

Faculté de santé publique

Comprendre la pénurie : les déterminants principaux qui conduisent les titulaires du diplôme infirmier en Belgique à abandonner, envisager d'abandonner, voire à ne jamais s'engager dans la profession en milieu hospitalier

Mémoire réalisé par
Camille Evrard

Promotrice
Audrey Dedonder

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Comprendre la pénurie : les déterminants principaux qui conduisent les titulaires du diplôme infirmier en Belgique à abandonner, envisager d'abandonner, voire à ne jamais s'engager dans la profession en milieu hospitalier

Mémoire réalisé par
Camille Evrard

Promotrice
Audrey Dedonder

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Bien sûr, je remercie ma famille et mes amis de me soutenir au quotidien dans tous les projets que j'entreprends.

Cette année fut très compliquée sur les plans familial, sentimental et médical, avec des mauvaises nouvelles à la chaîne.

Des envies de bien faire, d'aider, d'être présente pour les autres, et un moment pour se rendre compte qu'il n'est pas toujours possible d'allier études, travail, hobby, famille, amis et soi en même temps.

J'ai passé tellement de temps auprès des autres que j'en oubliais d'avancer dans ce mémoire qui, pourtant, a pris tout son sens dans le statut que je tenais lorsque j'aidais mon entourage.

Je remercie ma grand-mère, Odile, que j'essaie de voir dès que je le peux et que je ne vois pas encore assez souvent, qui prenait continuellement des nouvelles de mon avancée dans ce mémoire.

J'ai également un petit mot à adresser à ma promotrice, Madame Audrey Dedonder.

Je ne suis pas fière de la manière dont j'ai réalisé ce mémoire. Cependant, je suis heureuse d'avoir suivi votre précieux conseil et de ne pas avoir arrêté de vivre pour le réaliser.

Merci pour tous vos conseils, vos marques de soutien, d'avoir choisi mon sujet et d'avoir accepté de devenir ma promotrice si tard dans l'année.

Sans oublier un immense merci à tous les répondants qui ont pris de leur temps, souvent peu disponible, afin de répondre à mes questions.

Pour finir, merci à vous, lecteurs, qui prendrez le temps de lire ce travail, et, je l'espère, l'apprécierez à sa juste valeur.

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 matières

1. INTRODUCTION	1
2. CADRE THÉORIQUE	3
2.1. Des définitions.....	3
2.1.1. L’infirmier.....	3
2.1.2. La pénurie.....	4
2.2. Les chiffres.....	5
2.3. L’historique.....	7
2.4. Les causes de la pénurie.....	8
2.4.1. Le manque de reconnaissance et de valorisation de la profession.....	8
2.4.2. Le contexte démographique et vieillissement de la population.....	9
2.4.3. Les conditions de travail difficiles.....	9
2.4.4. Le burn-out.....	10
2.4.5. Le coronavirus (Covid).....	11
2.4.6. Le manque d’attractivité.....	12
2.4.7. Le travail à temps partiel.....	12
2.5. Les conséquences de la pénurie.....	13
Le cercle vicieux.....	13
2.6. La situation des étudiants.....	13
2.7. Les mesures prises.....	15
2.8. Les revendications des soignants.....	18
3. MÉTHODOLOGIE	21
3.1. Précision.....	21
3.2. Choix de l’étude.....	21
3.3. Méthode de collecte des données.....	22
3.4. Méthode d’échantillonnage.....	23
3.5. Profils interrogés et taille de l’échantillon.....	25
3.6. Processus de recrutement.....	26
3.7. Déroulement des entretiens.....	26
3.8. Consentement.....	27
3.9. Méthode d’analyse des données.....	27
4. RÉSULTATS	29
4.1. Parcours scolaire.....	29
4.1.1. Choix du bachelier infirmier.....	29

4.1.2.	Réflexion sur le choix du parcours académique.....	29
4.1.3.	Sentiment en fin de bachelier	30
4.1.4.	Sentiment quant au fait de commencer à travailler	30
4.1.5.	Vision du métier avant les études.....	31
4.1.6.	Vision du métier après les études	32
4.2.	Raisons de l'arrêt de la profession	33
4.3.	Revendications des infirmiers	35
4.3.1.	Avis sur la profession infirmière	37
4.3.2.	Changements	37
4.3.3.	Sentiment dans la profession actuelle	38
4.4.	Situation des infirmiers	39
4.4.1.	Sur qui faudrait-il agir ?	40
4.5.	Mesures	41
4.6.	Hôpital.....	45
4.6.1.	Situation dans les hôpitaux.....	45
4.6.2.	Ce que l'hôpital met en place	45
4.7.	Étudiants.....	47
5.	DISCUSSION	49
	LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	57
	RECOMMANDATIONS	58
6.	CONCLUSION	59
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXES	66

1. Introduction

En Belgique, la pénurie infirmière fait bruit depuis de nombreuses années. Il manquerait actuellement plus de 20.000 infirmiers (OCDE & Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2023), pour que les soins soient réalisés de manière sécuritaire et selon la législation, qui demande un ratio maximum de 8 patients par infirmier alors que nous sommes actuellement à plus de 9 patients par infirmier dans les hôpitaux (Van den Heede et al., 2019). Il manque des infirmiers sur le terrain, mais en réalité, le nombre de titulaires de ce diplôme en Belgique est l'un des plus élevés d'Europe (OCDE, 2022a). En effet, en 2020, il s'élevait à 218.818 personnes possédant le diplôme (SPF Santé publique, 2023c), contre 152.067 qui travaillent réellement en tant qu'infirmiers dans les soins (Statbel, 2020).

Des revendications sont émises par les infirmiers et des mesures sont mises en place, mais la situation ne bouge pas. Alors pourquoi les infirmiers quittent la profession ?

Ce sujet me parle car, étant infirmière depuis 2 ans, je ne souhaite pas spécialement pratiquer le métier à l'hôpital, pour diverses raisons. J'ai donc voulu, via ce mémoire, savoir si nombreuses étaient les personnes dans une situation commune à la mienne, et connaître les raisons qui les poussent à ne pas commencer la profession, mais également à l'arrêter ou à vouloir l'arrêter.

Ce mémoire est lié de très près au concept de pénurie infirmière, car ce sont principalement ces professionnels titulaires du diplôme, mais qui ne travaillent pas dans les soins, qui la créent. Il nous semblait important de comprendre ce qu'est une pénurie ainsi que d'en expliquer les causes dans la profession infirmière, pour pouvoir comprendre le sujet de l'étude.

Une méthode de recherche qualitative à l'aide d'entretiens a été choisie afin de pouvoir entendre les témoignages des personnes concernées et de pouvoir échanger avec elles sur les raisons qui les poussent ou les ont poussées à s'éloigner de la profession en milieu hospitalier.

Étant donné la diversité de la profession infirmière, nous avons limité notre cadre de recherche à l'hôpital, qui est pour nous le lieu le plus spécifique et commun, mais également empreint de multiples difficultés et contraintes pour la pratique de la profession. Nous avons également ciblé les infirmiers ayant une durée maximum de 10 ans de carrière dans le milieu, suite aux données récoltées dans la théorie.

Ce mémoire vise donc à répondre à la question de recherche suivante : « Quels déterminants principaux conduisent les titulaires du diplôme infirmier en Belgique à abandonner, envisager d'abandonner, voire à ne jamais s'engager dans la profession en milieu hospitalier ? ».

Cependant, en commençant notre recherche, nous avons vite compris que nous ne pourrions réaliser un mémoire uniquement sur ce sujet, car il n'est pas assez développé dans la littérature belge. En effet, nous avons fait le choix de nous limiter à la littérature belge et la plus récente possible, afin de pouvoir bénéficier de données post-Covid-19, qui, pour rappel, a touché le pays en 2020.

Nous avons donc décidé d'ajouter deux questions à notre recherche :

« Ces raisons sont-elles communes aux revendications des infirmiers en Belgique ? » ;

« Si elles le sont, quelles mesures sont mises en place par le gouvernement afin de limiter les départs de la profession ? ».

L'objectif de cette étude est d'identifier les raisons du départ de la profession en milieu hospitalier par les infirmiers, de les comparer aux revendications émises par ceux-ci et de faire le lien avec les mesures mises en place par le gouvernement, en lien avec ces revendications. Des recommandations sont émises en fin de travail dans l'objectif de trouver des solutions afin de limiter les départs de la profession et donc de limiter la pénurie infirmière en Belgique.

Pour faciliter l'écriture et la lecture, nous avons choisi d'utiliser le masculin comme genre neutre.

2. Cadre théorique

Ce cadre théorique, réalisé intégralement grâce à de la littérature belge et la plus récente possible, vise à contextualiser la pénurie infirmière en Belgique, à la chiffrer et à en présenter les causes. Car dans le cas de cette recherche, si une pénurie est présente, c'est bien parce que des infirmiers désertent la profession. Ensuite, nous développons les mesures importantes déployées par le gouvernement ces dernières années, pour finir par exposer les revendications des infirmiers.

2.1. Des définitions

2.1.1. L'infirmier

Selon Le Robert (2023a), un infirmier est une « personne qui, par profession, soigne des malades et s'en occupe, sous la direction des médecins ». Mais si l'infirmier ne se contentait que de cette définition, il n'y aurait aujourd'hui pas de pénurie de la profession. La source la plus fiable pour savoir réellement ce que fait un infirmier est la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Celle-ci nous explique ce qu'est l'art infirmier, qui est un art très développé et précis, dans une loi modifiée à de nombreuses reprises, car en perpétuelle évolution.

Selon l'art. 46 de la Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015, l'exercice de l'art infirmier est l'accomplissement des activités suivantes :

1.
 - a) observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social;
 - b) définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
 - c) collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
 - d) informer et conseiller le patient et sa famille ;
 - e) assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;
 - f) assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;
 - g) engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;
 - h) analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier/-ière.
2. Les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire.
3. Les actes pouvant être confiés par un médecin [ou par un dentiste].

Depuis 2016, suite à une directive européenne qui impose 4.600 heures de formation, dont 2.300 heures de stage au chevet du patient, le bachelier pour devenir infirmier ne se réalise plus en 3 ans mais bien en 4 ans, et le brevet ne demande plus 3 ans mais 3 ans et demi d'études. Il existe plusieurs différences à la suite de ces deux diplômes. Les infirmiers brevetés ne peuvent théoriquement pas travailler dans des services qui nécessitent une spécialisation (car leur diplôme ne leur permet pas d'en réaliser), ils ont un salaire un peu plus bas que les infirmiers bacheliers et les parcours d'études ne sont pas les mêmes (art.46). Cependant, aucune différence n'est à observer en ce qui concerne les compétences et la pratique quotidienne (Van den Heede et al., 2019).

En 2022, sur les plus de 670.000 professionnels autorisés à pratiquer dans le domaine des soins de santé en Belgique répartis parmi plus de 20 professions, le métier d'infirmier était la profession la plus représentée avec environ 206.444 infirmiers diplômés en droit de pratiquer (SPF Santé publique, 2022). De plus, le métier est représenté dans le pays par 85 % de femmes et seulement 15 % d'hommes (SPF Santé publique, 2022).

2.1.2. La pénurie

Selon Le Robert (2023b), une pénurie est un « manque de ce qui est nécessaire », une insuffisance. Cette définition met en avant une notion plutôt quantitative.

Le métier d'infirmier est avant tout une fonction critique. L'Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation [View.brussels] (2021), l'explique bien :

Une fonction est considérée comme critique lorsque les offres d'emploi sont moins facilement satisfaites et que le processus de recrutement est jugé trop long. Une fonction sera qualifiée de critique si elle satisfait simultanément les trois critères quantitatifs suivants :

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

Les fonctions critiques se différencient des métiers en pénurie. Ceux-ci sont repris sur la liste des fonctions critiques et sont caractérisés par une réserve de main d'œuvre disponible nettement inférieure aux besoins du marché du travail (pénurie quantitative) (View brussels, 2021).

Mais le métier d’infirmier peut également être dit en pénurie, car il est répertorié dans les fonctions critiques de l’année 2023, et les difficultés de recrutement sont imputables à une pénurie de nature quantitative, significative de main d’œuvre, qui est liée aux conditions de travail (facteur qualitatif) (View brussels, s. d).

En Belgique, bien que le ratio d’infirmiers diplômés par habitant soit élevé, le nombre effectif d’infirmiers en activité est bas, car la plupart d’entre eux travaillent pendant 5 à 10 ans avant de changer de carrière ou d’orientation professionnelle (Van den Heede et al., 2019). En Europe, le pays se distingue par un ratio infirmier par patient parmi les plus défavorables, bien que son taux d’infirmiers soit l’un des plus élevés (Bruyneel, Smith, Tack & Pirson, 2021). Les chiffres pour la Belgique sont développés dans le point 2. Chiffres.

La tension est structurelle, c’est-à-dire que le métier est une fonction critique pour la troisième année consécutive et qu’il est apparu en tension de recrutement au moins trois fois au cours des cinq dernières années (View brussels, 2021).

2.2. Les chiffres

En 2023, une étude réalisée par l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mettait en avant qu’il manquait en Belgique pas moins de 20.000 infirmiers (OCDE & Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2023).

Selon le SPF Santé publique, en 2018, il y avait 214.374 infirmiers diplômés en Belgique, domiciliés en Belgique ou à l’étranger, habilités à exercer la profession dans le pays (SPF Santé publique, 2021b).

Ce chiffre était d’environ 218.818 en 2020, de 228.309 en 2022 (SPF Santé publique, 2023c), et selon la liste actualisée du SPF Santé publique, le 7 novembre 2023, ce chiffre était de 232.767 (SPF Santé publique, 2023b).

Cela correspond en 2018 à 11,1 infirmiers en exercice qui prestent dans les soins de santé pour 1000 habitants et au taux d’infirmiers le plus élevé parmi les pays européens et même du monde (OCDE, 2022a).

Cependant, cette même année, le nombre d’infirmiers actifs dans les soins de santé en Belgique n’était que de 126.496, ce qui correspond à 59 % du nombre de personnes en droit de prêter (SPF Santé publique, 2021b). 15 % sont retraités, 10 % sont actifs en dehors des soins de santé et 15 % sont inactifs en Belgique (SPF Santé publique, 2022).

En 2020, Statbel estimait à 152.067 le nombre d’infirmiers actifs dans les soins, résidant et en droit de prêter sur le territoire belge (Statbel, 2020).

Tableau 1 : Chiffres de la pénurie

	2018	2020	2022	7 novembre 2023
Nombre manquant d’infirmiers	/	/	20.000	/
Infirmiers habilités à exercer la profession en Belgique	214.374	218.818	228.309	232.767
Infirmiers actifs dans les soins	126.496	152.067	/	/

Ces chiffres sont à prendre avec recul, même s’ils sont fort proches de la réalité, car ils ne sont pas toujours les mêmes en fonction des années et des plateformes, tout comme il est difficile de savoir réellement combien d’infirmiers pratiquent, que ce soit dans les soins de santé ou dans un autre domaine (Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation [CPCP], 2010).

Lorsque que l’on jette un œil au nombre de diplômés aux études d’infirmier par année sur une période de 10 ans, d’assez grandes variations sont à observer.

De 2012 à 2018, le nombre n’a fait qu’augmenter d’années en années pour arriver à un plafond de 7203 diplômés en 2018.

L’année 2019 a été signe de changement avec la directive européenne de 2016 sur l’augmentation du nombre d’années d’études. Malgré cette réforme qui impliquait qu’aucun étudiant ne sortirait diplômé cette année-là, 3569 étudiants ont tout de même décroché le diplôme. Cela représente deux fois moins de sortants qu’en 2018.

Ce nombre est remonté en 2020, mais pas suffisamment pour battre le record de 2018, puisque seulement 5194 étudiants furent diplômés cette année-là. Une évolution est à constater en 2021

avec 5423 diplômés et une petite baisse en 2022 avec 5362 diplômés, selon une évaluation provisoire (OCDE, 2022b).

Rappelons que les étudiants diplômés en 2021 et 2022 ont assumé leurs études dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Les difficultés liées à cette crise sanitaire, principalement sur les lieux de stages, ont pu décourager de jeunes diplômés à poursuivre leur carrière (Grard, Baquet & Mugisha, 2023).

Nous n'avons pas réussi à avoir accès aux chiffres du nombre d'inscriptions au bachelier infirmier par année, données qui auraient pu être intéressantes dans le cadre de ce travail.

2.3. L'historique

Déjà dans les années 60, le sujet de la pénurie infirmière faisait parler sous forme de pénurie de main-d'œuvre. Déjà à ce moment-là, on identifiait une insuffisance de l'effectif du personnel qualifié par rapport aux besoins présents et par rapport aux besoins qui allaient résulter du développement constant de la demande de services. La situation était d'ailleurs problématique presque partout dans le monde. Les causes y étaient en partie communes à celles actuelles. La documentation mettait en avant déjà à cette époque le fait que la profession était en très grande partie féminine ; les femmes présentaient des difficultés à combiner la vie conjugale et professionnelle. On retrouvait déjà le problème des conditions de travail, de l'insuffisance des possibilités de promotion, du mécontentement provoqué par l'organisation et les méthodes de travail. En ce qui concerne la Belgique précisément, une observation était qu'il fallait un diplôme de fin d'études moyennes supérieures pour pouvoir entamer les études d'infirmière. Mais celles qui arrivaient à cet échelon favorisaient d'autres cursus plus courts comme l'enseignement qui ne demandait que deux ans d'études, comparé à trois années pour les soins infirmiers (CPCP, 2010 ; Les infirmières en Belgique, 1969).

L'analyse des fonctions critiques en Région de Bruxelles-Capitale explique que le métier d'infirmier est une fonction critique depuis 1998 (View brussels, 2021).

Le sujet revient en 2010 avec une production écrite du Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation qui dit que seulement 110.000 infirmiers sur 148.000 infirmiers diplômés exerçaient réellement la profession à ce moment-là (CPCP, 2010).

Et elle s'est d'autant plus accrue en 2016, suite au changement du nombre d'années d'études pour devenir infirmier. L'année 2019 fut la première année durant laquelle les étudiants

effectuaient une quatrième année d'étude, donc beaucoup moins d'étudiants sont sortis de l'école (View brussels, 2021).

Et n'oublions pas la pandémie de Covid-19, qui est apparue chez nous en 2020. C'est principalement depuis lors que le sujet empare irrémédiablement les médias.

2.4. Les causes de la pénurie

Les causes du manque de personnel infirmier sont nombreuses et variées. Nous ne saurions toutes les aborder, c'est pourquoi nous développons dans ce travail celles qui ont le plus de sens et d'impact dans cette pénurie. Presque toutes les causes sont liées entre elles et découlent les unes des autres. Certaines finissent même par devenir des conséquences de la pénurie.

2.4.1. Le manque de reconnaissance et de valorisation de la profession

Le manque de reconnaissance est assez multiple et représente une cause profonde de la pénurie.

On parle tout d'abord de manque de reconnaissance professionnelle dans l'équipe pluridisciplinaire, car peu de gens ont notion de l'expertise professionnelle particulière que doit avoir l'infirmier dans son travail au quotidien. Il garde cette position d'exécutant dans les soins, considéré comme l'auxiliaire du médecin et est peu, voire pas présent dans les moments et lieux décisionnels le concernant (Grard et al., 2023 ; Hesbeen, 2017, pp. 136-137).

Il est possible aussi de mettre en lumière la non-reconnaissance de la pénibilité du métier. La profession infirmière n'est pas reprise dans la liste des métiers pénibles, preuve selon les soignants de la non-connaissance de leur profession (Grard et al., 2023 ; Union4U, 2021).

Malgré le fait que le nombre d'années d'études tout comme les compétences aient augmenté, aucune reconnaissance académique ni salariale n'est à déplorer, ce qui, selon les infirmiers, n'est pas très cohérent, car plus de compétences représente plus de tâches, plus de travail et moins de temps pour tout réaliser. Cela pousse les infirmiers à changer d'environnement professionnel, mais ne donne surtout pas envie aux jeunes de démarrer les études, et finit par jouer sur la pénurie (Grard et al., 2023).

Enfin, le métier n'est pas valorisé par la société, par rapport au métier de médecin par exemple, alors qu'il nécessite des connaissances très pointues et un niveau de responsabilités important (Grard et al., 2023 ; View brussels, 2021).

2.4.2. Le contexte démographique et vieillissement de la population

Le contexte démographique avec le vieillissement de la population est une cause majeure de cette pénurie et elle est liée de près à la surcharge et aux conditions de travail difficiles. La population vieillit dû à l'allongement de l'espérance de vie, elle demande des soins plus nombreux et de plus longue durée, et les soignants font face à un contexte de soins qui évolue avec des cancers, des maladies cardiovasculaires et chroniques de plus en plus présentes (Hesbeen, 2017, p. 155 ; Verbist, 2019). Ce vieillissement de la population amène plus de patients déments et désorientés qui demandent plus d'attention et de temps durant les soins (SPF Santé publique, 2024b ; Verbist, 2019). Il y a donc plus de personnes à soigner, qui nécessitent plus de temps dans les soins, sans pour autant bénéficier de plus d'infrastructures ou de personnel (CPCP, 2010 ; OCDE & Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2023).

2.4.3. Les conditions de travail difficiles

La surcharge de travail, l'épuisement professionnel et les horaires difficiles sont pour nous des causes interconnectées de la pénurie infirmière et qui peuvent être rassemblées dans un contexte général de conditions de travail difficiles.

Une étude réalisée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) et la KU Leuven montre que les infirmiers travaillant dans les hôpitaux belges prennent en moyenne trop de patients en charge. En effet, le nombre est estimé aujourd'hui à 9,4 patients en moyenne par infirmier alors que la norme de sécurité internationale est de 8 patients par infirmier (Van den Heede et al., 2019).

Cette surcharge de travail est principalement due au raccourcissement de la durée de séjour hospitalier, au vieillissement de la population qui représente plus de soins plus lourds, à une augmentation des maladies chroniques qui demandent un suivi plus compliqué et diversifié (Grard et al., 2023 ; Hesbeen, 2017, p. 3). Mais également, avec l'augmentation du nombre d'années d'études, les infirmiers disposent de plus de compétences, et cela augmente le nombre de tâches et la charge de travail quotidienne. Ils font donc face à un manque de temps pour accomplir les tâches. Le développement des compétences, mais également la réalisation de tâches qu'ils pourraient s'abstenir de faire, comme la distribution de repas ou le déplacement de patients inter ou intra service, alourdit leur charge de travail (Hesbeen, 2017, pp. 116-117). Des aides-soignants et même du personnel non soignant comme des brancardiers devraient

s'occuper de cela pour libérer les infirmiers. Cette surcharge amène les infirmiers à ne pas être satisfaits de leur travail à la fin de la journée, car ils estiment qu'ils n'ont pu fournir certains soins à cause de cette surcharge de travail. Conscients que tout ne peut plus être fait sur une journée, les soignants se retrouvent à devoir choisir les soins qu'ils vont effectuer à défaut d'autres. Un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail actuel et 10% envisagent de quitter la profession suite à cela (Van den Heede et al., 2019).

Avec trois types de pauses différentes (matin, soir, nuit), des prestations le week-end, les jours fériés et les nuits, cette profession est difficilement compatible avec une vie sociale, sportive, mais également familiale. Même lorsque les soignants arrivent à planifier et à organiser leur vie personnelle et professionnelle suite à la publication de leur horaire du mois, les changements d'horaires, les rappels lors des jours de repos, principalement pour du manque de personnel lié à des absences, maladies ou autres, empêchent ces soignants de vivre sereinement et facilement (Grard et al., 2023). Cela augmente leur fatigue, bouleverse leur climat familial et pourrait faire qu'ils tombent aussi malades (CPCP, 2010).

Les horaires difficiles, cette surcharge et des mauvaises conditions de travail amènent à un épuisement professionnel. Mais celui-ci nécessite pour nous une attention plus particulière et est donc développé plus amplement dans le point suivant.

2.4.4. Le burn-out

Le burn-out est une forme d'épuisement professionnel. Le métier d'infirmier n'est pas un métier facile avec des conditions et un environnement de travail pas simples, des horaires difficiles. Il donne l'impression de passer plus de temps sur son lieu de travail que chez soi et amène des gens à craquer. La charge de travail est élevée, les infirmiers n'ont pas le temps de faire tout ce qu'ils ont à faire sur leur journée, ils sont souvent rappelés, ont beaucoup d'heures supplémentaires, passent trop de temps sur leur lieu de travail et finissent en burn-out. Celui-ci a d'ailleurs été accentué pendant la crise, dû aux raisons citées précédemment, mais également aux horreurs que certains ont pu voir et vivre (Bruyneel et al., 2021).

Avant la crise du Covid, le KCE a réalisé une étude dans laquelle il évaluait le risque de burn-out chez les infirmiers belges. Celui-ci se situait aux alentours de 36 % (Van den Heede et al., 2019). Pendant la première vague du Covid, en avril 2020, Arnaud Bruyneel et Pierre Smith ont voulu voir si cette prévalence avait changé. Après avoir interrogé 4.500 infirmiers francophones, ils se sont rendus compte qu'elle était passée à 71 %, le double du chiffre obtenu

avant la pandémie. Il est important de noter que ces pourcentages représentent uniquement un risque de burn-out. Le Covid est donc une cause particulièrement importante dans cette prévalence de burn-out chez les infirmiers en Belgique, mais les conditions de travail, la surcharge de travail et les horaires difficiles y sont également pour quelque chose, car la prévalence de burn-out était déjà élevée avant le Covid (Bruyneel et al., 2021 ; SIZ Nursing, 2021).

2.4.5. Le coronavirus (Covid)

La pénurie d'infirmiers était déjà présente avant la pandémie du Covid. Malheureusement, celle-ci l'a accentuée et a fait beaucoup de dégâts sur son passage. Il y a plusieurs raisons à cela, notamment les charges émotionnelles, mais également de travail. En effet, un patient atteint du virus demandait plus de soins, de temps de la part du personnel soignant, ce qui nécessitait souvent plus de bras pour s'occuper d'un seul patient. Et malheureusement, beaucoup de personnes ont perdu la vie durant cette pandémie. Des patients, mais également des soignants, collègues, ce qui a augmenté le taux d'absentéisme. À l'heure actuelle, le traumatisme vécu pendant la crise, ou du moins son impact, perdure (Grard et al., 2023). Certains ne s'en remettent jamais et ont fini par se tourner vers une autre profession (Bruyneel et al., 2021).

Durant la pandémie, la majeure partie des interventions chirurgicales ont été annulées, des suivis oncologiques ou quels qu'ils soient ont été reportés afin de centrer les soins sur les patients atteints du Covid dans les hôpitaux. Il a donc fallu, après la pandémie, rattraper le retard de toutes ces interventions et suivis, avec des issues parfois assez tristes comme des aggravations de pathologies. Les hôpitaux devaient compenser les pertes économiques subies durant le Covid, la reprise d'activité fut donc assez intense avec une charge de travail presque plus élevée que durant la pandémie (SPF Santé publique, 2021a).

La crise sanitaire a créé plus d'un abandon chez les soignants, mais également chez les étudiants. Même si l'on a observé une augmentation des inscriptions dans les écoles de soins infirmiers lorsque les médias présentaient les soignants comme des héros en début de crise, leur présentation de l'infirmier est vite devenue plus négative et les étudiants se sont rendus compte sur le terrain, en stage, des réalités qui n'étaient pas spécialement communiquées par les médias (McCormack, 2023).

2.4.6. Le manque d'attractivité

« Ce manque d'attractivité fait référence au fait que cette carrière peut ne pas être considérée comme attrayante ou souhaitable par un certain nombre de personnes potentiellement intéressées par le domaine des soins de santé » (Union Générale des Infirmiers de Belgique [UGIB], 2022).

Ce manque d'attractivité est dû principalement aux autres causes de la pénurie infirmière qui sont mises en avant dans les médias, comme le manque de reconnaissance, les conditions de travail difficiles, la mauvaise rémunération, des possibilités d'avancement limitées. En effet, ils dégradent la profession, n'en montrent que des aspects négatifs et subjectifs, et le pourquoi les soignants ne veulent plus la pratiquer. Ils mettent l'accent sur toutes les causes de la pénurie en oubliant le fondement et l'importance de la pratique infirmière (Hesbeen, 2017 ; McCormack, 2023). Ils ont également tendance à présenter l'infirmier sous une image caricaturale, maniant une seringue, ou celle présentée dans bons nombres de films et séries, mais cela n'est pas représentatif de la profession ni de la pratique infirmière (Hesbeen, 2017, p. 117).

Ce manque d'attractivité s'observe également par le fait que bon nombre de soignants, d'enseignants et même de référents de stage éprouvent des difficultés à expliquer simplement ce que sont les soins infirmiers. « Or, une pratique professionnelle qui n'est pas nommée ou qui est mal nommée est une pratique qui manque de visibilité et donc de reconnaissance et de crédibilité ». Lorsque l'on ne sait pas l'expliquer, il est difficile de la comprendre, elle peut être mal comprise tant par les étudiants que par les jeunes qui commencent. « Mal comprise, la pratique infirmière devient ainsi l'objet d'une méprise » (Hesbeen, 2017, pp. 3-4).

2.4.7. Le travail à temps partiel

Le travail à temps partiel est choisi pour différentes raisons par les infirmiers. Le fait que ce soit une discipline à 85 % féminine entraîne plus de temps partiel, car les femmes, les mamans plus précisément, le choisissent afin de consacrer plus de temps à leur vie familiale (CPCP, 2010). Mais les raisons sont en général moins positives. La surcharge de travail, les conditions de travail, l'épuisement. La plupart des causes de la pénurie sont en majeure partie les causes du travail à temps partiel. En 2010, 40 % des infirmiers exerçant dans les soins en Belgique étaient à temps partiel (CPCP, 2010). En 2022, dans le secteur de la santé en général, le travail à temps partiel était employé à 47 % par les professionnels (Statbel, 2024).

2.5. Les conséquences de la pénurie

Une problématique qui a des causes a souvent des conséquences. Celles-ci ne sont pas la source centrale de ce travail, mais il est pour nous tout de même important de les aborder. Parmi celles-ci, on retrouve certaines causes de la pénurie comme l'épuisement professionnel, le burn-out, la surcharge de travail, le passage à temps partiel, mais aussi la fermeture de lits. En effet, en 2023, plus de 80 % des hôpitaux ont déclaré avoir dû supprimer des lits par manque de personnel, dont des infirmiers (OCDE & Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2023). Mais la plus importante est malheureusement le risque de moins bonne prise en charge des patients avec une moins bonne qualité des soins. Moins de soignants, mais toujours autant voire plus de soins à prodiguer, cela va avoir un impact sur la qualité des soins (UGIB, 2022 ; Van den Heede et al., 2019).

Le cercle vicieux

Cela crée un cercle vicieux. Le personnel soignant est confronté à une charge de travail excessive, ce qui entrave sa capacité à dispenser les soins de la manière dont il le souhaite. En conséquence, il rentre chez lui insatisfait ou épuisé. Après quelques années à ce rythme, certains quittent prématurément la profession ou doivent prendre des congés médicaux. Cela se traduit par une diminution du nombre d'infirmiers disponibles pour prendre soin des patients, ce qui augmente d'autant plus la charge de travail pour le personnel restant (UGIB, 2022).

En conclusion, ces deux points causes et conséquences permettent de montrer que nous sommes dans une situation quelque peu sans fin, un cercle vicieux. Les causes initiales de la pénurie en deviennent des conséquences, et le travail va devenir double aujourd'hui pour remédier à la situation, car il va d'abord falloir répondre aux conséquences pour revenir à une situation de non pénurie et puis répondre aux causes de cette pénurie pour essayer de l'éliminer complètement ou du moins fortement.

2.6. La situation des étudiants

En 2023, Gard Christine, Baquet Channel et Mugisha Lynca Erica ont réalisé un travail intitulé « Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation », soutenu entre autres par l'UCLouvain et la Fondation Roi Baudouin.

Elles ont écouté les étudiants et les soignants et plusieurs problèmes ont été développés. Tout d'abord, le fait qu'aujourd'hui, la pyramide des âges des infirmiers met en avant que beaucoup

d'infirmiers sont proches de la pension, ont 55 ans et plus, et que les professionnels qui sortent de l'école ne sont pas assez nombreux pour les remplacer intégralement. Même si l'on considère que ces jeunes professionnels feront une carrière complète à l'hôpital, ce qui, comme dit plus haut, a peu de chance d'être le cas, car leur carrière est de plus en plus courte dans ce milieu après la sortie des études, quand bien même ils débutent une potentielle carrière au chevet du patient. Mais les plus interpellants sont que les inscriptions dans les écoles de soins infirmiers diminuent, les abandons en cours de cursus sont de plus en plus nombreux, les jeunes diplômés, à la sortie de l'école, sont peu intéressés à l'idée de travailler dans le secteur hospitalier. Sans oublier les difficultés auxquelles ils ont fait face à réaliser des stages visant à améliorer leurs performances, à cause notamment de la pandémie, mais aussi de la pénurie de soignants, les étudiants sortent avec une formation souvent incomplète. La Fédération Wallonie-Bruxelles et l'ARES font part dans leurs chiffres « d'une baisse significative – citée comme préoccupante – d'inscriptions en première année de la formation en soins infirmiers », ces quatre dernières années. Finalement, le problème n'est pas tant le nombre de diplômés infirmiers qui reste assez élevé, mais bien le nombre de soignants qui décident de se tourner vers les soins au patient et surtout d'y rester.

Les infirmiers en sont à un tel point de dégoût de leur profession, qu'ils en arrivent à dissuader les étudiants présents en stage de faire ce métier. Ils n'ont plus l'énergie de les accueillir.

En écoutant les étudiants, on apprend que presque la moitié de leurs stages leur ont été peu intéressants au niveau de l'apprentissage technique, certains même ont été empreints de maltraitances. Certains avaient une certaine image de l'infirmier, du monde hospitalier, du milieu de la santé avant leurs études, qui a complètement été changée lors de leur premier stage, et qui en a amené plus d'un à quitter les études à la suite de celui-ci. S'ils ne vont pas dans les soins à la sortie des études, c'est parce qu'ils réalisent une spécialisation, un master ou encore une formation pour devenir enseignant. Ils cherchent directement un échappatoire. S'ils sont, pour la majorité, motivés à débiter ces études, à travailler dans les soins en début de cursus, ils sont vite rattrapés par leurs expériences en stage qui représentent la cause principale d'abandon dans le secteur. Ils parlent d'un manque d'accueil sur les terrains de stage, d'un manque d'encadrement par les infirmiers, d'une part parce qu'il y a trop de stagiaires et d'autre part parce que les infirmiers ne sont pas assez nombreux et ont une charge de travail trop élevée ; infirmiers qui ne sont d'ailleurs pas formés à l'encadrement des stagiaires. On leur donne le « sale boulot », les stages sont dits fatigants et compliquent l'organisation de la vie privée, ces stages qui finalement coûtent cher.

Les étudiants représentent l'avenir. D'après ce rapport, beaucoup de choses ne vont pas et les amènent à se retirer des soins et du métier qu'ils rêvaient pourtant parfois de faire. Il serait important d'agir à leur niveau, « d'éduquer » les soignants à leurs venues, afin que leurs expériences de stage soient meilleures et qu'ils poursuivent leur envie de travailler dans les soins et au chevet du patient (Baudewyns, Bruyneel, Smith, Servotte & Dancot, 2022 ; Grand et al., 2023).

2.7. Les mesures prises

Le Covid a permis de mettre le sujet des soins de santé en premier plan et le manque de personnel soignant n'a pas eu d'autre choix que d'être présent dans les discussions. Même si la pénurie est présente depuis longtemps, ce n'est que depuis peu que des mesures sont prises pour tenter d'améliorer la situation. Elles viennent du gouvernement, mais également des hôpitaux eux-mêmes. Nous allons ici nous concentrer sur les principales mesures prises ou prolongées depuis la formation du nouveau gouvernement le 1^{er} octobre 2020, à la suite duquel Franck Vandenbroucke a été élu Ministre fédéral de la santé et Alexander De Croo, Premier Ministre. Depuis la formation du gouvernement et, par conséquent, depuis le Covid, un certain nombre de mesures ont déjà été prises et sont en voie d'être prises.

Une des mesures prises avant la formation du gouvernement est notamment l'Institut de classification de fonctions (IFIC). Cette mesure a été prise le 1^{er} janvier 2018, mais est toujours en évolution. L'IFIC est donc une classification de fonctions qui rémunère le personnel soignant non plus sur base du diplôme, mais bien sur base des tâches (IFIC, s. d). L'argent investi pour agir via l'IFIC provient de la concrétisation d'un accord social qui a été clôturé et approuvé en 2020, qui représente un investissement de 600 millions d'euros (Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2022). Un demi-million d'euros a été consacré à cette classification depuis le début de la législature, et cela permet d'améliorer le salaire, principalement pour les personnes débutant dans la profession, avec une augmentation plus rapide de celui-ci au fil des premières années. Les 100 millions restants permettent d'améliorer les conditions de travail et vont dans une augmentation de la prime d'attractivité ou de fin d'année, pour un montant jusqu'à 400 euros bruts pour les temps-pleins. La prime est versée annuellement en décembre, il faudra en déduire les impôts et les cotisations sociales. Cependant, une notion importante a été oubliée lors de la création de cette classification, il s'agit de la spécialisation. En effet, étant donné que les soignants sont dorénavant rémunérés sur base de la fonction et plus sur base du diplôme, un infirmier spécialisé et un infirmier non spécialisé travaillant dans un service spécialisé (comme

les urgences par exemple) gagneront la même chose. Le système IFIC ne valorise pas le personnel spécialisé. Pour remédier au problème, le Ministre a décidé d'investir 45 millions d'euros afin de mieux valoriser le travail des infirmiers spécialisés (à partir de 2023). Il s'agit d'un versement de 2.500 euros bruts supplémentaires, qui se fait annuellement une fois au mois de septembre, pour les infirmiers spécialisés ayant un titre professionnel particulier, et de 833 euros bruts supplémentaires par an pour les infirmiers spécialisés ayant une qualification professionnelle particulière (Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2022).

Il y a également le Fonds Blouses Blanches (ou FBB) qui a été instauré en 2019 avec comme principe le dégagement de moyens budgétaires afin d'améliorer l'emploi et l'encadrement des infirmiers, ainsi que l'attractivité de la profession. Le Fonds a pour finalité de financer l'augmentation nette de l'emploi de personnel soignant, l'amélioration des conditions de travail, des formations ainsi que le soutien aux projets de tutorat. Depuis 2020, un montant de 402 millions d'euros, dont 48 millions réservés à l'amélioration de l'emploi des infirmiers indépendants, est affecté à ce fonds budgétaire (BeCare, 2022 ; SPF Santé publique, 2023a ; Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2022).

Un projet nommé #ChoisisLesSoins a pour but de permettre aux personnes qui travaillent en dehors du secteur des soins et qui souhaitent se reconvertir, de pouvoir suivre une formation d'aide-soignante ou d'infirmier et d'être rémunérées durant celle-ci, afin de pouvoir immédiatement travailler dans les soins après. Il fait suite au projet 600 ou projet de formation en art infirmier qui a été conçu dans le but de pallier le manque d'infirmiers, et qui permet aux aides-soignants travaillant dans un établissement de santé et de soins de réorienter leur carrière, en choisissant de suivre un bachelier ou un brevet en soins infirmiers, tout en gardant leur salaire. Ces projets sont financés respectivement par le Fonds Blouses Blanches et les moyens non récurrents du Maribel social. 23 millions d'euros supplémentaires sont investis dans ce domaine (Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2022 ; Vandenbroucke, 2023).

Un budget supplémentaire pour l'équipement qui soulage le personnel infirmier, comme par exemple remplacer la mesure manuelle de la pression artérielle par sa mesure automatique. Un budget unique de 21 millions d'euros est disponible à cette fin (Vandenbroucke, 2021).

La délégation de certaines tâches libère du temps pour un contact réel avec le patient. Un budget supplémentaire de 21 millions d'euros sera mis à disposition pour le recrutement de personnel administratif et de soutien, comme le brancardage et les assistants logistiques (Vandenbroucke, 2023).

Le trajet « Retour à bord », qui est un nouveau projet qui a pour but d'inciter les personnes qui ont quitté les soins pendant une longue durée, de les réintégrer et d'être accompagnées correctement pour ce retour dans le secteur des soins. 7 millions d'euros ont été débloqués pour le projet (Vandenbroucke, 2023).

En 2022 – par rapport à 2019 – un montant total de 6,1 milliards supplémentaires aura été investi dans nos soins. Le budget des soins de santé augmente de 2,6 milliards d'euros en 2024 par rapport à 2023 (Vandenbroucke, 2023).

Tout cela représente des mesures à long terme, mais plusieurs mesures à court terme sont également prises afin d'aider le secteur. Comme par exemple le fait de faire appel à de la main d'œuvre comme les pensionnés qui en revenant travailler, bénéficieront de règles fiscales favorables et d'un régime de travail flexible ; les étudiants jobistes qui peuvent désormais travailler 600 heures sans être soumis aux cotisations sociales et pour qui les heures prestées en 2022 et au premier trimestre de 2023 n'ont pas été comptabilisées ; les bénévoles conservent des possibilités élargies ; les chômeurs sont orientés vers le secteur des soins ; ou encore l'appel à des intérimaires (Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2023). Mais également le fait d'offrir aux travailleurs à temps partiel la possibilité de travailler à temps plein (Vandenbroucke, 2023).

Enfin, une nouvelle fonction a fait son entrée il y a peu dans les soins, il s'agit de la fonction d'aide infirmier ou d'assistant en soins infirmiers. L'obtention de ce diplôme se fait, suite à une formation de 3 ans d'études comprenant au minimum 3800 heures d'enseignement clinique et théorique. Selon l'Organe de concertation : « L'aide-infirmier est un praticien de l'art infirmier qui peut agir de manière autonome ou en collaboration avec l'infirmier responsable de soins généraux au sein d'une équipe de soins structurée. L'infirmier responsable de soins généraux définira sur base du jugement clinique les situations où peut agir l'aide-infirmier de manière autonome ou en collaboration. L'aide-infirmier agit dans le cadre de la prévention, du maintien et de la promotion de la santé en lien avec la qualité de vie ». L'objectif principal est de soulager l'infirmier dans ses tâches quotidiennes (Arrêté royal sur l'assistant en soins infirmiers du 20 septembre 2023 ; SPF Santé publique, 2024a).

Pour finir, ces investissements ne sont pas immédiatement perceptibles partout en Belgique. Il est donc important pour le Ministre de faire en sorte que tous les investissements fassent réellement la différence sur le terrain. Les acteurs des soins de santé travaillent actuellement pour cela en collaboration avec le gouvernement sur un «Agenda de l'avenir pour le personnel

soignant», dans un seul but : continuer à investir intelligemment et efficacement dans les soins de santé afin de se préparer à l’avenir de manière durable et stable (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique [FNIB], 2022 ; Vandenbroucke, 2022).

2.8. Les revendications des soignants

Si des mesures sont prises, c’est en partie parce que les soignants revendiquent des choses afin d’améliorer leur profession et de garantir des soins de qualité, principalement. Ce qu’ils veulent, c’est agir sur les principales causes de la pénurie, car ce sont les raisons principales qui les font quitter le milieu hospitalier.

Il n’est pas possible de présenter toutes les revendications des infirmiers tellement elles sont nombreuses, mais également personnelles et dépendantes de chacun.

Nous avons donc décidé de nous centrer sur les revendications présentées par les associations professionnelles des praticiens de l’art infirmier qui sont probablement les mieux placées pour en parler.

L’association belge des praticiens de l’art infirmier [ACN] (2019) est très impliquée et publie régulièrement des rapports exposant les revendications de ses membres, mais également des professionnels qui ne le sont pas. En 2019, ils ont publié une enquête et le top 5 des revendications prioritaires des praticiens de l’art infirmier étaient :

1. Une augmentation des normes en infirmiers et aides-soignants au sein de tous les secteurs ;
2. Une seule filière de formation de bachelier euro-conforme pour devenir infirmier responsable de soins généraux ;
3. Une représentation infirmière dans les organes de décisions des futurs réseaux hospitaliers, au même titre que pour les médecins ;
4. La création d’un ordre infirmier pour réguler la déontologie et conseiller les infirmiers à ce sujet, et pour parler d’une seule voix dans les débats qui concernent la profession ;
5. Le maintien des primes associées aux spécialisations (et expertises) et la poursuite de leur développement.

D’autres revendications plus personnelles étaient également abordées par les soignants. Celles qui reviennent le plus souvent sont une revalorisation salariale pour un travail avec de grosses responsabilités ; pour les spécialisations, une valorisation académique et financière de l’année d’étude supplémentaire ; la reconnaissance de la profession infirmière comme métier lourd ; revoir les normes d’encadrement (ACN, 2019).

L'UGIB a rédigé un rapport en 2022 après avoir consulté les infirmiers de tous les secteurs de soins, afin de rédiger un document qui « énumère les principales mesures nécessaires visant à rendre la profession infirmière à nouveau attrayante, réalisable et valorisée ». Les huit mesures énoncées sont :

Une image plus forte de la profession infirmière en impliquant les infirmiers dans toutes les décisions, en diffusant un discours correct en adoptant un langage qui exprime le respect envers la profession ;

Réduire le poids et la charge de travail de la profession en reconnaissant la profession d'infirmier comme un métier lourd, en réduisant la charge de travail et en adaptant le temps de travail ;

Relever la norme en améliorant les normes d'encadrement pour des soins de qualité ;

Développer les compétences et l'expertise des praticiens de l'art infirmier ;

Garantir une représentation des infirmiers par les infirmiers dans les organes de décision ;

Renforcer la formation en soutenant les études ;

Permettre un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée avec des horaires humains et réalisables, une meilleure rémunération et des pistes pour un soutien extra-professionnel ;

Améliorer la santé et le bien-être au travail avec un soutien psychologique, de meilleures conditions de travail et un suivi de qualité pour de meilleures conditions de travail.

Pour finir, en 2024, l'ACN a publié son rapport annuel concernant l'année 2023 dans lequel elle expose les « revendications telles que communiquées aux partis politiques avant la rédaction de leur programme ». Les revendications prioritaires sont :

La fixation de ratios patients/infirmier sécuritaires et qualitatifs et l'introduction d'un skill mix favorable à la qualité du soin et à la qualité de vie au travail ;

Une formation de qualité pour toutes les fonctions des praticiens de l'art infirmier et un système d'évolution de carrière transparent, fluide et attractif ;

La reconnaissance et la promotion des compétences et de l'autonomie professionnelle des praticiens de l'art infirmier, notamment par une rémunération en rapport avec ces responsabilités ;

La révision de la pondération des tâches et responsabilités en vue d'une barémisation IFIC juste et attractive ;

Une concertation systématique du secteur infirmier pour toutes les questions qui le concernent, et un engagement à tenir compte de son avis. Ceci pourrait notamment être facilité par la création d'un ordre infirmier.

Pour conclure, ce cadre théorique permet d'illustrer la présence limitée du sujet de recherche dans la littérature, et de comprendre les raisons qui nous ont poussés à ajouter deux questions à notre recherche. En effet, même si la pénurie fait grand bruit dans les médias et dans la société générale actuelle, ce cadre théorique permet de mettre en lumière sa présence limitée dans la littérature scientifique belge, alors qu'il l'est davantage dans la littérature professionnelle. Tandis que les raisons qui conduisent les titulaires du diplôme infirmier en Belgique à quitter le milieu hospitalier ne sont que peu, voire pas développées. C'est pourquoi nous avons mis l'accent sur les mesures prises par le gouvernement, ainsi que sur les revendications émises par les infirmiers, afin qu'elles complètent notre question de recherche.

3. Méthodologie

Dans cette section, nous décrivons en détail les différentes étapes de la méthodologie employée afin de réaliser cette étude. Cette méthodologie vise à fournir un cadre rigoureux et systématique pour explorer le sujet de recherche, en garantissant que les résultats obtenus soient à la fois fiables et pertinents pour répondre aux questions de recherche posées.

3.1. Précision

Pour commencer cette méthodologie, nous tenions à expliquer quelques choix pris dans la réalisation de ce mémoire. Notamment l'utilisation presque intégrale de documents provenant de la littérature belge dans la partie théorique. La situation des infirmiers est assez similaire dans d'autres pays du monde, mais aucune situation politique, économique ou encore sociale n'est la même. Elle est d'ailleurs d'autant plus unique sur certains aspects en Belgique. C'est pourquoi nous voulions pouvoir comparer des données écrites et orales provenant du même pays pour atteindre un certain niveau de fiabilité et de cohérence dans nos propos. Ce choix nous a inévitablement limités dans nos données théoriques et scientifiques, mais reflète d'autant plus la réalité du pays. Une comparaison avec d'autres pays n'avait, selon nous, pas lieu d'être, étant donné la richesse du sujet en Belgique.

3.2. Choix de l'étude

Pour réaliser l'étude exploratoire, une méthode de recherche qualitative a été employée. En effet, ce mémoire a pour but de clarifier la complexité d'un phénomène sociétal important mais peu connu de la population, et d'en montrer les différents aspects, en vue d'une meilleure compréhension (Fortin & Gagnon, 2022, p. 16). L'objectif n'est pas de bénéficier d'une quantité importante d'informations, mais de disposer de données de fond et de qualité qui permettent d'analyser et de comprendre des comportements de groupe ou d'événements (Fortin & Gagnon, 2022, p. 26).

Le choix de l'étude exploratoire s'est fait, car l'objectif premier est l'exploration d'un phénomène qu'est la pénurie infirmière ou du moins, l'arrêt du travail en milieu hospitalier par les infirmiers, d'en comprendre les principaux déterminants et de pouvoir les nommer (Fortin & Gagnon, 2022, p. 13).

3.3. Méthode de collecte des données

Plusieurs méthodes de collecte des données existent dans ce type de recherche. Il s'agit de techniques utilisées pour recueillir l'information auprès des répondants (Fortin & Gagnon, 2022, p. 37). Notamment l'entrevue ou l'entretien qui assure un contact direct entre le chercheur et la personne interrogée et qui a pour but de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les répondants (Fortin & Gagnon, 2022, p. 164).

L'entretien peut être dirigé, semi-dirigé ou non dirigé. Nous avons principalement eu recours à des entretiens semi-dirigés, réalisés en vis-à-vis ou par vidéoconférence. Il a été choisi, car il recueille auprès des répondants des données quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences (Fortin & Gagnon, 2022, p. 164). Notre objectif était d'entendre le vécu des répondants, de pouvoir échanger avec eux sur le sujet, d'être dans un contact humain. L'entretien semi-dirigé est caractérisé par des entrevues structurées sur base d'une liste de thèmes composés de questions ouvertes à poser dans l'ordre souhaité et de relances de l'enquêteur, si elles ne sont pas abordées spontanément par le répondant (Fortin & Gagnon, 2022, p. 165).

L'entrevue semi-dirigée requiert la préparation d'un guide qui, durant l'entretien, sert à rappeler au chercheur les différents thèmes ou questions qui doivent être abordés et permet l'enchaînement logique des questions (Fortin & Gagnon, 2022, p. 165 et p. 320). Le but est de faire parler l'interlocuteur, de pouvoir revenir sur certains éléments, tout en laissant libre cours à la pensée de la personne interrogée (Fortin & Gagnon, 2022, pp. 319-321). Quatre guides d'entretien ont été créés pour quatre profils différents de répondants : les infirmiers actifs à l'hôpital, les infirmiers qui ne travaillent pas ou plus à l'hôpital, les témoins privilégiés et les experts. Ils ont été créés à la suite de l'exploration théorique et des différents thèmes qui en sont sortis. Ils sont composés d'une dizaine de questions courtes, ouvertes, neutres, ne contenant qu'une seule idée (Fortin & Gagnon, 2022, p. 166). L'objectif est de laisser s'exprimer le répondant sur un sujet assez vaste et de bénéficier de réponses riches sur le phénomène de l'étude (Fortin & Gagnon, 2022, p. 166). Un répondant a malheureusement répondu par écrit au guide d'entretien le concernant, n'ayant pas le temps de nous rencontrer. Les différents guides d'entretien se trouvent en Annexe 1, en fin de travail.

3.4. Méthode d'échantillonnage

Avant de commencer la réalisation des entretiens, un échantillonnage a été réalisé, étant donné qu'il est impossible d'étudier la population concernée en entier. Il s'agit de la délimitation par le chercheur d'un sous-groupe appelé échantillon, à partir de la population qui lui est accessible (Fortin & Gagnon, 2022, p. 36). Cet échantillon doit refléter le plus fidèlement possible la population cible, sa diversité, et en reproduire les principales caractéristiques (Fortin & Gagnon, 2022, pp. 250-251).

L'échantillon est ici composé de 16 personnes, dont 11 acteurs principaux, 4 témoins privilégiés et un expert en lien avec notre problématique de recherche.

Une méthode d'échantillonnage non-probabiliste a été utilisée. Ainsi, aucune sélection aléatoire dans le choix de l'échantillon n'a eu lieu (Fortin & Gagnon, 2022, p. 260). En effet, nous nous sommes basés sur les informations de l'exploration théorique et avons cherché à interroger un maximum de personnes avec des profils semblables mais également différents, confrontées uniquement de près à la problématique (Fortin & Gagnon, 2022, pp. 263-264). L'échantillonnage non-probabiliste, n'offre pas à tous les éléments de la population de faire partie de l'échantillon et ne peut ainsi assurer sa représentativité (Fortin & Gagnon, 2022, p. 264). De ce fait, ce mémoire ne peut rendre compte de la situation de toute la Belgique ou de toute la Wallonie.

Des critères de sélection ont été utilisés pour réaliser l'échantillonnage des répondants (Fortin & Gagnon, 2022, p. 251). En effet, afin de cibler la question de recherche et de ne pas partir sur une étude trop large, nous nous sommes limités à la Wallonie avec Bruxelles, ainsi qu'aux titulaires du diplôme infirmier avec au maximum 10 ans de pratique dans le milieu hospitalier. 10 ans, car selon la théorie, la carrière d'un infirmier à l'hôpital s'étend de 5 à 10 ans. Nous avons alors décidé de prendre la plus grosse fourchette afin de pouvoir bénéficier d'un plus grand choix dans notre échantillon. La Wallonie avec Bruxelles, car cibler la Belgique et n'interroger personne dans le Nord du pays n'est pas imaginable. Le Nord et le Sud de la Belgique fonctionnent politiquement et pédagogiquement différemment au niveau de cette problématique, comme certaines personnes interrogées l'ont expliqué. Ne parlant pas le néerlandais et n'ayant pas de connaissances en Flandre, nous ne nous sommes donc naturellement pas tournés vers des personnes néerlandophones et aucune personne de ce profil ne nous a été conseillée ou ne s'est tournée vers nous pour participer à l'étude. Nous préférons donc avoir une étude plus ciblée et d'autant plus développée, sur un territoire plus limité.

Tableau 2 : Critères de sélection des répondants

	Critères de sélection
Les soignants actifs à l'hôpital	Être un homme ou une femme ; Être titulaire du diplôme infirmier belge ; Exercer la profession infirmière dans une institution hospitalière depuis maximum 10 ans ; Exercer dans une institution hospitalière située en Wallonie ou à Bruxelles ; Penser à arrêter la profession dans le milieu hospitalier.
Les soignants qui ont arrêté la profession en milieu hospitalier	Être un homme ou une femme ; Être titulaire du diplôme infirmier belge ; Avoir exercé la profession infirmière à l'hôpital durant maximum 10 ans dans une institution située en Wallonie ou à Bruxelles ; Avoir arrêté la profession infirmière en milieu hospitalier.
Les soignants qui n'ont jamais commencé la profession en milieu hospitalier	Être un homme ou une femme ; Être titulaire du diplôme infirmier belge ; Ne jamais avoir exercé la profession infirmière en milieu hospitalier, en tant que professionnel engagé.
Les témoins privilégiés	Être un homme ou une femme ; Exercer la fonction de manager dans une institution hospitalière située en Wallonie ou à Bruxelles.
L'expert	Être un homme ou une femme ; Avoir rédigé des ouvrages sur le sujet ; Avoir une expertise sur le sujet de la recherche.

Nous avons eu recours à deux méthodes d'échantillonnage. Grâce à nos critères de sélection, nous savions quels profils de répondants nous voulions interroger, nous avons donc eu recours à une méthode d'échantillonnage intentionnel, qui consiste à sélectionner les répondants en fonction de caractéristiques représentant la population étudiée (Fortin & Gagnon, 2022, p. 262). Pour cela, nous avons d'abord interrogé des personnes de notre entourage proche et moins proche qui correspondaient aux profils recherchés et avons pris contact avec des personnes dont nous avons trouvé le nom, en réalisant des recherches sur les profils désirés.

Cependant, les profils recherchés n'ont pas tous été simples à trouver, car les critères de sélection étaient assez précis et limitaient les possibilités, surtout pour les acteurs principaux. L'échantillonnage par réseau, aussi appelé en boule de neige, a donc également été utilisé. Cela consiste à demander aux répondants que l'on a interrogés de nous fournir le nom d'autres personnes qui, selon eux, possèdent les mêmes caractéristiques que celles pour lesquelles ils ont été choisis, ou s'ils connaissent des personnes possédant les critères de sélection recherchés pour d'autres profils (Fortin & Gagnon, 2022, p. 262).

3.5. Profils interrogés et taille de l'échantillon

Au niveau des acteurs principaux, nous avons recherché les 3 profils présents dans la question de recherche. Nous avons donc cherché des titulaires du diplôme infirmier en Belgique qui travaillent actuellement à l'hôpital depuis maximum 10 ans et qui pensent à arrêter la profession dans ce milieu ; des titulaires du diplôme infirmier en Belgique qui ont travaillé en tant qu'infirmier à l'hôpital durant maximum 10 ans et qui aujourd'hui ne travaillent plus dans le domaine à l'hôpital ; des titulaires du diplôme infirmier en Belgique qui n'ont jamais travaillé en tant qu'infirmier à l'hôpital.

Au niveau des témoins privilégiés, nous avons décidé d'interroger des personnes ayant un lien étroit avec la problématique, qui sont plutôt impactées par celle-ci. Nous nous sommes donc tournés vers des personnes ayant un emploi de management au sein d'un hôpital, c'est-à-dire des cadres, directeurs de département infirmier ou encore directeurs d'hôpital, car ces personnes sont directement touchées par ce sujet. Elles doivent travailler tous les jours avec cette problématique et essayer de trouver des solutions pour permettre une situation stable dans leur institution.

Pour finir, nous avons interrogé un expert. Suite à nos recherches théoriques, nous nous sommes rendu compte qu'une personne a rédigé plusieurs articles sur le sujet, est assez présente dans les médias et soutient la cause infirmière. Il nous était, dans tous les cas, important de pouvoir bénéficier de l'avis d'une personne experte dans le sujet, car les données récoltées allaient être d'autant plus fiables et riches de données plus théoriques, mais également de terrain. Cet expert a donc été choisi pour son profil, son parcours professionnel, étant passé d'infirmier à doctorant puis à post-doctorant, professeur d'université et autres.

Vous trouverez en Annexe 2 un tableau reprenant les profils détaillés des répondants.

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, celle-ci n'était pas prédéterminée au début de l'étude, mais nous nous étions fixé d'interroger 3 à 4 personnes par catégorie. C'est-à-dire 3 ou 4 infirmiers qui travaillent actuellement à l'hôpital depuis maximum 10 ans mais qui pensent à arrêter, 3 ou 4 personnes qui n'ont jamais travaillé en tant qu'infirmier à l'hôpital, 3 ou 4 infirmiers qui ont travaillé maximum 10 ans à l'hôpital mais qui aujourd'hui ne travaillent plus dans ce secteur, 3 ou 4 témoins privilégiés et un ou deux experts. Pour les deux premiers profils et les témoins privilégiés, la quatrième personne interrogée a été celle de la saturation. C'est-à-dire que les réponses devenaient répétitives et peu de nouvelles informations s'ajoutaient (Fortin & Gagnon, 2022, p. 267). Les personnes qui ont arrêté de travailler dans le milieu hospitalier avec une carrière de moins de 10 ans sont plus difficiles à trouver, c'est pourquoi trois personnes seulement avec ce profil ont été interrogées.

3.6. Processus de recrutement

Afin de recruter les répondants à notre étude, nous avons pris contact par mail avec toutes les personnes que nous souhaitions interroger. Pour ce faire, nous nous sommes présentés, avons exposé la problématique du travail ainsi que le but de l'étude et l'objectif de l'entretien (Fortin & Gagnon, 2022, p. 165). Le contenu du formulaire de consentement était présenté par écrit afin qu'ils puissent prendre connaissance des tenants et aboutissants de l'étude et éventuellement discuter de certains points avec nous (Fortin & Gagnon, 2022, p. 252). Nous avons ensuite demandé si un rendez-vous était possible et avons laissé le libre choix à la personne du lieu de l'entretien, en faisant bien évidemment attention à ce qu'il soit adapté, c'est-à-dire calme et agréable (Fortin & Gagnon, 2022, p. 165).

3.7. Déroulement des entretiens

Seize entretiens d'une durée de 30 à 60 minutes ont été réalisés. Avant chaque entretien, un formulaire de consentement a été signé par les répondants après qu'ils aient reçu de notre part et aient bien compris toute l'information relative à leur participation à ce travail (Fortin & Gagnon, 2022, p. 160). Quinze d'entre eux ont pu être enregistrés et par la suite retranscrits intégralement pour bénéficier d'un corpus textuel. L'enregistrement à l'aide du téléphone nous permettait d'être pleinement concentrés sur l'entretien et de pouvoir interagir avec la personne (Fortin & Gagnon, 2022, pp. 348-349). Quatre entretiens ont été réalisés en face à face dans des endroits calmes, à l'abri de passage et de bruit, au choix de la personne interrogée et 11 ont été réalisés en distanciel via un canal de communication nommé « Teams » par facilité et gain de temps. Un questionnaire a malheureusement dû être rempli par écrit, la personne à interroger

n'ayant pas le temps de nous rencontrer. Cependant, ce questionnaire a été revu et complété après avoir reçu un complément d'informations par retour de mail, car son profil était très intéressant pour notre étude et difficile à trouver. Les personnes interrogées ont toutes un lien et une expérience dans le domaine de notre problématique.

Dans une étude qualitative, l'écoute est plus importante que la parole. C'est pourquoi les questions sont ouvertes, de sorte à ce que le répondant parle et transmette son vécu un maximum, pendant que le chercheur écoute et ne prenne la parole que lorsqu'une précision ou un approfondissement est nécessaire. Afin que le répondant ne se sente pas seul, nous avons employé des signes de tête affirmatifs, ainsi que de courtes participations pour montrer que nous l'écoutions activement et que ses réponses allaient dans le sens de la question (Fortin & Gagnon, 2022, p. 165).

3.8. Consentement

N'ayant pas à interroger des patients ou des soignants sur leur lieu de travail, aucun recours à un comité d'éthique n'a eu lieu pour la réalisation des entretiens et de l'étude.

Cependant, comme expliqué plus haut, un formulaire de consentement a été créé et signé par tous les répondants avant qu'ils ne soient interrogés, afin qu'ils soient informés de l'objectif de la recherche (Fortin & Gagnon, 2022, p. 36) et de leur participation à celle-ci (Fortin & Gagnon, 2022, pp. 130-131). Nous avons dès le départ décidé d'anonymiser les données, car nous ne ressentons pas l'importance de citer le nom des répondants à cette étude, du moment que leur profil est bien expliqué et cohérent vis-à-vis de notre échantillon. Vous retrouvez ce formulaire et son contenu en Annexe 3 de ce travail.

3.9. Méthode d'analyse des données

En ce qui concerne la méthode d'analyse des données, une retranscription de tous les entretiens, intégralement en verbatim et à la main, a été réalisée pour permettre de disposer de toutes les informations nécessaires et pour ne modifier aucun propos (Fortin & Gagnon, 2022, p. 166 et p. 329). Cette retranscription intégrale nous a permis d'appliquer l'outil d'analyse des données qu'est l'analyse thématique. Elle consiste à traiter le contenu des données narratives de manière à en découvrir les thèmes saillants et les tendances qui s'en dégagent (Fortin & Gagnon, 2022, p. 363).

Les résultats sont décrits à l'aide d'une analyse thématique qui poursuit deux buts. D'abord, identifier les thèmes présents. Ensuite, mettre les différents thèmes repérés en relation, en

interpréter la présence ou l'absence, en discuter l'importance, la récurrence (Fortin & Gagnon, 2022, p. 334 et p. 347). L'analyse thématique « n'a pour fonction essentielle ni d'interpréter, ni de théoriser, ni de dégager l'essence d'une expérience. Elle est d'abord et avant tout une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus » (Paillé & Mucchielli, 2003 : p. 136). Les résultats sont décrits sans aucune interprétation. Nous avons procédé à une première analyse de la totalité des entretiens, pour ensuite lister tous les thèmes qui apparaissaient et procéder à des regroupements. Nous avons donc réalisé une « thématization en continu » (Darrot & Dupreux, 2003).

Nous avons ensuite comparé les données récoltées lors des entretiens avec les données théoriques du cadre théorique, afin de réaliser notre discussion.

Des recommandations ont également été dressées en fin de travail, étant donné le fait que bon nombre de répondants en ont abordé durant l'entretien, et que celles-ci ont pu être confirmées et complétées par après, grâce à une recherche théorique complémentaire.

4. Résultats

Dans le cadre de notre exploration empirique, nous avons été amenés à réaliser plusieurs entretiens exploratoires auprès de diverses personnes ayant un lien avec notre thématique. Les personnes interrogées étant toutes liées, de près ou de loin, à la profession infirmière à l'hôpital.

4.1. Parcours scolaire

4.1.1. Choix du bachelier infirmier

Aucune personne interrogée n'avait pour vocation de réaliser le bachelier infirmier en sortant des études secondaires. Certains ont hésité avec d'autres études : « Alors, au départ, je voulais faire kiné » (Répondant C (RC) Ligne 11 (L11)).

D'autres ont commencé un cursus, mais n'aimaient pas ou n'y arrivaient pas, donc se sont tournés vers les soins infirmiers : « Avant des études d'infirmière, j'ai fait une année d'économie » (RI L9).

Seuls les répondants A et F ont directement commencé le bachelier infirmier après leurs études secondaires. Mais ils se sont inscrits à la dernière minute, suite aux conseils de connaissances, et l'ont choisi par facilité scolaire : « Parce que je savais que c'était des études faciles et qui me permettaient d'avoir un job partout dans le monde. Un truc simple dans lequel je n'allais pas devoir trop réfléchir » (RA L9, 10).

Si les autres ont fini par choisir le bachelier infirmier, c'est parce que celui-ci offre un parcours court, avec de nombreux débouchés par après : « C'était des études courtes et tu pouvais faire tout ce que tu voulais après, en fait » (RB L16, 17).

Les répondants qui se sont tournés vers les soins infirmiers après avoir essayé autre chose, l'ont fait pour garder ce côté médical, soins de santé, aide à la personne : « Je voulais continuer dans les soins de santé et garder ce contact patient » (RH L11, 12).

4.1.2. Réflexion sur le choix du parcours académique

Peu nombreux sont ceux qui referaient les mêmes études s'ils pouvaient remonter le temps. La justification n'est pas toujours présente et lorsqu'elle l'est, est assez variée, mais rarement en lien avec le métier en lui-même : « Non. J'ai détesté l'école, j'aime bien le métier mais ce n'est pas non plus le métier de mes rêves » (RA L62, 63) ; « Parce que j'adore ce qu'on en fait, mais j'ai l'impression d'avoir perdu mon temps parce que du coup, là, je cherche à faire autre chose alors que j'ai un diplôme » (RD L100, 101).

Le répondant E met cependant en cause le métier. Lui qui a mal vécu ses études, ne souhaite en rien revivre la même chose : « C'était quatre années où j'étais pas bien. Avant chaque stage, j'avais des angoisses. Après chaque stage, je pleurais. Enfin, c'est... J'étais pas bien, quoi. Donc non, je ne recommence pas ce truc. Vraiment pas. Non » (RE L164 à 166).

Seuls les répondants C et J referaient les mêmes études. L'un a trouvé sa voie dans le pédagogique, et ne changerait en rien le parcours professionnel qu'il a eu depuis qu'il est sorti du bachelier. L'autre a choisi ces études dans l'objectif de réaliser un master, et ce bachelier lui a permis de s'ouvrir aux autres, étant une personne introvertie de base, ce qui lui confère beaucoup de positif dans sa vie de tous les jours : « Le bachelier d'infirmier m'a quand même fort transformée au niveau relationnel parce que je suis quand même quelqu'un d'assez introverti sur moi-même. Et le fait d'aller vers les gens, soigner les gens, ça m'a permis de m'ouvrir un peu au monde » (RC L28 à 30).

4.1.3. Sentiment en fin de bachelier

Trois formes de sentiment sont exprimées par les répondants concernant la fin de leur bachelier.

Le mot qui revient le plus souvent lorsque l'on interroge les répondants qui ont fini le plus récemment leurs études est « épuisé ». « Épuisée mentalement et physiquement, au bord du gouffre, démotivée » (RA L16).

Certains ont ressenti une forme de fierté d'avoir réussi ce bachelier, qui leur a demandé beaucoup de travail et d'efforts : « Soulagée et contente de l'avoir fait finalement, même si c'était difficile » (RF L22).

D'autres se sentaient en confiance, prêts, reconnaissants de sortir du statut étudiant et de pouvoir se lancer en tant que professionnel : « En confiance » (RI L56). « Voilà, la complexité est là et j'ai pu apprécier toute la dimension des activités infirmières » (RJ L86, 87).

4.1.4. Sentiment quant au fait de commencer à travailler

Les avis sont assez diversifiés, mais les répondants ayant réalisé leur bachelier en trois ans sont plus nombreux à se sentir prêts à travailler en sortant du bachelier. Notamment le répondant K : « J'ai commencé assez vite dans un service qui me plaisait. Donc, c'est vite devenu une espèce de routine, un truc qui me paraissait assez logique » (RK L32, 33).

Tandis que les répondants ayant réalisé leurs études en 4 ans, qui, mis à part un répondant : « J'ai quand même tout de suite commencé à travailler parce que je me sentais prête » (RC L32,

33), ne se sentaient pas prêts ni préparés à commencer à travailler en sortant des études : « Non, c'est pour ça que j'ai fait d'abord volante et j'ai demandé un poste sans responsabilités avant mon voyage parce que je ne me voyais pas du tout travailler tout de suite » (RA L26L27).

Nombreux sont ceux qui ont continué des études après leur bachelier, en sachant que si toutefois ils commençaient la profession, ce ne serait pas pour la pratiquer jusqu'à la pension : « J'ai su assez vite pendant mes études et encore plus à la fin de mon année que je n'allais pas faire ça forever » (RI L56, 57).

Même le répondant A, qui a directement commencé à travailler après son bachelier, explique : « Que ça allait être compliqué et que je n'allais pas vouloir faire ça toute ma vie » (RA L37).

Ceux qui ont travaillé en tant qu'étudiant dans les soins, comme les répondants I et J, se sentaient davantage prêts à commencer à travailler : « Déjà fin de ma troisième année, je jobais à l'hôpital, donc ça ne m'a jamais voilà, c'était assez naturel » (RJ L93, 94).

Les répondants B et F expliquent avoir été sur leur faim quant au côté extrahospitalier de la profession, la santé communautaire, notamment, n'a pas été très développée durant le cursus. C'est pourtant une part importante du métier, qui peut être une voie à prendre en finissant le bachelier : « Et je trouvais que l'aspect santé communautaire, on n'en parlait pas assez » (RB L41, 42).

4.1.5. Vision du métier avant les études

La vision du métier d'infirmier par les répondants, avant de débiter leur bachelier infirmier, est plus souvent une image valorisée : « J'avais une image je crois très comment dire, très valorisée, très prisée, très mise en avant » (RB L21, 22).

Avec un prendre soin du patient présent, une profession remplie de relations, plus que de soins à la personne : « Je pensais que l'infirmier, c'était vraiment accompagner le patient, relation avec le patient, que vraiment soigner » (RC L23, 24).

Avec une bonne ambiance dans l'équipe : « Donc oui, au départ, je pensais que l'ambiance d'équipe était incroyable, bienveillante plein de bonnes ondes » (RD L43, 44).

Un travail humain dont les gens sont reconnaissants : « Moi, j'avais la vision de l'infirmière qui vraiment prend soin de l'autre, qui est là pour ses patients, qui fait un travail hyper humain et dont les gens sont assez reconnaissants » (RF L18 à 20).

Certains répondants expliquent qu'ils n'avaient pas du tout conscience de l'existence du métier en dehors de l'hôpital, et qu'ils ont appris tout le côté extrahospitalier grâce au bachelier : « Je voyais ça vraiment comme un métier : infirmière hospitalière, j'avoue que je n'arrivais pas vraiment à imaginer tout ce qui était extrahospitalier aussi » (RI 51 à 53).

Seul le répondant H avait une image dégradante de l'infirmier en commençant les études : « J'avais une vision assez dégradante du métier. Les paroles qui m'entouraient, étaient principalement que j'allais simplement servir à laver des gens et à ramasser leurs excréments » (RH L15, 19, 20).

4.1.6. Vision du métier après les études

La vision du métier d'infirmier a changé pour tous les répondants à la fin du bachelier. Ils sont pour la plupart sortis de leurs études avec une image plus négative que celle qu'ils avaient en commençant : « Une mauvaise image. Tu as des responsabilités mais tu n'as pas du tout une image valorisée » (RA L39 à 41).

Ce pour quoi certains ont commencé le bachelier, c'est-à-dire le contact et la relation avec le patient, ne sont finalement pas très présents dans les soins actuels à l'hôpital : « Moi, je pensais qu'on pouvait prendre le temps, qu'on pouvait être là pour eux. Et c'était quand même une grosse claque dans la figure de me dire, en fait, non » (RE L66 à 68).

Certains ont pris conscience de la place que prend la profession dans une vie sociale et de couple : « J'ai l'impression que le côté privé prend beaucoup le dessus sur la carrière professionnelle en tant qu'infirmière » (RD L69, 70).

La bonne ambiance imaginée dans les équipes n'est en fait pas si bonne que cela : « Je voyais un peu les tensions dans les équipes, et moi, c'était une atmosphère où j'avais pas envie de travailler, finalement » (RF L44, 45).

Cependant, deux répondants ont préféré leur vision en sortant des études plutôt qu'en commençant : « Elle était davantage positive (...) mon image a évolué avec ça » (RJ L104, 113, 114).

Le répondant H a découvert un métier rempli d'humanité dont il était admiratif mais nous a dit : « Je n'étais quand même pas satisfaite pour ma vie personnelle » (RH L31).

Le répondant E y a également vu du positif : « Positif dans le sens où j'ai remarqué qu'une infirmière ce n'est pas seulement à l'hôpital, on peut vraiment, enfin c'est vaste et varié comme il y a beaucoup de chemins différents que juste hospitalier » (RE L63 à 65).

4.2. Raisons de l'arrêt de la profession

Les raisons de l'arrêt ou de la volonté d'arrêt de la profession dans le milieu hospitalier sont assez différentes et personnelles entre chaque répondant, même si certaines mêmes raisons reviennent à plusieurs reprises.

Ceux qui travaillent actuellement ont tous l'envie d'arrêter la profession en milieu hospitalier. Ils savent qu'ils ne pratiqueront pas ce métier toute leur vie. Pour le répondant C, cette envie n'est pas quotidienne : « Mais il y a des jours où je me dis que j'en ai marre » (RC, L64, 65).

Cependant pour les répondants A et D, elle l'est : « Je sais que je ne vais pas faire ça toute ma vie. En tout cas, je ne me le souhaite pas. C'est fatigant, tu te pètes le dos, tu n'as pas un salaire valorisé, tu n'es pas valorisé tout court. Et au bout d'un moment, c'est trop de stress » (RA L56, 57, 59, 60).

Ceux qui ont le diplôme et qui ne travaillent pas encore, n'ont pas commencé la profession car ils avaient besoin de faire une pause entre les stages sans vie sociale, qu'ils avaient besoin de recréer, et l'hôpital est pour eux un lieu anxigène dans lequel ils n'ont pas envie de travailler : « Pas forcément, non. Parce que c'est vrai que l'hôpital, ça me rend un peu anxieuse quand même et stressée. Enfin, souvent, j'ai la boule au ventre. Je sentais que j'avais besoin de faire une pause et de retrouver un peu ma liberté, de me recréer une vie sociale aussi » (RF L74, 77, 78, 94, 95).

Ceux qui n'ont jamais travaillé en tant qu'infirmier n'ont jamais commencé, car ils y ont découvert un métier ni reconnu, ni mis en avant dans la société, ainsi que des aspects non négligeables comme les horaires et le salaire, avec des conditions difficiles. Ils n'ont pas eu la motivation ni la passion de continuer dans ce secteur : « De plus, j'ai pu constater la méchanceté du personnel infirmier, que ça soit entre eux ou avec les étudiants et souvent de manière gratuite » (RG L29, 30).

Une raison commune aux trois répondants qui ont arrêté la profession est l'agencement vie privée-vie professionnelle. Parfois pour la famille, parfois pour un hobby. Mais il y a également la carrière, le manque de reconnaissance et la valorisation du master qui ont fait pencher la balance : « Première chose, c'est au niveau de la carrière. Moi, je voulais pouvoir évoluer. (...)

Avoir un mari anesthésiste, c'est très bien, mais si on a deux horaires compliqués pour gérer. (...) Et la reconnaissance, il n'y a rien à faire » (RI L110 à 114).

Lorsque l'on interroge les témoins privilégiés et l'expert sur le sujet, ils ont chacun un avis bien précis, avec parfois tout de même des points de convergence dans leurs propos. Notamment l'impact qu'a la profession sur la vie privée, les absences courantes des collègues et l'incapacité de l'institution d'y pallier, donc la charge de travail qui augmente, et le stress de ne pas faire correctement son travail ou de ne pas avoir le temps de tout faire. Et quand une solution de remplacement est trouvée, c'est via des intérimaires, qui peuvent créer un climat d'insécurité. Sans oublier le manque de reconnaissance avec une mauvaise image médiatique et de mauvaises conditions de travail.

Le répondant L pense que ceux qui quittent ne trouvent sûrement pas leur compte en termes d'épanouissement personnel, au niveau des valeurs. Alors que le répondant M parle : « D'avoir un idéal frustré au quotidien. Et donc, ce pour quoi on est formé, et ce qu'on réalise au quotidien, il y a un écart entre un idéal et une pratique, et que la tension entre ces deux écarts conduit généralement à une espèce d'épuisement, ou une dépersonnalisation » (RM L20 à 23).

Les répondants M et P abordent également le manque de perspective globale avec un manque d'autonomie, de leadership et d'implication dans l'institution.

Le répondant N explique que dans son institution, 50 % des infirmiers partent à cause de l'ambiance dans l'équipe, qui n'est pas toujours bonne, 30 % repartent à l'étranger et 20 % partent à cause d'un problème de santé ou dû à un déménagement. Les étudiants de dernière année de l'école dans laquelle il s'est rendu il y a peu, parlent de continuer les études, d'une peur de se lancer dans le monde du travail, et beaucoup veulent faire indépendant, pensant que ce sera plus facile et qu'ils gagneront plus d'argent.

Le répondant O trouve que : « La valorisation des heures irrégulières est tout à fait anormale » (RO L32, 33), et que cela pousse les infirmiers à partir.

Selon l'expert et les données scientifiques, les points mis en cause sont tout d'abord les conditions de travail : « Avant la pandémie, c'est un infirmier sur dix, déclarait qu'il voulait quitter la profession infirmière dans les un an. Et au pic de la quatrième et cinquième vague, on était à quasiment 45 % » (RP L55 à 57).

Il y a également un manque d'autonomie et un manque de leadership. Il parle d'un cercle vicieux dû à la charge de travail augmentée, les infirmiers laissent plus de soins sur le côté,

notamment les soins humains qui sont pourtant les principales raisons pour lesquelles ils font ce métier : « Et donc, après, elles ont une perte de sens. Plus quand même une pénibilité physique » (RP L72, 73).

4.3. Revendications des infirmiers

Les revendications des infirmiers interrogés sont souvent similaires, avec parfois quelques nuances en fonction du vécu de la personne.

La revalorisation salariale est souvent la première revendication abordée dans les entretiens, avec une même justification, le salaire doit être adapté à la responsabilité, au fait que les infirmiers soient en première ligne, que ce soit un métier pénible et qu'il y ait des répercussions sur le physique et le psychologique : « Alors, je pense que la première chose que les infirmières revendiquent, c'est le salaire par rapport à la responsabilité » (RD L144, 145) ; « Liée au travail pénible. Puisqu'au final, elles ont quand même des conséquences sur leur physique, le mal de dos, sur la santé mentale aussi. J'ai dit le burn-out, dépression, chaque service j'en ai croisé » (RE L198 à 200).

Les témoins privilégiés parlent plutôt d'une adaptation du salaire via une reconnaissance des heures inconfortables, comme le répondant L le dit : « Financièrement, je pense que ça ferait du bien de reconnaître encore plus des primes sur le travail, sur les week-ends, les nuits » (RL L220 à 222).

Les revendications qui reviennent le plus chez les infirmiers eux-mêmes sont la reconnaissance du métier lourd et une revalorisation du métier : « Il y a aussi le fait d'être reconnu comme métier lourd. Vu que les profs sont reconnus métier lourd mais pas nous. Et une revalorisation du métier » (RA L114, 115, 116).

Mais également de meilleures conditions de travail, revendication qui ne peut en être une pour le répondant C qui explique que : « Sur papier, on était bien au courant avant. Revendiquer ça, je trouve ça compliqué parce que tu ne peux pas prendre en charge un patient à partir de 9h du matin jusqu'à 16h de l'après-midi. Donc oui, je pense que c'est un choix de travailler dans la profession infirmière » (RC L164, 166 à 168).

Une revalorisation des compétences, de la société, une reconnaissance de la population, comme l'explique le répondant D : « Parce que j'entends encore beaucoup de gens dire, ça ne me touche pas trop parce que je sais que je vais changer de métier, mais les infirmières qui travaillent plus

longtemps et qui sont fatiguées dans le fond, elles me disent : « Ah, mais de toute façon, toi tu laves des gens » » (RD L153 à 156).

Ce qui manque à beaucoup d'infirmiers, selon le répondant E : « C'est ça que la plupart des infirmières, ce qui leur manque, c'est vraiment ce contact avec leurs patients. Cette sensation de bien faire les choses. Il y en a beaucoup qui me disent : « Moi je cours, je n'ai plus le temps de faire les choses comme j'aimerais les faire » » (RE L192 à 195).

Une reconnaissance sociétale : « Une reconnaissance de leur titre » (RJ L178) ; et des médias : « C'est un métier qui est en pénurie, donc c'est vrai que quand les gens voient ça à la télé, que c'est un secteur, enfin c'est en pénurie et tout ça, et qu'ils sont souvent en sous-effectifs, du coup il y a une grosse charge de travail et tout, ben ça ne donne pas envie en fait » (RF L135 à 138).

Le répondant F n'a pas envie de devenir un infirmier désagréable avec ses patients à cause de la surcharge de travail et le répondant K met en avant qu'il n'y a pas que le salaire, mais aussi la qualité du travail, de meilleures conditions et de gros horaires sans récupérer : « Moi, j'ai l'impression que ce n'est pas vraiment que salarié. (...) J'ai vraiment l'impression que c'est la qualité du travail plutôt que le salaire » (RK L120, 121, 124).

Tous ont été en stage, donc ont vécu comme des infirmiers sur le terrain. Certains parlent de leur vécu actuel, d'autres donnent leur avis suite à des discussions avec des connaissances infirmières, d'autres donnent simplement leur avis sur la question, suite à leur vécu passé et présent.

Les témoins parlent également de reconnaissance pour les infirmiers, que ce soit dans leur métier, dans leur capacité à réfléchir. De la pénibilité et de la complexité du travail, mais également des conditions de travail dans le sens : « Est-ce que les gens veulent quitter le travail en ne ramenant pas leur charge émotionnelle à la maison ? » (RM L195, 196). Le répondant M explique que le problème avec les revendications des infirmiers, c'est que : « C'est le plus grand groupe professionnel, et c'est le seul groupe qui n'est pas uni » (RM L182, 183). Le répondant N dit qu'ils veulent : « Revenir aux tâches pour lesquelles ils ont étudié, qui leur donnent du sens » (RN L385, 386).

L'expert explique qu'en Wallonie, seulement 4 à 5 % des infirmiers sont affiliés à une association professionnelle. Ils n'ont donc aucune représentativité et ne sauraient faire des

miracles. Même chose pour les organisations syndicales, qui ont beaucoup plus de moyens que les associations professionnelles, mais lorsqu'ils voient qu'il y a peu d'affiliés, ne voient pas l'intérêt de défendre la profession.

4.3.1. Avis sur la profession infirmière

La plupart des infirmiers interrogés n'ont aucun problème avec la profession infirmière en tant que telle. Au contraire, ils aiment le métier, ils aiment la pratique, ils aiment ou ont aimé être infirmier et prendre en soin les patients.

Les infirmiers qui pratiquent actuellement à l'hôpital et ceux qui ont le diplôme, mais qui ne travaillent pas encore, ont un avis commun, les conditions dans lesquelles ils pratiquent leur profession et tout l'environnement qu'il y a autour leur font perdre cette envie de pratiquer : « J'aime mon métier, je n'aime pas les conditions dans lesquelles je le fais » (RA L216). « J'aime ce que je fais, mais c'est tout autour. Moi, ça me bouffe » (RC L75).

Ce qui dérange ceux qui ont arrêté de travailler est assez propre à chacun et correspond aux raisons de l'arrêt de la profession : « C'est-à-dire, j'ai fait des choix par rapport à ma situation de vie. Et donc, voilà, enfin, et par rapport aux opportunités aussi, j'ai cherché à valoriser mon diplôme » (RJ L238, 239). « Ce manque de reconnaissance, et surtout au niveau de comment évoluer dans l'hôpital en tant qu'infirmière, reste compliqué » (RI L230 à 232).

4.3.2. Changements

Certains répondants auraient pu rester dans la profession si des choses avaient été mises en place durant leur formation ou le temps qu'ils ont travaillé en milieu hospitalier. Des changements, comme une meilleure considération de la part des autres soignants, est une raison mentionnée à plusieurs reprises : « On considère beaucoup trop le personnel médical comme étant « esclave » » (RG L36, 37).

Le salaire revient également comme un sujet important dans cette prise de décision : « Je pense que si le salaire avait été plus élevé, si j'avais ressenti plus de reconnaissance, ça aurait peut-être changé les choses » (RH L45, 46).

Tout comme les horaires d'après le répondant I : « D'avoir plus une reconnaissance de l'équipe médicale. (...) Les horaires qui ne sont pas faciles et la flexibilité et le salaire » (RI L123, 124).

Cependant le répondant K explique : « Moi, je ne connais pas beaucoup d'infirmiers qui ont fait ces études-là pour être millionnaires. Donc, j'ai plus l'impression que tu laisses le même salaire, mais que tu améliores la qualité de travail, donc simplement en augmentant le nombre, par exemple, de collègues, ça aurait beaucoup plus de sens » (RK L80 à 83).

Pour le répondant F : « Ce n'est pas mettre que l'extrahospitalier à la fin mais le mettre plus tôt pour avoir plus de vision » (RF L106, 107). Beaucoup de gens arrêtent en début de cursus ne sachant pas que beaucoup de portes existent en dehors de l'hôpital, et il trouve cela dommage.

4.3.3. Sentiment dans la profession actuelle

Les personnes qui n'ont jamais commencé ou qui ont arrêté de travailler en tant qu'infirmier se sentent très bien dans leur profession actuelle, elles se sentent à leur place. Elles sont convaincues d'avoir fait le bon choix, en mettant quelques fois en avant la perspective d'évolution et de carrière. Les principales justifications sont les horaires confortables de leur profession, la capacité à pouvoir gérer la vie professionnelle et personnelle, une bonne reconnaissance et de l'autonomie : « Aujourd'hui, je me sens à ma place. J'ai une perspective d'évolution au sein de mon travail. J'apprends chaque jour de nouvelles choses et je me sens appréciée à ma juste valeur. En plus de cela, j'ai des horaires confortables me permettant d'avoir un équilibre avec ma vie privée » (RG L40 à 42).

Le répondant H a gardé le contact patient et en est très satisfait : « Je me sens très bien et je suis certaine d'avoir fait le bon choix dans ma carrière. J'ai des horaires convenables (...), j'arrive à gérer vie privée et boulot. Je suis totalement satisfaite de mon salaire et j'ai réussi à garder ce contact patient, ce qui était le plus important pour moi. Donc oui, je suis certaine à 100% d'avoir pris les bonnes décisions » (RH L58 à 62).

Depuis que le répondant E a coupé tous les liens avec la profession infirmière, il se sent mieux. Il aimerait d'ailleurs trouver un métier dans le médical : « Maintenant, ça fait un an, je dirais que je me sens mieux, clairement. J'aimerais bien continuer dans le domaine médical, parce que ça me plaît quand même » (RE L172, 176, 177).

Les propos des infirmiers qui travaillent actuellement à l'hôpital sont plutôt mitigés. Ils expliquent que c'est assez fluctuant : « Aujourd'hui ça va, il y a deux mois, ce n'était pas ça mais maintenant, je ne veux plus démissionner, donc ... » (RA L45, 46).

Les raisons sont cependant assez différentes. Pour le répondant A, ce sont les médecins qui sont en cause : « Parce que là, je sais qu'il y en a un qui a fait une erreur et que ça va nous retomber dessus alors que c'est lui qui a fait l'erreur (RA L50, 51) ».

Pour le répondant C, c'est parfois à cause de l'équipe, parfois à cause des patients ou du métier en général. Le répondant B ne voit pas de perspectives ni d'évolution où il travaille, il aime beaucoup ce qu'il fait, mais ressent le manque d'initiative, la demande de rendement et la charge mentale que demandent les patients. Le répondant D, en tant qu'intérimaire, ne choisit pas toujours où il travaille, ce qui joue beaucoup dans la balance : « Parfois, je n'ai pas le choix en tant qu'intérimaire d'aller travailler à des endroits où j'ai moins envie d'aller, mais il faut que je travaille pour gagner ma vie, et du coup, je les accepte, et à chaque fois que je rentre chez moi, je me sens mal » (RD L77 à 79).

4.4. Situation des infirmiers

Les témoins privilégiés interrogés sur la question de la situation actuelle des infirmiers en Belgique la décrivent tous en pénurie et comme une situation étant « compliquée », mais rappellent que celle-ci n'est pas nouvelle et qu'elle existe déjà depuis plus de 20 ans dans le pays. L'expert parle même d'un début de pénurie dans les années 1960.

Plusieurs témoins justifient la situation par des raisons communes comme le fait que les études soient passées de 3 à 4 ans sans valorisation académique : « On est passé de 3 ans à 4 ans. (...) C'est pas mal qu'on professionnalise les études d'infirmière, mais on a fait tout à l'envers en Belgique » (RN L59 à 61) ; « le cadre légal n'est pas clair » (RM L14).

Une autre raison est que c'est un métier essentiellement féminin : « Je dirais que pour les femmes, faire un travail à pause avec des enfants ou maman solo ou maman en famille, c'est vraiment très compliqué. Structurellement, c'est vraiment très compliqué de concilier sa vie personnelle et sa vie professionnelle » (RL L17 à 19, 21, 22).

Le répondant M utilise plutôt le mot de « particulière », car la force de travail est présente mais n'est pas disponible : « Ça veut dire que quand on regarde les personnes qui sont en ordre pour pouvoir exercer l'art infirmier, c'est qu'il y a à priori suffisamment de personnes, mais malheureusement, tout le monde ne travaille pas dans le secteur, dans les soins » (RM L8 à 10). Il explique par ailleurs que les plaintes des infirmiers aujourd'hui sont les mêmes que les plaintes d'il y a 20 ans.

Le répondant N parle également de l'impact du Covid et des images diffusées dans les médias : « Les médias nous ont desservis » (RN L57). Il explique que, selon lui, les infirmières n'arrêtent pas de se plaindre et : « Elles se tirent une balle dans leur métier » (RN L105), car en plus de cela, elles ne considèrent pas les étudiants à leur juste valeur : « Je trouve qu'on ne prend plus assez le temps pour les stagiaires, alors que prendre du temps, c'est en gagner » (RN L113, 114).

L'expert ajoute que la pandémie de Covid : « a mis un creux énorme sur cette pénurie. Et l'effet marquant surtout de la pénurie, c'est que 40 % des infirmières ne travaillent plus dans les soins de santé actuellement. Si on avait ces 40 % d'infirmières qui ont quitté les soins de santé, qui travaillaient dans les soins de santé, on n'aurait pas de pénurie en Belgique. Et donc c'est vrai qu'on a une durée médiane de carrière qui est de 10 ans. Et on a un autre effet qui est quand même le fait que 60 % des infirmières travaillent à temps plein, donc ça veut dire que 40 % travaillent à temps partiel, ce qui diminue la masse d'équivalent temps plein malgré tout » (RP L 145, 159 à 166). Il explique également que la situation en Belgique est plus grave en partie francophone qu'en partie flamande, à cause d'une différence culturelle.

4.4.1. Sur qui faudrait-il agir ?

Toutes les personnes interrogées sur la question ont le même avis. Il faut d'abord agir sur les personnes présentes actuellement dans les soins, les faire rester, donc faire de la rétention : « Bonne question. J'ai envie de dire qu'on peut agir sur chaque niveau, mais le niveau le plus important, je dirais que c'est quand même au niveau, pour l'instant, de celles qui travaillent actuellement, puisqu'au final, ce sont elles qui exécutent le travail, et pour l'instant, le problème pour moi il est là » (RE L218 à 221).

Ensuite, il faut agir sur les jeunes : « Mais évidemment, elles ont aussi besoin de support, donc il faut ramener des équipes, donc évidemment ça participe au même mouvement, il faut soulager le travail en étant plus nombreux, il faut fondamentalement, il faut encore augmenter les normes d'encadrement en mon sens dans les unités de soins » (RO L246 à 249).

Pour les personnes qui ont arrêté la profession, cela ne sert à rien d'essayer de les faire revenir, selon eux : « On les a trop dégoûtés ceux qui ne travaillent plus, qui ont arrêté après avoir pratiqué quand même un peu » (RA L172, 173).

L'expert résume bien la situation à lui seul : « En fait, c'est partout. C'est multidimensionnel. Donc, aller rechercher les gens qui ont quitté la profession infirmière, scientifiquement, c'est hyper compliqué de les faire revenir. Souvent, ils ont développé une qualité de vie qui est moindre, avec des horaires qui sont confortables. La clé, c'est de jouer sur les deux volets. (...) Donc il faut faire de la rétention avec des mesures fortes. Et alors, du coup, de facto, si on améliore la rétention, on va améliorer l'attractivité parce que les gens vont ... les infirmiers et les infirmières dans les médias qui vont être déjà plus satisfaits, plus contents. Et après, peut-être travailler quand même sur des slogans d'image pour les jeunes. Je pense qu'on a une image encore archaïque de la profession infirmière chez les jeunes. Les gens pensent qu'on est encore là à faire des soins d'hygiène basiques tout le temps » (RP L182 à 186, 188 à 190, 197 à 199).

4.5. Mesures

Peu d'infirmiers sont réellement au courant des mesures prises par le gouvernement concernant leur profession. Que ce soit ceux qui pratiquent : « Je ne suis pas du tout. Non parce que je trouve qu'il n'y a aucune mesure qui est bonne. À chaque fois qu'on en parle, ça me saoule » (RA L121, 142, 143) ; « Alors, moi, je ne m'intéresse pas trop aux mesures. Je dois avouer. J'ai autre chose à regarder pour le moment et à m'y intéresser. Comme je vais quitter le métier et qu'en plus, je vais changer de pays, égoïstement, ça ne me concerne pas » (RD L161, 162, 166, 167).

Comme ceux qui ne pratiquent pas : « J'avoue que pour l'instant, tout ce qui est lié au monde infirmier, je m'en éloigne » (RE L207, 208) ; « J'avoue ne pas être à jour au niveau des mesures gouvernementales concernant les soins infirmiers » (RH L70, 71).

Si l'on considère les deux mesures proposées pour aider les répondants à répondre à cette question, l'IFIC revient comme une mesure qui ne valorise pas du tout les études. Le fait d'avoir réalisé un bachelier de 3 ans ou de 4 ans n'a aucun changement sur le salaire. Mais cela concerne plus précisément les spécialisations : « Je ne vois pas pourquoi quelqu'un qui a fait une année de plus pour se former serait moins payé que quelqu'un... Enfin, serait payé de la même manière qu'une personne qui n'a pas fait cette formation » (RB L243 à 246).

Le répondant C qui travaille dans un service d'urgences et qui n'a pas la spécialisation est assez satisfait de cette mesure.

Le répondant J, ancien militant de la reconnaissance des spécialisations, est triste de cette mesure : « Et je vais dire, en tant qu'ancienne militante de la reconnaissance des spécialisations, forcément, je suis très triste. (...) D'un revers de la main, on balaie tout ça et sur base d'un portfolio ou de justifier d'une expérience utile suffisante » (RJ 198, 199, 200, 201).

Le répondant I explique que pour lui, avec les primes de nuits et de week-ends, les infirmiers ne sont pas si mal payés grâce à l'IFIC, cependant : « C'est plutôt la reconnaissance de la pénibilité derrière qui ne va pas avec le salaire qui est à côté » (RI L175, 176).

Pour les témoins privilégiés, l'IFIC est positif dans leur fonction, mais ils savent qu'en ce qui concerne les gens sur le terrain, tout le monde n'est pas valorisé. Selon le répondant M : « L'IFIC peut être une bonne chose. Malheureusement, l'IFIC en tant que tel ne tient pas compte de l'employabilité de la personne » (RM L236, 237). Il explique que c'est dramatique de payer de la même manière des gens formés ou pas. Aujourd'hui, dans les hôpitaux, chacun fait un peu son IFIC de son côté, attribue des avantages à droite, à gauche. Il conclut en disant que cela peut être une bonne chose, si utilisée intelligemment et qu'elle puisse encore évoluer.

L'IFIC a créé une distorsion selon le répondant N : « Ça, c'est vraiment une gageure et je pense qu'il n'aurait jamais fallu faire ça » (RN L429, 430).

L'expert explique que pour l'attractivité, l'IFIC est une bonne chose, car le salaire est augmenté en début de carrière, mais ce n'en est pas une pour la rétention, alors que c'est là que se situe le problème.

La deuxième mesure proposée est l'assistant en soins infirmiers. Les infirmiers trouvent que cette fonction vient dénigrer le métier : « Moi, je trouve que d'un, ça dénigre le métier d'infir » (RB L259, 260). Ils ne comprennent pas l'intérêt de créer une nouvelle fonction alors que finalement, les gens qui ont le diplôme infirmier, ils sont très nombreux, mais ils ne travaillent pas en tant qu'infirmier. Ils parlent d'une preuve d'une non reconnaissance de leur formation : « La responsabilité va pour les infirmières et que nos études ne sont pas reconnues à leur juste valeur » (RG L50, 51). Le répondant I conclut en disant : « Malheureusement, tant que la Belgique n'aura pas compris que c'est plutôt le métier qu'il faut revaloriser et arriver à faire rester les infirmières en repensant tout le paysage santé, on n'y arrivera pas » (RI L177 à 179).

Le témoin privilégié et répondant N, est très impliqué dans la mesure de l'assistant en soins infirmiers. Il explique que les Wallons ne sont pas contre au départ, mais du fait que les

Flamands aient fait différemment, cela n'a plus de sens. Ce qui ne va pas, c'est que le Ministre voulait mettre l'assistant en soins infirmiers au même niveau que l'infirmier alors qu'il n'aurait pas le même parcours scolaire. Finalement, c'est la loi qui pose problème, et grâce aux manifestations, la procédure a été interrompue.

Le répondant M nous a parlé d'autres mesures : « Il y a eu à un moment donné un financement d'un psychologue d'entreprise. (...) Le financement s'est arrêté puisque c'était pendant la période Covid. (...) Il y a une obligation de formation maintenant qui est valable pour tout le monde avec au minimum 5 jours par an. C'est très bien, mais en contrepartie, il n'y a pas de mesure compensatoire. (...) Il y a eu des études qui ont été lancées, il y a eu un éventail de bonnes pratiques qui ont été lancées aussi. Je pense qu'il y a de bonnes choses qui ont été lancées, mais il y a toujours un débat de se dire qu'est-ce qu'on met en place pour pouvoir permettre la bonne exécution de ces mesures ? Et quels sont les contrôles qui peuvent être mis en place ? » (RM L253 à 257, 259 à 263).

Le répondant O a abordé une mesure qui favorise le personnel retraité à rester au travail et la mesure des heures supplémentaires volontaires.

Pour finir, l'expert nous a présenté la mesure du Fonds Des Blouses Blanches, qui correspond à 400 millions d'euros investis afin d'augmenter les équivalents temps plein dans les services hospitaliers dans l'optique d'arriver à un ratio de maximum 8 patients par infirmier. Le but était d'augmenter les 5000 emplois dans les soins de santé, ce qui a plus ou moins été fait : « Environ 3300 ont été faits pour les infirmiers ETP, mais après, on a vu qu'il n'y en avait pas, ils ont investi cet argent pour du personnel de soutien, et 20% des hôpitaux... avouent qu'ils n'ont pas su augmenter les infirmières et les infirmiers dans les hôpitaux parce qu'en fait ils n'en ont pas trouvé quoi et ils ont utilisé ce fond pour autre chose par exemple des nouvelles chaises de manutentions ou des nouvelles manières de prendre les paramètres pour que ça soit automatisé dans les dossiers ou même ailleurs » (RP L225 à 230). Il explique également que cette mesure a été mise en place pendant une crise, et ce qui est mis en place pendant une crise doit être revu une fois la crise passée, ce qui n'a pas été le cas pour cette mesure.

Lorsqu'on leur a demandé ce que le gouvernement pourrait faire de plus pour les infirmiers, certains parlent de : « Mettre en place des mesures intéressantes » (RA L158), sans développer.

Le répondant B propose des mesures plus concrètes comme : « Former les personnes qui forment les étudiants dans les services » (RB L264).

La notion de création d'un ordre ou conseil infirmier revient à plusieurs reprises. La reconnaissance du métier lourd et une revalorisation générale, mais également salariale sont fréquemment mentionnées, même si le répondant F n'est pas persuadé que cela attirera plus les jeunes : « S'ils voient comme moi une mauvaise ambiance et tout, ben tu te dis, j'ai pas envie de travailler 40 ans comme ça. Et donc même si le salaire est bien, ça ne change rien, quoi » (RF L177 à 179).

Les horaires sont également mis en cause : « Je pense revoir les horaires. De faire des horaires adaptés en fonction des situations » (RD L172, 173).

Selon le répondant G, il faudrait recruter plus de personnel : « L'ajout des effectifs pourrait mener à des adaptations des horaires avec une amélioration du niveau et de la qualité de vie » (RG L56 à 58).

Il faut agir sur la rétention selon le répondant I : « Il faut trouver une meilleure chose pour attirer les gens et qu'ils restent surtout sur le long terme » (RI L202, 203).

Le répondant J ferait disparaître le brevet : « Pour ne plus qu'il n'y ait qu'une seule filière de formation » (RJ L207).

Selon le répondant K, il faut revoir l'image que les gens ont de l'infirmier et qu'ils arrêtent de dire : « Tu vas faire infirmier, en gros, tu vas laver des vieux » (RK L155, 156).

Les témoins parlent de notions similaires comme la reconnaissance sociale et sociétale des infirmiers. Pour le répondant M, ce sont : « Des meilleures conditions de travail. Et donc, une rémunération qui va en lien avec les responsabilités » (RM L271, 272). Ainsi qu'apporter une image médiatique et sociétale positive de la profession.

Le répondant N propose de ne mettre qu'une seule filière d'études avec une revalorisation au niveau master. Il dit aussi qu'il faudrait faciliter l'accès à la profession pour les pays étrangers.

Pour le répondant O, il faut : « Investir massivement sur la filière de formation. Je pense qu'il faut attirer les jeunes vers cette formation-là, quitte à la limite à payer les stages Il faut mettre le paquet dans cette filière » (RO L239 à 241).

Selon l'expert, ce qu'il faut, c'est une sorte de plan Marshall pluriannuel pour la population infirmière, qui devrait permettre d'augmenter la rétention en améliorant les conditions de

travail. De ce fait, il y aura une meilleure image, les infirmiers seront impliqués dans les décisions qui sont prises dans les institutions de soins. Il y a également le fait d'améliorer la formation continue, d'avoir un pouvoir additionnel, de l'autonomie. Tous ces concepts regroupent la notion d'hôpitaux magnétiques, afin d'améliorer la rétention et l'attractivité.

4.6. Hôpital

4.6.1. Situation dans les hôpitaux

En général, les dirigeants expliquent que la situation est très variable et change tous les mois. Un hôpital manque de 30 ETP, un autre a fermé 60 lits, ce qui représente 2 unités de soins fermées, dans le troisième, il y a l'équivalent d'une unité de soins fermée et dans le dernier, l'hôpital fonctionne complètement, mais la situation est tendue. Afin de pallier ces manques et de fermer le moins de lits possibles, les institutions doivent trouver des solutions. Ils en trouvent notamment dans les jobistes et l'intérim.

Les 4 institutions ont recours à des jobistes infirmiers et aides-soignants. En effet, ils coûtent moins cher que les intérimaires et, comme le dit le répondant O : « Là, on s'adresse à des futurs employés de l'institution » (RO L88).

Celui-ci est d'ailleurs le seul répondant à ne pas employer d'intérimaires dans son institution : « L'intérim nous pose problème sur un plan éthique, dans un secteur qui est en pénurie. Parce qu'on va décrocher du personnel infirmier d'endroits où ils sont. Parfois ils le font en plus, mais parfois ils vont limiter leur temps de travail pour pouvoir faire de l'intérim. Et on revend cette même force de travail dans l'hôpital en mettant des marges et de la TVA en plus. Et donc ça, c'est vraiment profiter d'une pénurie » (RO L64 à 68).

Le personnel retraité fait aussi partie des forces de travail à garder pour pouvoir faire tourner les services. Les témoins privilégiés se rendent compte qu'il est possible maintenant de recruter plus d'aides autres qu'infirmières, grâce notamment à la formation de 5 actes des aides-soignants ou encore aux aides logistiques. Ce personnel est plus facile à trouver et coûte moins cher que les infirmiers. Avec leur aide, l'infirmier peut se focaliser sur son réel travail, il s'éparpille moins et il en nécessite donc moins par service.

4.6.2. Ce que l'hôpital met en place

Les infirmiers qui travaillent actuellement présentent chacun ce que leur hôpital met actuellement en place. Cela passe par des réunions, un calendrier de l'avent à Noël, de nouveaux

projets, des groupes de discussion, des syndicats qui sont très présents : « En tout cas, il y a les syndicats qui mettent toujours en place des nouveaux projets, des groupes de discussion » (RD L120, 121).

Le répondant B parle plus en négatif de son hôpital : « Ils disent que oui, mais moi, je n'ai pas l'impression. En fait, tout est imposé pour l'instant » (RB L168, 182).

Lorsque quelque chose est demandé, la réponse automatique est qu'il n'y a pas de budget : « Après, on parle toujours, ça dépend toujours des budgets et c'est toujours l'argent qui bloque » (RD L121, 122).

Plusieurs avouent ne pas se renseigner plus que cela : « Non. Je t'avoue que moi, mon focus, c'est un master et avoir mon petit salaire à côté » (RC L101).

Les témoins privilégiés présentent également ce qui est mis en place dans leur institution. Partout, l'accent est mis sur le bien-être. Ils parlent notamment de journées bien-être pour le département infirmier : « Il y aura trois journées, en tout cas sur l'année 2024, trois journées bien-être département infirmier » (RL L158, 159).

Des fêtes du personnel, de nouvelles tenues de travail, des aides techniques, une culture d'entreprise afin de faire adhérer les gens, des aides technologiques : « On a mis en place une plateforme systématique qui transcrit tous les paramètres pris par des tours de paramètres vers le dossier infirmier avec un algorithme de pré-alerte » (RML123 à 125).

Des aides administratives et logistiques, le talentia : « Quand on a quelqu'un qui a envie de bouger ou qui a fait le tour, on essaie de le guider un peu plus dans le bon secteur là où il a envie d'être », des huiles essentielles dans les unités, les dirigeants aussi parlent de la difficulté au niveau financier : « mais il faut les moyens financiers, c'est compliqué pour l'instant dans les hôpitaux » (RN L344, 345).

Dans l'institution du répondant O, ils ne savent pas donner plus d'argent aux infirmiers vu les conditions financières actuelles des hôpitaux. À la place, ils proposent des aides uniquement pour le personnel comme une assistante sociale, un psychologue et un philosophe : « Il y a là tout un support d'intervenants qui certes ne vont pas m'amener 100 euros bruts par mois, mais qui vont travailler justement sur la relation au patient, les conditions de travail, l'éthique, le sens au travail » (RO L117 à 119).

Le répondant N explique : « Il y a des choses mises en place où les gens en profitent très peu » (RN L328, 329).

4.7. Étudiants

En général, des choses sont mises en place pour les étudiants dans les hôpitaux et les services. Certains hôpitaux mettent plus de choses en place, écoutent plus les étudiants, car ils ont pris conscience de leur importance pour les années à venir. Les ICANE (infirmières chargées de l'accueil des nouveaux engagés) prennent une place plus importante. En effet, depuis le Covid, surtout : « Maintenant, quand on arrive le matin, apparemment, on ne rentre pas tout de suite dans le service. En fait, on est accueilli par une ICANE, c'est l'infirmière qui gère en fait les stages étudiants et elle fait visiter l'hôpital, elle montre où on va chercher sa tenue » (RD L133 à 135).

Dans les services des personnes interrogées, un suivi est réalisé avec des évaluations fréquentes afin de suivre l'évolution de l'étudiant. Plus il avance dans les années, plus il a des responsabilités comme le port du téléphone, la gestion d'un couloir : « Le suivi avec des évaluations, tu leur donnes des responsabilités en plus style le téléphone et tout, ce qu'il n'y a pas forcément dans les autres services. Et on fait des évaluations intermédiaires, surtout quand ça va mal » (RA L85 à 88).

Un dossier de présentation du service et d'accueil voit également le jour dans certains services. Tout cela vient de l'initiative des infirmiers qui font cela en plus de leurs heures de travail à l'hôpital : « C'est mon travail à faire en juillet. De ma propre initiative » (RB L207, 209).

Un ou plusieurs infirmiers référents étudiants sont également présents dans les services. Ils vont accueillir l'étudiant lors de son premier jour, ils s'interrogent sur son sentiment dans le service, s'il s'y sent bien, s'il doit changer son comportement ou autre. On ne peut imposer à un infirmier d'être référent étudiant, c'est pourquoi il n'y en a pas toujours dans les services.

Lorsque des choses sont mises en place pour les étudiants dans les services, ceux-ci se sentent considérés et cela aide souvent à une meilleure adaptation et un meilleur déroulé de stage. Les infirmiers essaient d'être honnêtes avec les étudiants sans pour autant les dégouter du métier : « Oui, et on leur dit que ça ne va pas être facile, on ne leur vend pas du rêve bien sûr, après ils le voient, donc ça ne sert à rien mais on essaye d'avoir une bonne équipe et tout pour les pousser à s'engager chez nous » (RA L91 à 93).

Dans les hôpitaux, le répondant L nous explique qu'un comité d'étudiants a été créé dans son institution il y a 3 ans environ, qui réunit les étudiants et les référents étudiants par service, afin de pouvoir échanger sur la prise en compte des étudiants dans l'hôpital et par service : « Grâce à ça, on a fait évoluer les vestiaires, on a fait évoluer les évaluations, on a fait évoluer Interneo, le logiciel qui suit les stages » (RL 190, 191). Il explique que le Covid a permis de voir la place importante des étudiants à l'hôpital et a fait changer la manière dont les infirmiers les voient.

Des partenariats entre hôpital et écoles sont également de plus en plus fréquents, comme l'explique le répondant M : « Alors, pour les dernières années, ils travaillent en binôme. On a mis des projets de simulation, partenariats entre hôpital et école » (RM L147, 148), afin que la transition entre la fin des études et le début de carrière soit douce et simple. Il rappelle qu'il ne faut pas vendre de rêve aux étudiants, car ils se rendent de toute façon compte de la réalité sur le lieu de stage. Ils réalisent également des débriefings pour qu'ils s'expriment sur leur vécu de stage.

Une initiative a été créée dans l'institution du répondant N qui s'intitule le BloCHUs : « Pendant leur blocus, ils peuvent venir étudier au CHU, donc on appelle ça le BloCHUs. On leur a mis toute une salle à disposition. Il y a 20 places par jour avec le wifi, avec des bonbons, avec une salle à côté de détente, avec un kicker et tout. Il y a 20 étudiants par jour, essentiellement soignants, mais pas que des médecins, pas que des infirmiers, ça peut être des médecins ou des TIM, qui viennent étudier. Et chaque jour, il y a un professionnel à leur disposition s'ils ont des questions » (RN L366 à 371). Cela n'a pas pour objectif que les étudiants se rendent dans cet hôpital à la fin de leurs études, mais à l'hôpital en général.

5. Discussion

Cette partie du mémoire vise à discuter les résultats obtenus lors des entretiens réalisés avec la littérature de notre partie théorique, dans l'objectif de répondre à notre problème de recherche qui, pour rappel, s'intitule : « Quels déterminants principaux conduisent les titulaires du diplôme infirmier en Belgique à abandonner, envisager d'abandonner, voire à ne jamais s'engager dans la profession en milieu hospitalier ? ».

Lors de la réalisation de notre cadre théorique, nous avons décidé de ne nous référer qu'à de la littérature belge sur le sujet et, dans la mesure du possible, la plus récente, afin que les données récoltées prennent en compte la pandémie de Covid, qui, pour rappel, a frappé notre pays à partir de l'année 2020. Tout ceci dans un souci de fiabilité, de cohérence entre la théorie et la pratique. Cependant, en faisant ces choix, nous nous sommes assez vite aperçus que la littérature scientifique belge était assez pauvre concernant notre sujet de recherche. C'est pourquoi nous avons décidé d'y ajouter deux questions :

« Ces raisons sont-elles communes aux revendications des infirmiers en Belgique ? » ;

« Si elles le sont, quelles mesures sont mises en place par le gouvernement afin de limiter les départs de la profession ? ».

Pour cela, nous avons recherché des informations en lien avec notre sujet dans la littérature et en avons dressé une synthèse. Ensuite, nous avons réalisé une étude exploratoire par une méthode de recherche qualitative et avons créé des guides d'entretien afin d'interroger 16 personnes sur le sujet, dont des acteurs principaux, des témoins privilégiés et un expert. La discussion permet de comparer les données synthétisées dans la recherche théorique aux données récoltées lors des entretiens, afin d'expliquer et d'interpréter les résultats observés à la lumière de ce qui est déjà connu sur le sujet.

Mise en situation

La pénurie infirmière existe depuis de nombreuses années en Belgique. Déjà dans les années 60, le sujet était d'actualité. Plusieurs témoins privilégiés expliquent également que les causes actuelles sont les mêmes que celles énoncées précédemment. Ce qui est confirmé par la littérature, qui explique qu'on retrouvait déjà le problème des conditions de travail et que les femmes présentaient des difficultés à combiner la vie conjugale et professionnelle (Les infirmières en Belgique, 1969). Le Covid a également joué sur cette pénurie, et c'est depuis lors que le sujet empare les médias.

Il est un fait que notre échantillon d'acteurs principaux est involontairement composé essentiellement de femmes (10 femmes et 1 homme), ce qui peut être expliqué par le fait que la profession infirmière en Belgique est composée à 85 % de femmes (SPF Santé publique, 2022). Les femmes, et plus précisément les mamans, ont, selon la théorie, tendance à choisir le temps partiel afin de pouvoir consacrer plus de temps à leur famille (CPCP, 2010). Cependant, lors de nos entretiens, les personnes concernées par cette problématique n'ont jamais choisi cette alternative. Celles-ci possèdent un ou des diplômes supplémentaires qu'elles cherchaient à valoriser, et pour leur vie de famille, l'orientation professionnelle était pour elles le meilleur choix.

Beaucoup de personnes ont le diplôme infirmier en Belgique. En effet, en 2022, il s'agissait de la profession la plus représentée dans le pays avec environ 206.444 infirmiers en droit de pratiquer (SPF Santé publique, 2022). Le problème, c'est que les personnes interrogées ont choisi ce métier par facilité. Ils se disent que ce sont des études faciles, aiment le social et le contact humain, donc se lancent dans la profession. Pour la plupart, la profession infirmière est leur second choix d'études après l'échec ou le rêve inatteignable d'une autre formation. Ils ne savent pas réellement vers quoi ils se dirigent et, en fin de bachelier, se sentent épuisés avant même d'avoir débuté la profession. La théorie explique ce résultat par le fait qu'ils ne travaillent que 5 à 10 ans dans le métier (Van den Heede et al., 2019). Peu nombreux sont ceux qui referaient les mêmes études à l'heure actuelle. Pas parce qu'ils n'aiment pas le métier, mais plutôt parce que les conditions dans lesquelles ils le pratiquent et l'environnement autour ne leur conviennent pas. Les infirmiers sortant de leur bachelier ne se sentent pas spécialement prêts à commencer à travailler dans les soins. La théorie parle de jeunes peu intéressés à l'idée de travailler dans le secteur hospitalier et d'étudiants qui sortent avec une formation souvent incomplète (Grard et al., 2023).

Comme l'explique la théorie, certains avaient une image de l'infirmier, du monde hospitalier, du milieu de la santé avant leurs études, qui a complètement changé lors de leur premier stage, et qui en a amené plus d'un à quitter le bachelier à la suite de celui-ci. S'ils ne vont pas dans les soins à la sortie des études, c'est parce qu'ils réalisent une spécialisation, un master ou encore une formation pour devenir enseignant. Ils cherchent directement un échappatoire (Grard et al., 2023). Cette notion a été confirmée par les répondants qui ajoutent que s'ils se lancent tout de même dans les soins à l'hôpital, c'est parce qu'ils ont besoin de travailler pour gagner leur vie.

Axons-nous maintenant sur la réelle problématique de ce mémoire qui, pour rappel, concerne les déterminants principaux qui conduisent les titulaires du diplôme infirmier en Belgique à abandonner, envisager d'abandonner, voire à ne jamais s'engager dans la profession en milieu hospitalier.

La revalorisation salariale

Très peu d'infirmiers travaillant en milieu hospitalier sont satisfaits de leur salaire.

Pourtant, une mesure a été mise en place afin d'augmenter le salaire des professionnels de santé, qui est l'IFIC. Mais l'IFIC et ses 600 millions investis dans l'amélioration du salaire, avec une augmentation plus rapide de celui-ci dans les premières années de profession et d'une augmentation de la prime d'attractivité ou de fin d'année, allant jusqu'à 400 euros bruts pour les personnes effectuant un temps plein (Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2022), ne suffit pas aux infirmiers. En effet, ils mettent en avant la notion de la non-reconnaissance de la spécialisation, comme une preuve de non-reconnaissance de leur profession par le gouvernement. Le Ministre les a entendus et a investi 45 millions d'euros dans l'optique de valoriser les infirmiers spécialisés (Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2022).

Mais ils ne s'arrêtent pas là. L'infirmier n'est pour eux, objectivement, pas mal payé comparé à d'autres professions. Le problème, c'est qu'il travaille le soir, le week-end et encore les nuits, alors que les autres professions travaillent en semaine de 8 h à 16 h. Les heures inconfortables ne sont donc, selon eux, pas suffisamment reconnues ni valorisées. L'infirmier a un métier pénible avec beaucoup de responsabilités dans sa pratique et surtout des répercussions parfois irréversibles sur le physique, mais également le psychologique des travailleurs. Le fait également, pour certains, d'avoir fait 4 ans d'études et de ne pas avoir de différence salariale avec les professionnels ayant réalisé 3 ans d'études, ne leur plait pas.

Déjà en 2019, les infirmiers demandaient un maintien des primes associées aux spécialisations, ainsi qu'une revalorisation salariale adaptée aux grandes responsabilités du travail (ACN, 2019). En 2022, l'UGIB demandait une meilleure rémunération dans son rapport dédié à rendre la profession attrayante, réalisable et valorisée (UGIB, 2022). Et le sujet est toujours d'actualité en 2024, dans le rapport de l'ACN via une rémunération en lien avec les responsabilités (ACN, 2024).

La reconnaissance et la valorisation

Ce manque de reconnaissance est ressenti sous de nombreux points de vue par les infirmiers. En effet, ils veulent que le gouvernement reconnaisse qu'il s'agit d'un métier lourd, qui est complexe et pénible et qui a des répercussions sur les travailleurs, physiques comme psychologiques. Comme l'explique la théorie, la profession infirmière n'est pas reprise dans la liste des métiers pénibles (Grard et al., 2023 ; Union4U, 2023), preuve selon les soignants de la non-connaissance de leur profession.

Ils demandent également une reconnaissance de la part de la population, que celle-ci arrête de penser que les infirmiers ne font que de « laver des gens ». La littérature parle également d'une valorisation par la société, mais plutôt par rapport au métier de médecin (Grard et al., 2023 ; Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, 2021).

Mais cette reconnaissance de la population ne saura changer qu'à partir du moment où une reconnaissance des médias aura lieu. En effet, la théorie explique que les médias ne font que dégrader la profession, en n'en montrant que des aspects négatifs et subjectifs, en ne présentant que les causes de la pénurie et une image caricaturale de l'infirmier (Hesbeen, 2017, p. 117). Les répondants ont conscience que la vision de leur profession par la population est fortement influencée par les médias, tout comme le fait que les jeunes aient envie de pratiquer ce métier. C'est pourquoi il est important, selon eux, de diffuser une image sociétale et médiatique positive de celle-ci.

Une reconnaissance de leur capacité à réfléchir, formulée comme telle par les soignants et plutôt comme une reconnaissance professionnelle dans l'équipe pluridisciplinaire, par la théorie (Grard et al., 2023 ; Hesbeen, 2017, pp. 136-137). L'infirmier est peu voire pas présent dans les moments et lieux décisionnels le concernant, notion mise en avant plutôt par les témoins privilégiés.

Une reconnaissance académique qui se justifie par le fait qu'en 2016, le bachelier infirmier responsable de soins généraux est passé de 3 à 4 ans d'études (art. 46 de la Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015). Ce n'est pas le fait de faire 4 ans d'études qui dérange les infirmiers, mais plutôt que les études soient passées à 4 ans, sans qu'une revalorisation académique n'ait suivi. En effet, le fait de faire 4 ans n'apporte rien de plus que de n'avoir fait que 3 ans d'études. Alors que la théorie l'explique bien, plus de compétences représente plus de tâches, plus de travail et moins de temps pour tout réaliser (Grard et al., 2023).

Ce point fait également partie des revendications émises par le personnel soignant, notamment en 2019 et en 2022.

De meilleures conditions de travail

Un constat fait lors des entretiens est que presque tous les infirmiers interrogés n'ont aucun problème avec la profession infirmière en tant que telle. Ils aiment leur métier et ce qu'ils font au quotidien. Mais ils n'aiment pas les conditions dans lesquelles ils le prestent et l'environnement qui est autour.

Les conditions de travail, comme l'explique l'expert, c'est notamment la charge de travail. Les infirmiers disent qu'ils font face à une surcharge de travail qui peut être expliquée par la théorie. En effet, en Belgique, à l'heure actuelle, l'infirmier prend en charge en moyenne 9,4 patients alors que la norme de sécurité est de 8 patients par infirmier (Van den Heede et al., 2019). Cela s'explique également dans la théorie par un raccourcissement de la durée de séjour hospitalier et par un vieillissement de la population qui représente des soins plus lourds (Grard et al., 2023 ; Hesbeen, 2017, p. 3). Sans oublier que l'augmentation du nombre d'années d'études a augmenté le nombre de tâches et donc la charge de travail quotidienne des infirmiers. Ils font face à un manque de temps pour accomplir les tâches (Grard et al., 2023). La théorie, tout comme les témoins privilégiés, estiment que les infirmiers pourraient s'abstenir de réaliser certaines tâches comme la distribution des repas ou le déplacement de patients inter ou intra service, qui pourraient être réalisées par des aides-soignants ou brancardiers (Hesbeen, 2017, pp. 116-117).

La mesure de l'assistant en soins infirmiers a pourtant l'objectif de soulager le personnel infirmier dans ses tâches quotidiennes (SPF Santé publique, 2024a). Mais les principaux concernés n'en sont pas si sûrs et sont plutôt d'avis que cette profession vient dénigrer leur métier. Ils disent que la responsabilité sera donnée à l'infirmier et que les études ne sont pas reconnues à leur juste valeur.

Les témoins et l'expert sont bien renseignés sur le sujet et expliquent, comme la théorie, que ce qui ne va pas, c'est que le Ministre voulait mettre cet assistant en soins infirmiers au même niveau que l'infirmier alors qu'ils n'auraient pas du tout le même parcours scolaire. De ce fait, les infirmiers ne sauraient se sentir valorisés. Finalement, c'est la loi qui pose problème.

Le Fonds des Blouses Blanches et ses 402 millions d'euros destinés à la profession infirmière en général devait notamment permettre d'augmenter l'emploi de personnel soignant et d'améliorer les conditions de travail (BeCare, 2022 ; SPF Santé publique, 2023a ;

Vandenbroucke, 2021 ; Vandenbroucke, 2022). Le problème, comme le soulignent les répondants, c'est que pour augmenter le nombre d'infirmiers, il faut d'abord en trouver. À défaut de trouver des infirmiers, les hôpitaux ont grâce à ce fonds pu recruter des aides-soignants, des aides-logistiques, des brancardiers, entre autres. Professions qui permettent de soulager les infirmiers, de les dispenser de certaines tâches et de se concentrer sur leur travail, celui pour lequel ils ont étudié.

Les infirmiers veulent rentrer à leur domicile en laissant la charge émotionnelle, le stress de ne pas réaliser correctement leur travail ou de ne pas avoir le temps de tout faire, sur leur lieu de travail. La théorie explique que la surcharge de travail amène les infirmiers à ne pas être satisfaits à la fin de la journée, car ils estiment qu'ils n'ont pu fournir certains soins à cause de celle-ci. Conscients que tout ne peut plus être fait sur une journée, les soignants se retrouvent à devoir choisir les soins qu'ils vont effectuer à défaut d'autres (Van den Heede et al., 2019).

Ces revendications sont de nouveau énoncées dans les rapports des associations professionnelles, via par exemple l'ACN en 2024, qui demande « la fixation de ratios patients/infirmier sécuritaires et qualitatifs et l'introduction d'un skill mix favorable à la qualité du soin et à la qualité de vie au travail » (ACN, 2024).

L'agencement vie privée-vie professionnelle

L'agencement vie privée-vie professionnelle n'est pas aisé, dû notamment aux horaires, et c'est une des raisons qui a poussé les infirmiers interrogés à changer d'orientation professionnelle. Le moteur de cela est surtout les horaires qui permettent rarement de pratiquer un hobby comme un sport collectif, d'avoir une vie sociale normale ou du moins semblable à son entourage. En effet, il est un fait que de travailler tôt le matin, tard le soir, la nuit, les week-ends ou encore les jours fériés n'est pas facile. Mais les infirmiers mettent également en avant le fait qu'à cause des absences de leurs collègues, ils se retrouvent à prester de nombreux jours d'affilés. Le problème, c'est qu'ils ne récupèrent jamais les jours supplémentaires prestés. En effet, la théorie explique que même lorsque les soignants arrivent à planifier et à organiser leur vie personnelle et professionnelle, les changements d'horaires, les rappels lors des jours de repos, principalement pour du manque de personnel lié à des absences, maladies ou autres, empêchent ces soignants de vivre sereinement et facilement (Grard et al., 2023). Il s'agit d'ailleurs d'une des revendications faites par l'UGIB en 2022 qui la présente de la sorte : « Permettre un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée avec des horaires humains et réalisables, une meilleure rémunération et des pistes pour un soutien extra-professionnel » (UGIB, 2022).

Cercle vicieux

Tous ces déterminants amènent au fait que nous sommes actuellement dans un cercle vicieux. Le personnel soignant est confronté à une charge de travail augmentée, ce qui entrave sa capacité à dispenser les soins de la manière dont il le souhaite. Il rentre donc chez lui insatisfait ou épuisé et, après quelques années à ce rythme, certains quittent prématurément la profession ou doivent prendre des congés médicaux. Cela se traduit par une diminution du nombre d'infirmiers disponibles pour prendre soin des patients, ce qui augmente d'autant plus la charge de travail pour le personnel restant (UGIB, 2022). Ce cercle vicieux amène, selon l'expert, à une perte de sens chez les infirmiers, car les soins qu'ils mettent sur le côté sont principalement les soins humains, ceux pour lesquels ils ont choisi de pratiquer cette profession.

Mesures

Ce qui ressort principalement des entretiens concernant les mesures, c'est que de bonnes choses ont été lancées, mais qu'aucun contrôle n'est mis en place pour assurer leur bonne exécution, tout comme aucune évolution n'est établie jusqu'ici.

Pourtant, les acteurs des soins de santé travaillent actuellement pour cela en collaboration avec le gouvernement sur un «Agenda de l'avenir pour le personnel soignant», dans un seul but, continuer à investir intelligemment et efficacement dans les soins de santé afin de se préparer à l'avenir de manière durable et stable (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique [FNIB], 2022 ; Vandembroucke, 2022).

Les répondants expliquent que peu d'entre elles vont pour la reconnaissance de la profession. Mais il est un fait que les infirmiers interrogés, qu'ils soient actuellement actifs dans les soins ou pas, ne sont que peu voire pas informés des mesures prises par le gouvernement vis-à-vis de leur profession. Ils ne s'y intéressent pas, car ils estiment qu'aucune mesure intéressante n'est prise, ou alors, ils savent qu'ils vont très prochainement quitter la profession, donc considèrent que cela ne les concerne déjà plus.

Une notion pourtant importante, mais peu développée dans la théorie, est que les hôpitaux mettent également beaucoup de choses en place dans leur institution pour les infirmiers et les soignants en général. Choses dont les soignants sont manifestement peu au courant et auxquelles ils ne participent pas beaucoup.

Revendications

Le problème de ces revendications, c'est que les infirmiers représentent le plus grand groupe professionnel belge, mais ils ne sont pas unis. Ils demandent donc tous des mesures différentes, mais le Ministre ne peut pas toutes les satisfaire, donc il en choisit quelques-unes, et souvent les plus faciles.

Les revendications développées dans la théorie et celles explicitées par les répondants sont pour la plupart identiques. Avec tout de même deux revendications récurrentes qui sont, une représentation et une implication infirmière dans les organes de décisions, et surtout, « la création d'un ordre infirmier, entre autres pour réguler la déontologie, conseiller les infirmiers, et pour parler d'une seule voix sur les débats qui concernent la profession » (ACN, 2019).

Les infirmiers revendiquent donc beaucoup de choses et quittent la profession pour des raisons assez variées, mais un infirmier ne peut revendiquer seul toutes ces notions. C'est pourquoi des associations professionnelles existent, comme l'ACN, qui représente et défend les praticiens de l'art infirmier à tous les niveaux du système de santé belge (ACN, 2024), ou encore l'UGIB, qui rassemble les associations professionnelles composées de praticiens de l'art infirmier, dans le but de représenter et de défendre leur intérêt professionnel (UGIB, 2022). Ainsi que des organisations syndicales. Cependant, l'expert l'explique, seulement 4-5 % des praticiens de l'art infirmier de Belgique sont affiliés à ces associations professionnelles.

Limites et forces de l'étude

Tout au long de la réalisation de ce travail, nous avons identifié certaines limites qui peuvent avoir un impact sur la qualité de celui-ci.

La principale limite est probablement le fait de n'avoir utilisé qu'exclusivement de la littérature belge et, qui plus est, la plus récente possible. Cette littérature n'est que peu scientifique, c'est pourquoi la fiabilité des données est parfois à prendre avec précaution.

L'échantillonnage non probabiliste n'offre pas à tous les éléments de la population de faire partie de l'échantillon et ne peut ainsi assurer sa représentativité, en effet, seules 16 personnes ont participé à l'étude. De ce fait, ce mémoire ne peut rendre compte de la situation de toute la population.

De plus, la méthode de recherche qualitative amène des données subjectives dont il est difficile de vérifier l'exhaustivité. Cela peut représenter une limite du travail.

Une autre limite a été la difficulté à trouver les personnes ayant le profil recherché, étant donné que la plupart ne sont actuellement plus dans les soins, ainsi que le temps disponible afin de réaliser les entretiens avec les témoins privilégiés, qui ont un agenda bien chargé.

Cependant, ce travail possède également des forces, notamment la diversité des répondants. En effet, tous les témoins privilégiés proviennent d'institutions différentes, avec également des statuts différents. Les acteurs principaux sont nombreux, proviennent de milieux divers et variés et sont d'âges différents. Pour finir, le fait d'avoir interrogé un expert permet d'avoir un regard critique et une expertise supplémentaire sur le sujet. Cela nous a permis de bénéficier de résultats divers et riches en contenu.

Tout cela nous permet de penser que nous sommes arrivés à un niveau de saturation de données.

Pour finir, nous pensons que la principale limite de ce travail peut également en être une force. En effet, la comparaison entre les données de la revue de littérature et les résultats obtenus lors de l'exploration empirique proviennent tous du même pays, et qui plus est, avec des données les plus récentes possibles. Nous comparons donc des données de même provenance et sur un pôle temporel presque similaire.

Recommandations

D'après les répondants et selon la théorie, des recommandations peuvent être émises afin d'améliorer la situation de la pénurie infirmière en Belgique et de limiter le départ de l'hôpital par les infirmiers.

Les infirmiers qui ont quitté le milieu hospitalier expliquent qu'ils ont actuellement une situation professionnelle plus confortable et ne la quitteraient pas pour revenir dans les soins. Notion confirmée scientifiquement par l'expert interrogé. Le trajet « retour à bord » et les 7 millions d'euros débloqués par le gouvernement, dans le but d'inciter les personnes ayant quitté les soins à y revenir, n'a donc que peu de chance d'être efficace (Vandenbroucke, 2023).

Selon l'expert et les données scientifiques, le plus important actuellement est de faire de la rétention du personnel infirmier. Donc, essayer de garder les infirmiers qui travaillent actuellement dans les soins via des mesures fortes. L'objectif est d'augmenter la rétention en améliorant les conditions de travail, en ayant une meilleure image. Cela pourrait se faire grâce à un concept appelé « hôpital magnétique », qui par définition est « un hôpital qui parvient mieux que les autres à attirer et retenir le personnel infirmier » (Brunelle, 2009).

Il faut donc stopper ce cercle vicieux et revenir à des conditions de travail normales. Ensuite, il faut redorer l'image sociétale de l'infirmier et cela passe principalement par les médias afin que les gens reconnaissent ce métier et aient envie de le pratiquer. Grâce à cela, l'attractivité sera améliorée (Van den Heede & al., 2019).

Pour finir, revoir la filière de formation afin que, tout d'abord, les jeunes choisissent cette formation parce qu'ils ont un attrait pour celle-ci et pas seulement parce que les études sont dites « faciles » et courtes. Mais également pour que les jeunes qui sortent du bachelier, ne se sentent pas dévalorisés ou épuisés avant même de commencer à travailler en tant que professionnels (Baudewyns et al., 2022).

6. Conclusion

L'objectif de ce mémoire était tout d'abord de s'intéresser aux déterminants principaux qui conduisent les titulaires du diplôme infirmier en Belgique à abandonner, envisager d'abandonner, voire à ne jamais s'engager dans la profession en milieu hospitalier. Par la suite, d'identifier si ces raisons sont communes aux revendications des infirmiers en Belgique et, si elles le sont, de faire des liens avec les mesures mises en place par le gouvernement afin de limiter les départs de la profession.

Pour ce faire, nous avons eu recours à une méthode de recherche qualitative et avons réalisé 16 entretiens avec plusieurs profils de répondants différents. Afin, par la suite, de comparer les résultats aux données récoltées dans la littérature belge existante.

La Belgique est touchée par une pénurie d'infirmiers depuis les années 60, mais celle-ci s'est amplifiée avec la pandémie de Covid. De plus en plus d'infirmiers arrêtent, voire ne commencent jamais à travailler dans le secteur hospitalier après leur bachelier, mais les raisons ne sont que peu développées dans la littérature.

La plupart regrettent leur choix d'études et ceux qui ne travaillent plus dans les soins aujourd'hui sont heureux dans leur profession actuelle, contrairement aux infirmiers actifs au sein de l'hôpital.

Les raisons sont donc multiples et variées, parfois communes ou ressemblantes aux revendications des infirmiers et aux causes de la pénurie, parfois plus personnelles en fonction du vécu et du désir de chacun.

Les principaux déterminants développés par les répondants sont confirmés par la théorie, mais plutôt sous la forme de causes de la pénurie et de revendications émises par les professionnels de la santé, via notamment les associations professionnelles.

Ces déterminants principaux sont donc un manque de revalorisation salariale, principalement lié à la responsabilité du travail effectué par les infirmiers.

Un manque de reconnaissance et de valorisation de la profession, qui passent par une non reconnaissance de la profession comme métier pénible ; un manque de reconnaissance de la part de la population qui a toujours une image archaïque de la profession, notamment à cause de la diffusion de celle-ci dans les médias ; une reconnaissance académique, du fait de

l'allongement des études d'une année supplémentaire ; mais également une reconnaissance de leurs pairs au sein de l'institution dans laquelle ils travaillent.

Les conditions de travail représentent la principale cause de départ de la profession, avec une surcharge de travail et un agencement vie privée-vie professionnelle compliqué, du fait notamment des horaires.

Tout cela mène en général à un épuisement professionnel, qui n'est pas vraiment développé dans les données de l'exploration empirique, car les infirmiers arrêtent la profession avant d'y arriver.

Si ces déterminants ne sont finalement que très peu abordés en ce nom dans la littérature, c'est probablement parce qu'ils dépendent de la situation personnelle de chacun. À la place, la littérature développe les revendications plus générales des infirmiers et les causes qui font qu'une pénurie est présente en Belgique à l'heure actuelle.

Les revendications des infirmiers sont finalement assez semblables aux déterminants qui les font quitter la profession, et des mesures sont mises en place afin d'agir sur ces revendications. Le problème, c'est que les infirmiers ont tendance à revendiquer seuls, ils ne sont que peu affiliés aux associations professionnelles et ne sont pas unis, raison pour laquelle le gouvernement ne sait agir sur tout ce qu'ils revendiquent. De plus, même si des mesures sont mises en place, aucun contrôle ni évolution n'est effectué.

Des rapports scientifiques existent et donnent des réponses sur ce qu'il faudrait faire pour si pas faire disparaître, au moins diminuer la pénurie infirmière en Belgique. Mais tant que la politique belge restera la politique actuelle avec des différences de système entre le Nord et le Sud du pays, il y a peu de chance que les choses changent dans les prochaines années.

Pour conclure, la profession infirmière est aimée de tous les participants interrogés. Ce métier humain, d'aide à la personne avec un mélange de responsabilités, d'actes techniques, anime le cœur des soignants. Cependant, l'environnement autour de celui-ci, ainsi que les conditions dans lesquelles ils le pratiquent, ne les attirent plus.

Bibliographie

Arrêté royal sur l'assistant en soins infirmiers du 20 septembre 2023. Accès

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/ar_20.09.23_asst_en_soins_inf.pdf

Art. 46 de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015. Accès

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi

Association belge des praticiens de l'art infirmier [ACN]. (2024). *Rapport annuel.* Accès

https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/rapport_annuel_2023.pdf

Association belge des praticiens de l'art infirmier [ACN]. (2019). *Revendications : Résultats de notre enquête.* Accès

https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/acn_resultat_enquete_elections_2019_vm.pdf

Baudewyns, V., Bruyneel, A., Smith, P., Servotte, J., & Dancot, J. (2022). Prevalence and factors associated with academic burnout risk among nursing and midwifery students during the COVID-19 pandemic : A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(5), 3232-3242. <https://doi.org/10.1002/nop2.1575>

BeCare. (2022). *Financement des hôpitaux : Le Fonds blouses blanches.* Accès

<https://www.becaremagazine.be/becare-mars-2022-edition-16/financement-des-hopitaux>

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(1), 39-48.

<https://doi.org/10.3917/pos.401.0039>

Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive & Critical Care Nursing*, 65, 1-7.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103059>

- Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation [CPCP]. (2010). *Pénurie d'infirmiers ?* Accès https://www.cpcp.be/wp-content/uploads/2019/05/penurie_infirmiers_v2.pdf
- Darrot, B. & Dupreux, D. (2003). *Travail de fin d'études. Initiation à la méthodologie de recherche en soins infirmiers*. Paris : Masson.
- Fédération Nationale des Infirmières de Belgique [FNIB]. (2022). *Mesures supplémentaires pour remédier à la pénurie de personnel dans le secteur des soins -Note à la presse de Franck Vandebroucke Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique*. Accès <https://fnib.be/mesures-supplementaires-pour-remedier-a-la-penurie-de-personnel-dans-le-secteur-des-soins-note-a-la-presse-de-frank-vandebroucke-ministre-des-affaires-sociales-en-de-la-sante-publique/>
- Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives 4^{ième} édition*. Montréal (Québec) : Chenelière Education.
- Grard, C., Baquet, C., & Mugisha, L.E. (2023). *Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation*. Accès <http://hdl.handle.net/2078.1/272644>
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers : Un art du singulier*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- IFIC. (s. d). *L'Institut de Classification de Fonctions*. Accès <https://www.if-ic.org/fr>
- Le Robert*. (2023a). Accès <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/infirmier#furetiere>
- Le Robert*. (2023b). <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/penurie>
- Les infirmières en Belgique. (1969). *Courrier Hebdomadaire du CRISP*, 461(35), 1-24. <https://doi.org/10.3917/cris.461.0001>
- McCormack, B. (2023). Face à la pénurie mondiale de personnels infirmiers, n'oublions pas « la personne ». *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 9(1), 100288. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2023.100288>

- Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation [View brussels]. (2021). *Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale*. Accès https://www.actiris.brussels/media/11zb4qwr/2022_01_view_brussels_analyse-des-fonctions-critiques-en-rbc_compressed-h-736E9AAC.pdf
- Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation [View brussels]. (s. d). *Liste des fonctions critiques, dont les métiers en pénurie, en 2022*. Accès https://www.actiris.brussels/media/1gnbvg0c/2023-06-liste-fc_compressed-h-900E4A7F.pdf
- OCDE. (2022a). *Infirmiers*. Accès <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/nurses.html>
- OCDE & Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2023). *Belgique : Profils de santé par pays 2023*. <https://doi.org/10.1787/ad46594b-fr>
- OCDE. (2022b). *Titulaires d'un diplôme d'infirmier/ère*. Accès <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/nursing-graduates.html>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- SIZ Nursing. (2021). *7 infirmier(e)s sur 10 en Belgique francophone sont à risque de burnout*. Accès <https://www.siznursing.be/wp-content/uploads/2020/05/Communiqu%C3%A9.pdf>
- SPF Santé publique. (2024a). *Assistant en soins infirmiers*. Accès <https://www.health.belgium.be/fr/assistant-en-soins-infirmiers>
- SPF Santé publique. (2021a). *Données phares dans les soins de santé : COVID-19*. Accès https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/blikvanger_covid_fr_web.pdf
- SPF Santé publique. (2023a). *Données phares dans les soins de santé : Hôpitaux Généraux*. Accès https://www.belgium.be/fr/actualites/2023/donnees_phares_dans_les_soins_de_sante_hopitaux_generaux

- SPF Santé publique. (2022). *Données phares : Les professionnels de soins de santé*. Accès <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/telechargez-ici-le-rapport-entier-en-pdf>
- SPF Santé publique. (2021b). *Infirmiers sur le marché du travail 2004-2018*. Accès https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/placad_inf_2018_fr.pdf
- SPF Santé publique. (2023b). *Rechercher un professionnel en droit de prester*. Accès <https://www.health.belgium.be/fr/rechercher-un-professionnel-en-droit-de-prester>
- SPF Santé publique. (2024b). *Soins aux personnes âgées*. Accès <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees#Nombre%20de%20G%C3%A9riatres%20Actifs>
- SPF Santé publique. (2023c). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique*. Accès https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2022_fr.pdf
- Statbel. (2024). *Le travail à temps partiel*. Accès <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/le-travail-temps-partiel#figures>
- Statbel. (2020). *Personnels des soins de santé*. Accès <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante>
- Union4U. (2021). *Métier « pénible/lourd » et la législation en Belgique*. Accès <https://union4u.be/penibilite>
- Union Générale des Infirmiers de Belgique [UGIB]. (2022). *Attractivité de la profession infirmière : un défi collectif*. Accès <https://auvb-ugib-akvb.be/wp-content/uploads/2022/11/Attractivite-de-la-profession-infirmiere-un-defi-collectif-2022-UGIB.pdf>

- Vandenbroucke, F. (2022). *Investir dans nos soins de santé : accord social mis en œuvre, préparons l'avenir dès maintenant*. Accès <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/investir-dans-nos-soins-de-sant%C3%A9-accord-social-mis-en-%C5%93uvre-pr%C3%A9parons-l%E2%80%99avenir-d%C3%A8s-maintenant>
- Vandenbroucke, F. (2021). *Que faisons-nous pour soutenir les soins ?* Accès <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/que-faisons-nous-pour-soutenir-les-soins>
- Vandenbroucke, F. (2023). *Soutien supplémentaire au personnel soignant en 2024*. Accès <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/soutien-suppl-ementaire-au-personnel-soignant-en-2024>
- Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis J., ... Sermeus, W. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. Accès https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf
- Verbist, C. (2019). *L'avenir des soins infirmiers en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Centre d'études Jacques Georgin. Accès <https://www.cejg.be/wp-content/uploads/2019/10/Note-danalyse-VI-CEG-2019-Soins-infirmiers-27.09.2019.pdf>

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien

Annexe 2 : Tableau profils des participants

Annexe 3 : Document de consentement

Annexe 4 : Retranscriptions

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp