultation-publique-sur-nehap3>

De la Santé Publique du Canada, A. (2017, 14 novembre). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé. Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>

Infirmiers | INAMI. (s. d.). <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers>

Infirmier/ères responsables de soins généraux. (2024c, mars 13). SPF Santé Publique.
<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soignants/infirmiers>

Intervention forfaitaire pour les services de soins infirmiers à domicile | INAMI. (s. d.-b).
<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers/intervention-forfaitaire-pour-les-services-de-soins-infirmiers-a-domicile>

Mieux financer la qualité et la continuité des soins infirmiers à domicile. (2010, 2 avril).
<https://kce.fgov.be/fr/mieux-financer-la-qualite-et-la-continuite-des-soins-infirmiers-a-domicile-cest-possible-et>

Personnel des soins de santé | Statbel. (s. d.). <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante>

Service Changements climatiques. (s. d.-b). Réchauffement planétaire. Klimaat | Climat.
<https://climat.be/changements-climatiques/changements-observees/rechauffement-planetaire>

Soins par l'infirmier | INAMI. (s. d.-b). <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers/soins-par-l-infirmier>

Soignons humain - buurtzorg. (s. d.-b). <https://www.soignonshumain.com/buurtzorg/>

United Nations. (s. d.). Objectifs de développement durable | Nations Unies.
<https://www.un.org/fr/impact-universitaire/page/objectifs-de-d%C3%A9veloppement-durable>

World Health Organization : WHO. (2019, 30 juillet). Pollution atmosphérique.
https://www.who.int/fr/health-topics/air-pollution#tab=tab_1

World Health Organization : WHO. (2023, 12 octobre). Changement climatique.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

Annexes

Annexe 1

Annonce publiée sur les réseaux sociaux afin de rechercher des participants.



Dans le cadre de mon mémoire en politiques économiques et sociales à l'UCL, je recherche des infirmier(e)s à domicile afin de participer à une enquête par entretien. Il s'agit d'un entretien individuel qui dure entre 30 minutes à 45 minutes.

Cette étude s'intéresse au rôle que l'infirmier(e) à domicile pourrait avoir dans le cadre d'une transition durable des soins de santé.

En effet, selon l'OMS, le changement climatique représente le plus grand défi du 21^{ème} siècle et menace l'ensemble des aspects de notre société et de notre environnement (OMS,2023)³.

Déjà fragilisé par la crise du COVID 2019, le domaine de la santé n'est pas épargné par la problématique du réchauffement climatique. En effet, la dégradation de l'environnement a une incidence sur notre santé et notre bien-être (Romanello et al., 2021)⁴.

De plus cette problématique s'inscrit dans un contexte paradoxal car non seulement les mutations climatiques ont un impact sur la santé humaine mais d'autre part, le secteur des soins de santé contribue à la dégradation environnementale (Berquin,2021)⁵. Face à ces différents constats, il est impératif que le secteur des soins de santé se réinvente dans une perspective de durabilité.

Erigés en héros lors de la crise de la COVID-19, le rôle des infirmiers au sein de la société aura été mis en exergue. Ainsi, face aux défis climatiques, économiques et sociaux auxquels nos sociétés sont confrontées, les infirmiers à domicile seraient appelés à effectuer cette transition vers des pratiques plus durables dans le secteur des soins de santé.

Toute personne intéressée ou qui souhaiterait un complément d'informations au sujet de cette étude, peut me contacter soit par téléphone au [0477/23.04.75](tel:0477230475), soit par mail à l'adresse suivante : alberta.scime@student.uclouvain.be.

³ World Health Organization : WHO. (2023, 12 octobre). Changement climatique. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

⁴ Romanello, M., McGushin, A., Di Napoli, C., Drummond, P., Hughes, N., Jamart, L., Kennard, H., Lampard, P., Rodríguez, B. S., Arnell, N. W., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., Capstick, S., Chambers, J., Chu, L., Ciampi, L., Dalin, C., . . . Hamilton, I. (2021). The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change : code red for a healthy future. *The Lancet*, 398(10311), 1619-1662. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01787-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01787-6)

⁵ Berquin, A (2021). Transitions et soins de santé, quels défis pour le futur. Etiopia. Soins de santé et environnement : quels défis pour le futur ? | Etiopia

Annexe 2

Questionnaire - Guide d'entretien individuel semi-directif avec les infirmier(e)s

Problématique : « En quoi les infirmiers à domicile peuvent-ils être des acteurs dans le cadre vers des soins de santé plus durables.

Promoteur : THIERRY DOCK

Entretien : n°

Date :

Genre :

Age :

Diplôme(s) :

Secteur d'activité :

Statut : Employé.e ou indépendant.e

Introduction – Présentation

- Présentation de l'enquêteur.
- Explication quant à l'objectif de l'étude du mémoire.
- Demander l'autorisation d'enregistrer la conversation.
- Présentation de la personne interrogée :

- 1) Depuis combien d'année travaillez-vous en tant qu'infirmière à domicile ?
- 2) Pouvez-vous m'énoncer les différentes activités que vous réalisez sur une journée ?

Rôle de l'infirmier :

- 3) Selon vous, quel est le rôle d'un infirmier ? / Comment décrivez-vous la finalité de la pratique infirmière ?

Promotion de la santé :

- 4) Selon vous, quels éléments influencent la santé ?
- 5) La promotion de la santé vise à aider les individus à mieux comprendre et maîtriser les facteurs influençant leur bien-être. Elle a pour objectif d'améliorer la santé des personnes en les rendant plus autonomes face à leur propre santé. Pour réussir cette démarche, il est crucial d'impliquer activement la population dans toutes les initiatives de promotion de la santé⁶.

Selon cette définition, pensez-vous que la promotion de la santé fait déjà partie de votre quotidien ? Si oui, comment se traduit-elle ? Si non, quelle en est la raison ?

⁶ (Fournier, C., Buttet, P., & Le Lay, E. (2009). Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. *Gautier A (sous la dir.). Baromètre santé Médecins généralistes*, 45-83.)

6) Pensez-vous être en mesure de pouvoir influencer le comportement de vos patients ? Et si oui, selon vous via quelles actions, stratégies ? Si non, pourquoi ?

7) Quels seraient vos besoins afin de mener à bien cette tâche ?

Education pour la santé :

8) L'éducation pour la santé est définie comme une action qui vise à « aider une personne à modifier ses comportements, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé ». Elle doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité » (Fournier et al., 2009) Selon cette définition, quelle place occupe l'éducation pour la santé dans vos pratiques /pensez-vous que la promotion de la santé fait déjà partie de votre quotidien ? Si oui, comment se traduit-elle ? Si non, quelle en est la raison ?

9) Quelles seraient vos besoins afin de pouvoir réaliser pleinement cette tâche (besoin en formation, temps ,....)

Empowerment :

10) L'empowerment est un processus dans lequel une prise de conscience a lieu de la part d'un individu et il va optimiser ses aptitudes quant à la gestion non seulement de sa santé mais également de ses maladies et des traitements⁷. Quelle(s) actions mettez-vous en place dans votre quotidien afin de la favoriser ?

Ecologie :

11) Est vous sensible à la cause écologique ?

12) Comment évalueriez-vous l'impact de vos pratiques sur l'environnement ?

13) Mettez-vous en place des pratiques eco-responsables ? Que pourriez-vous mettre en place afin de diminuer l'emprunte carbone de votre métier ?

14) Quels accessoires à usage unique pourraient être réutilisés sans compromettre la qualité des soins (stérilisation)

15) Dans le cadre de votre trajet, organisez-vous votre tournée afin de consommer le moins possible d'énergie ? Une tournée à vélo serait-elle envisageable ?

⁷ Berquin, A. (2021). Transition et soins de santé.

16) Saviez-vous que le métier d'éco infirmier existait ?

17) Que penseriez-vous de faire évoluer votre métier vers un métier d'éco infirmier ?

18) Avez-vous des remarques à formuler ?

Conclusion de l'entretien.

- Remerciement
- Avis sur les questions.

Annexe 3

Questionnaire - Guide d'entretien individuel semi-direct avec les responsables

Problématique : « En quoi les infirmiers à domicile peuvent-ils être des acteurs dans le cadre vers des soins de santé plus durables.

Promoteur : THIERRY COCK

Entretien n°

Date :

Genre :

Age :

Diplôme(s) :

Secteur d'activité :

Statut :

Introduction – Présentation

Présentation de l'enquêteur

Explication quant à l'objectif de l'étude du mémoire

Demander l'autorisation d'enregistrer la conversation

Présentation de la personne interrogée

1) Avant d'être responsable, pendant combien d'années avez-vous exercé la profession.

2) Quelles diplômes avez-vous ?

Rôle de l'infirmier :

3) Selon vous, quel est le rôle d'un infirmier?

Contexte financier :

4) Et comment se porte la santé financière de votre structure ?

5) Le management est-il adapté à cette situation?

6) Pensez que dans la configuration actuelle, il soit possible d'agir dans le cadre de promotion de la santé de l'éducation pour la santé, ?

Promotion pour la santé :

7) Selon vous, quels sont les éléments qui influencent la santé?

8) La promotion de la santé vise à aider les individus à mieux comprendre et maîtriser les facteurs influençant leur bien-être. Elle a pour objectif d'améliorer la santé des personnes en les rendant plus autonomes face à leur propre santé. Pour réussir cette démarche, il est crucial d'impliquer activement

la population dans toutes les initiatives de promotion de la santé⁸ Selon cette définition, pensez-vous que la promotion de la santé fait déjà partie du quotidien de vos équipes ? Si oui, comment se traduit-elle ? Si non, quelle en est la raison ?

9) Selon vous, de par le fait qu'il ait accès à l'environnement du patient ; l'infirmier à domicile se trouve dans une bonne position afin d'agir sur les indicateurs de la santé ?

10) Par rapport à ce qui a été abordé concernant la promotion et l'éducation pour la santé, est ce que votre entreprise favorise ce type d'actions ?

Education pour la santé :

9) L'éducation pour la santé qui est définie comme une action visant à « aider une personne à modifier ses comportements, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé ». Elle doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité » (Fournier et al., 2009). Selon cette définition, quelle place occupe l'éducation pour la santé la pratique de vos équipes /pensez-vous que la promotion de la santé fait-elle déjà partie du quotidien de vos équipes ? Si oui, comment se traduit-elle ? Si non , quelle en est la raison ?

Empowerment :

10) L'empowerment est un processus dans lequel une prise de conscience a lieu de la part d'un individu et il va optimiser ses aptitudes quant à la gestion non seulement de sa santé mais également de ses maladies et des traitements⁹. Quelle(s) actions mettez-vous en place dans votre quotidien afin de la favoriser ?

Accessibilité financière du patient :

11) En ce qui concerne les moyens financiers de vos patients, que mettez-vous en place pour pallier ce problème ?

Ecologie :

12) Votre entreprise est-elle soucieuse de l'écologie ? Dans la pratique des soins infirmiers à domicile, y a-t-il une sensibilisation à cette thématique ?

13) Que pensez-vous de l'idée de faire une tournée à vélo ?

14) Et au niveau du domicile, comment évaluez-vous l'impact de vos pratiques sur l'écologie ?

15) Saviez-vous que le métier d'éco infirmier existait ?

⁸ (Fournier, C., Buttet, P., & Le Lay, E. (2009). Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. *Gautier A (sous la dir.). Baromètre santé Médecins généralistes*, 45-83.)

⁹ Berquin, A. (2021). Transition et soins de santé.

16) Que penseriez-vous à faire évoluer votre métier vers un métier d'éco-infirmier ?

17) Avez-vous des remarques concernant les questions posées ?

