

Faculté de santé publique

Les conséquences du manque de personnel infirmier dans le quotidien des infirmiers chefs d'unité au sein du CHU Ambroise Paré.

Mémoire réalisé
par
Sarah BECOUZE

Promoteur
Mathieu LOUISET

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Les conséquences du manque de personnel infirmier dans le quotidien des infirmiers chefs d'unité au sein du CHU Ambroise Paré.

Mémoire réalisé par

Sarah BECOUZE

Promoteur

Mathieu LOUISET

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais adresser en premier lieu mes remerciements les plus sincères à mon promoteur Monsieur Mathieu Louiset, qui m'a accompagnée durant la réalisation de ce mémoire. Ses conseils, sa disponibilité et son engagement m'ont permis d'avancer dans ce mémoire-recherche et de rester motivée pour en arriver à terme.

Je remercie particulièrement Monsieur Héraut Jacques et Madame De Saint Martin Anne-Sophie, qui m'ont soutenu et encouragée lorsque je leur ai présenté mon projet de mémoire et m'ont fourni l'aide nécessaire afin de rendre sa réalisation possible.

Je tiens également à remercier les infirmiers chefs d'unité du CHU Ambroise Paré, pour leur participation à ma recherche, pour le temps qu'ils ont bien voulu accorder à répondre à mes questions et l'honnêteté dont ils ont fait preuve.

Je remercie mes collègues, qui m'ont soutenue moralement et encouragée durant ces derniers mois entourant la réalisation de mon mémoire.

Enfin, je remercie mon compagnon, qui n'a cessé de m'encourager et me soutenir pour que malgré les difficultés rencontrées, je continue de réaliser mes projets.

Le plagiat

Le plagiat Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : LE CADRE THEORIQUE	10
1. CHAPITRE 1 : L'INFIRMIER CHEF D'UNITE.....	10
1.1 Présentation de la fonction de l'infirmier chef	10
1.1.1 La finalité de la fonction.....	10
1.1.2 Le travail quotidien.....	11
1.2 Le profil de compétences de l'infirmier chef en unité de soins au sein du CHU Ambroise Paré	13
2. CHAPITRE 2 : LE MANQUE DE PERSONNEL INFIRMIER	16
2.1 La situation en Belgique en quelques chiffres	16
2.1.1 Comparaison au niveau mondial	16
2.1.2 Evolution du nombre d'infirmiers en Belgique	17
2.1.3 La dotation infirmière dans les hôpitaux belges	20
2.2 Les différentes causes du manque de personnel infirmier à l'hôpital	21
2.2.1 La pénibilité du travail et les risques psychosociaux	22
2.2.2 L'intensification du travail au quotidien	22
2.2.3 Les défauts du management hospitalier.....	23
2.2.4 Les impacts sur la vie privée du personnel infirmier.....	24
2.3 La situation au sein du CHU Ambroise Paré.....	24
2.3.1 L'évolution du nombre d'ETP.....	25
2.3.2 L'absentéisme au sein du CHU	26
3. CHAPITRE 3 : LES RESSOURCES DE L'INFIRMIER CHEF POUR FAIRE FACE AUX DIFFICULTES	27
3.1 L'infirmier cadre supérieur (ICS).....	27
3.2 L'infirmier chef adjoint	27
PARTIE 2 : PARTIE PRATIQUE	29
1. CHAPITRE 1 : METHODES.....	29
1.1 Question de recherche	29
1.2 Type d'étude.....	30
1.3 Méthode de recueil des données.....	30
1.4 Choix de la population cible.....	31
1.5 Pré-test du questionnaire	32
1.6 Période de l'étude	33
2. CHAPITRE 2 : RESULTATS	34
2.1 La situation au sein des unités du CHU Ambroise Paré.....	34

2.1.1	Le manque de personnel au sein des unités de soins	34
2.1.2	La fréquence d'absentéisme	36
2.1.3	Le turn-over au sein des unités	36
2.1.4	La fermeture de lits d'hospitalisation	37
2.2	Les répercussions du manque de personnel sur le quotidien des infirmiers chefs	39
2.2.1	Evaluation de la perturbation quotidienne du travail des infirmiers chefs	39
2.2.2	Estimation du temps ajouté aux tâches quotidienne	40
2.2.3	Le ressenti des infirmiers chefs face au manque de personnel	41
2.2.4	Les conséquences négatives sur le quotidien	43
2.3	Solutionner le manque de personnel infirmier	46
2.3.1	Le niveau de difficulté rencontrée	46
2.3.2	Le recours à une aide extérieure	49
2.4	La faculté d'adaptation de l'infirmier chef d'unité	49
2.5	Dernière remarque des infirmiers chefs d'unités.....	51
2.6	Analyse des résultats récoltés	51
2.6.1	Analyse de la situation des unités.....	51
2.6.2	Analyse des répercussions sur le travail des IC.....	52
2.6.3	Analyse des solutions de remplacement et des difficultés rencontrées	53
3.	CHAPITRE 3 : DISCUSSION	55
3.1	La réalité au CHU Ambroise Paré reflet de la situation en Belgique ?	55
3.2	Le quotidien des infirmiers chefs d'unités au CHU Ambroise Paré	56
3.3	Les limites de l'étude	58
	CONCLUSION.....	59
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXES.....	64

INTRODUCTION

La situation au sein des hôpitaux belges préoccupe régulièrement les autorités de santé publique, notamment concernant la problématique du manque de personnel infirmier. Nous avons pu constater à nouveau l'ampleur des difficultés rencontrées lors de la pandémie de Covid-19, qui elle-même a accentué ce problème par l'augmentation de la pénibilité des conditions de travail pour le personnel soignant hospitalier. Actuellement *« un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail et 10 % envisagent de quitter la profession. Trente-six pourcents (36 %) présentent un risque de burnout et ce chiffre a augmenté au cours des 10 dernières années. »* (KCE & Van den Heede Koen, 2019)

Exerçant depuis une dizaine d'années au sein du CHU Ambroise Paré, j'ai pu observer les effets du manque de personnel infirmier sur le fonctionnement des unités de soins. La fermeture de lits d'hospitalisation voire d'unités complètes en étant les effets les plus conséquents. Cette situation n'étant pas spécifique au CHU Ambroise Paré de Mons, car plusieurs hôpitaux du pays connaissent actuellement une pénurie de personnel infirmier entraînant pour eux aussi des fermetures de lits d'hospitalisation.

L'exercice du métier d'infirmier en milieu hospitalier présente des critères de pénibilité importants. Cela entraîne donc régulièrement de l'absentéisme au sein des unités de soins, de plus ou moins longue durée. A cela s'ajoutent les difficultés de recrutement de personnel infirmier, les hôpitaux faisant leur possible pour se rendre le plus attractif.

Au cœur des unités de soins, les infirmiers chefs d'unité ont pour rôle d'organiser, d'assurer et de maintenir une équipe soignante suffisante pour que des soins de qualité soient administrés aux patients hospitalisés. Leur responsabilité étant donc de combler le manque de personnel infirmier quand cela s'avère nécessaire.

Mais comment parviennent-ils à maintenir un nombre d'infirmiers minimum chaque jour afin de prendre en charge les patients hospitalisés pour assurer la qualité et la continuité des soins ?

La gestion du personnel infirmier lorsque celui-ci est en sous-effectif ou bien lorsque l'absentéisme devient un problème régulier, peut grandement compliquer le travail quotidien des infirmiers chefs d'unités.

Cela nous amène à la question suivante : « *Quelles sont les conséquences du manque de personnel infirmier dans le travail quotidien des infirmiers chefs d'unité du CHU Ambroise Paré ?* ».

Nous allons tenter de comprendre comment les difficultés rencontrées par le chef infirmier de l'unité pour combler le manque d'infirmiers, influence leur quotidien, perturbe la réalisation de leurs tâches ou encore modifie leur activité de management d'équipe. Nous essaierons d'évaluer également le ressenti des infirmiers chefs des unités du CHU Ambroise Paré face aux situations qu'ils vivent au quotidien concernant cette problématique.

Pour ce faire nous présenterons en premier lieu la fonction d'infirmier chef d'unité, quelles sont les compétences requises et en quoi consiste leur travail au quotidien. Puis nous aborderons la problématique du manque de personnel infirmier en milieu hospitalier en comparant la situation en Belgique et au sein du CHU Ambroise Paré. Nous tenterons de comprendre les différentes causes expliquant le manque de personnel infirmier et les ressources dont dispose l'infirmier chef pour pallier ce manque.

Dans un second temps, nous parlerons de la méthode utilisée pour effectuer la recherche en interrogeant les infirmiers chefs des unités de soins afin de recueillir les informations nécessaires. Puis nous présenterons les résultats obtenus suite au recueil des données, nous les analyserons et nous finirons par les comparer à la littérature.

Les hypothèses découlant de la question recherche sont :

- H1 : Le manque de personnel infirmier n'a pas d'influence négative sur le quotidien des infirmiers chefs des unités de soin du CHU Ambroise Paré.
- H2 : Le manque de personnel infirmier a une influence négative et perturbe fortement le travail quotidien des infirmiers chefs des unités de soins du CHU Ambroise Paré.
- H3 : Les conséquences du manque de personnel infirmier entraînent une surcharge de travail sur le quotidien des infirmier chefs d'unités.

Nous nous appliquerons à vérifier ces hypothèses en conclusion de cette recherche.

PARTIE 1 : LE CADRE THEORIQUE

1. CHAPITRE 1 : L'INFIRMIER CHEF D'UNITE

Nous allons introduire, par ce premier chapitre, les différents aspects qui entourent la fonction d'infirmier chef d'unité. Nous aborderons le profil de fonction, les compétences requises, les responsabilités qui sont propres à ce rôle ainsi que la réalité du quotidien d'un infirmier chef d'unité en milieu hospitalier. Cela nous permettra de mieux appréhender son travail au sein d'une unité de soins, les difficultés auxquelles il doit faire face et connaître les compétences nécessaires pour les surmonter.

1.1 Présentation de la fonction de l'infirmier chef

1.1.1 La finalité de la fonction

D'après l'arrêté royal du 13 juillet 2006 portant sur la fonction d'infirmier en chef : *« L'infirmier en chef visé à l'article 17 bis, alinéa 2, 3°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier. »* (Conseil d'Etat, 2006). Son rôle est donc de superviser l'équipe infirmière qui lui est confiée afin de s'assurer que les soins prodigués aux patients soient continus et de qualité.

D'après la description de fonction, l'infirmier chef se doit d'organiser, de coordonner et d'évaluer les activités de soins au sein de l'unité dont il est responsable. Il est également tenu d'assurer le suivi et l'application de la politique infirmière en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction IC, 2011).

L'infirmier chef d'unité est directement sous la responsabilité de l'infirmier chef de service (cadre supérieur) et du directeur du département infirmier. Il est lui-même responsable de l'ensemble de l'équipe soignante de son unité, soit l'infirmier chef adjoint, l'équipe infirmière et paramédicale.

Son rôle se rapporte donc à une activité de management quotidienne. En tant que manager de son équipe, il lui incombe 4 fonctions qui sont (THUNUS, Les 4 fonctions du manager, 2021) :

- **La planification** : Elle permet de définir des objectifs et des moyens pour les rencontrer, d'analyser les besoins de l'environnement et les ressources disponibles qui sont nécessaires, d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs et d'adapter le plan si besoin.
- **L'organisation** : Cette fonction permet au manager de diviser et de coordonner le travail. Dans la pratique, l'infirmier chef est donc responsable de l'attribution des tâches aux différents membres de son équipe et d'assurer une bonne communication entre les différents acteurs.
- **L'exercice du leadership** : Cet aspect de la fonction n'étant pas lié au fait que le chef d'unité est une figure d'autorité. En effet, cela requière une compréhension des membres de l'équipe, de la communication et une confiance de l'équipe envers leur chef, afin d'exercer de l'influence sur la motivation et la qualité de travail fournie.
- **L'évaluation** : L'évaluation des processus mis en place permet de vérifier l'atteinte des objectifs fixés, la qualité des soins fournis ainsi que la satisfaction des patients. Cela ne concerne en revanche pas l'évaluation des acteurs à proprement parler.

1.1.2 Le travail quotidien

Du point de vue légal, le rôle d'un infirmier chef d'unité est composé de plusieurs tâches. Voici un aperçu des principales tâches qui lui sont attribuées :

- **Concernant la vision stratégique de l'hôpital** : Afin de faciliter les processus de changement, le chef d'unité doit veiller à ce que l'activité infirmière soit en phase avec la vision stratégique du département infirmier. Il doit élaborer et adapter les méthodes de travail, assurer le suivi des enregistrements légaux concernant l'art infirmier et aider son équipe à la compréhension de ceux-ci, savoir déléguer à un infirmier, dans certaines situations, des missions qui lui ont été attribuées, ou encore pouvoir objectivement aborder la situation de terrain avec ses supérieurs hiérarchiques. (Conseil d'Etat, 2006)
- **Concernant les soins** : « *L'infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmière au sein de son équipe.* » (Conseil d'Etat, 2006). Il doit donc veiller au respect des droits du patient et

de l'éthique, de la fixation des objectifs de son équipe, en étant supervisé par le supérieur hiérarchique. Il s'assure également de la qualité et de la continuité des soins apportés aux patients par son équipe soignante, notamment en veillant au respect des procédures et techniques de soin élaborées au sein de l'institution.

- **Concernant la politique en matière de personnel :** « *L'infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.* » (Conseil d'Etat, 2006). Il est donc chargé de la planification des horaires de chacun des membres de l'équipe, de la gestion des congés et de la répartition du travail selon les besoins. Il doit aussi s'assurer de créer une ambiance de travail favorable à la collaboration et à une communication efficace. L'infirmier chef encadre également les nouveaux arrivants afin de leur permettre de s'intégrer dans l'équipe et de les soutenir. Il supervise et évalue chaque membre de l'équipe infirmière ainsi que les stagiaires infirmiers. Enfin, il doit s'assurer que la sécurité et du bien-être des travailleurs est respectée.
- **Concernant la gestion des moyens :** « *L'infirmier en chef est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue et d'assurer des soins infirmiers de qualité aux patients.* » (Conseil d'Etat, 2006). Il veille à la bonne utilisation des biens, des locaux et du budget alloué à son unité. Il peut également donner un avis sur l'acquisition de matériel et les aménagements nécessaires au bon fonctionnement de l'unité.
- **Concernant la formation et le développement :** « *L'infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaire pour maintenir le niveau de qualité souhaité.* » (Conseil d'Etat, 2006). Pour cela, l'infirmier chef objective les besoins de formation des membres de son équipe. Puis il incite les membres de son équipe à suivre une formation, il supervise, coordonne leur formation et il participe personnellement à la formation permanente. Enfin, il se doit de soutenir leur évolution de carrière s'ils le souhaitent.
- **Concernant la communication et la concertation :** « *L'infirmier en chef est responsable de la communication concernant son équipe et ses patients, de la*

transmission d'information et de la concertation, tant en interne qu'en externe. » (Conseil d'Etat, 2006). Il a pour mission de se concerter avec les membres de son équipe et de faciliter la transmission de l'information avec les médecins, les paramédicaux, les maîtres de formation, ainsi que d'entretenir des contacts avec les patients, leur famille et les visiteurs. Dans certaines situations, l'infirmier chef doit résoudre des conflits, prévenir et temporer. Il organise et des réunions d'équipe de manière régulière et participe aux activités du département infirmier.

En conclusion, le quotidien de l'infirmier chef se compose donc d'importantes tâches à accomplir avec un rythme soutenu. En cela, la communication est un élément essentiel au bon fonctionnement de l'unité et c'est donc une tâche importante de l'infirmier chef de maintenir une communication adéquate entre les différents prestataires de soin.

1.2 Le profil de compétences de l'infirmier chef en unité de soins au sein du CHU Ambroise Paré

Pour réaliser les tâches quotidiennes qui lui sont attribuées, l'infirmier chef doit disposer de certaines compétences spécifiques.

D'abord au niveau des diplômes, il doit être titulaire d'un bachelier en soins infirmier ainsi qu'un diplôme spécifique de cadre de santé.

La première compétence dont doit disposer un chef d'unité est l'importance qu'il accorde à la qualité du travail accompli (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction IC, 2011). La précision et la rigueur lui sont indispensables, de même qu'un esprit critique afin d'évaluer au mieux les situations et résoudre les problèmes qui se présenteront à lui.

Ensuite, la maîtrise des connaissances théoriques et pratiques est nécessaire à l'exercice de ses fonctions. Par exemple, une connaissance approfondie du fonctionnement de l'hôpital, de la législation propre aux fonctions supervisées et à sa propre fonction, des connaissances spécifiques à son unité de soins, les normes de sécurité, l'utilisation de toutes les ressources à sa disposition et nécessaires au bon fonctionnement du service.

L'efficacité est également un critère essentiel au poste d'infirmier chef, soit « *la capacité à exécuter l'ensemble des tâches dans les délais imposés* » (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction IC, 2011). Pour cela, il doit avoir la capacité de déléguer des tâches, le sens de

l'organisation, être autonome, être rapide dans l'exécution du travail ou encore savoir gérer un planning. Mais il doit également faire preuve de flexibilité, afin de faire face aux situations qui se présentent à lui et pouvoir s'adapter.

Une autre compétence dont l'infirmier chef doit disposer, est la civilité. Autrement dit, avoir une attitude empathique et respectueuse envers autrui. Traiter son équipe avec considération, être tolérant et patient, tout cela afin d'améliorer ou de perdurer la qualité de ses relations. Savoir s'adapter selon le type de patient présent est également une qualité requise.

Puis, sa fonction implique de naturellement faire preuve de déontologie. Tout d'abord en ayant connaissance du code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge. Il s'agit également d'être loyal dans l'exercice de sa fonction, que ce soit envers la direction ou envers son équipe. Faire preuve de droiture et de discrétion, montrer de la discipline dans son travail quotidien ou encore avoir le sens des responsabilités.

Savoir prendre des initiatives, est une qualité qui est appréciée grandement par la direction. C'est-à-dire, la « *capacité à agir, dans les limites de ses prérogatives, à l'amélioration de l'accomplissement de sa fonction, à faire face à une situation imprévue* » (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction IC, 2011). La créativité et l'ouverture au changement sont donc deux compétences indispensables au poste d'infirmier chef. Elles lui permettront de s'adapter aux situations qui se présenteront à lui, afin de permettre d'assurer des soins de qualité aux patients ainsi que la continuité des soins sans mettre en péril les conditions de travail de son équipe soignante.

L'investissement professionnel fait partie des compétences inhérentes à la fonction de l'infirmier chef. Savoir maintenir son niveau de performance, se remettre en question, améliorer ses connaissances et être actif dans les initiatives en place au sein de l'hôpital est une qualité qui est appréciée par la direction.

La capacité à communiquer, que ce soit avec ses collègues ou sa hiérarchie, est requise dans ses compétences. Savoir s'exprimer oralement de manière aisée et claire devant ses supérieurs ou son équipe, faire preuve de diplomatie, d'authenticité et de qualités pédagogiques lui permet de faciliter ses échanges.

Pour maintenir une ambiance et des conditions de travail agréables, une collaboration efficace est indispensable. L'infirmier chef a donc pour rôle de garder un esprit d'équipe et d'avoir une bonne gestion des conflits au sein de son unité pour assurer le bon déroulement des soins. La

coopération et le sens de la concertation doit être instauré par le chef parmi les membres de l'équipe.

Enfin, une bonne gestion d'équipe permet à l'infirmier chef d'assurer l'atteinte des objectifs de l'unité. Il doit montrer sa capacité à être un bon leader, soutenir moralement son équipe, faire preuve d'écoute et être capable de prendre les bonnes décisions.

2. CHAPITRE 2 : LE MANQUE DE PERSONNEL INFIRMIER

2.1 La situation en Belgique en quelques chiffres

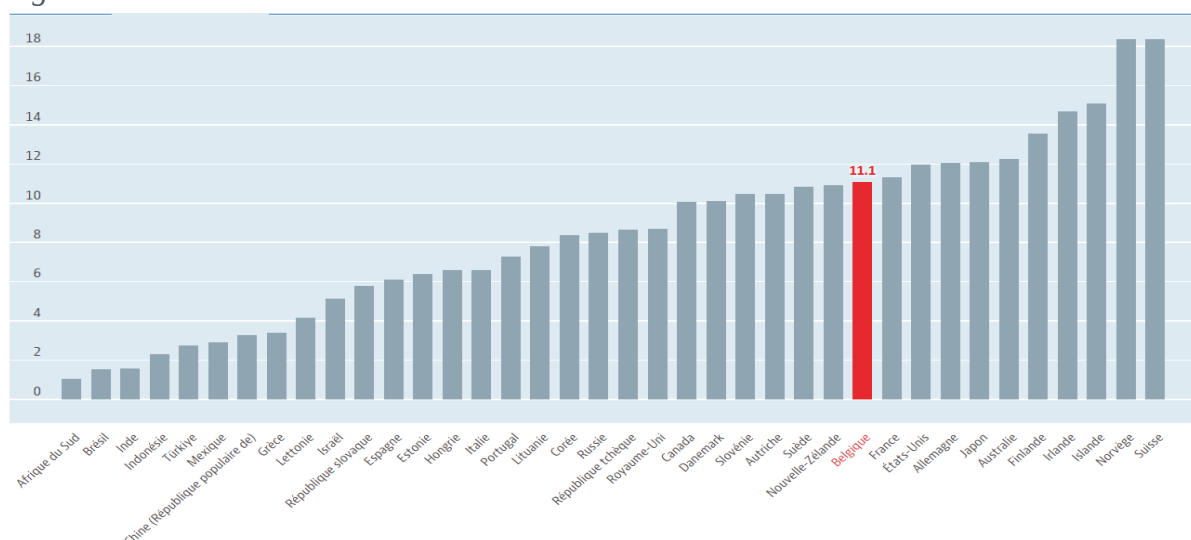
2.1.1 Comparaison au niveau mondial

Faisons pour commencer, un point au niveau de la situation mondiale et comparons le nombre d'infirmiers « en exercice » pour 1000 habitants en Belgique par rapport à celui d'autres pays.

Voici un graphique illustrant une comparaison du nombre d'infirmiers en exercice pour 1000 habitants en 2021 :

(OCDE, « Infirmiers » (indicateur), 2023)

Figure 1



D'après ce graphique, on observe que la Belgique est au 11ème rang mondial avec 11,1 infirmiers pour 1000 habitants. La Norvège et la Suisse sont quant à eux en tête du classement avec 18,4 infirmiers pour 1000 habitants. Si l'on compare uniquement les pays faisant partie de l'Union Européenne, la Belgique se place alors en 6^{ème} position.

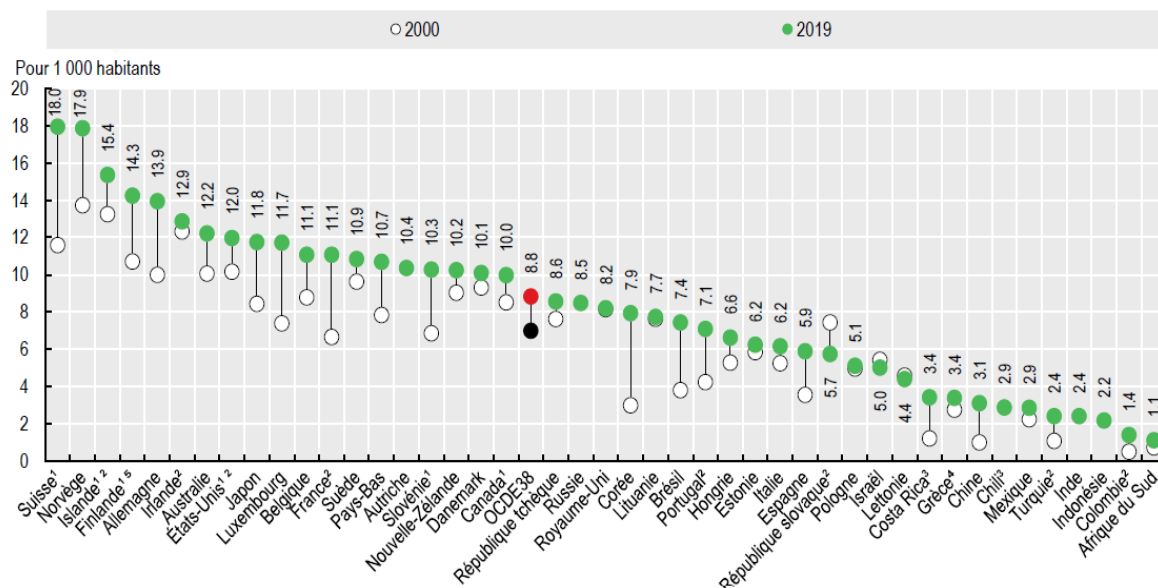


Figure 2

Sur la figure numéro 2 extraite d'un rapport de l'OCDE datant de 2021 (OCDE, Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, 2021, p. 227), la Belgique se situe au-dessus de la moyenne mondiale qui était de 8,8 infirmiers pour 1000 habitants en 2019. Cela signifie que la Belgique possède donc un nombre relativement élevé d'infirmiers en exercice. De manière globale, l'évolution du nombre d'infirmiers est en augmentation dans les différents pays comparés depuis l'année 2000.

Cependant, « Bien que le nombre de médecins et d'infirmiers ait augmenté au cours des dix dernières années dans presque tous les pays de l'OCDE, des pénuries persistent. La pandémie les a mises en relief, le manque de personnel de santé et de soins de longue durée se révélant plus problématique que le manque de lits d'hôpital ou de matériel. » (OCDE, Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, 2021, p. 15).

2.1.2 Evolution du nombre d'infirmiers en Belgique

Regardons à présent les chiffres de ces dernières années en Belgique.

Voici un tableau illustrant l'évolution du nombre d'infirmiers diplômés en droit d'exercer en Belgique : (SPF santé publique, HWF STATAN 2021, 2022)

Tableau 93. Nombre total d'infirmiers (domiciliés en Belgique ou à l'étranger) en droit d'exercer en Belgique au 31/12/2019, 31/12/2020 et 31/12/2021 et nombre de titres professionnels particuliers ou de qualifications professionnelles particulières

			2019			2020		
			Belgique	Hors Belgique	Total	Belgique	Hors Belgique	Total
Enregistrés sans agrément particulier (AP)			164.829	14.260	179.089	167.705	15.259	182.964
Avec AP	QPP	Gériatrie	3.609	44	3.653	3.647	53	3.700
		Santé mentale et psychiatrie	2.272	126	2.398	2.285	136	2.421
		Diabétologie	1.038	17	1.055	1.086	19	1.105
		Soins palliatifs	1.129	27	1.156	1.189	35	1.224
	TPP	Gériatrie	2.244	32	2.276	2.258	37	2.295
		Oncologie	3.195	45	3.240	3.231	48	3.279
		Soins intensifs et d'urgence	12.123	314	12.437	12.365	343	12.708
		Pédiatrie et néonatalogie	5.045	97	5.142	5.132	114	5.246
		Santé mentale et psychiatrie	2.722	88	2.810	2.738	100	2.838
		Soins péri-opératoires, anesthésie, assistance opératoire et instrumentation	2.208	52	2.260	2.228	55	2.283
Tous les infirmiers			199.123	15.085	214.208	202.541	16.178	218.719

Figure 3

			2021		
			Belgique	Hors Belgique	Total
Enregistrés sans agrément particulier (AP)			171.112	16.220	187.332
Avec AP	QPP	Gériatrie	3.672	50	3.722
		Santé mentale et psychiatrie	2.298	146	2.444
		Diabétologie	1.127	19	1.146
		Soins palliatifs	1.248	38	1.286
	TPP	Gériatrie	2.271	40	2.311
		Oncologie	3.258	54	3.312
		Soins intensifs et d'urgence	12.638	367	13.005
		Pédiatrie et néonatalogie	5.186	124	5.310
		Santé mentale et psychiatrie	2.751	109	2.860
		Soins péri-opératoires, anesthésie, assistance opératoire et instrumentation	2.234	61	2.295
Tous les infirmiers			206.444	17.205	223.649

Figure 4

On observe une évolution positive de 4,4% du nombre total d'infirmiers entre 2019 et 2021. Le nombre d'infirmiers en droit d'exercer (c'est-à-dire domiciliés en Belgique ou à l'étranger) est donc en augmentation constante depuis 2019.

Cependant, malgré cet accroissement, tous ne sont pas actifs sur le marché du travail belge. Par exemple, en 2018, le nombre d'infirmiers en droit d'exercer la profession était de 214.352. Parmi eux, seuls 148.782 étaient professionnellement actifs et 126.496 l'étaient dans le secteur des soins de santé, soit seulement 59% du total des infirmiers en droit d'exercer la profession.

(SPF santé publique, HWF Infirmiers sur le marché du travail 2004-2018, 2021, p. 2) De plus, les infirmiers des hôpitaux généraux travaillent à 80% en moyenne en Belgique, leur temps de travail est donc relativement faible comparativement au pourcentage de temps de travail d'infirmiers dans d'autres pays européens. (KCE & Van den Heede Koen, 2019)

Afin d'illustrer la situation, voici un schéma exposant la répartition des infirmiers professionnellement actifs ou non en Belgique en 2018 : (SPF santé publique, HWF Infirmiers sur le marché du travail 2004-2018, 2021)

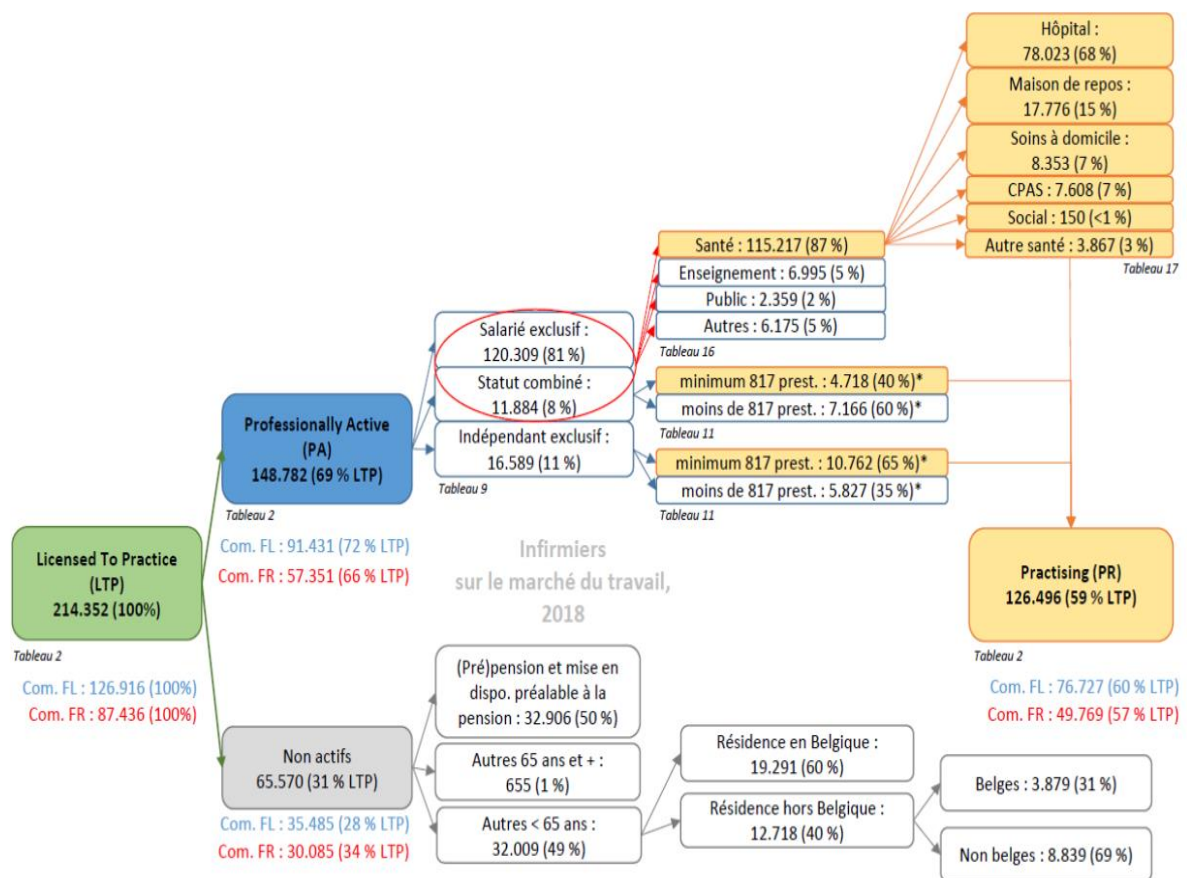


Figure 5

Ce schéma nous permet de mieux appréhender les difficultés que peuvent rencontrer les hôpitaux généraux à recruter du personnel infirmier. En effet, malgré un nombre élevé d'infirmiers étant en droit d'exercer la profession, seuls 36,4% d'entre eux exerçaient en milieu hospitalier en 2018, tandis que 31% n'étaient pas actifs sur le marché du travail. Nous pouvons donc nous interroger sur les raisons expliquant cette « fuite » du métier d'infirmier et la pénurie de praticiens en découlant. La charge de travail très importante, le manque de reconnaissance sociétale et financière, l'épuisement professionnel (burnout) peuvent expliquer la situation.

« En moyenne 36% des infirmiers présentent un risque élevé d'épuisement émotionnel » et « 32 % des infirmiers ont l'intention de quitter l'hôpital au cours de l'année à venir » (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 29). Nous développerons ces problématiques plus loin dans ce chapitre.

2.1.3 La dotation infirmière dans les hôpitaux belges

La dotation infirmière est déterminée grâce au financement hospitalier selon le nombre de lits justifiés, mais elle est également basée selon des normes d'agrément déterminées par les communautés depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat en juillet 2014. Selon ces normes d'agrément, « les hôpitaux généraux prévoient qu'au moins un infirmier soit toujours présent par 30 patients afin d'assurer la qualité des soins ». (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 10) Ce ratio n'incluant pas l'infirmier chef. Ces normes sont déterminées de manière plus spécifique concernant certains secteurs, comme les soins intensifs qui doivent comptabiliser au moins 2 infirmiers par 6 lits et une disponibilité continue, ou bien comme les services gériatriques qui doivent compter 14,3 ETP pour 24 lits.

Pour les services généraux comme la chirurgie et la médecine interne (services C et D), il faut prévoir au minimum 0,6 ETP infirmier par lit occupé, ce ratio incluant cette fois-ci l'infirmier chef. Le respect de ce ratio permet d'assurer la sécurité des patients, la qualité des soins apportés, ainsi que de limiter les risques de burn-out et d'insatisfaction au travail chez les infirmiers (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 10).

Mais les dotations mises en place sont-elles suffisantes ? Ces dernières années, on constate une nette augmentation du nombre d'hospitalisations et une diminution des durées de séjour. Cela entraîne une augmentation de l'intensité des soins en raison d'une durée de séjour de plus en plus courte, d'un « turn-over » très important au sein des services (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 12).

Ce phénomène peut être illustré par la mesure appelée « intensité de soins par jour-patient (Care Intensity per Patient Day) ou CIPPD » (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 16). Pour estimer l'intensité des soins, le KCE se base sur 55 items du DI-RHM, 1 point correspondant à 5 minutes de soins environ. Ces points sont ensuite additionnés par service et par jour. Voici un schéma représentant l'évolution du CIPPD de 2009 à 2016 pour les services de chirurgie et de médecine interne en Belgique (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 17) :

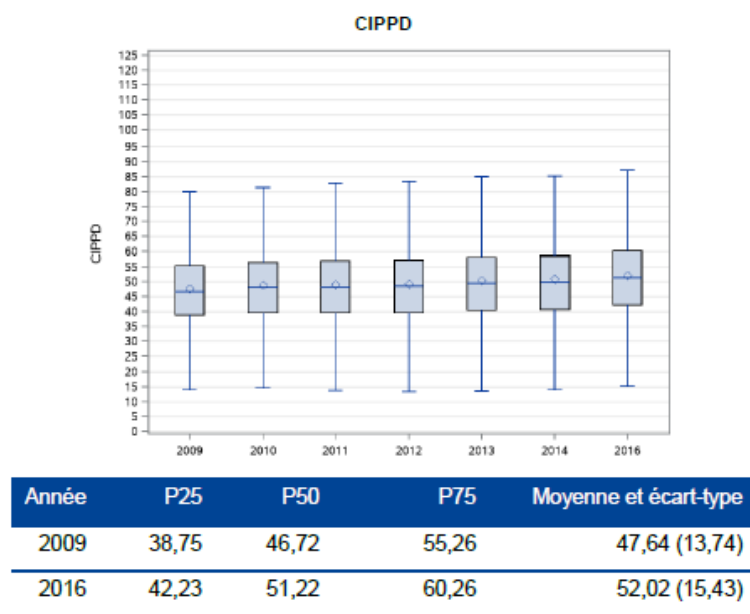


Figure 6

On constate que l'intensité des soins est bien croissante au fil des ans. D'après l'analyse menée par le KCE, « *la dotation suit l'intensité croissante de soins* » (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 20) pour les services de chirurgie et de médecine interne des hôpitaux belges. Elle passe en effet « *d'une valeur moyenne de CIPPD de 47,64 en 2009 à 52,02 en 2016* » (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 16).

2.2 Les différentes causes du manque de personnel infirmier à l'hôpital

Il apparaît que depuis plusieurs années, le milieu hospitalier connaît des difficultés à recruter du personnel. On estime qu'environ 10% des infirmiers envisagent de quitter la profession n'étant pas satisfaits de leur travail (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 3).

De plus, le personnel engagé et exerçant dans ce milieu présente un risque d'épuisement émotionnel élevé d'environ 36% (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 29).

Alors quelles sont les raisons réelles de cette perte d'attractivité du milieu hospitalier et de la « fuite » du personnel infirmier ?

La pénibilité du travail sur le plan physique, les risques psychosociaux, l'intensification du travail au quotidien ou encore la souffrance engendrée par l'exercice du métier en lui-même. Nous allons développer ces aspects inhérents au métier d'infirmier hospitalier, afin d'en comprendre tous les aspects.

2.2.1 La pénibilité du travail et les risques psychosociaux

Le métier d'infirmier en milieu hospitalier implique une rigueur et un rythme de travail intenses. La « *charge mentale élevée* » (DESCHAMPS, 2015, p. 124), les imprévus, les interruptions, les urgences à traiter (BONNEVILLE, 2015, p. 250) font que le quotidien devient une source de stress et d'anxiété pour les soignants.

Sur le plan physique, les « *contraintes gestuelles* » (DESCHAMPS, 2015, p. 124) liées aux gestes répétitifs, à la manutention de charges, mais également les contraintes horaires liées au travail à pauses (matin, après-midi, nuit), sans compter les heures supplémentaires effectuées régulièrement. « *Une charge de travail plus conséquente peut également conduire à des efforts physiques plus importants, constituant une source de pénibilité.* » (MINVIELLE, 2021, p. 62). Tout cela entraîne donc une fatigue physique et des maux liés au métier peuvent également apparaître, tels que des troubles du sommeil, des troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs, des lombo-sciatiques, etc. (DESCHAMPS, 2015, p. 124).

Sur le plan mental, les répercussions de l'exercice du métier peuvent s'avérer être une source de souffrance pour l'infirmier. « *C'est soigner qui épuise, quels que soient l'environnement et les conditions de travail. Travailler au contact de la douleur, du désespoir, de l'angoisse, parfois de la mort, atteint les personnels qui y sont confrontés, les renvoie à leur propre histoire, à leur attitude face à la maladie et à la souffrance, et interroge leur engagement professionnel.* » (HOLCMAN, 2018, p. 215). En raison de l'implication personnelle que nécessite le soin, les soignants se retrouvent donc dans une situation qui peut les placer dans une posture de déni. Cette distanciation permet de ne pas s'identifier directement à la souffrance de la personne soignée, à la proximité presque quotidienne avec la mort, qui au fil des ans, pourrait s'avérer psychologiquement destructeur (HOLCMAN, 2018, p. 221).

Le travail effectué chaque jour pour apporter des soins aux patients est donc exigeant sur les plans physique et mental. Au fil des ans, il peut entraîner des maux physiques et/ou mentaux avec des risques « *d'épuisement cumulatif* » (HOLCMAN, 2018, p. 215) ou même de burn-out.

2.2.2 L'intensification du travail au quotidien

Cette intensification du travail a plusieurs origines. En effet, le travail infirmier évolue dans sa réalisation quotidienne avec l'évolution des technologies et les enjeux financiers, les attentes des autorités dirigeantes ont eux aussi évolué avec le temps.

a) L'augmentation du nombre d'hospitalisations

Une tendance se dégage ces dernières années, le nombre d'hospitalisations a augmenté et les durées de séjour ont fortement diminué. Cet effet entraîne donc des séjours plus intenses, plus aigus et des soins plus « condensés ». La charge de travail qui en découle est donc plus intense, les délais sont resserrés et l'activité plus soutenue (MINVIELLE, 2021, p. 61).

La « *quête de performance* » (HOLCMAN, 2018, p. 215) des hôpitaux, liée au mode de financement accroisse le rythme de travail. En effet, « *plus il y a d'admissions, plus le budget (1,5 années plus tard) est élevé.* » (DEHASPE, 2021, p. 58). Pour les hôpitaux, « *La durée de séjour doit être la plus courte possible* » (DEHASPE, 2021), cela permet un financement plus élevé et moins de pertes de frais si la durée de séjour dépasse la durée standard.

Cette nécessité de rentabilité entraîne des conséquences directes sur la charge de travail des infirmiers qui se voient soumis à une pression plus intense et des contraintes de temps dans une logique productiviste.

b) L'utilisation des TIC dans le quotidien du travail infirmier

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont apporté des avantages et fait évoluer considérablement les prises en charges des patients au sein des hôpitaux. Cela a également transformé le travail quotidien des infirmiers avec la nécessité « *d'hyper-réactivité immédiate* » (BONNEVILLE, 2015, p. 243). L'informatisation du dossier infirmier, la nécessité de « tracer » tout acte infirmier effectué, le dossier du patient devant refléter les soins prodigués et être garant de la qualité du travail accompli. Tout cela demande un temps considérable au personnel infirmier qui, devant le nombre de tâches administratives, ont vu leur travail s'intensifier avec des difficultés pour décompresser et déconnecter (BONNEVILLE, 2015, p. 242).

2.2.3 Les défauts du management hospitalier

Dans une institution aussi complexe qu'un hôpital et avec un nombre d'acteurs aussi important, le management peut présenter certaines difficultés. Le nombre de directions présentes au sein d'un hôpital (médicale, infirmière, paramédicale, ressources humaines, etc.) et les différents niveaux hiérarchiques complexifient les relations et la coordination des soins donnés (MINVIELLE, 2021, p. 62).

Par défaut, l'hôpital a une configuration professionnelle composée de travailleurs fortement qualifiés avec une division du travail horizontale forte et verticale faible (THUNUS, La théorie des configurations, 2021). Le pouvoir est donc décentralisé et l'autonomie des travailleurs importante. Chaque catégorie de travailleurs poursuit des buts spécifiques, ce qui rend le management global de l'établissement plus compliqué, car les missions et réflexions des travailleurs peuvent parfois entrer en conflit avec les décisions prises par la direction. Cela risque d'entraîner un sentiment de « perte de sens » et un manque de reconnaissance chez les travailleurs.

2.2.4 Les impacts sur la vie privée du personnel infirmier

Le métier d'infirmier est souvent perçu comme une vocation, mais avec des prises en charges de plus en plus complexes, une intensification du travail et une nécessité de « rendement », les aspects plus contraignants du travail peuvent devenir difficiles à endurer par le soignant face à la satisfaction d'exercer le métier qu'il a choisi.

Les horaires décalés, les gardes, les nuits, les jours fériés, les week-ends, la faiblesse des jours de repos en compensation, tout cela entraîne des difficultés pour concilier la vie privée avec la vie professionnelle (MINVIELLE, 2021, p. 63).

Le salaire est souvent perçu comme insuffisant par rapport au travail effectué, aux responsabilités importantes, aux contraintes d'horaires et à la charge de travail. Cela accrue le sentiment de manque de reconnaissance des infirmiers et impacte leur vie quotidienne et leur pouvoir d'achat.

2.3 La situation au sein du CHU Ambroise Paré

Après l'analyse de la situation en Belgique, on constate que le nombre d'infirmiers en droit d'exercer est en augmentation. Cependant, seule une partie d'entre eux sont actifs sur le marché du travail et parmi eux, 36,4% travaillaient en milieu hospitalier en 2018 (SPF santé publique, HWF Infirmiers sur le marché du travail 2004-2018, 2021).

Cela explique les difficultés de recrutement pour les hôpitaux belges, alors qu'en est-il de la situation au sein du CHU Ambroise Paré ? Avec l'aide des données chiffrées des ressources humaines du CHU, nous allons analyser la situation.

2.3.1 L'évolution du nombre d'ETP

Ces dernières années, le CHU Ambroise Paré a développé son activité et s'est agrandi avec la construction de nouveaux bâtiments et l'ouverture de services supplémentaires (2014 et 2018). Cela a donc eu pour effet une augmentation du nombre d'ETP infirmiers exerçants au sein de l'hôpital. Voici un tableau illustrant le nombre d'ETP infirmiers ayant presté les 9 premiers mois de chaque année, de 2019 à 2021 : (Ressources Humaines, 2023)

Année	2019	2020	2021
Nombre d'ETP infirmiers	365,94 ETP	361,69 ETP	371,98 ETP

Figure 8

On constate donc un nombre d'ETP qui évolue de façon croissante ces dernières années, malgré la crise du Covid-19.

Cependant, les infirmiers ont tendance à réduire leur temps de travail d'année en année. On rappelle que le temps de travail moyen des infirmiers dans les hôpitaux généraux en Belgique est de 80% (KCE & Van den Heede Koen, 2019). Le tableau suivant présente l'évolution du temps de travail des infirmiers de 2015 à 2021 : (Ressources Humaines, 2023)

Evolution du temps de travail infirmier	2015	2021
Pourcentage d'Infirmiers en pause carrière totale	3%	4%
Pourcentage d'Infirmiers en pause carrière mi-temps	4%	5%
Pourcentage d'Infirmiers en pause carrière 1/5ème	12%	16%
Pourcentage des infirmiers travaillant à temps plein	77%	72%

Figure 9

On observe ici une réduction de 5% entre 2015 et 2021, du nombre d'infirmiers travaillant à temps plein. Cela représente environ 36,5 ETP (Ressources Humaines, 2023).

« Entre 2019 et 2021, le nombre d'agents sous contrats a augmenté de 72, pour un nombre d'ETP rémunérés augmenté de 12. » (Ressources Humaines, 2023). Donc, malgré l'augmentation croissante du nombre d'infirmiers engagés, les réductions de temps de travail, les pauses carrières et les démissions sont responsables de cette évolution plus faible.

2.3.2 L'absentéisme au sein du CHU

Analysons maintenant les taux d'absences et les différents motifs qui en sont responsables. Voici un tableau, illustrant l'évolution des différents motifs d'absence de 2019 à 2021 (Ressources Humaines, 2023) :

Motif d'absences	2019	2020	2021
Absence injustifiée	0,13	0,44	0,83
Accidents de travail et écart prof.	2,35	1,80	1,94
Autres absences	2,72	26,04	10,10
Maladie moins de 30 jours	25,11	35,24	32,36
Maladie plus de 30 jours	19,22	28,63	30,00
Maternité et Paternité	43,00	46,11	54,26

Figure 10

On observe une augmentation du nombre d'absences injustifiées (jour de maladie trimestriel) de 2019 à 2021. Le nombre d'absences pour maladie est également en augmentation, que ce soit de moins de 30 jours (+ 128%) ou de plus de 30 jours (+156%). Enfin, on observe le fait que les congés de maternité et paternité sont aussi en nette augmentation depuis 2019 (+126%).

De manière globale, le taux d'absentéisme est donc en augmentation. Notons que la crise de Covid-19 justifie en partie l'augmentation des jours de maladie, le personnel soignant étant en contact direct avec les patients infectés.

Afin de combler ces absences, l'hôpital a recours de manière récurrente à des soignants intérimaires.

Voici un tableau des charges intérimaires de 2019 à 2021 : (Ressources Humaines, 2023)

Années	2019	2020	2021
Intérimaires nursing	578.076,38	1.414.419,99	1.456.177,70

Figure 11

On observe une augmentation de 252% entre 2019 et 2021. Cette nette augmentation se produit malgré une augmentation du nombre d'ETP infirmiers au sein de l'hôpital et s'explique notamment par la crise de Covid-19 qui a nécessité un renforcement des équipes soignantes et le fait de combler les absences pour maladie en augmentation.

3. CHAPITRE 3 : LES RESSOURCES DE L'INFIRMIER CHEF POUR FAIRE FACE AUX DIFFICULTES

Le manque de personnel infirmier complique sérieusement le travail quotidien de l'infirmier chef. Il se doit d'assurer un nombre minimum de personnel soignant afin de réaliser les soins dans des conditions idéales. Pour ce faire, il peut compter sur différentes personnes ressources qui peuvent l'assister pour trouver le personnel manquant.

3.1 L'infirmier cadre supérieur (ICS)

C'est la personne que préviendra l'infirmier chef d'unité en première intention s'il a du personnel manquant afin d'assurer les soins. En effet, il a pour rôle d'« *être à l'écoute des difficultés rencontrées par les infirmier(e)s chefs concernant le domaine d'activité dont l'ICS a la charge et assurer un suivi* » (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction ICS, 2011, p. 6). Il doit également « *assurer dans certains cas, certaines situations, un relais utile, être un intermédiaire entre l'infirmier(e) chef et la direction du département infirmier* » (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction ICS, 2011, p. 5).

L'infirmier cadre supérieur est la personne la plus qualifiée pour résoudre les soucis rencontrés par l'infirmier chef et gérer le manque de personnel au sein des équipes de soins dans les unités dont il est responsable. Il peut faire appel à l'équipe mobile pour combler le personnel manquant, effectuer des demandes d'intérim infirmier ou bien se concerter avec l'infirmier chef pour rappeler des membres de l'équipe infirmière en repos, selon la procédure de rappel à court terme.

3.2 L'infirmier chef adjoint

Le rôle de l'infirmier chef adjoint au sein du CHU Ambroise Paré se compose en partie de :

« *En l'absence de l'infirmier(e) chef, encadrer, gérer et répartir les effectifs de l'équipe infirmière, soignante et de soutien de l'unité en fonction des besoins et de la charge de travail et cela de façon équitable* » (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction ICA, 2011, p. 4).

L'infirmier chef adjoint est donc une ressource essentielle pour l'infirmier chef. Il peut le suppléer et le remplacer si besoin afin d'assurer la continuité et la coordination des soins.

« *Accompagner et favoriser l'intégration des nouveaux arrivés dans l'équipe* » (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction ICA, 2011, p. 4), son rôle auprès des nouveaux engagés ou bien des transferts internes sera donc essentiel pour favoriser leur bien être durant les premières semaines de travail au sein de l'unité.

« *En l'absence de l'I.C, aider les collègues de son unité ainsi que ceux d'autres services en cas de difficultés ou surcharge en soins* » (CHU Ambroise Paré, Fiche de fonction ICA, 2011, p. 4). L'infirmier chef adjoint vient donc renforcer l'équipe soignante si besoin et permet d'assurer la continuité et le bon déroulement des soins.

PARTIE 2 : PARTIE PRATIQUE

1. CHAPITRE 1 : METHODES

1.1 Question de recherche

Après avoir analysé la situation actuellement rencontrée par les hôpitaux concernant le manque de personnel infirmier, nous allons tenter de comprendre les répercussions que cela entraîne dans le quotidien des infirmiers chefs d'unités.

Comme nous avons pu le constater, le nombre d'infirmiers sur le marché du travail est en croissance constante et pourtant, les difficultés de recrutement pour les hôpitaux sont bien présentes. L'intensification du travail des infirmiers en milieu hospitalier, la pénibilité du travail, les répercussions psychologiques, l'impact du travail sur la vie privée, ... Toutes ces problématiques peuvent expliquer en partie les raisons de l'absentéisme et de « l'abandon » de la profession infirmière après plusieurs années d'exercice en milieu hospitalier.

Nous l'avons observé, le CHU Ambroise Paré a connu lui aussi une augmentation de ses effectifs infirmiers ces dernières années. Cependant, ceux-ci réduisent de plus en plus leur temps de travail ou prennent des pauses carrières, ce qui ne permet donc pas de combler réellement le manque de personnel au sein des unités de soins. De plus, l'absentéisme est également en augmentation, que ce soit pour maladie de courte ou de longue durée, pour un congé de maternité/paternité ou bien pour une absence non justifiée (trimestriel). On constate enfin que le nombre d'engagement d'infirmiers intérimaire a quasiment triplé, suite à la crise du covid-19, afin de renforcer les équipes et de remplacer les absences.

Plusieurs questions émergent de cette première analyse théorique : Comment les infirmiers chefs d'unités du CHU Ambroise Paré font-ils pour maintenir une équipe de soins complète ? Quelles solutions trouvent-ils pour remplacer les infirmiers absents ? Quelles stratégies mettent-ils en place pour maintenir la continuité des soins ? Doivent-ils adapter leurs techniques de management afin d'éviter un turn-over infirmier trop important au sein de l'unité ? A quel point la gestion des ressources infirmières de leur unité perturbe-t-il leur travail quotidien ?

Cela nous amène à la question de recherche suivante :

« Quelles sont les conséquences du manque de personnel infirmier dans le quotidien des infirmiers chefs d'unités de soins au sein du CHU Ambroise Paré ? »

1.2 Type d'étude

J'ai choisi d'effectuer un mémoire-recherche afin de contribuer à l'analyse théorique et empirique de cette problématique. Cette recherche permettra de rendre compte des difficultés réellement rencontrées par les infirmiers-chefs des différentes unités du CHU, de comparer leurs situations et de faire le point sur les solutions mises en place.

Les objectifs de cette recherche sont les suivants :

- Evaluer la situation actuelle dans les unités de soins concernant le staff infirmier.
- Identifier les causes d'absentéisme les plus fréquemment rencontrées par les IC.
- Appréhender l'ampleur du problème rencontré par l'IC et les répercussions sur son travail quotidien.
- Déterminer les solutions mises en place par l'IC et les ressources dont il dispose pour combler les absences/le manque de personnel.

1.3 Méthode de recueil des données

Pour cela, nous allons interroger directement les acteurs concernés avec l'aide d'un questionnaire (Annexe 1) qui leur sera transmis par voie électronique. Cette méthode de collecte des données permettra d'avoir une vue d'ensemble des différentes unités du CHU Ambroise Paré et de pouvoir comparer les situations vécues par chaque IC.

Le questionnaire sera formulé de manière à ce que les répondants ne puissent être identifiés et répondent en toute confiance. Pour se faire, il a fallu demander son accord au directeur des soins infirmiers avant la diffusion du questionnaire.

Le questionnaire a été établi en 3 parties selon la problématique abordée. Une première partie, qui permettra de contextualiser les réponses données par chaque IC et de faire des liens avec la théorie. Les réalités de terrain étant changeantes, cela nous donnera une vue d'ensemble de la situation actuelle.

Une deuxième partie qui concerne la charge de travail de l'IC liée à la gestion des absences/du manque de personnel. Ces questions permettront d'avoir le ressenti de l'IC vis-à-vis du manque de personnel dans son unité, de comprendre la charge de travail qui en est liée, d'évaluer les répercussions sur ses tâches quotidiennes et d'appréhender son vécu.

Une troisième partie dont les questions vont nous permettre de comprendre comment l'IC solutionne le manque de personnel, quelles sont ses ressources et quelles difficultés éprouve-t-il pour assurer la continuité des soins.

Le questionnaire a donc été créé entièrement vis-à-vis des points évoqués précédemment. La littérature scientifique ne comprenant pas de questionnaire préétabli en ce sens.

1.4 Choix de la population cible

Notre étude concernant les infirmiers chefs d'unité du CHU Ambroise Paré, ce sont donc eux que nous allons cibler pour répondre au questionnaire préétabli. Afin d'obtenir le plus de participation possible, nous allons interroger les infirmiers chefs de toutes les unités de soins dont les équipes se composent d'ETP infirmiers. Voici un tableau représentant le détail des unités ciblées et le nombre d'infirmiers chefs d'unités interrogés :

Services	Unité de soins	Nombre d'IC
Gériatrie-orthogériatrie	2G, 3G, 1F	3
Cardiologie-neurologie	0H	1
Gastro-entérologie-infectiologie	1H	1
Chirurgie générale	2H	1
Pneumologie-ORL	3H	1
Oncologie-Hématologie	4H	1
Bloc opératoire	-1Q, 2B, 2D, 2F	1
Hôpital de semaine	-1F	1
Orthopédie	0F	1
Dialyse	Hémodialyse, autodialyse	2
Réanimation	-1H	1
Hôpital de jour	2C, 2D, 1F, 5D	3
Centre de crise	3C	1
Urgences	Urgences, hospitalisation provisoire	1
Soins palliatifs	4G	1
Pédiatrie	6D	1
Imagerie médicale	Imagerie médicale, médecine nucléaire, coronarographie	1

Equipe mobile	De jour, de nuit	2
Consultations	Toutes spécialités confondues	3
Stérilisation	Z2	1
Total		28

Techniquement, les services de consultations n'ont pas d'infirmier en chef mais uniquement un infirmier chef adjoint (ICA). Ceci s'explique par le fait que l'ICA fait partie intégrante de l'équipe infirmière et occupe un poste au même titre que les autres infirmiers. Il est tout de même responsable de plusieurs unités de consultations, est la personne de référence à contacter, il gère les horaires et organise la répartition des tâches parmi les membres de l'équipe. C'est pourquoi nous avons choisi de les intégrer à la population ciblée, leur profil de fonction correspondant à celui des infirmiers chefs des autres unités concernées par la problématique abordée.

1.5 Pré-test du questionnaire

Au préalable de la diffusion des questions aux infirmiers chefs d'unités, il apparaît nécessaire d'effectuer un « pré-test » du questionnaire établi pour répondre à notre problématique. Cela nous permettra d'avoir un premier retour sur les questions posées et d'en modifier le contenu si celles-ci s'avèrent difficilement compréhensibles ou bien ne leur semblent pas pertinentes.

Pour se faire, nous avons pu interroger 5 personnes dont :

- 3 infirmières chefs adjointes du CHU Ambroise Paré : celles-ci étant amenées à remplacer régulièrement leur infirmière chef et ayant donc les connaissances du terrain nécessaires pour y répondre.
- 2 anciennes infirmières cheffes du CHU Ambroise Paré (occupant actuellement un autre poste) : leur expérience en tant qu'IC fait qu'elles sont habilitées à répondre au questionnaire et permettra des remarques constructives sur la pertinence des questions posées.

Suite à ce pré-test, 3 personnes ont effectué des remarques constructives nous ayant permis d'apporter les modifications suivantes :

- Question 2 : Préciser la période de référence concernée

- Question 14 : Reformuler la question sous forme d’affirmation à évaluer selon son degré d’adhésion.

De manière globale, les retours étaient positifs quant à la compréhension et la pertinence des questions posées. Les personnes interrogées pour ce pré-test ont également trouvé que la problématique est en effet d’actualité, selon la situation vécue personnellement par chacune d’entre-elles dans leurs services respectifs.

1.6 Période de l’étude

La recherche nécessitant des accords au niveau de la direction infirmière, le projet d’interroger des infirmiers chefs d’unités a été présenté durant le mois de mai. Suite à cela, l’autorisation a été délivrée et la période de récolte des données a été effectuée du 8 juin 2023 au 22 juin 2023. Une période de 15 jours était nécessaire afin de laisser un temps de réponse suffisant pour les infirmiers chefs d’unité.

2. CHAPITRE 2 : RESULTATS

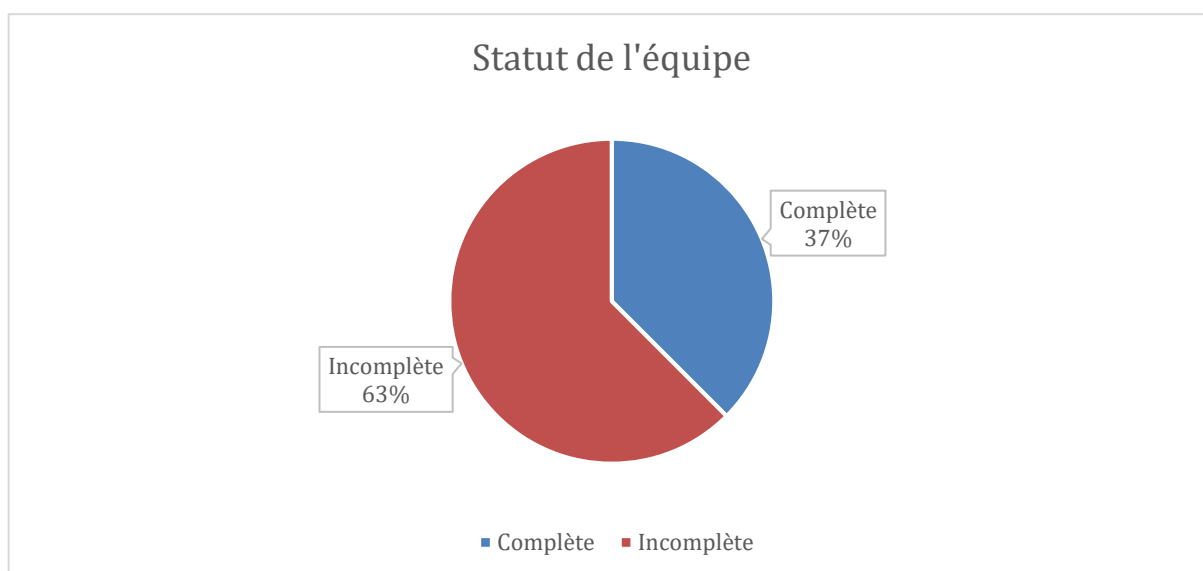
Notre questionnaire a été diffusé via voie électronique à 28 infirmiers chefs d'unités et infirmiers chefs adjoints du CHU Ambroise Paré. Sur les 28 répondants potentiels, 16 d'entre eux ont répondu, ce qui représente 57,14% de taux de réponse. Nous allons à présent exposer et analyser les réponses récoltées. Pour permettre de corréler les données qualitatives issues des réponses des infirmiers chefs d'unités, nous les identifierons de la manière suivante : IC1, IC2, IC3, ..., IC16.

2.1 La situation au sein des unités du CHU Ambroise Paré

Cette première partie du questionnaire, permet d'effectuer une analyse de la situation actuellement vécue par les IC sur le terrain. Cette partie contient 6 questions dont nous allons analyser les réponses.

2.1.1 Le manque de personnel au sein des unités de soins

Voici les réponses données par les IC ayant répondu au questionnaire concernant le nombre d'ETP à atteindre dans leur équipe infirmière :



Sur les 16 IC, 6 d'entre eux ont une équipe infirmière actuellement au complet, c'est-à-dire qu'aucun ETP n'est manquant pour cause d'absence ou bien pour poste à pourvoir au sein de

l'unité. En revanche, 10 d'entre eux ont une équipe incomplète, ce qui représente 63% des IC répondants. Nous allons en déterminer les raisons avec l'étude de la question suivante.

Nous avons interrogé les IC ayant répondu « non » à la première question, soit ceux qui ont déclaré ne pas avoir une équipe infirmière au complet au sein de leur unité, afin de déterminer les causes d'ETP manquants. Il a été donné comme période de référence les 30 derniers jours, la situation pouvant être changeante d'une semaine à l'autre.

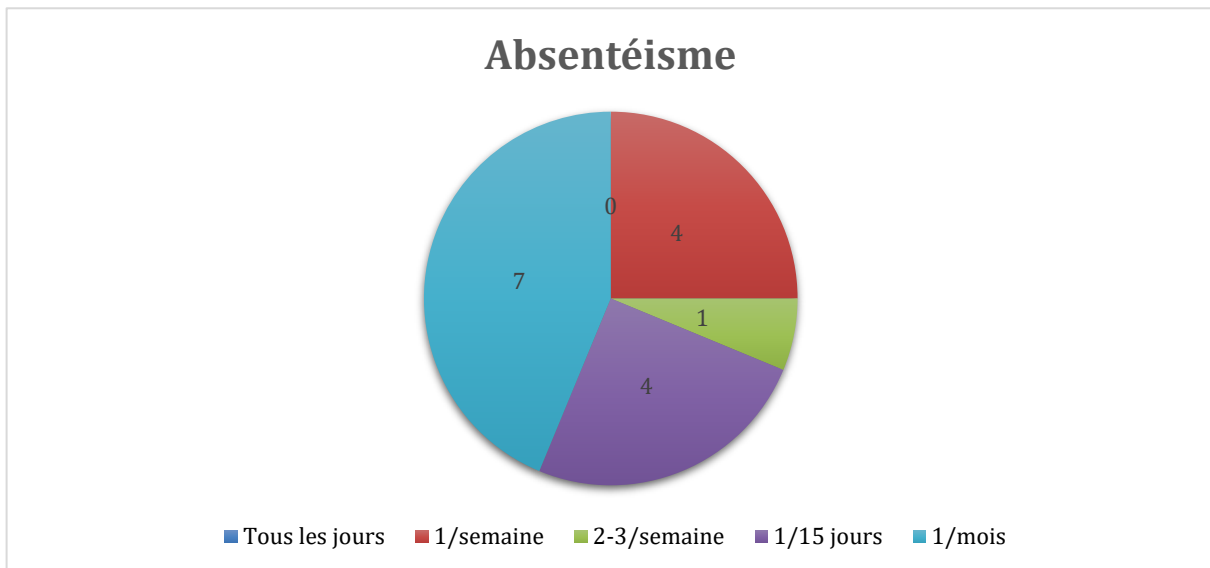
Voici leurs réponses regroupées dans le tableau suivant (Valeurs exprimées en nombre d'ETP) :

IC répondant	Postes à pourvoir	Congé maladie de moins de 30J	Congé maladie de plus de 30J	ETP en écartement	Autre	Total ETP manquant
1	2	1	0	0	2	5
2	1	0	0	1	0	2
3	0	1	2	0	0	3
4	0	0	0	1	0	1
5	4	0	3	1	0	8
6	5	2	0	2	4	13
7	3	0	1	1	2	7
8	1	1	0	4	0	6
9	2	0	0	2	0	4
10	2	1	1	2	1	7
Total	20	6	7	14	9	56

Le nombre d'ETP manquant par unité de soins varie donc de 1 jusqu'à 13 ETP avec une moyenne de 5.6 ETP manquants. Les causes d'absences ou d'ETP manquants diffèrent d'une unité à l'autre, mais les causes principales sont les postes à pourvoir et les ETP en écartement pour grossesse.

2.1.2 La fréquence d'absentéisme

Nous avons ensuite demandé à tous les IC la fréquence à laquelle ils connaissent des situations d'absentéisme au sein de leur équipe infirmière. La cause des absentéismes pouvant être multiple, soit un jour trimestriel (maladie non justifiée) posé le jour même par l'infirmier absent, un congé maladie ou encore un congé de circonstance. Voici par le graphique suivant, l'illustration des réponses récoltées :



D'après ce graphique, on observe que dans 44% des cas, la fréquence d'absentéisme est d'1 fois par mois. Pour 25% des autres unités, la fréquence d'absentéisme est de 1 fois par semaine. Pour 25% des unités interrogées, elle est d'une fois tous les 15 jours et enfin, dans 6% des cas, elle est de 2-3 fois par semaine.

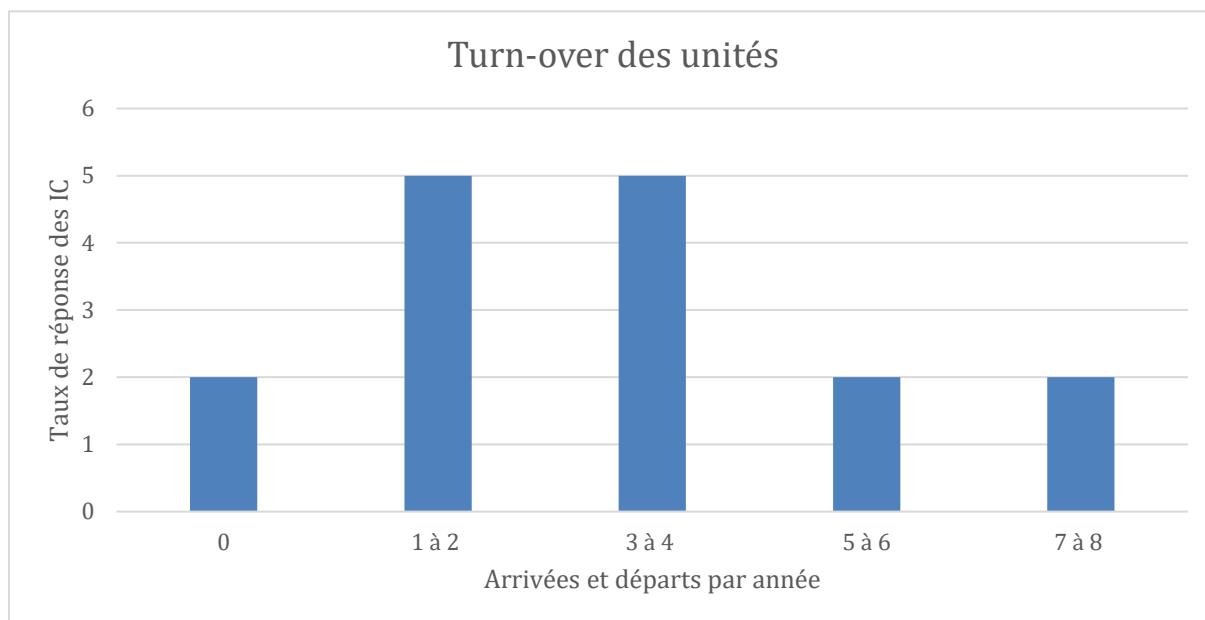
Ce qui signifie que pour la majorité des unités (69%), l'absentéisme des infirmiers au sein de l'équipe n'a lieu qu'une fois tous les 15 jours à une fois par mois. Tandis que pour les 31% restants, l'absentéisme a lieu au moins 1 fois par semaine au sein de l'unité.

2.1.3 Le turn-over au sein des unités

Les infirmiers chefs d'unités ont été interrogés sur le turn-over au sein de leur équipe infirmière par année. Ce terme signifie la rotation de l'emploi et permet donc d'analyser les départs et les arrivées au sein d'une unité de soins. Si le turn-over est important, cela entraîne une charge de travail conséquente pour l'infirmier chef d'unité. Celui-ci devant alors organiser le remplacement de l'infirmier parti, former le nouvel arrivé, prévoir un « doublage » de celui-ci

afin qu'il soit accompagné pendant une période d'adaptation suffisante aux habitudes et protocoles de l'unité, etc.

Voici les réponses des IC sur la fréquence de turn-over au sein de leurs unités :



On observe que sur les 16 répondants, seuls 2 d'entre eux ont une équipe « stable » du fait de l'absence de turn-over au sein de leur unité. En revanche, pour 4 des IC répondants, le turn-over de leur unité est d'au moins 5 à 6 arrivées et départs par année. Ce qui implique de nombreux changements au sein de l'équipe infirmière et une charge de travail importante pour l'IC.

2.1.4 La fermeture de lits d'hospitalisation

Suite au manque de personnel infirmier et aux difficultés à recruter du personnel, le CHU Ambroise Paré a vu plusieurs de ses unités fermer des lits d'hospitalisation, voire des unités complètes (notamment une unité de gériatrie). C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à cette situation ainsi qu'aux répercussions que cela a entraîné sur le travail des infirmiers chefs d'unités.

Sur les 16 IC interrogés, 6 d'entre eux (37,5% des répondants) ont répondu positivement au fait d'avoir connu une fermeture de lits d'hospitalisation au sein de leur unité. Cela signifie donc que leur équipe infirmière était insuffisante au point de devoir réduire le nombre de patients pris en charge au sein de l'unité.

Ils ont ensuite été interrogés sur les conséquences de cette réduction du nombre de lits sur leur rôle d'infirmier chef via une question ouverte. Voici un classement de leurs réponses :

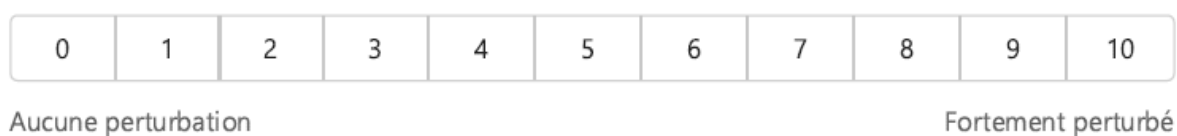
- Une réorganisation des horaires nécessaire : D'après les IC interrogés, les horaires doivent être revus de manière plus régulière suite au manque de personnel dans leur unité et à la réduction du nombre de lits : « *une réorganisation quotidienne pour faire "coller" l'effectif avec le nombre de lits disponibles* » IC8, « *Réorganisation horaire, rappel infirmiers* » IC10.
- Des échanges avec les infirmiers cadres supérieurs (ICS) : Plusieurs des IC interrogés ont expliqué qu'ils devaient échanger plus régulièrement avec les ICS afin de trouver des solutions de remplacements pour les infirmiers manquants et pour « soulager » leur équipe : « *[...] des négociations avec la gestion des lits [...] Négocier avec l'ICS pour de l'aide de l'équipe mobile ...* » IC8, « *réunion avec cadres supérieurs et direction pour trouver des solutions (ressources ? fermeture de lits)* » IC10.
- La nécessité de rassurer l'équipe infirmière : Suite à la fermeture des lits liée à une équipe infirmière insuffisante, les membres de l'équipe restante ont exprimé de nombreuses inquiétudes ou bien un sentiment d'injustice auxquelles les IC ont dû répondre et faire face : « *[...] communication auprès de l'équipe pour répondre à leurs interrogations et inquiétudes, ...* » IC10, « *Inquiétude par rapport à la réouverture des lits* » IC11, « *L'équipe a dû travailler en staff réduit et ce malgré des lits fermés. Difficile de faire comprendre la situation qui vit la situation comme une injustice. En tant que responsable nous sommes entre l'équipe et la direction et les choix ne sont pas toujours facile mais on essaye de faire pour un mieux pour les deux partis.* » IC12.
- D'autres conséquences à prendre en compte : Les IC ont exprimé d'autres tâches à accomplir faisant suite à la fermeture de lits au sein de leurs unités : « *Avertir les services concernés des patients délocalisés* » IC8, « *Multiples tâches parallèles imposées par hiérarchie.* » IC13, « *gestion des extra muros plus importante* » IC15.

2.2 Les répercussions du manque de personnel sur le quotidien des infirmiers chefs

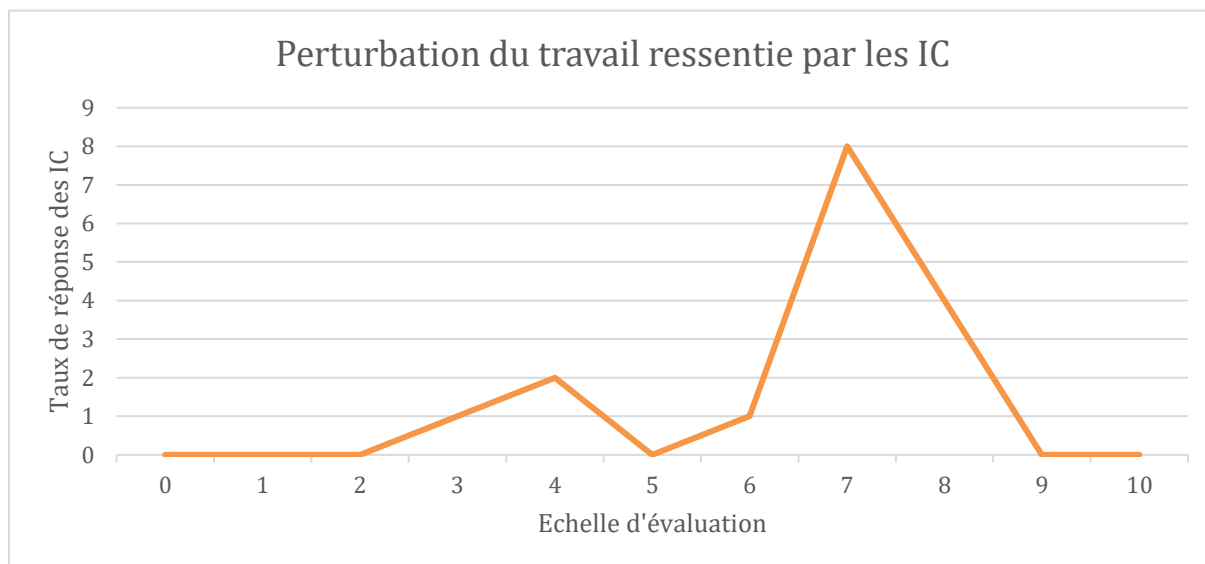
Nous venons d'appréhender la situation vécue actuellement par les infirmiers chefs des unités du CHU Ambroise Paré. Nous allons maintenant analyser les réponses données aux questions concernant les répercussions du manque de personnel, que ce soit lié à des absences d'infirmiers ou à un manque d'ETP sur leur travail au quotidien.

2.2.1 Evaluation de la perturbation quotidienne du travail des infirmiers chefs

Il a été demandé aux infirmiers chefs d'unités d'évaluer dans quelle mesure le manque de personnel/l'absentéisme d'infirmiers perturbe leur travail au quotidien. Afin d'évaluer leur ressenti, nous leur avons fourni l'échelle d'évaluation allant de 0 à 10 suivante :



Voici leurs réponses, représentées d'après le graphique suivant :

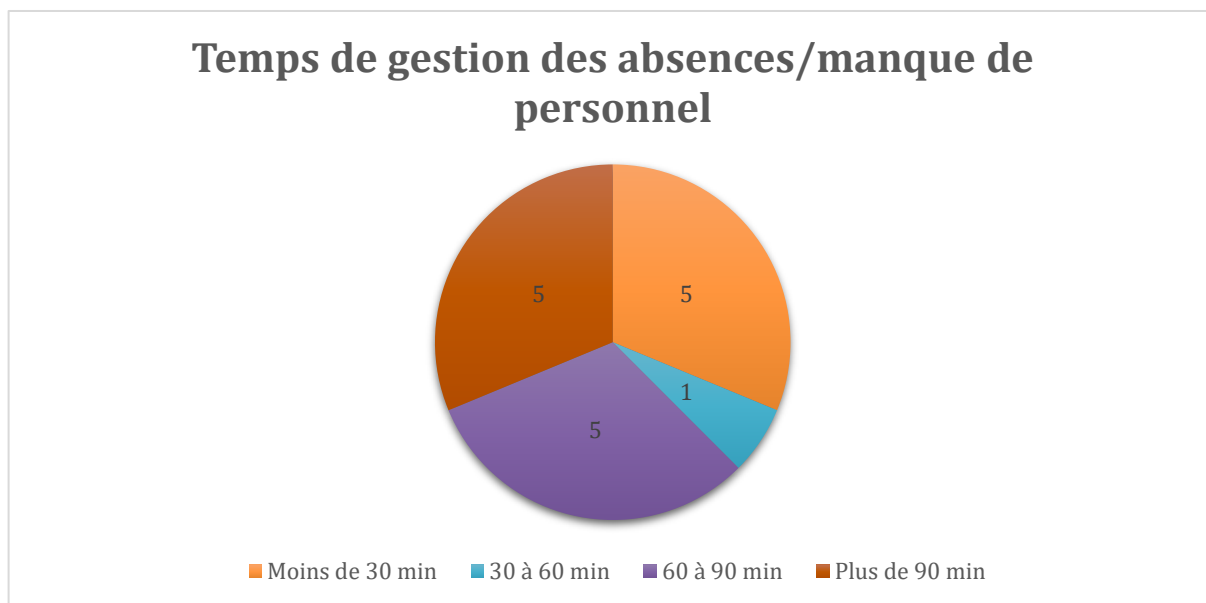


On observe qu'une majorité des IC répondants (8) ont évalué la perturbation à 7/10 et 4 IC l'ont évaluée à 8/10. Donc sur les 16 IC ayant répondu au questionnaire, 12 d'entre eux estiment que le manque de personnel/l'absentéisme infirmier perturbe leur travail de manière importante.

2.2.2 Estimation du temps ajouté aux tâches quotidienne

Les IC répondants nous ont permis de comprendre l'ampleur du manque de personnel au sein de leur service. Nous leur avons ensuite demandé d'évaluer le temps nécessaire pour gérer chaque situation d'absentéisme et/ou de manque de personnel au sein de leur unité. Ceci dans le but de comprendre comment cela impacte leur travail en termes de gestion du temps.

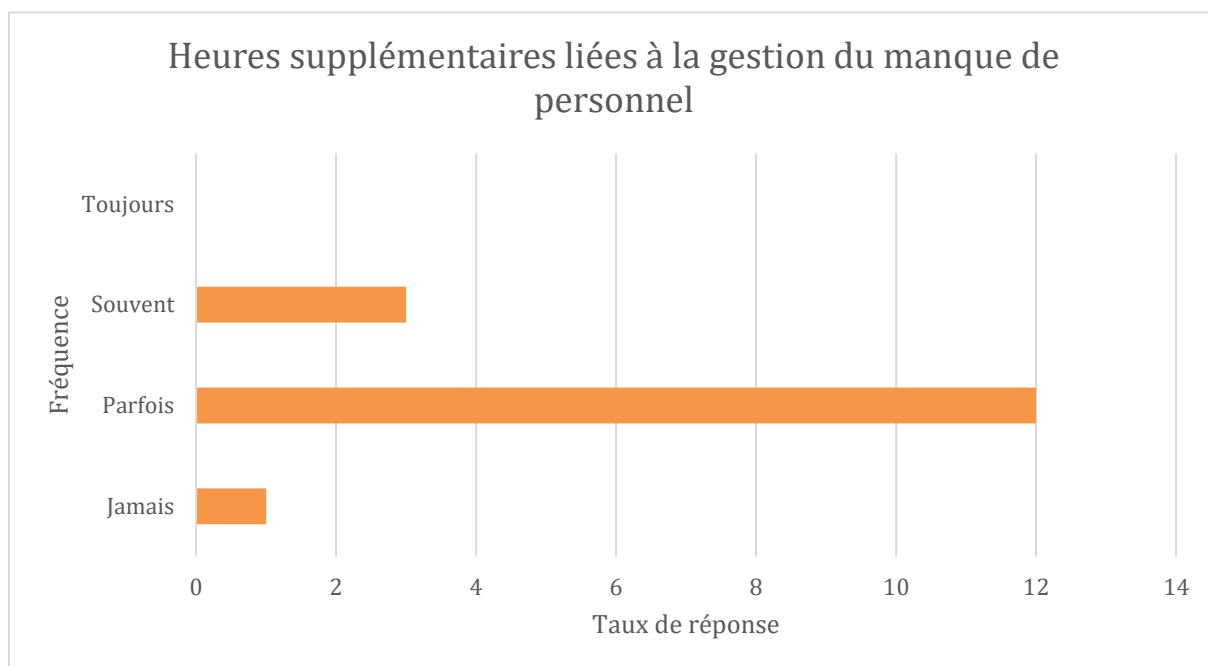
Voici les réponses récoltées représentées par le graphique suivant :



On constate d'après les données de ce graphique, que le temps accordé par chaque IC pour gérer chaque situation de manque de personnel infirmier quel qu'en soit l'origine, varie de manière importante. En effet, 31% évaluent leur temps de gestion à moins de 30 minutes alors que 31% autres IC l'évaluent à plus de 90 minutes. Pour 31% des IC, le temps évalué de gestion des absences/du manque de personnel est évalué entre 60 et 90 minutes.

Nous leur avons également demandé s'ils devaient parfois effectuer des heures supplémentaires afin de gérer ces situations de manque de personnel au sein de leurs unités.

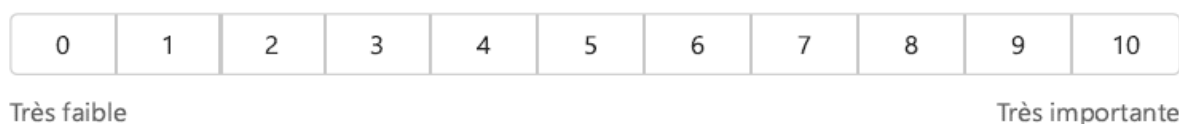
Voici leurs réponses, d'après le graphique suivant :



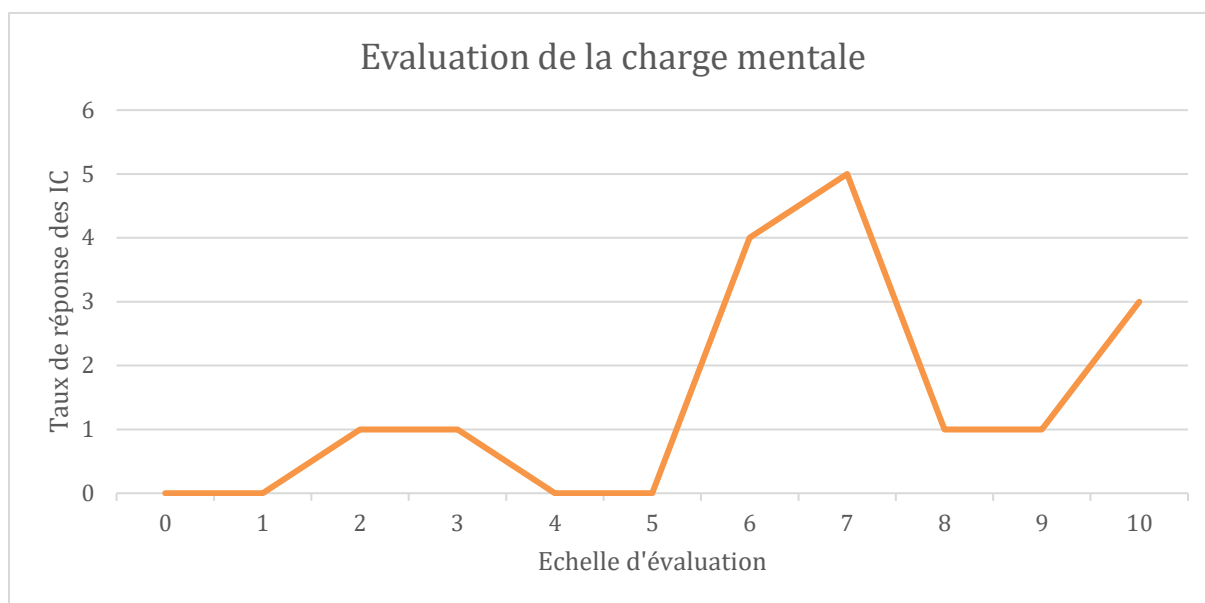
On observe que 75% des IC ont répondu effectuer « parfois » des heures supplémentaires afin de gérer les situations de manque de personnel. Puis 18,8% des IC estiment effectuer souvent des heures supplémentaires afin de régler ce problème.

2.2.3 Le ressenti des infirmiers chefs face au manque de personnel

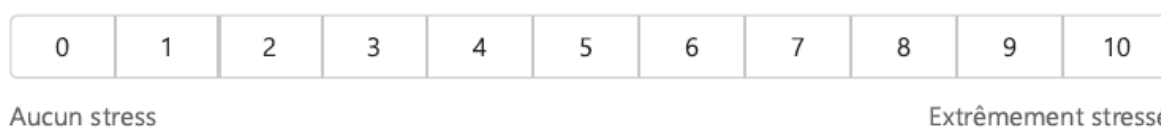
Afin de mieux appréhender ce que vivent les infirmiers chefs, nous leur avons demandé d'évaluer la « charge mentale » liée à la gestion du manque de personnel et des absences infirmières. Pour cela, nous leur avons demandé de choisir entre 0 et 10 sur l'échelle d'évaluation suivante :



Voici la représentation de leurs réponses par le graphique suivant :



On observe d'après la courbe, que la majorité des IC répondants (87,5%) estiment une charge mentale supérieure ou égale à 6/10 concernant la gestion du manque de personnel.



Puis nous avons souhaité évaluer le stress ressenti par les IC face au manque de personnel infirmier. Nous leur avons donc demandé de choisir entre 0 et 10 sur l'échelle d'évaluation suivante :

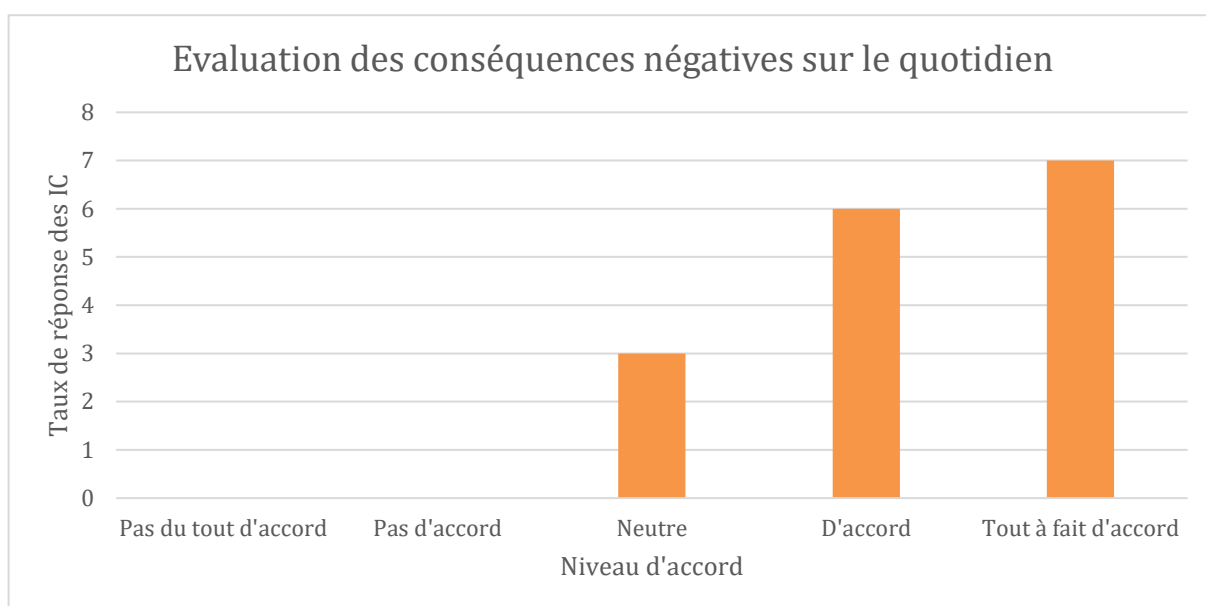
Voici la représentation de leurs réponses par le graphique suivant :



D'après les résultats, 81,25% des IC répondants estiment ressentir un stress supérieur ou égal à 6/10 lié à la gestion du manque de personnel infirmier.

2.2.4 Les conséquences négatives sur le quotidien

Afin de mieux comprendre dans quelle mesure le manque de personnel infirmier influence le quotidien des infirmiers chefs d'unités, nous leur avons demandé d'évaluer à quel point ils estiment que cela a des conséquences négatives sur leurs tâches.



On observe d'après le graphique que la majorité des IC répondants (81,25%) sont en accord (d'accord, tout à fait d'accord) avec le fait d'admettre que le manque de personnel/l'absentéisme a des conséquences négatives sur leur travail au quotidien.

Nous leur avons ensuite demandé en quoi cela leur pose des problèmes pour effectuer leurs tâches via une question ouverte. Voici leurs réponses classées selon les éléments principalement cités par les IC :

- Une organisation perturbée : « *Perturbation organisation quotidienne [...] » IC1, « [...] devoir réorganiser le service, réattribuer telle ou telle tâche en fonction des compétences de chacun, [...] » IC16.*

- Projets de développement de l'unité en suspens : « [...] projets mis en place qui ne peuvent pas aboutir, abandon d'idées d'amélioration du service par manque de temps et personnel [...] » IC1, « Pas de projection à long termes. » IC3, « Difficulté à se libérer facilement du service. » IC5.

- L'IC ne peut effectuer son travail car il remplace un infirmier en salle : « [...] le chef qui remplace les infis et qui ne sait pas faire son travail de management [...] » IC1, « Pas de temps parfois pour faire les tâches administratives qui m'incombe. » IC2, « Aide en salle car manque de personnel. » IC3, « Occupation à des tâches initialement déléguées au personnel manquant. » IC5, « Je dois régulièrement me détacher de mes tâches administratives pour aller sur le terrain afin de combler le manque. De ce fait, je prends du retard dans ma fonction. » IC7, « La plupart de temps, je ne suis pas une IC mais une infi de terrain. Donc, manque de temps pour toutes les tâches de l'IC. De plus, je n'ai pas d'ICA. » IC8, « Remplacement en salle au chevet du patient donc pas de travail administratif. » IC9, « L'infirmier chef est davantage dans les soins pour suppléer les absences et maintenir une qualité des soins et la sécurité des soins aux patients et être un soutien à ses agents. Par conséquent, il passe moins de temps pour les projets de l'unité, il accumule du retard dans son travail administratif, les évaluations des agents, ... » IC10, « Tout dépend de la tâche remplacée, AS, logistique, infirmière. Si infirmière, mes tâches propres seront presque totalement postposées. [...] » IC13, « Quand manque de personnel que ce soit prévisionnel ou du a des absence prise en charge de patient en salle donc pas de possibilité pour mon travail. » IC15, « Lorsque le service est trop lourd, et qu'il n'y a pas d'équipe mobile disponible, devoir reprendre la responsabilité d'un secteur et de ce fait, ne pas pouvoir réaliser les tâches qui incombent au chef... » IC16.

- Gestion des plaintes des patients et des médecins : « [...] gérer les plaintes des patients qui en pâtissent et les plaintes des médecins qui veulent que les infis présents fassent le boulot de tous les manquants alors que l'équipe subit. » IC1, « Retard dans les soins, patients mécontents. » IC14.

- Sentiment d'effectuer un travail de mauvaise qualité : « *En stress, en urgence, on fait du travail bâclé.* » IC1.

- Stress important pour l'IC : « *Il faut masquer son inquiétude et sa fatigue pour soutenir le personnel. C'est très difficile de voir les membres de l'équipe dans cet état et de se sentir si impuissant.* » IC11, « *Le stress d'arriver le matin et d'entendre que quelqu'un est absent [...]* » IC16.

- Gestion d'une équipe sous tension : « *Personnel épuisé car rappels multiples pour absentéismes* » IC3, « *gestion de "l'humeur des agents rappelés"* » IC5, « *il faut régulièrement remotiver le personnel restant qui est inquiet et épuisé de la situation.* » IC11, « *Le reste de l'équipe souffre également de cet absentéisme et leur demander d'y pallier n'est pas toujours évident.* » IC12, « *[...] devoir demander à ses collègues de revenir sur leur peu de temps libre en sachant que ceux-ci sont déjà épuisés...* » IC16.

- Manque de temps : « *perte de temps [...]* » IC4, « *temps accordé à trouver des solutions* » IC5, « *[...] ceci nous prend du temps.* » IC6, « *La gestion de l'absentéisme/manque de personnel est chronophage pour trouver des solutions de remplacement.* » IC10, « *En fonction du type d'absentéisme, le temps perdu pour solutionner la situation est plus ou moins important.* » IC12.

- Gestion des rappels au sein de l'équipe : « *[...] rappel des collègues pour les remplacements.* » IC4, « *Nous devons trouver les remplacements, rappeler chaque membre du personnel jusqu'à trouver la personne, encore plus compliqué pour le remplacement de nuit [...]* » IC6, « *Les solutions ne sont pas toujours facile à trouver. [...] Travailler avec des aides extérieures comme de l'intérim n'est pas le plus efficace.* » IC12.

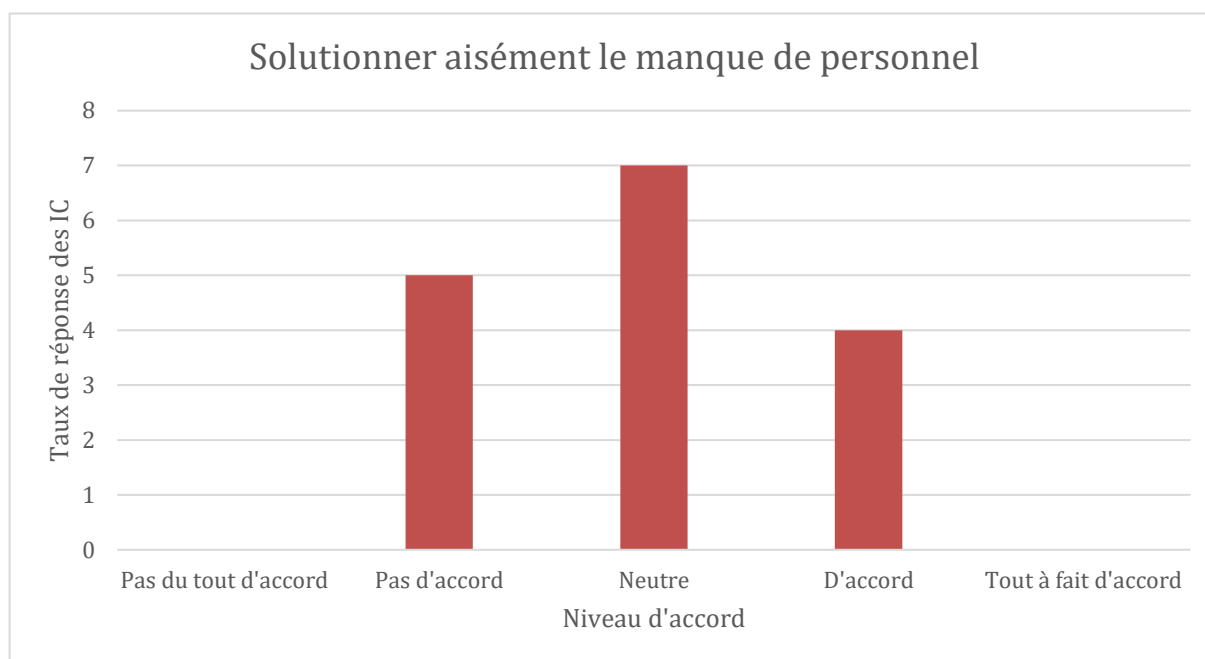
2.3 Solutionner le manque de personnel infirmier

Dans le but de mieux appréhender ce que vit l’infirmier chef d’unité dans la gestion des infirmiers manquants, nous leur avons posé une série de questions concernant les solutions de remplacement qui étaient à leur portée et les difficultés qu’ils rencontraient en y ayant recours.

2.3.1 Le niveau de difficulté rencontrée

Pour objectiver la difficulté que subit l’IC afin de trouver des solutions de remplacement, nous leur avons demandé leur niveau d’accord avec l’affirmation suivante : « Vous trouvez facilement des solutions pour combler le manque de personnel/remplacer un membre de l’équipe absent. »

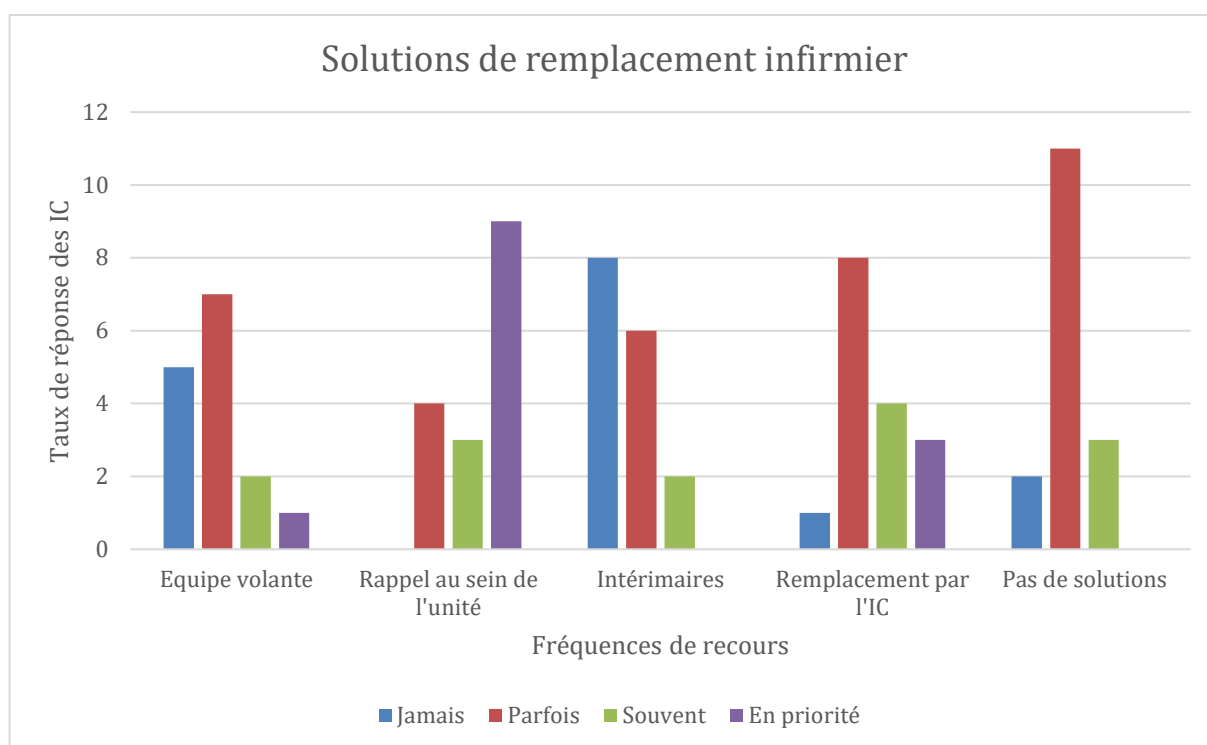
Voici leurs réponses, représentées via le graphique suivant :



On peut observer que les IC répondants sont divisés par rapport à l’affirmation que nous leur avons énoncée. 7 d’entre eux ont un avis « neutre », alors que 5 ont affirmé de pas être en accord avec le fait de trouver facilement des solutions pour combler le manque de personnel. Enfin, 4 IC ont affirmé être en accord avec cette affirmation.

Nous les avons ensuite interrogés sur les solutions de remplacement auxquelles ils ont recours, afin de mieux appréhender les difficultés éprouvées de manière globale par les IC.

Voici leurs réponses représentées via le graphique suivant :



On peut observer que de manière générale, la priorité est donnée aux rappels d'infirmiers au sein de l'équipe de l'unité concernée par l'absentéisme ou le manque de personnel (dans 56,25% des réponses). On constate également que la majorité des IC répondants ont affirmé remplacer parfois eux-mêmes l'infirmier manquant en salle afin d'effectuer les soins. On remarque qu'en revanche, le recours aux infirmiers intérimaires n'est jamais effectué pour la moitié des IC ayant répondu au questionnaire et qu'il n'est effectué en priorité par aucun d'entre ceux qui y font appel. Enfin, on observe que pour 68,75% des IC, ils sont contraints de remplacer parfois eux-mêmes les infirmiers manquants.

La question suivante, permettait aux IC de s'exprimer sur les difficultés majoritairement rencontrées lorsqu'ils font appel à ces différentes solutions de remplacement. Voici leurs réponses, organisées selon les problématiques principalement citées :

- Refus/impossibilité de rappel au sein de l'équipe infirmière de l'unité : « congés des autres membres de l'équipe ce qui ne permet pas de rappel » IC2, « rappel : parfois des refus » IC5, « L'équipe a déjà un horaire "serré", il faut jouer à chaise musicale et jongler avec l'horaire. » IC12, « Le personnel pas toujours content pour remplacer le personnel manquant » IC14.

- Epuisement des membres de l'équipe infirmière de l'unité : « épuisement personnel » IC3, « rappel des agents qui sont des épuisés... » IC4, « charge de travail plus importante pour l'équipe » IC6, « agacement de l'équipe et fatigue physique et psychologique » IC7, « Épuisement des infirmières de l'équipe » IC8, « Les agents sont fatigués d'être régulièrement rappelés lors de leurs jours de congés/récupération » IC10, « Sentiment de culpabilité quand je dois rappeler des personnes au sein de l'équipe qui sont déjà épuisée et travaillent déjà bcp. » IC11, « Garder motivé les travailleurs présents. » IC13, « rappeler en interne peut parfois décourager les membres de l'équipe aux bords de l'épuisement et engendrer d'autres certificats » IC16.
- Equipe mobile indisponible : « équipe mobile : rarement disponible » IC5.
- Difficultés importantes si l'infirmier remplaçant est extérieur à l'unité : « service spécifique donc difficulté pour le personnel de l'extérieur qui vient aider, augmentation du temps d'attente des patients » IC9, « Difficultés surtout avec les intérimaires qui souvent ne connaissent pas l'institution ni le fonctionnement du service ce qui fait perdre bcp de temps au personnel. » IC11, « Assumer les tâches irréalisables par remplaçants (surtout intérimaires) » IC13, « Cela est fortement personnel dépendant. Si c'est un intérim qui ne connaît pas le service, ça peut être compliqué voir dangereux » IC16.
- Appel aux intérimaires non autorisé : « intérimaires : refusé » IC5.
- Difficulté d'effectuer les tâches de chef d'unité : « Manque au taches de chef car aide en salle » IC3, « Quand je dois remplacer un membre de l'équipe moi-même je néglige mes tâches de chef. » IC11, « Assumer ma propre charge de travail. » IC13, « Le travail de l'infirmière chef est retardée » IC14, « si moi en tant que chef je remplace l'infi d'un secteur, tout en étant interrompu tout le temps, cela peut être dangereux également et épuisant... » IC16, « Gérer les exigences médicales avec les tensions induites. » IC13.
- Sentiment de mal-être de l'IC : « rappeler des gens n'est jamais agréable mais essaie de donner une compensation en échange » IC15, « « Sentiment de culpabilité quand je dois rappeler des personnes au sein de l'équipe qui sont déjà épuisée et travaillent déjà bcp. » IC11.

2.3.2 Le recours à une aide extérieure

Par la suite, nous nous sommes demandé si l'IC avait parfois recours à une aide extérieure afin de trouver une solution pour remplacer un infirmier manquant. Nous leur avons donc posé la question en précisant que si tel était le cas, de citer la personne contactée en cas de besoin et ce qu'elle peut leur apporter.

Sur les 16 répondants, 6 ont répondu ne pas faire appel à une personne extérieure à leur unité de soin pour leur venir en aide.

Les 10 autres IC répondants ont chacun cité l'ICS comme personne de contact dans le cas où ils ne parviennent pas à trouver de solutions par eux-mêmes. Pour certains, ils ont précisé que les ICS pouvaient les aider pour les points suivants :

- La gestion des absences en dehors des heures de travail de l'IC : « *ICS gère les absences qui surviennent le soir ou jour férié* » IC5.
- Un pouvoir décisionnel plus élevé : « *ICS, afin de voir si solution à son niveau. Fermeture de lits, blocage des admissions pour durée transitoire. Gestion des tensions avec corps médical.* » IC13.
- Prendre du recul sur la situation : « *Au chef de service qui a une vision globale et qui, grâce à un œil neuf, peut envisager des solutions que je n'aurai peut-être pas envisagées...* » IC16.

Pour d'autres IC faisant appel aux ICS, ils expriment malheureusement le fait que même ceux-ci ne parviennent pas à trouver facilement de solutions :

- « *Décision des cadres mais ils nous disent plus d'intérimaires possible et pas d'équipe mobile ...* » IC1.
- « *N+1 mais difficulté pour N+1 aussi* » IC9.

2.4 La faculté d'adaptation de l'infirmier chef d'unité

Le manque de personnel étant plus ou moins important selon l'unité de l'IC, celui-ci voit son rôle et ses actes se modifier et doit donc s'adapter en fonction. Nous leur avons demandé dans quelle mesure la situation vécue concernant le manque de personnel infirmier les incitait-t-elle à modifier leur activité de management au sein de leur équipe.

Voici leurs réponses regroupées selon les éléments principalement cités par les IC répondants :

- Réorganisation du travail : « Travail de collaboration avec l'équipe » IC2, « Afin de prioriser la prise en charge du patient qui en paye les frais nous avons le devoir de nous organiser au jour le jour souvent, [...] » IC7, « Je revois ma gestion des priorités (les projets de l'unité, groupe de travail, évaluation des agents) dans le temps pour résoudre en première intention les soucis de manque de personnels. » IC10, « Je fais beaucoup plus de choses avec eux ou même à leur place parfois pour les décharger un peu. » IC11, « Soins plus scindé entre aide-soignante et infirmière » IC15.
- Tolérance et compréhension plus élevées : « [...] prendre sur nous (utilité des formations) et de devoir accepter plus de choses... » IC7, « Les exigences sont parfois revues à la baisse. On essaye de se montrer compréhensive et de faire la part des choses. » IC12, « Totalelement, mon management n'est plus du tout celui que j'avais avant Covid. Beaucoup plus permissif et tolérant voir laxiste pour ne pas faire fuir le personnel restant ... » IC13, « La bienveillance et l'empathie... on ne peut pas exiger de ses agents des remplacements à outrance sans en retour faire tout ce qu'on peut pour arranger leurs horaires, etc. » IC16.
- Management d'équipe impossible ou fortement restreint : « Surtout quand c'est moi qui remplace, je suis dans l'incapacité de gérer mes taches de chef. » IC4, « Le management est réduit à son strict minimum » IC5, « Report de mon travail de chef pour travailler en salle » IC6, « Absence de management (pas d'évaluation, de projets d'équipe...) » IC9.
- Sévérité accrue vis-à-vis de l'absentéisme : « Organisation d'entretien d'absentéisme, plus sévère dans l'équipe » IC1.
- Management régulièrement remanié : « Le management est à modifier régulièrement mais pas seulement vis à vis du manque de personnel. Il y a plein d'autres critères qui rentrent en jeu. C'est bien pour cela qu'il est compliqué de relever ce défi quotidien. » IC8, « Régulièrement » IC14.

2.5 Dernière remarque des infirmiers chefs d'unités

En fin de questionnaire, nous avons laissé libre cours aux IC de s'exprimer sur le sujet du manque de personnel lié aux difficultés de recrutement ou à l'absentéisme. Cela nous permet d'avoir leurs impressions, leur ressenti face à la situation qu'ils vivent au quotidien et leur permet de s'exprimer librement.

Nous vous présentons ci-après leurs commentaires :

- Un besoin de changement urgent : « *Il faudra que ça change un jour...car ceux qui restent ne tiendront plus longtemps ...* » IC1, « *Le burn out est en augmentation et je pense que cela est dû au manque de personnel car nous travaillons dans de mauvaises conditions.* » IC3, « *Le management est à repenser pour tous les niveaux de l'organigramme. Il est URGENT de libérer les infirmières de toutes les tâches qui ne sont pas de leur métier mais pour cela nous n'avons actuellement aucun soutien.* » IC8, « *il faudrait une équipe mobile plus conséquente* » IC6.
- L'attitude des infirmiers comme potentielle cause de problèmes : « *Les trimestriels sont pour moi, à ce jour, trop perçus par les équipes pour un dû qu'il faut absolument prendre pour ne pas être perdu au lieu d'un droit en cas de réelle maladie ou incapacité. Cela entraine des abus qu'il est difficile à prouver... et cela engendre des réactions en chaîne sur les collègues, les nouveaux engagés, etc.* » IC16, « *Ce qui pose problème au sein de mon équipe est la différence de vision de travail et d'investissement entre les anciennes et nouvelles générations face au patient.* » IC7, « *Le dévouement infirmier est notre principale force, mais s'avère être en parallèle notre principale faiblesse.* » IC13.

2.6 Analyse des résultats récoltés

2.6.1 Analyse de la situation des unités

Après avoir présenté les réponses obtenues, nous allons pouvoir comparer les résultats pour permettre une analyse plus approfondie de la problématique.

Sur les 16 répondants, 63% des IC ont déclaré que leur équipe infirmière était actuellement incomplète. Sur ces 63%, la moyenne d'ETP manquants est de 5,6 ETP, ce qui représente un réel handicap pour une unité de soins, particulièrement lorsque les solutions de remplacement

sont difficiles à trouver. D'ailleurs, 6 IC parmi les 10 dont l'équipe infirmière est incomplète ont dû fermer des lits d'hospitalisation au sein de leur unité.

Mais ce ne sont pas les seules difficultés auxquelles sont confrontés les infirmiers chefs des unités du CHU Ambroise Paré. En effet, aux difficultés de recrutement s'ajoutent l'absentéisme, fréquent pour certaines unités, jusqu'à 3 fois par semaine.

C'est le cas pour l'IC7 ayant répondu avoir son équipe infirmière au complet, mais dont la fréquence d'absentéisme est élevée (2-3 fois par semaine) et dont le turn-over est aussi extrêmement important puisqu'il est de 7 à 8 arrivées et départs par année.

Le manque de personnel est donc multifactoriel, pouvant être lié aux difficultés de recrutement par manque d'attractivité de l'unité ou bien lié aux conditions de travail qui peuvent entraîner des taux d'absences élevées et un renouvellement de l'équipe très fréquent.

2.6.2 Analyse des répercussions sur le travail des IC

Suite à la fermeture de lits d'hospitalisation pour 6 IC sur les 16 ayant répondu, leur travail au quotidien s'en est vu perturbé par des tâches complémentaires. Notamment, le fait de devoir revoir régulièrement l'horaire de l'équipe infirmière afin d'assurer une continuité des soins. Mais aussi de penser au bien être de leur équipe en « *négociant* » (IC8), en échangeant avec les cadres infirmiers afin de permettre de trouver des solutions extérieures pour soulager l'équipe de l'unité.

Ensuite sur les 16 IC, 4 d'entre eux ont évalué à 8/10 le fait que le manque de personnel/l'absentéisme perturbait leur travail au quotidien. Et en lien avec cette perturbation importante, ils ont estimé le temps accordé pour gérer chaque situation de manque d'infirmier à plus de 60 minutes par jour (IC1, IC11) voire plus de 90 minutes par jour (IC8, IC9). L'IC1 a d'ailleurs déclaré effectuer « souvent » des heures supplémentaires à cause cette problématique et estime sa charge mentale liée à la gestion des absences/du manque de personnel à 9/10.

La « charge mentale » a même été évaluée à 10/10 par 3 des IC interrogés (IC5, IC11, IC13). Chacun d'eux a également estimé le temps nécessaire pour gérer les situations d'absentéisme, de manque d'infirmier entre 60 et 90 minutes (IC11) ou plus de 90 minutes (IC5, IC13).

Puis 3 IC ont estimé se sentir extrêmement stressés (9/10) concernant la gestion du manque de personnel et des absences (IC1, IC5, IC13).

Nous observons donc déjà à ce stade de l'analyse, que certains infirmiers chefs sont actuellement en réelle difficulté suite à la situation présente au sein de leur unité. Leur charge mentale, le stress ressenti et le temps accordé à la gestion des remplacements infirmiers est très conséquente.

Seul 1 IC a répondu ne jamais devoir effectuer d'heures supplémentaires afin de pallier le manque d'infirmier au sein de son unité. Cet IC (IC4) a déclaré dans le questionnaire, ne pas avoir d'ETP infirmiers manquants au sein de son équipe, de connaître des situations d'absentéisme 1 fois par mois seulement et de n'avoir aucun turn-over infirmier par année.

Nous avons relevé 81,25% de réponses positives au fait de considérer que le manque de personnel/l'absentéisme a des conséquences négatives sur leur quotidien. La conséquence négative la plus fréquemment citée (par 11 IC sur 16), est que l'IC doit remplacer un infirmier manquant en salle et que cela l'empêche d'effectuer son propre travail de chef. Ensuite, la gestion d'une équipe sous tension et le manque de temps/la perte de temps sont des conséquences négatives évoquées chacune par 5 IC.

2.6.3 Analyse des solutions de remplacement et des difficultés rencontrées

Lorsque l'on analyse les solutions auxquelles ont recours les IC interrogés, on observe que les rappels au sein même de l'unité de soins sont cités comme être une solution récurrente voire prioritaire pour 12 IC. Sur ces 12 IC, 7 ont affirmé avoir une équipe incomplète. Cela signifie donc que malgré un manque d'ETP infirmiers, 7 IC rappellent tout de même des infirmiers au sein de leur équipe pour solutionner une absence. Ce qui nous renvoie aux réponses données à la question concernant les problèmes causés par le manque de personnel. Leurs réponses évoquaient la « souffrance » de l'équipe infirmière présente et leur fatigue d'être rappelés sur leurs jours de repos. L'IC11 évoque même un « sentiment de culpabilité » lorsqu'il doit à nouveau faire appel au sein de son équipe infirmière pour remplacer un absent.

Les situations rencontrées par les IC peuvent donc être sources de stress important, les empêcher de réaliser leur travail ou les retarder dans leurs propres tâches, leur donne une charge de travail plus importante dû au fait de devoir revoir l'organisation/les horaires de l'unité et

pour certains, le besoin de changement se fait « urgent » afin d'améliorer la situation vécue dans leur unité.

3. CHAPITRE 3 : DISCUSSION

3.1 La réalité au CHU Ambroise Paré reflète la situation en Belgique ?

Nous l'avons constaté dans le chapitre 2 du cadre théorique (partie 2.1.2), le nombre d'infirmiers en droit d'exercer la profession est en augmentation ces dernières années (+ 4.4% entre 2019 et 2021). Cependant, un faible pourcentage d'entre eux exercent finalement leur profession en milieu hospitalier (36,4% en 2018). Au CHU Ambroise Paré, le nombre d'ETP infirmiers est également en augmentation, passant de 365,94 ETP en 2019 à 371,98 ETP en 2021. Ce qui représente une faible évolution de 1,65%.

Malgré cela, nous avons pu le constater d'après les résultats obtenus, le manque de personnel infirmier est bien présent au sein des unités de soins du CHU Ambroise Paré à Mons. Il est une réalité pour diverses raisons, que ce soit lié à de l'absentéisme ou bien à des difficultés pour recruter du personnel infirmier, ce qui entraîne même parfois des fermetures de lits d'hospitalisation.

Le CHU Ambroise Paré est en effet actuellement contraint pour au moins 6 de ses unités d'hospitalisation de réduire sa capacité d'accueil des patients. Ce qui est du moins interpellant, car chaque journée passée avec ces lits fermés est une perte de revenus importants pour l'hôpital (celui-ci étant financé selon le nombre d'admissions et de journées d'hospitalisation justifiées).

Mais le fait de manquer de personnel n'entraîne pas inévitablement la fermeture de lits d'hospitalisation au sein de l'unité. D'après les réponses obtenues, pour 10 IC sur les 16 interrogés, leur équipe infirmière est incomplète. Sur ces 10 unités, 6 d'entre elles ont été contraintes de réduire leur capacité d'accueil (IC8, IC10, IC11, IC12, IC13, IC15). Ce qui signifie que les 4 autres unités de soins continuent donc de fonctionner avec le même nombre de patients, mais avec une équipe infirmière diminuée. On comprend dès lors, les difficultés que rencontrent les IC des unités concernées (IC2, IC3, IC9, IC16).

Alors que l'intensité des soins ne cesse d'augmenter avec des durées d'hospitalisations de plus en plus courtes, si normalement « *la dotation suit l'intensité croissante de soins* » (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 20), comment une équipe infirmière en sous-effectif peut-elle assurer des soins de qualité si les dotations infirmières sont insuffisantes suite au manque de personnel ?

Nous avons abordé dans le chapitre 2 de la partie théorique, le fait qu'un nombre important d'infirmiers hospitaliers sont en difficulté face aux conditions actuelles de travail : « *En*

*moyenne 36% des infirmiers présentent un risque élevé d'épuisement émotionnel » et « 32 % des infirmiers ont l'intention de quitter l'hôpital au cours de l'année à venir » (KCE & Van den Heede Koen, 2019, p. 29). En comparaison, nous avons pu constater que plusieurs IC évoquent un « personnel épuisé » (Chapitre 2, 2.3.1) par les conditions actuelles liées au manque de personnel et une « *fatigue physique et psychologique* » (IC7).*

3.2 Le quotidien des infirmiers chefs d'unités au CHU Ambroise Paré

Les fonctions de l'infirmier chef d'unité sont déterminées selon la fiche de fonction du CHU Ambroise Paré, ainsi que par l'AR de 2006 établit par le conseil d'Etat.

Nous les avons exposées dans le chapitre 1 du cadre théorique. Comme précédemment cité, l'infirmier chef se doit d'organiser, de coordonner et d'évaluer les activités de soins au sein de l'unité dont il est responsable. Il est également tenu d'assurer le suivi et l'application de la politique infirmière en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital

Hors, ces responsabilités sont parfois difficiles à appliquer et à réaliser dans leur quotidien d'après les réponses que nous avons obtenu. En effet, les difficultés rencontrées par les IC empêchent la réalisation de leurs tâches. Voici un condensé des difficultés majeures perturbant leur travail et leurs fonctions :

- La planification perturbée : Le rôle de L'IC étant de définir des objectifs à atteindre et les moyens pour les rencontrer, puis d'en évaluer le degré d'atteinte et adapter le plan si besoin. Mais plusieurs IC (IC1, IC3, IC5) ont cité le fait que les projets de développement de l'unité étaient actuellement en suspens, suite au manque de personnel qui a des conséquences négatives sur leur travail. Ils parlent du fait que les projets mis en place ne peuvent pas aboutir, que les idées d'amélioration sont abandonnées et qu'il ne peut pas y avoir de projections à long terme.
- L'organisation à remanier : La fonction d'organisation permet à l'IC de diviser et de coordonner le travail entre les différents membres de son équipe. Il doit également assurer une bonne communication entre les différents acteurs. Cependant, l'organisation mise en place est régulièrement perturbée par les conséquences du manque de personnel infirmier au sein des unités. Certains IC doivent réorganiser les horaires des infirmiers afin de combler les absences ou le manque de personnel. Ils doivent réorganiser la

répartition des tâches selon les compétences de chacun. L'IC7 parle même du fait de devoir s'organiser au jour le jour pour prioriser la prise en charge du patient. Ils ont évoqué le fait de devoir améliorer la communication et gérer les conflits entre médecins et infirmiers, lorsque le personnel en sous-effectif ne parvient pas à effectuer le travail qui doit être réalisé dans le temps.

- Le leader d'une équipe sous tension : La fonction de leader requérant la compréhension des membres de l'équipe infirmière, d'assurer une bonne communication et une confiance de l'équipe envers leur chef afin de pouvoir exercer de l'influence sur la motivation et la qualité du travail fourni. Dans le cas des IC interrogés, il ressort que pour plusieurs d'entre eux, les membres de leur équipe sont « épuisés », démotivés, inquiets et souffrent de la situation vécue liée au manque de personnel. En tant que leaders, ils ont la nécessité de rassurer leurs infirmiers, de les éclairer sur la situation qu'ils vivent qui est parfois difficile à comprendre et qui peut paraître comme une « injustice ». Face à ces différentes situations, beaucoup d'entre eux se montrent plus tolérants et compréhensifs, ils diminuent leurs exigences et sont plus permissifs en vue de ne pas faire « fuir » le personnel présent, qui montre des signes d'épuisement.
- L'évaluation est retardée : Ce processus permet de vérifier l'atteinte des objectifs fixés et la qualité des soins fournis aux patients. Les IC interrogés ont évoqué pour certains le fait de devoir gérer des plaintes de patients qui « pâtissent » du manque de personnel infirmier. Cela entraîne des retards dans les soins et un mécontentement des patients. De plus, une majorité des IC évoque le fait qu'ils ne parviennent pas réaliser leurs tâches de chef d'unité, devant pallier le manque personnel en remplaçant un infirmier en salle ou devant gérer d'autres conséquences du manque de personnel. Le travail administratif de l'IC étant de ce fait mis en suspens, l'évaluation ne se fait donc possiblement pas de manière régulière, avec l'impossibilité de vérifier l'atteinte des objectifs fixés.

Après analyse des points sur lesquels l'IC éprouve des difficultés, on constate qu'il est régulièrement contraint de « postposer » son propre travail. Devant, pour 68.75% des IC répondants, remplacer parfois un infirmier dans l'unité, leurs tâches de chef ne sont pas réalisables. C'est ce qui explique que pour 6 d'entre eux, le management de leur équipe est infaisable, restreint ou encore à remanier régulièrement.

On constate que face aux difficultés rencontrées, les IC répondants font preuve pour beaucoup d'entre eux d'adaptabilité, de compréhension, d'une attitude empathique et bienveillante envers les membres de leur équipe qui se trouve pour certains en souffrance.

3.3 Les limites de l'étude

Le but de ce mémoire-recherche était de faire d'abord un « état des lieux » de la situation vécue par les infirmiers chefs d'unité du CHU Ambroise Paré. De comprendre les difficultés qu'ils rencontrent dans leur quotidien face au manque de personnel infirmier lié à des difficultés de recrutement ou à de l'absentéisme fréquent.

Nous avons pu les interroger via un questionnaire qui leur a été transmis durant le mois de juin 2023. Le fait d'avoir choisi d'obtenir des réponses via un questionnaire avec des questions ouvertes et fermées, a été fait en raison de limites de temps et de deadlines trop proches de la période de collecte des résultats.

Si la période de collecte des données avait été suffisante, le choix de méthode aurait été la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs. Cette méthode aurait permis d'améliorer la qualité des informations récoltées, les IC auraient pu s'exprimer plus amplement sur les situations vécues au sein de leur unité et nous aurions pu dans certains cas, aller plus en précision concernant les problèmes rencontrés.

CONCLUSION

Nous avons pu étudier de manière approfondie le rôle des infirmiers chefs d'unités et comprendre les défis auxquels ils sont confrontés face au manque de personnel infirmier. Nous avons analysé les différentes causes du manque de personnel infirmier au sein des hôpitaux, notamment la pénibilité du travail, l'intensification des tâches qui leur incombe, les défauts du management hospitalier et l'impact qu'à leur travail sur leur vie privée.

Les résultats de notre recherche mettent en évidence le fait que le manque de personnel infirmier, qu'il soit lié à des difficultés de recrutement ou à de l'absentéisme, a des répercussions négatives sur le quotidien des infirmiers chefs d'unités au sein du CHU Ambroise Paré. L'analyse des informations récoltées nous a appris que l'IC est contraint régulièrement de reporter son propre travail afin de pallier le manque de personnel. La charge mentale et le stress occasionnés par la gestion de ce problème sont pour certains IC très importants. Le temps lié à cette gestion peut parfois dépasser les 90 minutes, ce qui représente une charge de travail conséquente ajoutée à leurs tâches quotidiennes.

Les ressources dont disposent ces infirmiers chefs pour faire face à ces difficultés ont également été explorées, notamment l'infirmier cadre supérieur qui est cité comme personne à contacter en première intention en cas de besoin, mais qui ne solutionne malheureusement pas toujours la situation. Les infirmiers chefs font alors preuve d'adaptation et modifient leur fonction de management, de manière à se rendre parfois plus « souples » et compréhensifs vis-à-vis de l'équipe infirmière qui se trouve d'après leurs réponses, en souffrance.

Considérant les résultats, la première hypothèse est invalidée : 81.25% des IC répondants considèrent que le manque de personnel infirmier a des conséquences négatives sur leur travail quotidien.

La seconde hypothèse semble en revanche avérée : 75% des IC répondants estiment que leur travail est perturbé avec un ressenti de 7-8/10 sur l'échelle d'évaluation proposée, suite au manque de personnel infirmier.

La troisième hypothèse se confirme également d'après les réponses obtenues. En effet, à la charge de travail quotidienne des IC se rajoutent la gestion du personnel absent/manquant, cela

peut entraîner pour certains la réalisation d'heures supplémentaires (parfois pour 12/16 IC et souvent pour 3/16 IC).

Cependant, il convient de reconnaître les limites de cette étude. Les résultats sont basés sur les données recueillies au sein du CHU Ambroise Paré et pourraient ne pas être généralisables à d'autres établissements de santé ou régions. De plus, des limites méthodologiques peuvent influencer la qualité des informations recueillies.

Malgré ces limites, cette recherche contribue à une meilleure compréhension de la situation des infirmiers chefs d'unité du CHU Ambroise Paré dans le contexte du manque de personnel infirmier. Les résultats soulignent la nécessité de prendre des mesures pour résoudre ce problème et améliorer les conditions de travail des infirmiers en renforçant les équipes afin d'assurer la qualité des soins aux patients et le quotidien des infirmiers chefs d'unités.

[Les perspectives de recherche](#)

D'après les prévisions du SPF santé publique, entre aujourd'hui et 2038, « *une augmentation d'un peu plus de 25 % des infirmiers actifs dans les soins de santé est attendue.* » (SPF Santé Publique, 2022, p. 30). Ce qui permet de croire que les problèmes rencontrés actuellement pour combler le manque de personnel infirmier pourraient se solutionner à l'avenir. Ceci étant dit, cela suit une logique de demande croissante de soins avec une population vieillissante : « *Dans le cadre de l'exercice de prévision de l'offre et de la demande d'infirmiers, nous constatons que les besoins en soins infirmiers entre aujourd'hui et 2038 vont fortement augmenter pour les catégories d'âges de 65 ans et plus.* » (SPF Santé Publique, 2022, p. 30).

De plus, la création du réseau HELORA pourrait également changer les perspectives au sein des unités du CHU Ambroise Paré. En effet, « *Ce 1er juillet 2023 marque la fusion effective entre le Pôle Hospitalier Jolimont et le CHU Ambroise Paré* » (HELORA, 2023). L'avenir du CHU Ambroise Paré sera donc fait de multiples mutations, ce qui présage de nombreux changements au sein des unités de soins et permettra peut-être, d'améliorer le quotidien des infirmiers chefs d'unité si le personnel infirmier est en suffisance.

Pour aller plus loin dans cette étude, il serait intéressant d'évaluer les répercussions futures de la mise en place du réseau HELORA. D'observer les remaniements effectués au sein des différentes unités, la fusion de certains services (en discussion actuellement) et les conséquences sur les quotas de personnel infirmier ainsi que sur le travail de l'infirmier chef suite à ces remaniements.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHMET, V. & COMMEIRAS, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? *Gestion 2000*, 35, pp. 119-148. doi:<https://doi.org/10.3917/g2000.356.0119>
- AVIQ. (2022, 05 30). *Portail santé*. Récupéré sur Santé.Wallonie.be: <https://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/controle-des-prix>
- BONNEVILLE, L. (2015). *Les formes de décompression chez les infirmières hyper-connectées*. Paris: L'Harmattan. Consulté le Avril 7, 2023
- CHU Ambroise Paré. (2011, décembre 23). Fiche de fonction. *Infirmier(e) en chef*. Mons, Hainaut, Belgique.
- CHU Ambroise Paré. (2011, Décembre 23). Fiche de fonction. *Infirmier(e) chef de services (ICS) au CHU-CHP*. Mons.
- CHU Ambroise Paré. (2011, Décembre 23). Fiche de fonction. *Infirmier(e) chef adjoint(e)*. Mons.
- CONSEIL D'ETAT. (2006, Juillet 13). *Arrêté Royal portant exécution de l'article 17 bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef*. Récupéré sur Wallex: <https://wallex.wallonie.be/eli/arrete/2006/07/13/2006022730/2006/09/07>
- DEHASPE, P. (2021, Septembre). Gestion financière. *Financement des Hôpitaux*. Bruxelles.
- DESCHAMPS, F. (2015). *Evaluation des principaux risques professionnels par métier (cancérogénicité, pénibilité, SMR)*. Paris: Ellipses. Consulté le Avril 7, 2023
- ESTRYN-BEHAR Madeleine. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'EHESP. doi:10.3917/ehesp.estry.2008.01
- GIRARD Jean-Pierre, M. I. (2015). *Les chefs de service à l'épreuve du changement*. Dunod. Consulté le 12 2022, sur <https://www.cairn.info/les-chefs-de-service-a-l-epreuve-du-changement--9782100726844.htm>
- HELORA. (2023, Juillet 1). *HELORA - Plus qu'un réseau hospitalier*. Récupéré sur Jolimont: <https://www.jolimont.be/hopitaux/helora-plus-quun-reseau-hospitalier#page-tags-1>
- HOLCMAN, R. (2018). *La souffrance des soignants (stress, burn-out, violences ... du constat à la prévention)*. Malakoff: Dunod. Consulté le Avril 7, 2023
- INRS. (2018). *Bien être au travail-Questionnaire SATIN*. Consulté le 05 2023, sur Santé et sécurité au travail: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Questionnaire_Conditions_de_travail_2005.pdf
- INSEE. (2005). *Questionnaire conditions de travail*. Consulté le 05 2023, sur Ministère du travail: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Questionnaire_Conditions_de_travail_2005.pdf
- KCE, & Van den Heede Koen, B. L. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. Récupéré sur Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE): <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/dotation-infirmiere-pour-des-soins-plus-surs-dans-les-hopitaux-aigus>

- KOTTWITZ MU, S. V. (2018). Time Pressure, Time Autonomy, and Sickness Absenteeism in Hospital Employees: A Longitudinal Study on Organizational Absenteeism Records,. *Safety and Health at Work*, 9, pp. 109-114. doi:<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.06.013>
- LIU C, Z. H. (2022, 07 04). Application of a Hybrid Multi-Criterion Decision-Making Model for Evaluation and Improvement of Nurses' Job Satisfaction. *Frontiers in public health*, 10. doi:10.3389/fpubh.2022.896061
- MINVIELLE, E. (2021). « Conditions de travail à l'hôpital : quelles pistes d'amélioration ? ». *Les Tribunes de la santé*, 69(3), pp. 59-68. doi:<https://doi.org/10.3917/seve1.069.0059>
- MMAMMA, M. M. (2015). 'Turnover of professional nurses at Mokopane Hospital in the Limpopo Province, South Africa: Experiences of nursing unit managers'. *Curationis*, 38. doi:10.4102/curationis.v38i2.1566
- OCDE. (2021). *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*. Récupéré sur OECD ilibrary: <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>
- OCDE. (2023, Janvier 09). « Infirmiers » (indicateur). Récupéré sur OECD iLibrary: <https://doi.org/10.1787/8c64e724-fr>
- RESSOURCES HUMAINES. (2023). *Chiffres département infirmier*. Mons: CHU Ambroise Paré.
- SANTHEA. (2021, 11). *La qualité de vie au travail dans le secteur de la santé*. (S. Y, Éd.) Consulté le 05 2023, sur FOCUS: <https://www.santhea.be/CMS/content/images/202111/focus-la-qualit-de-vie-au-travail-dans-le-secteur-des-soins-de-sant.pdf>
- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (2010). *Questionnaire sur les facultés de travail (VOW/QFT)*. Récupéré sur https://www.beswic.be/sites/default/files/public/content/VOW_QFT/FR/questionnaire_vow_qft_2010.pdf
- SPF Santé Publique. (2016). *Chiffres et rapports*. Consulté le 12 2022, sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/chiffres-et-rapports>
- SPF Santé publique. (2019, Mars). *Manuel NRGnew*. Récupéré sur Health Belgium: <https://www.health.belgium.be/fr/nrg-new-nursing-related-groups>
- SPF santé publique. (2021, mars 2). *HWF Infirmiers sur le marché du travail 2004-2018*. Récupéré sur Service publique fédéral: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-infirmiers-sur-le-marche-du-travail-2004-2018>
- SPF Santé Publique. (2022). *HWF La force de travail des infirmiers en 2043: projections de base à partir de l'influx réel jusqu'en 2020*. Bruxelles. Consulté le 12 2022, sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-la-force-de-travail-des-infirmiers-en-2043-projections-de-base-partir-de-linflux-reel>
- SPF santé publique. (2022, AVRIL 25). *HWF STATAN 2021*. Récupéré sur Service publique fédéral: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2021>

- SPF Santé Publique;. (2022). *Données phares dans les soins de santé - Professions des soins de santé*. Consulté le Juillet 10, 2023, sur <https://www.health.belgium.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante-professions-des-soins-de-sante>
- THUNUS, S. (2021). La théorie des configurations. *WFSP 2260 Management humain et comportement organisationnel*. BRUXELLES: UCL.
- THUNUS, S. (2021, mars). Les 4 fonctions du manager. *WFSP2260 Management humain et comportement organisationnel*. Bruxelles: UCL.
- VANDENBERGHE Christian, STORDEUR Sabine, D'HOORE W. (2009). « Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers ». *Le travail humain*, 72, pp. 209-228. doi:10.3917/th.723.0209

ANNEXES

Questionnaire diffusé aux infirmiers chefs d'unité :

Les conséquences du manque de personnel infirmier dans l' quotidien des infirmiers chefs

Mémoire-recherche, master en sciences de la santé publique UCLouvain



* Obligatoire

La situation dans votre unité

**1. Votre équipe infirmière est-elle actuellement au complet vis-à-vis des
normes légalement imposées (ETP manquants/absences pour maladie) ?**

*

☐ Oui

☐ Non

**2. Si non, pour quelles raisons, votre équipe infirmière est-elle incomplète ?
(Sur les 30 derniers jours) ***

	0 ETP	1 ETP	2 ETP	3 ETP	4 ETP	5 ETP	Plus de 5 ETP
Postes à pourvoir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Congé maladie de moins de 30 jours	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Congé maladie de plus de 30 jours	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecartement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. A quelle fréquence connaissez-vous des situations d'absentéisme (trimestriel/Congé maladie/Congé de Circonstance) dans votre unité ? *

- ☐ Tous les jours
- ☐ 2-3 fois par semaine
- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ 1 fois tous les 15 jours
- ☐ 1 fois par mois

4. **Le turn-over (arrivées et départs) infirmier est-il important dans votre unité ? ***

	0	1-2	3-4	5-6	7-8	Plus de 8
Arrivées et départs par année	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. **Votre unité a-t-elle dû fermer des lits d'hospitalisation par manque de personnel ? ***

☐ Oui

☐ Non

6. **Si oui, pouvez-vous décrire ce que cela a impliqué au niveau de votre rôle de chef d'unité ? ***

Les conséquences du manque de personnel/absentéisme sur votre quotidien d'infirmier chef

7. **Dans quelle mesure le manque de personnel/l'absentéisme d'infirmiers perturbe-t-il votre travail au quotidien ? ***

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucune perturbation Fortement perturbé

8. **Comment évalueriez-vous le temps ajouté à vos tâches sur votre journée, pour gérer chaque situation d'absentéisme/manque de personnel ? ***

- ☐ Moins de 30 minutes
- ☐ 30 à 60 minutes
- ☐ 60 à 90 minutes
- ☐ Plus de 90 minutes

9. **Effectuez-vous des heures supplémentaires, afin de gérer les situations de manque de personnel que vous rencontrez ? ***

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Fréquence	☐	☐	☐	☐

10. **Comment évalueriez-vous votre « charge mentale » liée à la gestion des absences/manque de personnel ? ***

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très faible Très importante

11. **Ressentez-vous du stress dans votre quotidien d'infirmier chef, en lien avec la gestion des absences/du manque de personnel ? ***

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Aucun stress

Extrêmement stressé

12. **Trouvez-vous que le manque de personnel/l'absentéisme a des conséquences négatives sur vos tâches quotidiennes ? ***

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Niveau d'accord	☐	☐	☐	☐	☐

13. **Pourriez-vous décrire en quelques mots, en quoi cela vous pose des problèmes pour effectuer vos tâches ? ***

Solutionner le manque de personnel/l'absentéisme des infirmiers

14. ***Vous trouvez facilement des solutions pour combler le manque de personnel/remplacer un membre de l'équipe absent. Que pensez-vous de cette affirmation ? ****

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Niveau d'accord	☐	☐	☐	☐	☐

15. **A quelles solutions de remplacement avez-vous recours pour assurer la continuité des soins en cas d'absence d'un membre de l'équipe infirmière ? ***

	Jamais	Parfois	Souvent	En priorité
Equipe infirmière volante	☐	☐	☐	☐
Rappels au sein de l'unité	☐	☐	☐	☐
Infirmiers intérimaires	☐	☐	☐	☐
Remplacement par vous-même	☐	☐	☐	☐
Pas de	☐	☐	☐	☐

16. **Quelles difficultés rencontrez-vous majoritairement quand vous recourrez à ces solutions ? ***

17. **Avez-vous parfois recours à une aide extérieure pour trouver des solutions de remplacement ?
Si oui, à qui faites vous appel et dans quelle mesure peut-il vous venir en aide ? ***

18. **Dans quelle mesure, la situation concernant le manque de personnel/l'absentéisme dans votre unité vous a-t-elle incité à modifier votre activité de management vis-à-vis des infirmiers ? ***

19. **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

