



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

Institut d'enseignement Promotion Sociale de la Communauté Française
Spécialisation : cadre de santé

Lutter contre la pénurie infirmière : un travail d'actualité face à la pandémie pour le cadre de santé

Présenté par : De Mullier Damien

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année Scolaire 2021-2022



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

Institut d'enseignement Promotion Sociale de la Communauté Française

Spécialisation : cadre de santé

Lutter contre la pénurie infirmière : un travail d'actualité face à la pandémie pour le cadre de santé

Présenté par : De Mullier Damien

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année Scolaire 2021-2022

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Non, la pénurie n'est pas un trouble urinaire ! Le terme est hérité étymologiquement du désiratif de vivres et il en faut pour vivre. Il signifie donc littéralement faim, les *pénuriens* sont donc au bord de la famine. Quelle misère, ils manquent de quelque chose de nécessaire et à la fin, la faim peut devenir existentielle ! Qu'ils soient pauvres de nourriture, d'argent, ils sont nécessiteux, se trouvant bien dépourvus et donc indigents. Avez-vous remarqué que changer de terminologie change la face d'un problème ? C'est pile ce qui est arrivé à la pauvreté, elle est devenue précarité. ~~Du coup~~, à la suite de quoi, elle semble moins grave, moins inquiétant, moins pénible mais pour qui ?

Economiquement, la pénurie s'installe lorsque les moyens sont inférieurs aux besoins rendant le bien ou le service plus rare, précieux et donc convoité. Cette situation génère des conduites sociales dont le moteur est la peur, amenant en contrepartie son lot de crises et de conflits. Dis-moi de quoi tu manques, je te dirai de quoi tu as peur !

Ici, la pénurie concerne une main d'œuvre, une ressource humaine donc. Le déficit, la carence concerne cette fois un métier. En écrivant inclusif, sans forcer de l'être, il manque d'infirmier·ère·s et ce n'est pas un présage. Point de conjecture, c'est la conjoncture ... qui se répète, d'ailleurs. Rechute après rechute, le métier n'est jamais longtemps en rémission. Trois décennies plus tôt, dans le [mouvement](#), *Prof* s'en préoccupait déjà !

Soigner l'autre ne serait-il plus convoité ? Moins de soignants à l'entrée, plus de soignants à la sortie aussi ; l'attractivité comme la rétention (tiens !) ne dissimulent même plus le symptôme et la pénurie devient chronique, *pardon*, une affection de longue durée. Pallions donc !

C'est le « *Malaise dans la culture* » ou dans la civilisation ; même Freud s'y perd car notre société n'a jamais réclamé autant de soin(s) alors que peu de soignants sont disponibles pour répondre à pareil besoin. Avez-vous remarqué qu'il manque également d'enseignants ? Est-ce une autre pénurie ou la même ? C'était quoi encore les trois métiers impossibles ?

Bonne lecture en compagnie de Damien, un *Passanstoi*.

PATRICK

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction générale | 1 |
| Chapitre 1 : Comprendre la pénurie infirmière | 4 |
| 1.1. Généralités sur la pénurie | 4 |
| 1.1.1. La pénurie | 4 |
| 1.1.2. Les métiers en pénurie | 4 |
| 1.2. La pénurie infirmière..... | 6 |
| 1.2.1. Une approche historique | 6 |
| 1.2.2. La gestion des flux | 8 |
| 1.2.2.1. Besoin ou demande en santé..... | 9 |
| 1.2.2.2. Les flux | 9 |
| 1.2.2.3. Le turnover | 13 |
| 1.2.3. L'attractivité | 14 |
| 1.2.4. La fidélisation..... | 14 |
| Chapitre 2 : Les causes de la pénurie infirmière : | 17 |
| 2.1. Les facteurs d'attractivité ou de non-attractivité..... | 18 |
| 2.1.1. Quels critères choisir pour parler d'attractivité ? | 18 |
| 2.1.2. Les facteurs d'attractivité | 19 |
| 2.1.3. Les facteurs de non attractivité | 20 |
| - Le salaire ou la rémunération : | 20 |
| - Equilibre travail-vie privée..... | 22 |
| - Les conditions de travail | 24 |
| - Le travail varié..... | 27 |
| - Autonomie | 28 |
| - Opportunités de formation et progression | 29 |
| - Responsabilités..... | 32 |
| 2.2. Les facteurs d'intention de départ..... | 33 |
| 2.2.1. Comment définir une intention de départ ? | 34 |
| 2.2.1.1. La satisfaction au travail..... | 35 |
| - Stress | 35 |
| - Cohésion d'équipe..... | 36 |
| - Collaboration avec l'équipe médicale | 37 |
| - Relations avec la hiérarchie | 38 |
| - Soins de haute qualité..... | 39 |
| 2.2.1.2. L'implication organisationnelle..... | 40 |
| 2.3. Facteurs contextuels..... | 41 |
| 2.3.1. Evolution démographique..... | 41 |
| Chapitre 3 : Réflexion sur les pistes de solutions de la pénurie infirmière..... | 44 |
| 3.1. Une vision macroscopique..... | 44 |

| | |
|--|----|
| 3.1.1. La politique de santé : | 45 |
| 3.1.1.1. Plan d'attractivité de la profession : | 45 |
| 3.1.1.2. Investissement budgétaire dans le domaine de la santé..... | 49 |
| - Le Fond Blouses Blanches | 49 |
| - Le Fond Maribel : | 50 |
| - Avantages uniques au personnel soignant :..... | 51 |
| 3.1.1.3. Le modèle IF-IC | 52 |
| 3.1.2. L'institution hospitalière..... | 53 |
| 3.1.2.1. Les Magnets Hospitals | 53 |
| 3.1.2.2. Projet ARIQ : | 59 |
| 3.1.2.3. Magnets Hospitals et Projet ARIQ, utiles pendant la crise sanitaire ?..... | 62 |
| 3.1.2.4. L'adaptation d'urgence des institutions hospitalières face à la pénurie infirmière | 62 |
| - Déprogrammation..... | 62 |
| - La restructuration hospitalière..... | 63 |
| - Ressources humaines supplémentaires : | 64 |
| - Collaboration..... | 65 |
| 3.2. Une vision à l'échelle de l'infirmier en chef | 67 |
| 3.2.1. Les facteurs de non attractivité | 67 |
| - Le salaire / La rémunération | 67 |
| - Equilibre travail - vie privée..... | 68 |
| - Les conditions de travail | 69 |
| - Le travail varié : | 70 |
| - L'autonomie :..... | 71 |
| - Les opportunités de formation et de progression | 71 |
| - Les responsabilités :..... | 73 |
| 3.2.2. Les facteurs d'intentions de départ : | 74 |
| 3.2.2.1. La satisfaction au travail :..... | 75 |
| - Le stress | 75 |
| - La cohésion d'équipe..... | 76 |
| - La collaboration avec l'équipe médicale..... | 77 |
| - Les relations de hiérarchie : | 77 |
| - Les soins de haute qualité | 78 |
| 3.2.2.2. L'implication organisationnelle :..... | 79 |
| Conclusion générale | 82 |
| Annexes | |
| Bibliographie | |
| Abstract | |

Introduction générale

Le 11 mars 2020, l'Europe découvrait entre incrédulité et angoisse, un nouveau virus nommé « Covid 19 ». En deux ans, par les nombreux secteurs qu'il a impactés, ce qui a été désigné par l'OMS¹ comme une pandémie mondiale n'aura laissé personne indifférent. Elle aura mis en lumière de nombreux dysfonctionnements de notre société belge : fracture numérique au sein de certains métiers, faiblesse économique de certains domaines, complexité de l'action et de la coordination politique, ... Toutefois, s'il y a bien un domaine en particulier dont les failles sont apparues au grand jour, c'est le monde de la santé. Certes, tout le monde a entendu parler de la pénurie de masques, causée dans un premier temps par le stock non renouvelé par la ministre en charge de la santé de l'époque, Maggie De Block. Jumelé à la dépendance de la Belgique à des usines de matériel pharmaceutique situées hors de son territoire, ce manque d'anticipation de la ministre avait obligé les médecins à économiser au maximum ce matériel et avait même mené la population à se tourner vers des systèmes D pour se protéger. Plus largement, c'est aussi l'afflux de patients causé par le premier pic de la pandémie, qui avait angoissé l'Europe. En effet, après l'Italie, c'est la France qui, à partir du 27 mars 2020, a demandé à ses médecins d'économiser ses molécules : « *Les hôpitaux seront bientôt à court de médicaments essentiels pour traiter les patients atteints du Covid-19 hospitalisés en réanimation (...). Ils risquent de ne plus pouvoir fournir des soins intensifs adéquats d'ici une à deux semaines* »², avertissent-ils par l'intermédiaire de AP-HP³. Le 17 mars, le Vif L'express se voulait rassurant pour la Belgique : « *Le stock de médicaments actuellement disponibles permettrait de prendre en charge les patients pour une durée supérieure à quatre semaines et les livraisons semblent moins compliquées à obtenir qu'il y a deux semaines* »⁴. Toutes ces situations, de la pénurie de masques au stock fragile de médicaments, traduisent un même défaut de notre organisation sociétale du monde de la santé : un manque d'anticipation. Ce manque s'inscrit dans une problématique plus globale d'un ressenti, par le monde médical, du désintérêt du monde politique belge pour leur profession. Car si le manque de médicaments a pu être pallié entre autres par un système d'identification des stocks belges, par la garantie fournie par l'Absym⁵ d'une équivalence pour des médicaments à usage non humains ou à usage humains mais non issus de l'UE⁶ et par la recherche de production internationale

¹ OMS : Organisation mondiale de la santé

² https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/06/03/la-difficile-relocalisation-de-l-industrie-pharmaceutique_6041564_3234.html (page consultée le 03 janvier 2022)

³ AP-HP : L'assistance publique des hôpitaux de Paris

⁴ https://www.levif.be/actualite/belgique/coronavirus-une-solution-aux-penuries-de-medicaments-a-ete-trouvee/article-news-1278363.html?cookie_check=1643653742 (page consulté le 03 janvier 2022)

⁵ Absym : L'association belge des syndicats médicaux

⁶ UE : Union Européenne

et le développement de notre production nationale de médicaments, d'autres pénuries sont encore actuellement bien plus complexes à solutionner. Parmi ces pénuries, il y a le nombre de lits disponibles en cas de besoin en soins intensifs, ou plus précisément le personnel de santé essentiel au bon fonctionnement de ces lits. En effet, comme le précise le rapport du KCE⁷ : « Pour la création d'une capacité supplémentaire en termes de lits, il est essentiel que du personnel de soins compétent soit disponible en suffisance »⁸. Ce rapport précise aussi que : « Ce défi de taille a presque entièrement reposé sur les épaules des hôpitaux durant les pics de Covid »⁹ puisque les mesures du Comité HTSC¹⁰ avaient avant tout prévu la création de lits, et non le matériel et le personnel nécessaires à les rendre effectifs. Or, toujours selon le rapport du KCE, en période Covid, ce sont les hôpitaux qui ont dû trouver eux-mêmes ces prestataires de soins additionnels, qui allaient des infirmiers aux médecins en passant par l'équipe logistique : personnel logistique et administratif, kinésithérapeutes, ... Et si les médecins ont été un peu plus faciles à mobiliser lors des premières vagues de Covid, le défi de la recherche de personnel infirmier avait été plus complexe. Les hôpitaux avaient donc choisi de recruter parmi leurs autres services, en préférant le personnel infirmier « détenant des connaissances en soins intensifs ». Certains hôpitaux ont toutefois mis sur pied des équipes mixtes, mêlant personnel de soin avec ou sans expertise. Quelques hôpitaux ont même eu recours à des étudiants. Cette vague de mutations temporaires a eu entre autres pour effet que « comme dans bon nombre de pays, les soins médicaux réguliers et les soins chirurgicaux électifs non urgents ont été annulés ou reportés dans les hôpitaux belges, »¹¹. Or, tant le Comité HTSC que les répondants du secteur hospitalier s'accordent pour dire que, à l'avenir, cette réduction des soins doit être davantage réfléchi afin d'en diminuer l'impact sur la santé publique. D'ailleurs, l'enquête¹² menée par le KCE montre que, en 2020 déjà, la grande majorité des hôpitaux était préoccupée par le bien-être du personnel infirmier et autres prestataires de soins (98%), ainsi que des médecins (93%) et de leur personnel non-soignant (93%). Cette préoccupation a encore augmenté depuis la crise, puisque les hôpitaux font maintenant face à 20, voire 30 ou même dans certains cas 40% d'absentéisme du personnel infirmier. Le KCE laisse toutefois supposer que les causes de cet absentéisme méritent d'être approfondies. Dans tous les cas, le bien-être du monde infirmier préoccupe, et si le budget hospitalier a augmenté de 300 millions d'euros afin de permettre l'engagement d'infirmiers, d'aides-soignants et de personnel auxiliaire, et afin d'améliorer leurs

⁷ KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

⁸ Van De Voorde C. et al., Synthèse : Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de Covid-19, in Rapport du KCE, n°355 Bs, 18 septembre 2020, p. 29.

⁹ Ibidem, p. 29.

¹⁰ HTSC : Le comité Hospital and transport surge capacity

¹¹ Ibidem, point 8. p. 34

¹² Ibidem, p. 1-59

conditions de travail, nous posons que ce problème de pénurie infirmière, complexe et imminent, ne peut être résolu aussi facilement. Par ailleurs, si le volant économique est évidemment l'un des nerfs de la guerre, nous pensons qu'il existe également d'autres pistes de solutions, et ce notamment auprès des cadres de proximité. Ainsi, nous avons décidé de réfléchir dans cette épreuve intégrée à cette problématique de la pénurie infirmière.

Chapitre 1 : Comprendre la pénurie infirmière

1.1. Généralités sur la pénurie

1.1.1. La pénurie

Pour définir ce concept d'apparence simple, nous partirons d'une définition générale, en nous basant sur l'interprétation que le *Larousse* en fait. Il définit la pénurie de la manière suivante : un « *Manque de ce qui est nécessaire ; une insuffisance* »¹³. Si l'on part de cette définition, on constate que les pénuries sont fréquentes dans l'histoire de nos civilisations et qu'elles ont touché différents domaines. Le monde alimentaire, tout d'abord, avec les grandes pénuries de céréales au Moyen Âge par exemple, ou encore la bien tristement célèbre pénurie de pain lors de la Révolution française, qui avait poussé dans un premier temps le Tiers-Etat à manger du pain frelaté, dont la mie était entre autres constituée de sciure de bois, mais qui avait ensuite forcé les femmes à détruire les boutiques des boulangers pour nourrir leur famille. Plus récemment, on retrouve ces pénuries dans le monde de la construction, avec le manque de matières premières telles que le bois ou le métal, faisant exploser les prix de ceux-ci, mais plongeant également dans un grand désarroi les victimes des inondations en Belgique. On constate ainsi que ces épisodes de pénurie, ces *manques*, engendrent des crises et des problèmes humains, auxquels il est parfois bien difficile de trouver des solutions convenables. Cependant, ces pénuries n'impactent pas forcément toute la population, ni tous les pays de la même façon : quand certains manquaient de pain, d'autres avaient encore de la brioche, quand la Belgique peine à replâtrer ses maisons, les Emirats organisent une exposition universelle. Il s'agit également de problèmes ponctuels, ayant trouvé un dénouement satisfaisant quelques temps plus tard. En transposant le concept de pénurie au domaine humain, nous la considérerons donc comme un manque de personnes, il pourra s'agir ici d'une collectivité de petite, de moyenne ou de grande importance, qui semblent nécessaires à un moment donné de l'histoire, et dont l'absence peut avoir un impact sur la qualité de vie de la population.

1.1.2. Les métiers en pénurie

En allant plus loin dans notre recherche du concept de pénurie, on se rend donc compte que celle-ci dépasse le domaine des denrées alimentaires ou encore des matériaux de construction : elle touche aussi le monde du travail. Il ne s'agit donc plus ici d'éléments matériels à proprement parler, mais plutôt de personnes ayant suivi ou non un cursus, avec des connaissances et des compétences bien

¹³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9nurie/59336> (page consulté le 06 janvier 2022)

spécifiques, et devant remplir un rôle pour répondre aux besoins de notre société. En Belgique, le Forem¹⁴ établit la liste des fonctions¹⁵ dites critiques et des métiers en pénurie. Tâchons de comprendre la différence entre ces deux termes. Ce sont encore les instances du Forem qui nous permettent de mieux aborder le sujet : « *Les fonctions critiques sont des métiers pour lesquels les offres d'emploi sont moins facilement satisfaites et pour lesquelles le délai pour recruter est plus long. Les métiers en pénurie de main d'œuvre sont un sous-ensemble des fonctions critiques. Pour les métiers en pénurie, on note également un manque quantitatif de candidats.* »¹⁶. Afin d'avancer dans notre notion de pénurie, il est important de bien récupérer les éléments-clés de cette définition. Deux précisions fournies par le Forem sont à aborder, la première concerne la nuance entre le manque *qualitatif* et le manque *quantitatif*, efforçons-nous de faire la différence. L'insuffisance de personnel liée à un problème *qualitatif* peut avoir trois origines. Premièrement, ce personnel peut être disponible, mais ne pas être choisi par le futur employeur car le profil des candidats ne correspond pas à la demande de celui-ci, et cela peut arriver pour diverses causes : manque de diplôme, manque d'expérience professionnelle, maîtrise de la langue insuffisante, manque de fonds pour de nouveaux engagements, ... Deuxièmement, ce manque qualitatif peut venir des organismes de formation eux-mêmes, ce qui entraînerait le fait que diplômés soient jugés comme inaptes par les employeurs : soit parce que leur diplôme n'est pas reconnu, soit parce que leur compétence est considérée comme insuffisante. Il se peut aussi que le blocage vienne de la qualité de l'emploi lui-même, que les conditions de travail ne soient pas satisfaisantes pour le futur employé et là encore plusieurs raisons peuvent être perçues : le type de contrat, le régime de travail, les horaires, les salaires, les charges physiques et mentales, ... En ce qui concerne les pénuries liées à un problème *quantitatif*, elles résultent, elles, d'une réserve de main d'œuvre insuffisante, ne pouvant donc répondre de manière satisfaisante aux besoins du marché du travail. L'autre précision nécessaire pour aborder les métiers en pénurie est la différence entre les phénomènes *structurels* et *conjoncturels*. Cette nuance a notamment été utilisée par le Forem¹⁷ pour analyser les fonctions critiques et les métiers en pénuries. Pour comprendre la différence entre ces deux termes, il faut se référer aux notions de temps et de répétitivité de la pénurie. En effet un métier est dit en pénurie structurelle lorsque celui-ci est apparu comme en difficulté de recrutement à plusieurs reprises durant les cinq dernières années. A contrario, on définit un métier comme en pénurie conjoncturelle lorsque celui-ci a été considéré comme en difficulté de recrutement à moins de trois reprises dans les cinq dernières années et ce de manière

¹⁴ Forem : Service public wallon de l'Emploi et de la Formation professionnelle.

¹⁵ <https://www.leforem.be/former/horizonemploi/metier/index-demande.html> (page consulté le 06 janvier 2022)

¹⁶ <https://www.leforem.be/particuliers/metiers-porteurs.html> (page consulté le 06 janvier 2022)

¹⁷ Dalla Valle C. et all., Difficultés et opportunités de recrutement : Listes des métiers/fonctions critiques et en pénurie en Wallonie, in *Veille, analyse et prospective du marché de l'emploi*, juillet 2021, p. 4.

discontinue. Maintenant que nous avons pu faire le tour de la notion de métier pénurie, nous pouvons plonger dans le cœur du sujet de notre travail et aborder la pénurie dans la profession d'infirmière.

1.2. La pénurie infirmière

En regard de l'ensemble des concepts abordés, notre première partie traitant de la pénurie et des métiers en pénurie, nous pouvons tout d'abord qualifier la pénurie infirmière de pénurie structurelle, car celle-ci dure déjà maintenant depuis quelques années et ce de manière continue : « *Le métier est pourtant considéré comme en perpétuelle pénurie.* »¹⁸. Nous pouvons également la qualifier de quantitative, car la main d'œuvre disponible ne peut répondre de manière suffisante aux différentes demandes d'emploi ouvertes sur notre territoire. En effet, si les derniers chiffres de la Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé¹⁹ montrent que le nombre d'infirmiers en Belgique augmente ces dernières années, en analysant le nombre d'offres d'emplois, on peut néanmoins s'apercevoir que celles-ci ne réduisent que très peu la pénurie d'infirmiers. Ceci vient donc confirmer la présence d'une pénurie dite quantitative. Nous pouvons également la qualifier de qualitative car les conditions de travail ne sont plus perçues comme intéressantes pour de nombreux travailleurs, en témoignent le nombre croissant de grèves et de manifestations du monde médical ces dernières années. Ce mal-être transparait aussi dans le nombre d'infirmiers en activité en Belgique en regard du nombre d'infirmiers étant autorisés à y travailler. Les chiffres²⁰ de 2016 nous le confirment : 202 402 infirmiers étaient autorisés alors que seuls 143 470 sont professionnellement actifs. Ce décalage montre un nombre conséquent d'infirmiers qui ne sont professionnellement pas actifs. Les chiffres de 2018²¹ viennent encore confirmer cela en montrant un pourcentage de personnel actif variant de 57 à 60 % en fonction des régions. Ainsi, afin de réfléchir à la manière de remédier à cette pénurie entre autres qualitative, il sera essentiel de se pencher sur les causes de ce ressenti des infirmiers.

1.2.1. Une approche historique²²

Pour comprendre la pénurie infirmière actuelle, il est indispensable de s'intéresser quelques instants à l'histoire de cette profession et aux différentes crises qu'elle a pu traverser. Il ne s'agit pas ici de

¹⁸ Laurent. R. Les combats des infirmières en regard de leur histoire : Analyse, in Santé conjugulée, n°64, avril 2013, pp. 50.

¹⁹ Steinberg. P. Statistiques annuelles de soins de santé en Belgique, in Rapport de la Cellule Planification de l'offre des professions de soins de santé, décembre 2020, p. 65.

²⁰ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins/disponibilite-du-personnel-soignant> (page consultée le 06 janvier 2022)

²¹ <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/statistiques-et-planning> (page consultée le 06 janvier 2022)

²² Ibidem, point. 18. p. 50-54.

relater l'ensemble de l'histoire de la profession démarrant au Moyen Age avec les soins dans les hospices par les religieuses, mais il s'agit de comprendre ce qui a pu les amener à combattre les injustices pour faire valoir leurs droits dans cette profession. A la fin du XIX^{ème} siècle, on voit se transformer les derniers hospices : la gestion et les soins prodigués par les religieuses laissent place à des institutions hospitalières, où la médecine prend le devant de la scène puisqu'elle est considérée depuis peu comme la seule vraie science. Ce changement de pouvoir et cette nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux se répercutent dans la formation des infirmières, mais également dans l'aspect pratique de la prise en charge des patients. L'hôpital passe ainsi d'un statut de service de charité, à un lieu dont « *l'organisation est dès lors révélatrice d'une conception de la santé, et en particulier de la tension qui s'exerce entre la conception d'une santé comme bien de consommation ou comme bien commun* »²³. Toujours selon Sophie Chauveau, « *L'hôpital est également un lieu de rapports de forces entre des soignants et des soignés, et un endroit où se manifestent des hiérarchies, entre médecins d'une part, et entre le personnel soignant, le personnel administratif et le corps médical d'autre part.* »²⁴. A notre sens, il s'agit là du début de la première crise vécue par le personnel soignant, où ce dernier va chercher à s'émanciper de ce contrôle médical omniprésent qui ne leur laisse aucune autonomie et peu de considération alors que le métier nécessite des compétences techniques et relationnelles de plus en plus importantes. La profession infirmière veut pouvoir s'autodéterminer car elle semble être une fonction à part entière. C'est dans ce contexte là qu'on voit apparaître, après la première guerre mondiale, les premières associations professionnelles infirmières : la FNIB²⁵ et l'ACN²⁶. Elles seront accompagnées dans leurs luttes pour défendre cette profession à part entière par des syndicats. La crise continuera au début des années 70. Celle-ci surviendra suite à la publication de l'arrêté royal de 1967 qui définira le médecin comme responsable de l'activité paramédicale et a fortiori de l'activité infirmière. Ce combat mené de front aboutira en 1974, sur une loi concernant l'art de soigner, qui reconnaîtra formellement les fonctions infirmières. Cette fonction infirmière sera désormais autonome, son rôle lui sera propre, et certains actes lui seront *délégués* et *confiés* par les médecins. Pour gérer cela, deux instances supplémentaires sont créées : le Conseil national de l'art infirmier CNAI²⁷, qui contrôle le rôle autonome et le conseil technique de l'art infirmier et le CTAI²⁸, qui contrôle le rôle lié aux actes délégués par les médecins. C'est à la fin des années 80, plus précisément en 1989, que la colère va de nouveau gronder dans le secteur infirmier car la liste des actes délégués et confiés tarde à voir le jour. En effet, presque quinze ans se sont

²³ Chauveau S., « Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ? », in Les Tribunes de la santé, n° 33, 2011/4, p. 83.

²⁴ Ibidem, p. 81.

²⁵ FNIB : Fédération Nationales des infirmières de Belgique

²⁶ ACN : Association Belge des praticiens de l'art infirmier

²⁷ CNAI : Conseil national de l'art infirmier

²⁸ CTAI : Conseil technique de l'art infirmier

écoulés depuis cette promesse. La profession infirmière est en colère face à la législation qui ne suit pas son cours, mais également face à ses conditions de travail. Les grèves dureront plusieurs mois et les demandes sont multiples : amélioration des statuts, augmentation salariale et meilleures conditions de travail. C'est l'année d'après que les infirmières gagnent leurs batailles en voyant sortir la liste de ces fameux actes, en obtenant une augmentation de leurs salaires et en clarifiant leur encadrement. Et durant les années 2000, ces mouvements aboutissent à des accords du non-marchand visant à harmoniser les barèmes salariaux et les conditions de travail. Cette brève histoire infirmière nous montre que depuis la création de leur profession, le monde infirmier s'est battu pour son émancipation, pour des fonctions toujours mieux construites et pour de meilleures conditions de travail et ceci afin que le métier soit qualitativement suffisant. Ces conditions étaient essentielles pour permettre d'assurer un service de qualité, mais aussi pour minimiser les risques en cas de sous-effectif. Toutefois, ce combat est toujours d'actualité aujourd'hui et ce d'autant plus depuis la pandémie mondiale présente depuis plus de deux années, qui a considérablement modifié les structures de soins. La majoration des besoins en soins de santé de notre société sans cesse en augmentation a littéralement explosé depuis la pandémie, sans pour autant voir une modification logique des conditions de travail du personnel infirmier. Par conséquent, si la crise du Covid 19 a semble-t-il fait exploser notre demande en soins, elle a surtout mis à mal le personnel en présence avec un taux d'absentéisme rarement égalé : « *On savait bien que ce déficit en personnel infirmier était là, était latent. La crise du Covid n'a fait que l'activer, a joué un rôle de catalyseur dans cette problématique* »²⁹ et « *La Fédération nationale des infirmières de Belgique estime à près de 30% le taux d'absentéisme dans les hôpitaux belges. C'est 10 à 15% de plus qu'il y a un an, ...* »³⁰. Ainsi, ce problème de pénurie infirmière, qui était déjà latent, devient un problème crucial pour l'avenir des soins de santé.

1.2.2. La gestion des flux

Pour comprendre cette pénurie infirmière, même en dehors de la période de pandémie, il est important de définir à nouveau quelques notions. Ainsi, avant de nous pencher sur les manques qualitatifs de la profession, nous cherchons donc à comprendre quels sont les flux qui viennent approvisionner la profession, mais également ceux qui viennent pénaliser ces besoins en personnel. Nous commençons donc par les données quantitatives, par les flux qui mettent ou ne mettent pas à disposition ce personnel. Nous en arriverons enfin à la notion de turnover dans les institutions hospitalières.

²⁹ <https://fr.euronews.com/2021/11/08/la-belgique-confrontee-a-une-grave-penurie-de-personnel-soignant> (page consultée le 08 janvier 2022)

³⁰ <https://fr.euronews.com/2021/11/08/la-belgique-confrontee-a-une-grave-penurie-de-personnel-soignant> (page consultée le 08 janvier 2022)

1.2.2.1. Besoin ou demande en santé

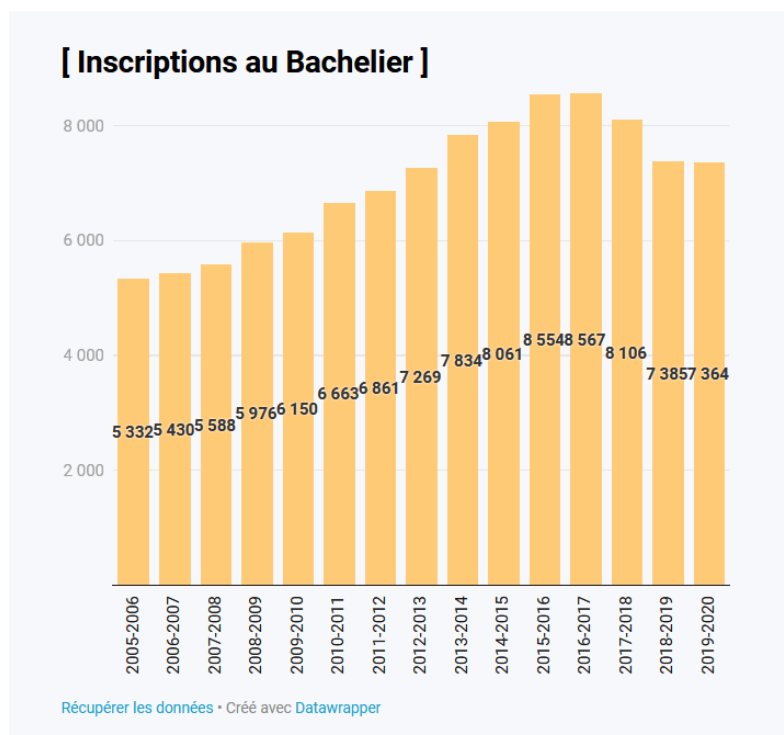
Pour aborder la notion de besoin de personnel, il semble essentiel de la confronter à la notion de demande en santé. La demande en santé, c'est la demande, de la part d'un patient, d'un avis d'expert en soins de santé, afin qu'il lui apporte une amélioration de sa qualité de vie voire de sa survie mais aussi d'une infrastructure hospitalière de qualité pour l'accueillir. Le besoin de personnel, c'est le fait que ces experts soient disponibles. La base est donc la demande, puisque c'est elle qui déterminera les besoins nécessaires : le nombre important ou non de membres qualifiés pour répondre à la demande initiale, des infrastructures de soins, du matériel de soins, etc. Le personnel infirmier fait partie de ces nombreux métiers de la santé devant répondre à ce besoin en santé. L'ensemble des demandes d'une communauté établira alors un besoin global en soins nécessitant un nombre d'infirmiers suffisant pour y répondre. Ce ratio doit évidemment être analysé à différents étages : on peut le voir à l'échelle d'un pays, d'une communauté, d'une province, d'une institution. Ce besoin en soins infirmiers pourra alors répondre de plusieurs manières à cette demande : soit elle répondra favorablement car le personnel est suffisamment disponible, soit elle répondra défavorablement à la demande car le personnel est insuffisant. Plusieurs éléments peuvent jouer sur cette réponse et ce mouvement de staff infirmier.

1.2.2.2. Les flux

La quantité d'infirmiers disponibles sur le marché du travail peut être analysée en termes d'entrées et de sorties. On constate un chiffre de base à l'instant T, et celui-ci est constamment modifié via des flux que nous nommerons « entrants » et d'autres flux que nous nommerons « sortants ». Une fois de plus, cette analyse peut avoir lieu à différents niveaux, on peut l'appliquer à l'échelle d'une nation mais également à celle d'une entreprise.

Les flux entrants représentent une quantité de main d'œuvre venant gonfler le nombre d'infirmiers disponibles sur le marché du travail et étant professionnellement actifs dans le domaine des soins infirmiers. Suite à nos diverses lectures, nous considérons que ce flux entrant est composé de différents vecteurs venant l'alimenter. Ainsi, dans ces vecteurs composant le flux entrant, nous pouvons identifier : les infirmiers nouvellement diplômés, les infirmiers venant de l'étranger et les infirmiers revenant dans la profession. Tentons d'analyser chacun de ces vecteurs entrants. Pour démarrer, nous aborderons les infirmiers nouvellement diplômés, dont la plupart viendront normalement gonfler notre nombre d'infirmiers actifs. L'analyse des chiffres des deux dernières décennies nous a montré une évolution en dents de scie de ce nombre de nouveaux diplômés. En se basant sur les chiffres des nouveaux diplômés par 100 000 habitants, on peut s'apercevoir que ce nombre reste sensiblement bon comparativement au reste de l'Europe, mais que nous avons connu des moments beaucoup plus difficiles entre 2006 avec 31,50 infirmiers diplômés par 100 000

habitants et 2008 avec 32,48 infirmiers diplômés par 100 000 habitants, avant de connaître une augmentation constante jusqu'en 2015 avec 49,68 infirmiers diplômés par 100 000 habitants, année à laquelle s'arrête notre étude³¹. A titre indicatif, le Danemark, qui a encore en 2021 un poste sur dix d'infirmier qui est non pourvu³² et qui est le premier de ce classement, dépasse les 100 diplômés par 100 000 habitants. En Belgique, après 2015, l'année charnière, les différents responsables³³ d'écoles semblent décrire au mieux un statu quo des nouvelles inscriptions voire, pour certains, une diminution significative des inscriptions dans les écoles d'infirmiers. C'est précisément en cette année 2016, que l'on a vu la formation infirmière augmenter d'une année de cursus : elle est passée de 3 à 4 ans d'études. Ci-dessous, un graphique représentant ces chiffres³⁴.



Ces dernières années, la pandémie mondiale mettant encore plus à mal les conditions de travail, les chiffres tendent à être défavorables. Toutefois, en analysant de façon globale les différents chiffres, on peut observer une augmentation du nombre de diplômés depuis l'année 2008 jusqu'en 2015, année où les institutions de formation ont ressenti les premières baisses d'inscriptions. La perspective ne semble donc pas être des meilleures pour cette profession déjà en pénurie majeure de main d'œuvre. Abordons ensuite les infirmiers venant de l'étranger. Voyons quel a été l'apport d'infirmiers formés

³¹ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/soutenabilite-du-systeme-de-sante> (page consultée le 11 janvier 2022)

³² <https://www.lesechos.fr/monde/europe/les-infirmieres-danoises-prolongent-leur-greve-malgre-le-covid-133995> (page consultée le 02 avril 2022)

³³ <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/les-etudes-en-soins-infirmiers-delaissées-a-cause-du-covid> (page consultée le 11 janvier 2022)

³⁴ <https://www.rtb.be/article/salaires-penurie-etudes-infirmiere-carnet-de-sante-d-un-metier-en-penurie-10836946> (page consultée le 11 janvier 2022)

hors de Belgique ces 20 dernières années, mais également plus précisément ces dernières années. On constate un pourcentage moyen de 3,2% des infirmiers formés à l'étranger et ayant le droit d'exercer en Belgique. Ce chiffre tend à augmenter chaque année, mais on constate que cette augmentation reste malheureusement minime : entre 2000 et 2015³⁵ nous sommes passés de 0,52% à 3,5% d'infirmiers étrangers travaillant en Belgique. Il semblerait aussi que, souvent, les infirmiers étrangers formés chez nous, les Français plus particulièrement, rentrent travailler dans leur pays. Finalement, pour notre dernier vecteur entrant, à savoir les infirmiers prenant la décision de revenir dans le domaine des soins de santé, aucune donnée probante n'a pu être trouvée. Néanmoins, nous estimons que ce vecteur ne représente qu'une partie infime des flux entrants. Les flux entrants sont donc majoritairement représentés par les nouveaux diplômés sortants des écoles et dans une moindre mesure par les infirmiers venant des pays étrangers.

Les flux sortants, eux, représentent une quantité de main d'œuvre venant diminuer le nombre d'infirmiers disponibles sur le marché du travail et n'étant donc plus professionnellement actifs dans le domaine des soins infirmiers. Autrement dit, les flux sortants sont les infirmiers qui quittent le monde infirmier belge. A nouveau, dans le flux sortant, nous pouvons identifier plusieurs vecteurs : les infirmiers partant à la retraite, les infirmiers partant à l'étranger et les infirmiers quittant la profession. Tentons d'analyser chacun des vecteurs sortants. Pour démarrer, nous aborderons les infirmiers partant à la retraite : sont-ils plus nombreux que ces dernières années ? Et quelles perspectives pour l'avenir ? En analysant les chiffres de 2018³⁶ on constate que plus de 30% des infirmiers du pays avaient 55 ans ou plus. Plus inquiétant encore, on constate, toujours en 2018, que plus de 13% avaient déjà plus de 65 ans. Beaucoup d'entre eux sont donc maintenant partis à la retraite. Dans des chiffres plus récents, ceux de 2020³⁷, on constate qu'encore plus de 20% des infirmiers du pays ont au moins 55 ans. Cela s'explique par le fait qu'en Belgique, nous faisons face à un vieillissement de la population, et celui-ci se reflète dans la population infirmière. Par conséquent, ces dernières années se sont soldées par bon nombre de départs en retraite et ce phénomène ne risque pas de s'atténuer au vu des derniers chiffres disponibles. Le flux sortant touchant aux retraites est et restera un élément qui affectera de façon majeure et négative le chiffre du personnel infirmier actif en Belgique. Abordons ensuite les infirmiers partant à l'étranger ou quittant la profession : représentent-ils un nombre significatif de travailleurs ? Cette démarche est-elle en augmentation ces dernières années ? Les informations concernant le nombre d'infirmiers quittant la profession sont peu présentes dans littérature scientifique. Pour ce qui est des infirmiers

³⁵ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/soutenabilite-du-systeme-de-sante> (page consultée le 11 janvier 2022)

³⁶ Steinberg. P., Statistiques annuelles des professionnels de soins de santé en Belgique, in Rapport de la Cellule de Planification de l'offre des professions de soins de santé, décembre 2018, p. 69.

³⁷ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante> (page consultée le 11 janvier 2022)

qui quittent la profession, on recense un nombre important d'articles sur la durée d'une carrière infirmière, laquelle semble définie comme très courte. Selon Arnaud Bruyneel,³⁸ elle serait de 10 voire de 5 ans pour un infirmier spécialisé, et de 15 ans en moyenne pour les autres infirmiers. De nombreux articles font aussi état des changements de carrière trop fréquents dans cette profession. L'étude la plus construite évoquant la volonté des soignants de quitter la profession reste sans aucun doute la dernière étude du KCE³⁹ sur la dotation des infirmières. Elle montre qu'un infirmier sur 10 envisage de quitter la profession et que plus d'un quart n'est pas satisfait de ses conditions de travail. Ces différents éléments nous aiguillent vers une potentielle dégradation des conditions de travail et tendent à nous faire penser que les départs au sein de cette profession représentent un chiffre conséquent rendant cette pénurie, déjà effective, encore plus importante. A ces flux sortants, un élément indirect doit indiscutablement être ajouté. En effet, depuis quelques années on peut se rendre compte que les diminutions du temps de travail sont de plus en plus nombreuses, ce qui pénalise directement le nombre d'effectif sur le terrain et pénalise donc à nouveau la balance entre le nombre d'infirmiers nécessaires et les besoins de la société. Toutefois, les pauses-carrière, les réductions de temps de travail ou les divers congés de durée variable, sont des chiffres plus instables d'année en année et les causes de ces flux nous semblent davantage liées à des problèmes soit personnels, soit d'ordre qualitatif.

On peut finalement noter qu'à l'échelle d'une entreprise - et donc d'un hôpital-, d'autres flux peuvent faire leur apparition. La concurrence et les offres d'emploi peuvent influencer sur les flux entrants, qui peuvent alors gonfler grâce aux employés venant d'autres entreprises, tout comme on peut voir un flux sortant se composer de membres du personnel voulant rejoindre une autre entreprise dispensant des soins.

Prenons un peu de recul et tentons d'établir une synthèse de ces différents flux. Les besoins en soins de santé ne font que croître et le personnel assumant les différentes fonctions de soins devrait pouvoir répondre à ces besoins, qui se majorent chaque jour. En regardant les flux entrants décrits ci-dessus, il semble qu'un risque majeur de diminution des travailleurs pourrait se faire ressentir par la diminution des inscriptions dans les institutions de formation en soins infirmiers. Nous pouvons néanmoins montrer l'intérêt du personnel infirmier venant de l'étranger qui, lui, semble être en augmentation depuis quelques années. Mais si la notion d'entrée peut évoluer positivement, c'est la notion d'équilibre entre les flux entrants et sortants qui semble vraiment poser problème. En effet, les nombreux départs en pension et le personnel quittant la profession de manière prématurée vont

³⁸ <https://www.rtbf.be/article/salaires-penurie-etudes-infirmiere-carnet-de-sante-d-un-metier-en-penurie-10836946>
(page consultée le 11 janvier 2022)

³⁹ Van Den Heede K., et al., Synthèse : Dotation infirmière pour des soins (plus) surs dans les hôpitaux aigus, in Rapport du KCE, n°325 Bs, 30 janvier 2020, pp. 1-63.

sensiblement mettre à mal une profession qui souffre déjà beaucoup d'un manque de personnel. Pour aborder cette notion d'équilibre, il paraît indispensable de parler du principe de *turnover*.

1.2.2.3. Le turnover

La notion de turnover peut toucher plusieurs domaines, mais c'est bien dans celui des ressources humaines que nous allons l'aborder. Le terme turnover désigne ce qu'on appelle en français la rotation de l'emploi. Il représente le renouvellement de la part des travailleurs qui quittent un milieu par la part de travailleurs recrutés par ce même milieu. Cette notion peut donc être définie comme celle de *flux à différents échelons*. Elle concerne à nouveau tant une entreprise qu'une société. Dans le domaine des soins de santé, elle peut également être rapportée à l'une des professions des institutions hospitalières. Ainsi une institution de soins peut définir son turnover de personnel infirmier. La notion de turnover fait partie de la vie d'une entreprise, elle symbolise un cycle. Elle est souvent représentée sous la forme d'un taux ou d'un pourcentage. S'il n'existe pas de taux idéal, celui-ci peut néanmoins être analysé concrètement par les entreprises pour en tirer des conclusions car il est un bon indicateur du climat social d'une entreprise. Nos lectures nous aiguillent sur le sujet⁴⁰ : un taux de 0% montre une entreprise en manque de dynamisme, un taux inférieur à 5% montre quant à lui un climat social pouvant être qualifié de bon, alors qu'un taux supérieur à 15% montre une entreprise ayant des difficultés à garder son personnel. Les chiffres et les sources évoquant le turnover infirmier en Belgique n'étant pas légion, il est difficile de tirer des conclusions quant à son évolution, et ce d'autant plus que ces chiffres sont particulièrement liés à une gestion dite entrepreneuriale des hôpitaux. Il apparaît néanmoins que des pays proches des nôtres tels que la France voient augmenter leurs taux de façon dangereuse : « *Entre départs et arrivées, le taux de rotation (ou "turnover") du personnel non médical se situait en 2018 à 10,3% en moyenne (dont 10,1% pour le personnel des services de soins), avec des données oscillantes entre 5,2% et 17,9% pour 80% des 324 établissements participant à l'enquête, indique le bilan qui constate une augmentation de 0,8 point entre 2017 et 2018.* »⁴¹ Le turnover peut également se distinguer de deux manières. D'une part on peut envisager un turnover que l'on pourrait qualifier d'interne à l'institution : le personnel quitte alors sa fonction actuelle pour rester au sein de l'entreprise, mais dans une autre fonction. Par exemple, ce serait le cas d'une infirmière qui change d'unité au sein d'un hôpital. D'autre part, on peut discerner un turnover que l'on pourrait qualifier d'externe à l'institution : le personnel quitte son entreprise, il peut alors garder la même fonction au sein d'une autre entreprise, ou quitter tout simplement la profession. La notion de turnover nous fait comprendre que, pour agir sur la pénurie infirmière vécue par les

⁴⁰ <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/employe/taux-turnover/> (page consultée le 14 janvier 2022)

⁴¹ <https://www.actusoins.com/344397/turnover-et-absenteisme-a-l-hopital-une-hausse-sensible-et-constante.html> (page consultée le 14 janvier 2022)

entreprises, il est obligatoire de pouvoir agir sur les entrées. Celles-ci peuvent évidemment dépendre de l'attractivité de cette profession infirmière. Elles peuvent aussi tenter d'agir sur les sorties, qui peuvent être solutionnées par la fidélisation de ce personnel infirmier.

1.2.3. L'attractivité

Comment pouvons-nous décrire la notion d'attractivité ? Celle-ci peut se représenter comme ce qui est attractif, ce qui engendre une attraction, qui plaît, qui donne envie d'aller vers, ... « *Parler d'attractivité d'un métier, c'est se poser la question de sa notoriété, de sa bonne connaissance par ceux qui pourraient l'exercer et donc de la manière dont il est perçu.* »⁴² L'attractivité peut évidemment toucher différents domaines, mais c'est bien celui des professions et plus particulièrement celle de la profession infirmière qui nous intéresse. Nous concevons que l'attractivité d'une profession nous est représentée comme l'ensemble des caractéristiques qui amènent des personnes à la trouver attrayante, à leur plaire, à se lancer dans la formation et/ou à répondre à une offre d'emploi la concernant. Cette attractivité peut toucher un métier à proprement parler, mais on peut également se rendre compte que les entreprises peuvent proposer certaines caractéristiques et/ou avantages pour rendre leurs offres d'emploi plus attractives et ainsi passer devant la concurrence. La politique d'une entreprise peut donc jouer sur l'attractivité des offres d'emploi présentées et donc sur l'attractivité des professions dont le personnel fait défaut. Nous passons donc maintenant à l'aspect qualitatif de la profession infirmière. Comment a évolué l'attractivité de la profession infirmière ces dernières années ? Les métiers de la santé - et la profession infirmière ne fait pas exception - souffrent depuis plusieurs années de conditions de travail de plus en plus difficiles à cause, par exemple, de l'augmentation de la charge en travail, du manque de revalorisation salariale, ... La crise sanitaire venant s'ajouter à cela, on constate que l'attractivité de la profession infirmière régresse depuis quelques années⁴³. Par ailleurs, rendre l'offre d'emploi de son institution attractive, c'est également donner à son personnel déjà en place l'envie de rester, c'est en quelque sorte favoriser une fidélisation de son personnel.

1.2.4. La fidélisation

Comment définir la notion de fidélisation ? Celle-ci peut être traduite comme des actions ayant pour objectif de fidéliser une clientèle, un public voire des travailleurs, la définition amenée par Peretti et reprise notamment par Le Petit Robert nous le confirme : « *Le dispositif de fidélisation des salariés,*

⁴² Brillet F., « L'image métier : exploration d'une notion au cœur au cœur du choix professionnel », in Management & Avenir, n° 84, Mars 2016, p. 54.

⁴³ <https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/article/les-metiers-de-la-sante-moins-attractifs-en-2020> (page consultée le 14 janvier 2022)

défini comme l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés (Peretti, 1999) »⁴⁴. C'est bien ce dernier aspect qui nous intéresse. Plus concrètement, il s'agit, pour une organisation, d'avoir une politique instaurant des pratiques qui visent à diminuer les départs volontaires du personnel infirmier. Il faut donc bien différencier d'une part les départs volontaires, ceux liés à un choix de l'employé et d'autre part des départs non-volontaires, ceux liés au choix de l'employeur. Pour comprendre ces départs volontaires, une entreprise devra pouvoir travailler de manière profonde sur ce qu'on appelle les intentions de départs, autrement dit l'étape précédent l'acte du départ à proprement parler, où l'entreprise n'a plus de possibilité d'action. La pénurie infirmière augmente de façon significative l'importance d'une politique de gestion axée sur la fidélisation et plus particulièrement sur les intentions de départ du personnel et ce particulièrement pour deux raisons. Premièrement, la fonction étant en pénurie, on peut se rendre compte que les propositions d'emplois sont toujours plus nombreuses et que celles-ci pourraient pousser le membre du personnel à choisir un autre poste, une autre unité. Deuxièmement, les institutions de soins de santé restent des entreprises. Elles peuvent donc ressentir de la concurrence et certaines d'entre elles peuvent en jouer par désir d'attirer des infirmières d'autres institutions. La notion de fidélisation du personnel infirmier est à différencier de la notion de rétention du personnel infirmier, qui semble a priori avoir un aspect plus péjoratif. La rétention est définie comme le fait de maintenir vers soi, maintenir pour soi. La fidélisation nous semble être une terminologie plus adéquate dans cette thématique professionnelle, car elle laisse le choix à l'employé, ce qui nous paraît plus adéquat avec la réalité du terrain. Dans les deux situations, l'employeur identifie et met en place une pratique attrayante pour pousser ses employés à rester au sein de son institution mais c'est bel et bien l'employé qui prendra le choix définitif et ne pourra être retenu contre son gré, à l'exception de son préavis.

Nous avons pu examiner que la pénurie infirmière est un problème effectif en Belgique. Pour qu'à l'avenir notre pays ne se retrouve pas encore plus en difficulté qu'il ne l'est déjà et qu'il ne l'a été durant la pandémie, il faut non seulement que les flux entrants s'équilibrent avec les flux sortants, mais il faudrait également, au vu du nombre croissant de Belges, augmenter le nombre d'infirmiers actifs. Pour ce faire, l'Etat peut jouer sur des solutions quantitatives : fonds pour engager du personnel, motivation des étudiants, recrutements d'étrangers, etc., mais il y a probablement des pistes du côté des solutions qualitatives, de la formation et de la fidélisation du personnel. Pour évaluer en quoi la qualité des travailleurs et/ou du travail pénalise le recrutement de personnel

⁴⁴ Petit. R., « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : Une problématique sectorielle de management », in Association de gestion des ressources humaines, n°22, 2017/1, p. 36.

infirmier, il faut donc étudier de plus près les causes tangibles de cette pénurie infirmière : pour quelles raisons concrètes manque-t-on de personnel infirmier en Belgique ? Etant donné les chiffres du personnel infirmier disponible en Belgique, nous pensons pouvoir préciser la question de la sorte : pour quelles raisons les potentiels infirmiers quittent-ils voire ne se dirigent-ils pas vers cette profession ? Ce n'est qu'après avoir analysé ces causes que nous pourrions proposer des pistes de solutions en adéquation avec la problématique de la pénurie infirmière.

Chapitre 2 : Les causes de la pénurie infirmière :

Comme le chiffrerait Randstad, qui s'est attelé, dans une enquête sur l'impact du Coronavirus sur le monde du travail⁴⁵, à comparer l'évolution de l'intérêt des travailleurs pour différents types de métiers entre 2018 et 2020 : « *Toutes les autres professions sélectionnées, y compris donc les 10 métiers de la santé, reculent de plus de 5 points de pourcentage. Sept des dix métiers de la santé affichent une baisse d'attractivité d'au moins 10 pp, contre à peine un des dix métiers hors soins de santé (professeur d'université !). La baisse moyenne est de 12,1 pp parmi les métiers de la santé, contre « seulement » 7 pour les métiers hors soins. Il n'est dès lors pas insensé de considérer que l'image des métiers de la santé a davantage souffert que celle des autres professions* »⁴⁶. L'attractivité des métiers de la santé a donc souffert de la crise du coronavirus. L'étude précise également que si l'on considère plus exactement le métier d'infirmier, celui-ci recule même de 13%. Son recul en termes d'attractivité est donc encore supérieur à la moyenne évoquée pour les métiers liés à la santé de manière générale. Le secteur infirmier est donc bien l'un des plus impactés par la pandémie. Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, ce problème d'intérêt pour les postes d'infirmiers est plus ancien et plus large que la crise de la Covid. Les causes qui semblent globalement pouvoir résumer la problématique de la pénurie infirmière sont le manque d'attractivité de la profession et la difficulté pour les entreprises de fidéliser leur personnel. Toutefois, il nous paraît intéressant d'approfondir la recherche de ces causes et de réfléchir aux processus et aux raisons qui génèrent non seulement ce manque d'attractivité de la profession, mais aussi le départ et donc la non-fidélisation des professionnels du monde infirmier. Nous aborderons donc les causes de cette pénurie infirmière selon ces deux aspects bien distincts et en deux temps. Dans un premier temps, nous verrons les facteurs d'attractivité ou de non-attractivité de la profession infirmière, et dans un second temps les facteurs d'intentions de départ de la profession infirmière. Bien entendu, afin de coller davantage à la situation particulière de pénurie à laquelle nous faisons face depuis fin 2019, mais aussi à l'évolution de la situation en Belgique de manière générale, nous terminerons par des facteurs que nous qualifierons de contextuels.

⁴⁵ Denis J., « L'impact du coronavirus sur l'attractivité des métiers de la santé », in Randstad Research, novembre 2020, pp. 1-19.

⁴⁶ Ibidem, p. 10.

2.1. Les facteurs d'attractivité ou de non-attractivité

2.1.1. Quels critères choisir pour parler d'attractivité ?

Pour avancer dans notre questionnement sur les facteurs d'attractivité du métier d'infirmier, nous devons discerner, comme l'a fait la société Randstad dans son enquête⁴⁷, d'une part les facteurs liés à l'attractivité d'une entreprise et d'autre part les facteurs d'attractivité liés à la fonction même d'infirmier. En effet, il est important de se demander si le problème d'intérêt pour ce métier réside davantage dans ce que proposent les entreprises aux travailleurs, s'il est plutôt lié à la fonction que ces travailleurs exercent ou encore si le manque d'attractivité est multifactoriel. Selon Randstad, qui débute son enquête en évoquant des généralités sur le marché de l'emploi, l'attractivité d'un poste est le plus souvent prioritaire face à celle de l'entreprise : « *Près de 90% des candidats orientent d'abord leur choix sur le job, et puis seulement sur l'entreprise* »⁴⁸. Ils précisent ensuite les facteurs qui, dans la plupart des cas, rendent un métier attractif. Leur tableau⁴⁹, repris ci-dessous, fournit un récapitulatif intéressant de ces critères qui poussent les travailleurs à choisir l'un ou l'autre métier.

tableau 2

Les critères d'un job attractif (en %, position en 2018 entre parenthèses)

| | |
|--|----------|
| 1. rémunération attractive | 20,8 (1) |
| 2. bon équilibre travail-vie privée | 12,3 (2) |
| 3. bonnes conditions de travail | 10,3 (3) |
| 4. sécurité d'emploi | 9,6 (4) |
| 5. travail varié | 6,5 (5) |
| 6. autonomie | 5,2 (8) |
| 7. nombreux contacts humains | 4,9 (6) |
| 8. opportunités de formation et de progression | 4,9 (7) |
| 9. finalité sociale | 4,1 (10) |
| 10. responsabilités | 4,0 (12) |
| 11. créativité | 3,9 (11) |
| 12. défis | 3,7 (9) |
| 13. tranquillité | 3,6 (13) |
| 14. aventure | 1,8 (15) |
| 15. en plein air | 1,8 (14) |

méthodologie : les répondants pouvaient répartir 1.000 points entre 15 critères, le pourcentage représente leur proportion moyenne

Ces chiffres nous montrent une répartition qui interpelle quand nous connaissons le métier d'infirmier et lorsque nous connaissons les revendications du personnel soignant lors de ses manifestations : rémunération, surcharge de travail, temps disponible auprès des patients, rappels fréquents, etc. En effet, ce 07/12/21, le secrétaire général de l'Absym déclarait encore dans un article du Trends : *"On a trop d'infirmières et de médecins qui ne restent pas dans le milieu. A 40 ou 50 ans, vous avez parfois*

⁴⁷ Denis J., op. cit., p. 1-19.

⁴⁸ Ibidem, p. 3.

⁴⁹ Ibidem, p. 7.

des médecins qui préfèrent devenir médecin-conseil plutôt que de rester dans un milieu hospitalier où le travail est devenu trop lourd entre les gardes pas bien payées, la paperasse administrative à remplir et les contraintes organisationnelles, etc. »⁵⁰ . A la lueur de cette déclaration et des expériences circulant dans la presse, plusieurs des 15 facteurs d'attractivité pour un job présentés par Randstad peuvent être considérés actuellement comme problématiques. Nous travaillerons essentiellement sur les 10 items les plus représentatifs à savoir : la rémunération, l'équilibre travail-vie privée, les conditions de travail, la sécurité de l'emploi, le travail varié, l'autonomie, les contacts humains, les opportunités de formations et de progression, la finalité sociale et les responsabilités. Il s'agit ici d'aspects du métier d'infirmier qu'il faudra analyser comme facteurs pouvant influencer négativement l'attractivité de la profession infirmière.

2.1.2. Les facteurs d'attractivité

Toutefois, il faut également souligner que la profession infirmière implique que certains des facteurs cités par Randstad pourront être considérés comme toujours attractifs et heureusement : la sécurité de l'emploi, les nombreux contacts humains, la finalité sociale, ... Si certains de ces facteurs attractifs sont inhérents au métier de soignant, d'autres sont liés à la pénurie elle-même : au vu des difficultés actuelles pour recruter des soignants, il semble évident que la sécurité d'emploi d'un infirmier est presque garantie, et ce dès les études supérieures. Par exemple, comme l'explique le *Trends Tendence*, le CHR de la Citadelle de Liège a été jusqu'à prendre l'initiative d'aller dans les écoles d'infirmiers pour proposer aux étudiants de financer une partie de leur dernière année de spécialisation. Les étudiants travailleraient ainsi un tiers de leur temps à l'hôpital et bénéficieraient de jours de congés supplémentaires pour pouvoir se former. Le CHR espère ainsi encourager de nouveaux diplômés à venir renforcer leurs équipes. Cette initiative prouve bien l'omniprésence des débouchés, mais elle rappelle aussi l'aspect dévastateur que la pandémie mondiale liée au covid a eu sur l'attractivité des métiers de la santé et tout particulièrement sur le métier d'infirmier. Les deuxième et troisième éléments que sont les nombreux contacts humains et la finalité sociale qui incombent à la fonction d'infirmier sont intimement liés, l'un ne peut se définir sans l'autre. La position d'un infirmier de par son rapport à l'autre amène un comportement social envers les patients mais également envers l'ensemble des individus qui peuvent constituer une entreprise : un infirmier travaille en équipe, il collabore avec les médecins et les autres soignants, il transmet les informations à propos de son patient. Malheureusement, alors qu'elles sont à notre sens un élément fondateur du métier d'infirmier, les différentes crises vécues par le personnel soignant ont pu parfois mettre à mal

⁵⁰ https://trends.levif.be/economie/entreprises/manifestation-du-personnel-soignant-on-n-aurait-pas-du-laisser-planer-le-doute-sur-la-vaccination-obligatoire-pour-tous/article-normal-1499615.html?cookie_check=1644762202 (page consultée le 22 janvier 2022)

certaines relations indispensables pour ce personnel. Nous pensons notamment au manque de temps à passer avec ses collègues ou avec les patients, induit par le manque de personnel. Néanmoins, nous restons persuadé que l'aspect social et les multiples contacts vécus dans le cadre cette profession restent un élément amenant de l'attractivité à la profession elle-même.

2.1.3. Les facteurs de non attractivité

Commençons par parler des différents facteurs de non-attractivité de la profession que nous avons sélectionnés précédemment. En se référant aux dix critères susceptibles de jouer sur l'attractivité de la fonction, nous avons décidé d'émettre un avis plutôt défavorable sur les éléments suivants, qui sont donc jugés comme étant, pour l'heure, des facteurs non attractifs pour la profession infirmière : la rémunération, le bon équilibre travail-vie privé, les conditions de travail, le travail varié, l'autonomie, les opportunités de formations et de progression et les responsabilités. La notion de non-attractivité est selon nous encore à nuancer car cette non-attractivité pourra être perçue par les travailleurs et les futurs travailleurs de manière différente. Certains critères peuvent en effet être plus importants pour un individu que pour un autre. Néanmoins, le ressenti d'une partie importante de la population infirmière est un bon indicateur et l'étude établie par Randstad nous aiguille également grâce à son échelle de valeurs. Nous traverserons l'ensemble de ces facteurs en respectant la hiérarchie établie par l'étude en question.

- Le salaire ou la rémunération :

Comme nous l'avons vu dans l'enquête de Randstad, le salaire représente le critère principal lors du choix d'un métier. Qu'en est-il effectivement du salaire des infirmiers et du ressenti de cette profession face à ses rétributions ? Comme nous avons pu le voir avec notre bref historique, le combat des infirmiers pour une plus-value salariale et des meilleures conditions de travail n'est pas récent. Les recherches de Baret⁵¹ sur les travaux de Joshua Amadi nous montrent qu'il s'agit même de l'un des trois facteurs de départ. Il nous transmet également le ressenti des infirmiers sur le sujet : « *Les infirmières estiment que leur salaire n'est pas à la hauteur de leur niveau d'études, de leurs conditions de travail et de la complexité des tâches qui leur sont demandées.* »⁵² . L'analyse de ce sentiment nous permet donc d'aller plus loin dans la compréhension du malaise du personnel infirmier : les études, les conditions de travail et le métier devenant de plus en plus complexes, ces travailleurs estiment qu'une augmentation salariale devrait leur être accordée. De plus, comme le disait Sylvianne Portugaels. Directrice générale du CHR : « *Travailler 8 heures par jour avec des*

⁵¹ Baret C., « Exploiter une enquête de satisfaction pour identifier les principaux facteurs de fidélisation des personnels », in RIMHE, n° 8, 2013/4, pp. 124-134.

⁵² Ibidem, p. 127.

pauses de nuit et de week-ends doit être valorisé financièrement et humainement »⁵³. Il s'agirait donc en quelque sorte de rééquilibrer la balance entre la charge de travail des infirmiers et les bénéfices qu'ils en perçoivent, ce qui symboliserait aussi une revalorisation de leur métier au sein de la société : leur travail serait mieux reconnu officiellement, ce qui affirmerait donc leur crédibilité. L'officialisation du métier comme métier pénible pourrait ainsi être un premier pas, nous y reviendrons un peu plus tard dans ce travail. Cette recherche d'une certaine stabilité entre contribution-rétribution pourrait ainsi être recalculée en menant une réflexion sur ce que d'une part, l'infirmier donne à l'entreprise, que ce soit en temps, en compétences, en expertise, en soins, etc. et d'autre part de ce que l'infirmier reçoit de l'entreprise. Toutefois, si au sein de nombreuses institutions, de meilleures rétributions concernent le plus souvent le salaire ou d'autres avantages tels que des voitures ou téléphones de fonction, cette réflexion pourrait aussi porter sur des avantages tels que des formations, des moments de détente, ou d'autres éléments d'ordre immatériel comme la satisfaction psychologique, l'acquisition de nouvelles connaissances, ...qui pourraient pousser les travailleurs vers ce métier. Finalement, comme l'expliquait le Dr Gilbert Bejjani dans l'article de Trends Tendances : « *On a aussi un problème avec les barèmes. Avec l'ancienneté, vous avez plus de jours de congé et plus d'avantages alors que des jeunes ne reçoivent pas assez. Ils ne manquent pas de motivation mais sont forcément perdants et risquent de quitter le milieu hospitalier dès qu'ils trouveront mieux ailleurs.* »⁵⁴ Ici, c'est bien le départ dans le métier qui est mis en cause : commencer en tant qu'infirmier peut s'avérer peu attractif voire décourageant d'un point de vue salarial. Dans tous les cas, améliorer le « salaire » des infirmiers, et ce dès le début de carrière, doit être une piste dans la lutte contre le manque de personnel infirmier, qu'il s'agisse de départs vers d'autres institutions plus concurrentielles, de départs vers d'autres professions plus lucratives ou pire encore, de non-choix de cette profession. Ce n'est pourtant pas forcément dans ce sens que les changements ont eu lieu. En effet, depuis 2018, un nouveau mode de financement des professionnels de santé a été mis en place sous forme de barèmes IFIC⁵⁵. Ces barèmes ont fait leur apparition dans les soins de santé en ciblant dans un premier temps le secteur privé et dans un second temps le secteur public. Il s'agit d'un modèle de classification des fonctions présentes au sein des institutions de soins et pour lesquelles des attributions barémiques ont été mises en place. Chaque fonction est définie par un nombre de critères dans une fiche de fonctions, ce qui permet de lui attribuer un salaire. Ces barèmes continuent d'évoluer en fonction des années d'ancienneté, mais présentent une différence notable

⁵³ https://trends.levif.be/economie/entreprises/manifestation-du-personnel-soignant-on-n-aurait-pas-du-laisser-planer-le-doute-sur-la-vaccination-obligatoire-pour-tous/article-normal-1499615.html?cookie_check=1644762202 (page consultée le 22 janvier 2022)

⁵⁴ https://trends.levif.be/economie/entreprises/manifestation-du-personnel-soignant-on-n-aurait-pas-du-laisser-planer-le-doute-sur-la-vaccination-obligatoire-pour-tous/article-normal-1499615.html?cookie_check=1644762202 (page consultée le 22 janvier 2022)

⁵⁵ IFIC : Institut de classification des fonctions

avec l'ancien système : dans ce mode de financement, le travailleur reçoit désormais son salaire par rapport à la fonction qu'il exerce effectivement et non plus par rapport à son ou ses diplômes à proprement parler. Cela a évidemment contrarié une partie du monde hospitalier. En effet, en tablant sur un financement à la fonction et non plus sur les formations suivies par les membres du personnel, les soignants hyper spécialisés se sentent lésés et ce pour plusieurs raisons. Cette modification touche tout d'abord à l'aspect contribution-rétribution dont nous parlions plus haut : leurs compétences et connaissances accumulées au cours de formations supplémentaires ne seront pas valorisées par rapport à d'autres ayant une formation de base. Or, s'il y a bien un domaine dans lequel se mettre à jour et être polyvalent est bien profitable, c'est le domaine des soins de santé. Ensuite, leur rétribution sera diminuée, car pour certains, et notamment une grande partie du personnel ayant un TPP⁵⁶ qui leur octroie une prime annuelle, la simulation salariale du modèle IFIC les montre perdants dans la perception de leur salaire. Dans le domaine privé, bon nombre de ces infirmiers spécialisés se sont sentis floués par ce projet barémique. Le résultat de ce changement est donc sans appel et les infirmiers en témoignent : *"Je touchais 1500€ de prime pour mon diplôme de SIAMU⁵⁷. Je ne les aurai plus ! Sur les 20 ans de carrière qu'il me reste, cela fait beaucoup d'argent", explique Virginie Delvaux, infirmière urgentiste SIAMU depuis 21 ans.* »⁵⁸. Certains en déduisent même que *« Faire un an (d'étude) supplémentaire, juste pour travailler dans un service en particulier, mais sans majoration du salaire, je ne vois pas l'attrait pour les jeunes diplômés", explique Jérôme Baudoin, un infirmier en réanimation Bois de l'Abbaye.* »⁵⁹ Il est donc évident que la réflexion sur les salaires des infirmiers devrait rester une priorité, et ce y compris en ce qui concerne le nouveau système mis en place, qui ne valorise plus la formation des engagés.

- Equilibre travail-vie privée

L'équilibre travail-vie privée est selon nous un facteur important pour le bonheur d'un individu : celui-ci doit pouvoir trouver un juste compromis entre le temps dédié à son travail et celui dédié à sa vie personnelle. Toutefois, cet équilibre dépend des individus : chacun peut avoir l'envie ou le besoin de s'impliquer davantage dans l'un ou dans l'autre. Dans le milieu infirmier, cet indicateur peut être relié à l'horaire de travail d'un travailleur : selon l'aménagement de celui-ci, les congés, le nombre d'heures prestées, les plages horaires libres, les possibilités d'heures supplémentaires varient. Toutefois, en analysant brièvement les différentes offres d'emplois sur le marché du travail on se rend

⁵⁶ TPP : Titre professionnel particulier

⁵⁷ SIAMU : Soins intensifs et aide médicale urgente

⁵⁸ <https://www.rtb.be/article/greve-dans-les-hopitaux-publics-francophones-les-infirmiers-brulent-leurs-diplomes-de-specialisation-10782984> (page consultée le 23 janvier 2022)

⁵⁹ <https://www.rtb.be/article/greve-dans-les-hopitaux-publics-francophones-les-infirmiers-brulent-leurs-diplomes-de-specialisation-10782984> (page consultée le 23 janvier 2022)

compte d'un élément inhérent aux horaires des infirmiers : la majorité des offres proposées pour des postes d'infirmiers font état d'horaires dits décalés ou atypiques, alors qu'une minorité de ces offres proposent des horaires dits classiques, que l'on pourrait par exemple retrouver chez certains salariés de la fonction publique. En effet, au sein d'une équipe de soins devant couvrir la globalité d'une journée à savoir 24h sur 24 et 7 jours sur 7, la plus grosse partie de l'équipe devra prêter des horaires dits atypiques ou décalés. Pourtant, ces horaires atypiques semblent souvent perçus comme difficiles et inconfortables au sein de la population. Mais qu'en est-il vraiment ? Y a-t-il un impact avéré de ces horaires atypiques sur la vie privée, qui pourrait démotiver certaines recrues ? Pour comprendre l'impact de ces horaires sur la vie privée, nous nous baserons sur une étude française de l'INRS⁶⁰, dans laquelle se trouve un tableau récapitulatif des divers horaires possibles dans le monde du travail, et sur le rapport de la Fédération des Maisons Médicales sur l'impact de ces horaires sur la santé. Bien que présents dans d'autres professions, les horaires décalés peuvent bloquer certains travailleurs. En effet, ceux-ci demandent dans la plupart des cas à l'employé des prestations tôt dans la matinée ou tard en soirée voire du travail de nuit, et ils ne sont pas forcément réguliers. Non seulement ces horaires changeants peuvent complexifier l'organisation de la vie privée, mais ils ont parfois aussi un impact négatif sur la santé. En effet, comme le constate Noël Stéphane dans son article⁶¹, 70% des travailleurs éprouveraient des difficultés avec des adaptations horaires, car elles ont pour conséquence des problèmes divers de santé tels que des troubles du sommeil, des maladies cardio-vasculaires, des accidents de travail, ... En effet, comme précisé dans le magazine Résolution Santé : *« Travailler dans des horaires atypiques a des effets différents pour les personnes concernées. Ce sont généralement des « heures non sociales » ; la situation du temps de travail est transversale à d'autres modèles de temps social (comme dans les écoles et les crèches). La compatibilité du travail et de la vie privée est donc particulièrement compromise pour les employés qui travaillent souvent à des heures atypiques. Il existe des preuves évidentes que le fait de travailler à des moments atypiques représente un fardeau pour la santé des personnes touchées. Le travail régulier de nuit et les perturbations du rythme biologique augmentent le risque de divers problèmes de santé, allant des troubles de la concentration et du sommeil aux maladies cardiovasculaires. »*⁶². Pour éviter l'impact de ces horaires sur la santé, il faut respecter une certaine routine de repos à des moments de la journée où le reste de la famille est parfois active, ce qui n'est pas forcément évident. De plus, le monde infirmier présente une difficulté supplémentaire : si certaines entreprises peuvent envisager de ralentir leur cadence, les infirmiers sont indispensables pour assurer les soins dits essentiels aux patients et cela 24 h sur 24. Les rappels sont donc fréquents et inévitables pour pallier le personnel manquant

⁶⁰ <https://www.inrs.fr/risques/travail-horaires-atypiques/ce-qu-il-faut-retenir.html> (page consultée le 29 janvier 2022)

⁶¹ Noël S., « La morbidité du travail à horaires irréguliers », in *Santé conjugué*, n°51, janvier 2010, pp. 67-74.

⁶² <https://www.resolutionsante.com/1929/lexercice-du-metier-dinfirmiere-quelles-en-sont-les-difficultes/> (page consultée le 6 février 2022)

pour cause de maladie ou simplement inexistant au départ. Par ailleurs, le taux d'absentéisme record enregistré lors de ces deux dernières années de pandémie a encore complexifié la gestion du remplacement du personnel absent. La main d'œuvre à disposition sous forme de personnel intérimaire ou d'équipes de renfort étant régulièrement insuffisante pour combler les manques, les rappels de personnel sont de plus en plus fréquents. Ainsi, les infirmiers ont vu leurs heures supplémentaires et leur temps de travail exploser, mettant toujours plus à mal l'équilibre précaire entre leur vie privée et leur vie professionnelle. Ces difficultés horaires, ces rappels et les conséquences que cela peut engendrer sur la vie privée et la santé des travailleurs ne rendent en rien l'image de la profession attractive et amène des infirmiers à quitter la profession, voire à ne pas la rencontrer.

- Les conditions de travail

Selon Raouf Ghram, si la définition des conditions de travail est « *fortement associée aux conditions physiques de travail, les conditions de travail incluent aussi des facteurs organisationnels et relationnels* »⁶³. Nous nous pencherons donc dans ce point sur l'un des éléments caractéristiques de la profession infirmière, qui a un impact tant physique qu'organisationnel et relationnel : la charge de travail. La quantité de travail demandée à une infirmière a été abordée à de nombreuses reprises ces dernières années et cela pour de bonnes raisons. Une des définitions de cette charge reprise régulièrement dans la littérature est la suivante : « *La charge de travail est la quantité d'activités pouvant être accomplies – par un individu, un département ou un groupe – dans un laps de temps donné en vue d'obtenir des résultats organisationnels. À cet égard, on tient compte de la quantité, de la difficulté, des normes de qualité et du rythme du travail.* »⁶⁴. On peut naturellement en déduire que pour qu'un travailleur puisse fournir un travail de qualité, il doit disposer d'un rythme et d'une quantité de travail adéquats. Or, dans le domaine médical, la politique de santé a mené, via certaines de ces décisions, à un accroissement de la charge de travail des infirmiers. Un des indicateurs essentiels de cette analyse de charge en travail reste incontestablement le ratio patient par infirmier, qui a récemment été analysé dans la dernière étude du KCE⁶⁵. Même si les derniers chiffres du KCE montrent une diminution du ratio du nombre de patients par infirmier depuis 2009, il montre aussi que les chiffres en Belgique et dans toute l'Europe restent supérieurs aux normes évoquées pour

⁶³ <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-page-120.htm?contenu=auteurs> (page consultée le 6 février 2022)

⁶⁴ Desmet M., « *Un tour d'horizon du travail social : développement d'une méthode et outil pour mesure de la charge en travail des travailleurs sociaux de l'hôpital* », Bruxelles, SPF santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2016, p. 7.

⁶⁵ <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage> (page consultée le 12 février 2022)

assurer des soins de qualité en toute sécurité pour les patients : « *Chaque infirmier est toujours responsable de 9,4 patients en moyenne (soit 7 patients le matin, presque 9 l'après-midi et 18 la nuit), ce qui, selon les normes internationales, est considéré comme peu sûr.* »⁶⁶. L'objectif raisonnable évoqué dans cette étude est évalué à 8 patients en moyenne. Le nombre de patients à prendre en charge par un infirmier belge le met donc en difficulté et risque d'avoir un impact négatif sur les soins prodigués aux patients. De plus, cette surcharge de travail a également un impact d'ordre émotionnel sur l'infirmier : un travail sur l'humain en demande de soins et éprouvant des difficultés touche le soignant et confère donc au métier d'infirmier une forte charge émotionnelle, qui se multiplie avec la quantité de patients. Comme l'explique la psychologue Pauline Chauvier⁶⁷, lors de la crise du covid, cette charge s'était même doublée d'une autre angoisse : « *Les soignants doivent constamment s'adapter. Il faut développer de nouvelles compétences et sortir de ses habitudes pour faire face à l'afflux de patients atteints du virus. Ils ont peur de ne pas y arriver ou ne pas tenir le coup.* ». Ainsi, la pandémie mondiale a encore davantage chamboulé et accru la charge et le stress du travail d'infirmier. Cette nécessité constante d'adaptation a même sensiblement impacté des conditions de travail déjà précaires. Par ailleurs, à ces problèmes du nombre de patients par infirmier et de la charge émotionnelle, se rajoute un autre impact de la diminution des moyens accordés aux hôpitaux : la réduction de la durée des séjours des hospitalisations, comme en témoignent les chiffres de la durée de séjour moyenne entre 2006 et 2017⁶⁸. Si au premier abord, des hospitalisations plus courtes semblent signifier moins de soins à dispenser par le personnel infirmier, il est à notre sens tout l'inverse. En effet, cela a eu pour conséquence directe un mouvement plus important de patients au niveau des unités de soins, ce qui en définitive ne laisse dans les hôpitaux que des patients « lourds » en termes de soins, ces patients ne restant que le temps de leur état critique dans les unités de soins spécialisées. Une grande partie des patients dits plus légers sont désormais suivis de façon ambulatoire ou sont suivis à leur domicile. Or, cette gestion de patients lourds pèse sur les soignants, comme le montre cette déclaration de Sylvianne Portugaels : « *Quarante ans de carrière aux soins intensifs, c'est aussi impossible à tenir, physiquement et psychologiquement. Il faut être plus flexible. Le personnel devrait pouvoir prêter dans d'autres secteurs moins pénibles, en rotation. Les autres infirmiers ont reçu des formations pour aider en soins intensifs, mais les normes d'agrément qui doivent être respectées devraient parfois être plus souples, sans pour autant mettre en danger la*

⁶⁶ <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage> (page consultée le 12 février 2022)

⁶⁷ <https://www.rtf.be/article/nier-la-situation-du-personnel-soignant-cest-ne-pas-les-soutenir-explique-la-psychologue-pauline-chauvier-10614849> (page consultée le 12 février 2022)

⁶⁸ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite-de-soins-au-sein-des-hopitaux-generaux/sejours-a-l-hopital/duree-moyenne-des-sejours-en-hospitalisation-classique> (page consultée le 12 février 2022)

sécurité du patient »⁶⁹. Via ce témoignage, on se rend donc compte que travailler quotidiennement avec des patients lourds accentue la charge de travail, tant physique que psychologique. On constate aussi que la pénurie est encore plus forte chez les infirmiers spécialisés. A cela vient encore s'ajouter l'évolution de la médecine et des prises en charge qui complexifie les soins à dispenser aux patients. En effet, les soins nécessitent toujours plus de connaissances et de compétences pour rester à la pointe de la médecine. Ainsi, la charge de travail ne désemplit pas, et elle impose un rythme, une émotion et une demande de compétences qui semblent intenable pour les infirmières. Elle a sans aucun doute un impact direct sur les différents départements et engendre par conséquent un cercle continu de charge en travail qui s'alourdit. Elle peut ainsi malheureusement aussi décourager les nouveaux engagés. En transposant cette situation dans notre situation de pénurie, on peut se rendre compte que cette dernière est venue probablement donner le coup de grâce aux services et institutions de soins. En effet, toutes ces activités de soins ont dû, dans certains cas, être assumées par un personnel en moins grande quantité ou moins bien formé, venant ainsi non seulement accroître la tension physique et psychologique, mais aussi mettre en question la sécurité et les qualités des soins prodigués aux patients concernés. Par ailleurs, Sylvianne Portugaels, craint également que, lorsque la pandémie sera finie ou aura ralenti, les infirmiers et infirmières spécialisés « *au combat depuis deux ans* » abandonnent ou ne fassent un burn-out. Selon Arnaud Bruyneel⁷⁰, *la prévalence de risque du burn-out était aux alentours de 36% avant le covid* ». En avril 2020, il a réalisé avec Pierre Smith (doctorant UCL) une étude auprès de 4500 infirmiers francophones et ils ont constaté que cette prévalence est passée à 70% à cause de la pandémie : cela signifie que 70% des infirmiers courent le risque d'être dans cette situation. « *Nous retenons chaque jour des personnes qui ont envie de changer de profession, car ce qu'elles vivent est très lourd psychologiquement. Ils tiennent pour le moment par conscience professionnelle, mais après ?* », se questionne Sylvianne Portugaels. Un dernier élément est à prendre en considération lorsque nous évoquons les conditions et la charge en travail infirmier : les compétences et tâches que nous pouvons qualifier d'annexes aux soins. En effet, la charge administrative et même parfois logistique nécessaire au bon fonctionnement d'un service est en partie assumée par le staff infirmier. Les dossiers patients à compléter, le suivi informatique de ces patients, etc. sont la plupart du temps énergivores. L'évolution informatique est elle aussi venue gonfler la masse de compétences et d'actes devant être maîtrisés et assurés par le personnel soignant, car les programmes d'encodage sont fréquemment mis à jour. L'ensemble de ces éléments sont venus augmenter considérablement la charge de travail. Celle-ci, tant physique que

⁶⁹ https://trends.levif.be/economie/entreprises/manifestation-du-personnel-soignant-on-n-aurait-pas-du-laisser-planer-le-doute-sur-la-vaccination-obligatoire-pour-tous/article-normal-1499615.html?cookie_check=1644762202 (page consultée le 22 janvier 2022)

⁷⁰ <https://www.rtb.be/article/penurie-de-personnel-soignant-quelle-ampleur-et-comment-lexpliquer-10893214> (Page consultée le 12 février)

psychologique est donc devenue progressivement de plus en plus lourde, et est même considérée comme insoutenable par certains. Et elle n'est malheureusement pas rééquilibrée par d'autres évolutions du travail infirmier, que nous tâcherons de détailler maintenant.

- Le travail varié

Comme évoqué précédemment, la liste des prestations techniques pouvant être confiées par l'institution ou par des médecins à des praticiennes infirmières a été établie. Elle est détaillée dans l'Arrêté du 18 juin 1990. Elle est également évoquée dans l'article 46 de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015⁷¹. Elle établit les activités suivantes : un infirmier peut ...

- a) - observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social d'un patient en matière de soins infirmiers ;
 - collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
 - informer et conseiller le patient et sa famille ;
 - 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 ;
 - assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;
- b) Réaliser les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire. Ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin ou à des mesures relevant de la médecine préventive.
- c) S'acquitter des actes pouvant être confiés par un médecin (...)

La plus importante partie du travail d'infirmier, et également l'une des richesses de celui-ci reste donc sans nul doute le contact humain et la prise en charge de patients, qui varie en fonction des individus. Néanmoins, nous pouvons aborder au moins deux éléments qui peuvent mettre à mal la variabilité du travail d'infirmier. Premièrement, l'hyperspécialisation des services. En effet, même si elle amène une certaine sécurité et qualité des soins via la récurrence des soins et des mêmes protocoles répétés par le personnel infirmier, elle amène aussi une certaine routine qui peut être lassante lorsque nous parlons de variabilité du travail. L'avantage amène l'inconvénient. Deuxièmement, le domaine des soins ne fait pas exception à la normalisation de la société et tente de répondre aux problèmes qu'il

⁷¹https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/profil_professionnel_et_competerences_in_f_soins_generaux_12_janvier_2016_fr.pdf (page consultée le 1 avril 2022)

rencontre par la notion de normes, de procédures, de canevas ... ce qui là aussi a tendance à cadenasser une grande partie des soins que le personnel infirmier doit effectuer, limitant son autonomie. Si cela semble se justifier par un aspect sécuritaire ou qualitatif, cela peut également affecter la variabilité d'un travail. Un bon exemple de ce fonctionnement via des normes et des procédures est le processus d'accréditation hospitalière, que la plupart des hôpitaux font ou envisagent de faire au sein de leur institution. Troisièmement, la pandémie mondiale a eu pour conséquence une saturation des hôpitaux et une limitation de soins dits non essentiels au profit de la prise en charge des patients atteints de la Covid 19. Des unités complètes ont dû être créées au sein des hôpitaux avec pour seul créneau le soin au patient atteint de cette maladie. Ainsi, le travail d'un infirmier peut varier grâce à la diversité des personnes à prendre en charge, mais être néanmoins être touché par une certaine routine liée aux canevas imposés dernièrement.

- Autonomie

L'autonomie implique une double aptitude chez l'infirmier : celle de la maîtrise de compétences infirmières lui permettant d'observer et d'assister les patients qu'on lui a confiés, et celle de la relation interprofessionnelle, dans laquelle les infirmiers transmettent les informations sur les patients aux médecins. Emilie Daigle a identifié ces deux éléments. C'est elle qui souligne d'abord chez un infirmier : « *la nécessité d'agir en fonction du bien-être du patient et la prise de décision indépendante selon les meilleures pratiques (Kramer et Schmalenberg, 2008).* »⁷² et stipule que « *l'autonomie professionnelle est décrite par rapport à la relation entre l'infirmière et le médecin et le partage des activités professionnelles entre ces deux professions (Castaneda et Scanlan, 2014 ; Kramer et Schmalenberg, 2008).* »⁷³. Or, le contexte de pénurie infirmière complexifie ces processus, normalement gratifiants, qui touchent à l'autonomie des infirmiers. Considérons tout d'abord l'autonomie qui consiste à gérer seul un patient. En effet, pour pouvoir prendre les bonnes décisions et être à l'aise dans avec ce processus, il faut avoir acquis les compétences nécessaires. Pour ce faire, afin de concrétiser et d'implémenter les acquis d'un cursus scolaire, il est souvent bénéfique d'avoir été formé, encadré par un personnel déjà en place au sein de l'unité où l'on commence à travailler. Or, le personnel manquant, les infirmiers peuvent parfois se retrouver esseulés ou du moins peu encadrés dans leur apprentissage au sein du service. Ils n'arrivent donc pas forcément à acquérir l'autonomie qui leur faciliterait le quotidien. La crise de la Covid a, elle, accentué ce sentiment de crainte d'autonomie, en transférant parfois des infirmiers vers de nouveaux services. Par ailleurs, à ce manque d'encadrement était venu s'ajouter le besoin de pouvoir connaître en un temps record les

⁷² Daigle E., « Le développement de l'autonomie professionnelle d'infirmières nouvellement diplômées sur une unité de soins intensifs », avril 2019, Université de Montréal, p. 9.

⁷³ Ibidem, p. 10.

actes infirmiers liés à la Covid, car l'épidémie a modifié les pratiques de soins, les connaissances médicales et paramédicales de ces pathologies et même l'ensemble de certains processus institutionnels. Dans ce cas, on pourrait considérer que la perception de l'autonomie de manière négative, comme synonyme de manque de formation, est une conséquence et non une cause de la pénurie infirmière. Toutefois, si ce sentiment se transmet, cette angoisse de mal faire pourrait engendrer des réticences à devenir infirmier. Le second élément venant altérer cette notion d'autonomie et qui pourrait jouer sur l'attractivité de cette profession pourrait être l'aspect de la relation interprofessionnelle. L'hôpital reste sans nul doute une structure fortement hiérarchisée entravant potentiellement l'autonomie, comme nous le confirme Geneviève Picot : « *les structures hospitalières demeurent plus traditionnelles en raison d'un environnement hiérarchisé* ». ⁷⁴ La relation la plus connue de ce système est probablement la relation médico-infirmière, qui reflète un état d'interdépendance tout en conférant au premier un pouvoir de prescription et aux seconds un pouvoir d'action dans le soin. Kévin Toffel nous développe cette idée : « *Tant que la prescription et le diagnostic relèvent strictement du médecin, la profession infirmière reste dans un rapport social où elle est dominée par le corps médical* ». ⁷⁵ Or, nous évoquons la volonté d'émancipation du personnel infirmier par rapport à la gestion médicale dans notre première partie et nous y revenons. En effet, cette relation comme évoquée ci-dessus montre un rapport d'autorité pouvant aller jusqu'à la limitation de l'autonomie dans certaines situations. Cette relation doit idéalement être abordée comme une relation entre professionnels, d'intérêt l'un envers l'autre, de reconnaissance des compétences mutuelles et des divers bénéfices que chacun peut amener au patient. Là encore, la pandémie mondiale, via la restructuration des équipes qu'elle a amenée, a parfois modifié le climat de confiance et les relations de travail. Dans tous les cas, en termes d'autonomie de son personnel soignant, la gestion du cadre de santé peut s'avérer être une clé. En effet, le choix de sa politique managériale peut renforcer ou limiter le ressenti de son personnel. Nous détaillerons ce point dans notre troisième partie.

- Opportunités de formation et progression

Pour parler des opportunités en termes de nouvelles formations et de la progression possible dans la carrière d'un infirmier, nous commencerons par traiter de la formation de base en soins infirmiers. Un élément qui ne peut pas être remis en cause en ce qui concerne leur cursus, c'est qu'il y a plusieurs possibilités pour rentrer dans ce monde professionnel. Les deux types principaux d'études qui existent sur notre territoire sont le diplôme de bachelier en soins infirmiers et le diplôme de breveté en soins

⁷⁴ <https://revuehemispheres.ch/entre-medecins-et-infirmiers-une-hierarchie-tenace/> (page consultée le 27 février 2022)

⁷⁵ <https://revuehemispheres.ch/entre-medecins-et-infirmiers-une-hierarchie-tenace/> (page consultée le 27 février 2022)

infirmiers. On peut également citer le Plan 600⁷⁶, qui permet à de nombreux travailleurs du secteur de la santé de suivre un cursus en soins infirmiers. Les possibilités sont assez nombreuses, alors à quoi peut être dû le manque d'inscriptions au sein de ces formations ? A notre sens, il est en grande partie dû à l'image de la profession infirmière, mais pas seulement. En effet, la formation reçue par les jeunes étudiants en soins infirmiers, tend à avoir mauvaise presse : « *La professionnalisation actuelle des étudiantes en soins infirmiers est de plus en plus complexe pour plusieurs raisons : la pénurie de professionnels, les changements au sein de la formation professionnelle qui s'universitarise et finalement les exigences de rentabilité et d'efficacité imposées par les institutions de soins sous pression elles-mêmes par les finances publiques. Se professionnaliser dans ces conditions n'est pas simple et met en tension les valeurs institutionnelles, personnelles et professionnelles.* »⁷⁷. Ainsi, cette formation deviendrait de plus en plus complexe et imposerait aux étudiants une certaine pression, alors même que le nombre d'encadrants diminue. Bien entendu, la crise de la Covid n'a rien arrangé, reléguant même les cours, à l'instar de tout l'enseignement, à de l'apprentissage à distance. Quant à la formation pratique des futurs infirmiers et plus particulièrement leurs stages, elle présente également des difficultés, même hors Covid. En effet, le besoin des institutions de soins en ressources humaines n'étant pas comblé à cause de la pénurie infirmière et étant accentué par la crise sanitaire, certains étudiants ont vu leurs conditions de stage se complexifier voire se dégrader : l'encadrement y était moins présent, des tensions ont pu apparaître. Lors de la crise, on a même parfois pu se questionner sur le statut d'étudiant de ces futurs soignants au sein l'unité de soins dans laquelle ils effectuaient leur stage : étaient-ils des étudiants ou les remplaçants de ce personnel absent voire inexistant ? L'apprentissage et la formation professionnelle ne peut se faire dans de telles conditions, en témoignent les propos de cette étudiante : " *Je me suis retrouvée le deuxième jour avec une infirmière malade, et moi qui dois prendre onze patients en charge. On n'est pas là en plus dans le service. On est là à la place d'une infirmière ce qui fait qu'on a une surcharge de travail par rapport à ce qu'on est censé savoir-faire. Malheureusement, j'ai été dans un service où j'ai subi de la maltraitance psychologique. On m'a hurlé dessus devant tous les autres partenaires de soins, les patients. La moitié a perdu confiance en moi. J'ai fini le stage en ayant l'impression d'être une incapable. Je suis fatiguée avant même d'arriver sur le terrain ! "*⁷⁸ Plusieurs mémoires d'infirmiers font état de cette violence, notamment celui de Lénaïc Damman⁷⁹, infirmier en chef à la

⁷⁶ <https://onss.be/maribel-social/projet-600> (page consultée le 5 mars 2022)

⁷⁷ Tschopp, G. & Bernard, M.-C. (2016). Actes du panel "L'appel bio-graphique" (groupe ASIHVIF) : Pratiques du récit de vie en formation articulées à des questions d'accompagnement. Québec : Livres en ligne du CRIRES, p. 86.

⁷⁸ <https://www.rtbf.be/article/comme-le-personnel-infirmier-les-stagiaires-sont-en-detresse-physique-et-psychologique-10355152> (page consultée le 5 mars 2022)

⁷⁹ L. Damman, La violence verticale, dans le contexte des stages en soins infirmiers, amène-t-elle les étudiants à imaginer arrêter leurs études ? Une enquête transversale dans un devis mixte auprès d'étudiants infirmiers francophones de 3ème année en bachelier infirmier responsable de soins généraux, 2018, UCL.

clinique Saint-Pierre d'Ottignies, qui y explique que 99.6% des étudiants en troisième année ont ressenti une forme de violence verticale dans le lieu de stage. De plus, la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers, qui a questionné dans son enquête « Comment vont nos étudiants de demain »⁸⁰ quelque 14.055 étudiants, tous cycles confondus, signale que 36,9% des étudiants interrogés ont fait état de cette violence durant leur stage en 2019, contre 52,5% en 2020. Les résultats de l'enquête de 2022 ne sont pas encore parus.

Pour le personnel déjà en fonction dans les institutions de soins, la notion d'opportunités de formation et de progression semble être tout à fait autre, mais peut, elle aussi, être perçue comme en grosse difficulté. Les opportunités de formation ont été mises à mal par la pénurie infirmière mais également par la crise sanitaire. L'urgence des soins liés à la crise sanitaire et à la pénurie infirmière ont demandé une présence continue du personnel infirmier au sein des services de soins afin d'assumer l'encadrement minimal des patients. Cette présence quotidienne a fortement limité la capacité du personnel à pouvoir se détacher des soins pour suivre des formations, y compris pour les processus liés au covid. Pendant la crise sanitaire, la majeure partie des formations a d'ailleurs été soit postposée soit tout simplement annulée pour respecter les normes sanitaires. Après un léger temps d'adaptation, ces formations ont été proposées par vidéoconférence, pour finalement revenir en présentiel. Toutefois, même hors crise sanitaire, cette difficulté à libérer le personnel pour suivre des formations parfois nécessaires pour l'activité de base ou pour de nouvelles pratiques existe, du moins pour des formations longues. Il existe toutefois probablement des solutions alternatives que pourrait mettre en place le cadre de santé et sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

En ce qui concerne les possibilités pour un infirmier de progresser au sein de son institution, nous pouvons en identifier deux types. Premièrement, la structure hospitalière et celle des autres institutions de soins sont fortement hiérarchisées, ce qui permet de pouvoir progresser de manière verticale. Nous n'avons néanmoins pas de chiffres pouvant attester du nombre moyen d'ouverture de postes, cela semble dépendre des structures de soins elles-mêmes. Deuxièmement, il existe des postes que nous qualifierons de parallèles à la fonction infirmière, permettant une orientation autre dans un domaine spécifique au sein des institutions. Plusieurs exemples peuvent être cités, car ces fonctions sont de plus en plus nombreuses et rencontrent de manière générale plus de candidatures que les postes d'infirmiers vacants. Nous citerons pour exemple, les infirmiers en charge des soins de plaies, les infirmiers en charge de la douleur, les infirmiers responsables du DIRHM⁸¹, etc. Il existe donc de nombreuses possibilités de fonctions annexes. En prenant un peu de recul, on constate que les

⁸⁰ <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/breves/la-fnesi-sonde-a-nouveau-le-bien-etre-des-esi.html> (page consultée le 10 avril 2022)

⁸¹ DIRHM : Les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal

possibilités de progression existent dans le milieu du soin et ne sont donc pas un frein à l'attractivité du métier.

- Responsabilités

La responsabilité infirmière est multiple. Tout d'abord, elle revêt un aspect juridique : comme toute personne adulte, un infirmier a une responsabilité civile, pénale ou encore disciplinaire. Toutefois, ce ne sont pas ces approches de la notion de responsabilité que nous retiendrons pour approcher la responsabilité comme facteur d'attractivité ou non de la profession infirmière. Pour définir la notion de responsabilité telle qu'elle est perçue dans l'aspect attractif du métier, nous citerons F. Brillet : « *c'est le degré de responsabilité perçu associé au métier. L'individu se représente le métier en fonction de l'implication dans la prise de décision, l'impact des décisions, la place hiérarchique du métier, etc.* »⁸² La responsabilité de la profession infirmière sera donc analysée en fonction de ces trois critères : le type de décisions que doivent prendre les infirmiers, le degré d'implication dans les décisions que propose l'institution à ses infirmiers et sa place au sein de l'axe hiérarchique.

La profession infirmière évoque un certain taux de responsabilité. En effet, comme elle touche à la santé. Pour la plupart des individus, être infirmier c'est être en partie responsable de la vie, de la souffrance, de la douleur, de la mort, ... des patients. Le code de déontologie a abordé les responsabilités infirmières : « *Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels.* »⁸³. Souvent, prendre en charge ces besoins peut être gratifiant : être infirmier, c'est se sentir utile. Malheureusement, l'immédiateté et l'évolution exponentielle de la Covid 19 a un peu mis à mal la promotion de la santé, car elle a, pendant un temps, exposé l'incapacité de solutionner la maladie. Comme l'ont longtemps expliqué les journaux télévisés, les soignants de la Covid ont dû faire face non seulement à une souffrance à laquelle ils ne trouvaient pas de solution, mais aussi à un nombre de décès qu'ils n'avaient jamais connu dans leur carrière. Même si les traitements et prises en charge de la Covid semblent maintenant un peu plus aboutis, cette difficulté de la profession, ainsi que le désespoir qu'elle peut causer chez les soignants a été médiatisé, ce qui peut faire se questionner certains candidats infirmiers : seront-ils capables d'assumer ces responsabilités ? La pénurie infirmière a aussi potentiellement frustré les infirmiers en place à cause de l'impossibilité ou du moins de la difficulté à répondre à l'ensemble du travail devant être effectué. Il est difficile de devoir choisir, de devoir passer d'une prise en charge globale répondant à l'ensemble des responsabilités à infirmière à une certaine priorisation des responsabilités. Ces éléments peuvent

⁸² Brillet F., op. cit., p. 64.

⁸³ https://fnib.be/wp-content/uploads/CodeD%C3%A9ontologie-Code_de_dontologie_du_CII.pdf (page consultée le 6 mars 2022)

détériorer l'image que la société se fait de la profession mais aussi l'image personnelle du soignant en place.

Une autre composante de la responsabilité à aborder et celle de l'implication dont disposent les infirmiers dans les décisions. La place de l'infirmier est centrale dans la prise en charge des patients et pourtant l'implication de celui-ci dans les décisions qui concernent ce patient dépend de plusieurs intervenants. On peut notamment citer la ligne hiérarchique directe avec l'infirmier chef d'unité et l'équipe médicale responsable de la prise en charge du patient. En ce qui concerne le chef infirmier, cela dépend de la place que celui-ci octroie aux membres de son équipe dans les décisions à prendre. Il s'agira d'établir un lien plus ou moins riche, complexe avec les membres de l'équipe infirmière, mais aussi médicale, tout en respectant les responsabilités légales de chacun. En effet, la relation médico-infirmière et la notion de responsabilités de chacun de ces intervenants s'inscrit clairement dans la complexité de la place au sein de l'institution et des obligations légales qu'occupent ces deux intervenants autour du patient. Toutefois, les décisions touchant à la fois à la notion médicale et à la notion du soin et de bien-être du patient sont nombreuses dans les institutions. Elles impliquent des discussions où certains avis pourraient être mis à l'écart à la faveur d'autres. La place centrale qu'occupe le médecin dans la décision thérapeutique du patient peut clairement mettre à mal la volonté ou l'envie d'implication dans les décisions émises par le corps infirmiers. On pourrait donc envisager que cette presque omnipotence médicale entrave la responsabilité infirmière. Cette relation par l'expertise de chacun des intervenants devrait au contraire servir à l'ensemble et surtout au patient où chacun devrait pouvoir repérer les responsabilités qui lui sont propres.

2.2. Les facteurs d'intention de départ

Outre le manque d'attractivité, que nous venons d'aborder en détails, la seconde cause de la pénurie du personnel infirmier reste sans nul doute le fait que les infirmiers quittent en nombre conséquent la profession infirmière. En effet, nous avons déjà évoqué que, outre les départs à la retraite, les carrières des infirmiers étaient souvent assez courtes. Bien entendu, nous avons déjà parfois évoqué les causes de ces départs en parcourant les facteurs de non attractivité du métier d'infirmier. Il nous semble toutefois encore intéressant de préciser ce qui cause les départs des infirmiers de manière plus interne, c'est-à-dire, après que les infirmiers aient expérimenté ce type de travail et qui pourrait être en lien avec le travail d'équipe. Pour comprendre ces nombreux départs, nous devons nous intéresser aux processus que ces membres du personnel traversent. Notre recherche s'est d'abord arrêtée sur l'intention de départ du personnel infirmier, sur ce moment où le travailleur envisage de quitter son emploi.

2.2.1. Comment définir une intention de départ ?

Ce que nous appelons intention de départ pourrait donc être défini comme le moment où le choix du départ apparaît, lequel peut être causé par tous ces ressentis que le travailleur a face à son quotidien. L'intention de départ a été analysée par plusieurs théoriciens⁸⁴. Plusieurs modèles ont ainsi vu le jour pour analyser le sujet : le modèle March et Simon⁸⁵, le modèle de Price⁸⁶, le modèle de Mobley⁸⁷, le modèle d'Hom⁸⁸ ou encore le modèle de Neveu⁸⁹. Dans le cadre de cet écrit, nous n'aborderons pas l'ensemble de ces modèles, car cela nous éloignerait de notre objectif, mais nous nous inspirerons de leurs idées principales pour nous permettre d'avancer dans notre problématique de pénurie infirmière. Tout d'abord, nous pouvons identifier, dans ces modèles, un mouvement que nous qualifierons de *processus*. Il s'agit du fait qu'un employé ressentira et/ou passera par différentes phases avant d'arriver à une éventuelle rupture. Selon les théoriciens, ce processus débute par l'idée de quitter la structure où il travaille, est suivi de la recherche d'un autre travail et se termine par *l'intention de départ*, le moment où le travailleur choisira d'effectivement quitter ce travail. En fonction des possibilités d'offres d'emploi, le travailleur fera la balance entre les bénéfices et les inconvénients de sa situation actuelle et de celle envisagée. Le moment de l'intention de départ semble difficilement maîtrisable pour y envisager des interventions officielles de la part des cadres de santé, du moins dans sa phase finale. En effet, il en va de la liberté de l'individu et de son principe d'autodétermination. Toutefois, comprendre les éléments agissant comme déterminants lors du processus d'intention de départ paraît indispensable dans le cadre de notre recherche, où l'on réfléchit sur comment agir en amont, afin d'éviter ces départs. La littérature scientifique nous aide encore là-dedans : « *La plupart des recherches se sont intéressées à l'intention de départ en mobilisant des cadres théoriques issus de la psychologie sociale et notamment des théories de la motivation qui font référence à deux principaux concepts : la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle, lesquelles prédisposent au comportement de départ (Zangaro, 2001).* »⁹⁰. Ainsi, pour agir sur non pas l'intention de départ, mais bien sur le processus qui mène à celle-ci, il semblerait judicieux, selon les théoriciens, d'agir sur deux points : la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle.

⁸⁴ Derome S., « L'influence de la violation des conditions d'emploi constitutives du contrat psychologique et des conditions d'exercice de la profession, sur l'intention de quitter : Le cas des professionnels de la gestion des ressources humaines », Octobre 2011, Université de Montréal, p 8-11.

⁸⁵ Annexe 1 : Modèle selon March et Simon

⁸⁶ Annexe 2 : Modèle selon Price

⁸⁷ Annexe 3 : modèle selon Mobley

⁸⁸ Annexe 4 : Modèle selon Hom

⁸⁹ Annexe 5 : Modèle selon Neveu

⁹⁰ Baret C., op. cit., p. 125.

2.2.1.1. La satisfaction au travail

De nombreux écrits ont traité de la satisfaction des infirmières au travail. Ils dépeignent cette satisfaction comme dépendant de plusieurs variables, autrement dit de plusieurs forces jouant un rôle sur le fait de s'épanouir ou non dans son travail. Nous les aborderons de manière non exhaustive, mais en évoquant parmi toutes, les deux principales catégories selon Hayes⁹¹ à savoir les variables interpersonnelles et des variables extra-personnelles⁹², lesquelles sont détaillées dans le tableau⁹³ ci-dessous :

Tableau 1 : Les déterminants de la satisfaction au travail des infirmières

| Déterminants | Sens de la relation | Auteurs |
|--|---------------------|----------------------------|
| Variables interpersonnelles | | |
| Stress au travail | - | Blegen, 1993 |
| Cohésion d'équipe | + | Adams et Bond, 2000 |
| Collaboration avec les médecins | + | Zangaro et Soeken, 2007 |
| Relations et communication avec le supérieur | + | Irvine et Evans, 1995 |
| Les soins de haute qualité au patient | + | Utriainen et Kyngäs, 2009 |
| Variables extra-personnelles | | |
| La routine | - | Blegen, 1993 |
| Organisation du travail de soin | + | Adams et Bond, 2000 |
| Salaire | +/- | Coomber et Barriball, 2007 |
| Perspectives de carrières | + | Rhay-Hung et alii, 2010 |
| Tutorat | + | Rhay-Hung et alii, 2010 |

Bien entendu, l'ensemble de ces variables nous semblent importantes pour comprendre la satisfaction des infirmières dans leur travail. Toutefois, il apparait dans l'article de Baret⁹⁴ que les variables interpersonnelles représentent celles qui expliquent le mieux la satisfaction des infirmières au travail. Par ailleurs, nous avons déjà détaillé précédemment une partie des variables extra-personnelles, comme le salaire ou la charge de travail. Pour ces raisons, nous nous concentrerons sur les causes intra-personnelles de la satisfaction au travail afin de tenter de comprendre en quoi elles peuvent éventuellement causer la pénurie infirmière.

- Stress

En toute logique, le stress a un impact négatif sur la satisfaction au travail : pour beaucoup de gens, si le stress augmente c'est la satisfaction au travail qui est mise à mal. Il semble donc important de pouvoir s'intéresser à cette notion de stress qui joue probablement un rôle dans les intentions de départ. Selon Mensura⁹⁵, qui se définit comme Premier Service externe de Prévention et de Protection au Travail de Belgique, « le *stress* lié au *travail* naît lorsque les exigences imposées aux collaborateurs

⁹¹ Baret C., op. cit., p. 126.

⁹² Ibidem, p. 126.

⁹³ Ibidem, p. 126.

⁹⁴ Baret C., op. cit., p. 124-134. Baret C.,

⁹⁵ <https://www.mensura.be/fr/des-travailleurs-en-pleine-forme/stress-au-travail> (page consultée le 01 avril 2022)

sont plus élevées que leurs capacités à y répondre ». Ce sont eux qui nous proposent le schéma suivant :



Autrement dit, le stress au travail résulte d'une tension vécue par les travailleurs entre les tâches qu'on leur impose et qu'ils doivent effectuer pour assurer un service de qualité et les ressources qui sont à leur disposition. Les sources du stress peuvent donc être multiples et donc a fortiori difficiles à analyser. Il peut s'agir tout d'abord de difficultés liées au contenu du travail. Par exemple, un infirmier peut avoir du mal à gérer les responsabilités qu'on lui demande d'assumer, mais aussi les réactions des patients et des familles, il peut rencontrer des difficultés face aux tâches demandées auxquelles il ne sait pas répondre à cause d'un déficit de formation, etc... Le stress peut aussi venir de la quantité de travail : surcharge de patients, rappels fréquents, etc... En effet, comme le soulignait la PAQS⁹⁶ : « L'augmentation de la charge de travail associée à la crise sanitaire de la COVID-19 et la pénurie de personnel présentent un facteur de stress important pour le personnel infirmier »⁹⁷. Ainsi, c'est la pénurie infirmière et la crise sanitaire qui ont fatigué les équipes de soins : elles ont accentué le déficit entre besoin et ressources humaines au sein de nos institutions, ce qui a imposé davantage de présence du personnel en place voire la modification du contenu du travail de certains infirmiers, qui ont dû prendre en charge des tâches inattendues. Plus précisément, si la pénurie infirmière, qui implique un manque constant de ressources, représente à elle seule une source de stress, la crise sanitaire est bien venue accentuer le stress vécu par les infirmiers. Tout cela a incontestablement augmenté le niveau de stress du personnel en fonction, et ce de manière durable.

- Cohésion d'équipe

En agissant sur la cohésion d'équipe, il semble logique de pouvoir augmenter la satisfaction des travailleurs et par conséquent jouer sur les intentions de départ potentielles. Toutefois, en analysant la cohésion d'équipe, nous pouvons nous rendre compte que celle-ci a potentiellement été mise en grande difficulté par la pénurie infirmière. Comme souvent, la pénurie est à la fois cause et

⁹⁶ PAQS : Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

⁹⁷ <https://www.paqs.be/fr-BE/Ressources/Revue-de-la-litterature/COVID-19-L-impact-des-differents-types-de-sous-e> (page consultée le 12 mars 2022)

conséquence, elle est une sorte de cercle vicieux. La cohésion d'équipe peut être abordée de la manière suivante : « *La cohésion d'équipe, désigne essentiellement la force des liens qui unissent les membres d'un groupe. Il s'agit d'un processus dynamique reflétant la tendance des coéquipiers à rester ensemble et à demeurer unis dans la poursuite de leurs objectifs* »⁹⁸. L'analyse de cette définition permet d'aborder deux éléments. Pour comprendre la cohésion d'équipe, il faut avant tout parler de l'équipe, du groupe de travailleurs qui se rencontre chaque jour et dépend des uns des autres. Celui-ci a pu souffrir de ces dernières années : entre le turnover important, les diminutions de temps de travail ou encore les absences de certains, difficile parfois de tisser des liens, car tous ces éléments sont venus modifier structurellement les équipes en place. Le deuxième élément à analyser sont les objectifs collectifs du groupe ou de l'équipe. Là aussi, les objectifs des groupes ont potentiellement été mis en difficulté par le manque de personnel récurrent : comment faire des projets ensemble, lorsque l'ensemble n'existe pas ? L'équipe peut toutefois se raccrocher à des valeurs générales du métier d'infirmier, à savoir protéger, promouvoir et optimiser la santé des patients. Il se peut aussi que le cadre de proximité ait des pistes pour agir sur la cohésion de cette équipe qu'il coordonne.

- Collaboration avec l'équipe médicale

Une collaboration optimale avec l'équipe médicale pourrait elle aussi jouer sur la satisfaction au travail et diminuer les intentions de départ, tout comme une collaboration défectueuse pourrait amener une insatisfaction et par conséquent pourrait provoquer des départs : « *Un manque de collaboration peut ainsi mener à une fragmentation des soins, l'insatisfaction des patients, mais également à l'insatisfaction des professionnels de la santé* »⁹⁹. Comment pouvons-nous analyser l'impact de la pénurie infirmière sur la collaboration avec l'équipe médicale ? Les médecins et infirmiers se partagent la responsabilité de la prise en charge des patients au sein des unités de soins. Derrière ces termes de « collaboration avec l'équipe médicale », se cachent toutes les interactions que les différents corps de métiers peuvent avoir. Pour qu'elles se passent de manière optimale, il faut une compréhension du rôle et/ou de la fonction de chacune des professions, mais également de la vision et des valeurs véhiculées par chaque profession voire par chacun. Aussi, s'il faut un effort de compréhension de l'autre, il faut aussi que les travailleurs partagent un objectif ultime : « *L'équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin* »¹⁰⁰. Comme dans toute équipe, les fonctions, visions et valeurs de chacun

⁹⁸ <https://www.revuegestion.ca/la-cohesion-d-equipe-pour-des-gains-d-efficacite> (page consultée le 12 mars 2022)

⁹⁹ Lepage C., Université de Montréal Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille. Université de Montréal, faculté des études supérieures, Aout 2008. p. 15.

¹⁰⁰ Dumas M., « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », in RIMHE, n°20, volume 5, 2016, p. 47.

peuvent être en déséquilibre voire en opposition et amener des situations de conflit agissant sur la satisfaction au travail des travailleurs.

- Relations avec la hiérarchie

Pour aborder la relation hiérarchique, nous devons pouvoir la définir, la comprendre dans notre problématique. Nous retiendrons l'apport de Holcman R. : « *La relation hiérarchique est l'expression de l'exigence d'obéissance réclamée à chaque membre de l'organisation de travail. Elle est formalisée dans l'organigramme, les fiches de poste ou leur équivalent, et rendue effective par les moyens de sanction de son non-respect* »¹⁰¹. Nous avons déjà évoqué plusieurs fois une forme de relation hiérarchique entre médecins et infirmiers. Toutefois, celle qui est au cœur de notre problématique et qui correspond à l'organigramme est celle qui lie l'infirmier à son infirmier en chef. On peut imaginer que si cette relation hiérarchique se passe bien, elle peut amenuiser la pénurie infirmière. En effet, le rôle du cadre apparaît comme un rôle de gestion de l'équipe, et donc aussi de cohésion de communication au sein de celle-ci. Malheureusement, à nos yeux, deux éléments semblent avoir été bousculés par la pénurie infirmière et d'autant plus accentués par la crise sanitaire. Or, ces deux éléments sont eux aussi centraux dans la relation hiérarchique que nous abordons : l'articulation et la communication. Dumas nous a renseigné sur ce rôle d'articulation : « *L'activité des cadres est par nature un travail d'articulation..., de mise en relation des logiques, des groupes et des personnes* ». [...] *mais les référents de l'action ont changé et leur activité est reconfigurée par les nouveaux modes d'organisation* »¹⁰². L'articulation des activités à charge du cadre s'est vue modifiée par l'augmentation des tâches. Difficile, en temps de pénurie de ne pas devoir proposer et même imposer des tâches aux infirmiers qui ne leur complexifient le quotidien. Cela a pu engendrer une forme d'animosité envers le chef infirmier. Le deuxième élément, qu'est la communication, est un prérequis à la relation. Il semble en effet difficile de pouvoir envisager une relation sans cette dernière. Or en analysant le paysage hospitalier et la communication des cadres infirmiers, on peut se rendre compte que leur communication a été mise en grande difficulté et ce particulièrement en situation de crise sanitaire et de pénurie infirmière, où des modifications conséquentes sont apparues. C'est Dumas qui nous explique le rôle du cadre dans sa fonction de communiquant « *Le cadre va circuler dans l'unité, passer d'une activité de lecture de dossier à la vérification de la présence de matériel, au « tour des malades » dans leur chambre. La communication est construite dans le mouvement, dans les aléas de la rencontre à travers des parcours dans l'unité. Inversement la communication génère de nouveaux mouvements. Même lorsqu'il est immobile lors d'une activité (staff, travail sur*

¹⁰¹ Holcman R. « Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir : Réflexions sur la relation hiérarchique », in Revue française de gestion, n°196, 2009, p. 68.

¹⁰² Dumas M., op. cit., p. 51.

son poste informatique) il est potentiellement mobile, n'importe quelle personne pouvant venir le déranger »¹⁰³. Or, la pénurie infirmière, tout comme la crise sanitaire, est venue modifier et augmenter les aléas de chaque profession hospitalière, y compris donc ceux devant être gérés par le cadre de santé. Difficile pour lui de répondre à l'ensemble des attentes du personnel en fonction voire parfois de communiquer correctement à propos de toutes les difficultés, tout en gérant l'administratif. Tout comme les autres membres du personnel, il peut être amené à devoir faire des choix tant dans l'articulation des activités que dans sa communication, afin de pallier au plus urgent. Et cela peut s'avérer insatisfaisant pour certains membres de l'équipe. Ainsi, la relation hiérarchique infirmier-infirmier en chef en a subi les conséquences.

- Soins de haute qualité

Les soins de haute qualité représentent une plus-value pour les patients, pour l'institution, mais également pour les infirmiers, car exécuter des soins de qualité joue de manière positive sur la satisfaction au travail. En effet, il est satisfaisant de faire du bon travail. Fournir des soins de haute qualité ne semble donc pas être une cause de la pénurie infirmière, au contraire. Toutefois, ne pas pouvoir les fournir, et ce à nouveau pour cause de pénurie, pourrait l'être. Pour définir la notion de soins de haute qualité, nous nous sommes référés aux apports de Donabedian A. : « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins.* »¹⁰⁴. L'élément central de la problématique de qualité des soins dans le cadre de la pénurie infirmière se trouve dans la dernière partie de la définition donnée par Donabedian : il s'agit des risques engendrés par un sous-effectif. Le manque de personnel effectif a pu dégrader certaines pratiques, certains suivis de patients, et a donc pu mener à des risques plus importants. La qualité des soins peut dès lors être remise en question : « ... *le personnel infirmier peut adopter plus facilement des solutions dites de contournement (en anglais workaroud) qui sont des solutions temporaires à un obstacle de travail pour réaliser les tâches plus rapidement. Néanmoins, ce type de solutions est souvent associé à une augmentation des risques et des accidents pour les patients, plus particulièrement lorsque le personnel de soins contourne les mesures de sécurité* »¹⁰⁵. Ainsi, le déficit en personnel présent depuis quelques années, mais accentué par la crise sanitaire a été jusqu'à provoquer des adaptations de processus et de protocoles de soins pour faire face à l'augmentation de la charge en travail. Certains actes de soins ont donc pu être amputés de certaines manœuvres : il peut s'agir de pratiques

¹⁰³ Dumas M., op. cit., p. 51.

¹⁰⁴ Ferguson M., « Améliorer la qualité des soins, quelle place pour la médiation », in *Soins conjugué*, n°68, juin 2014, p. 82.

¹⁰⁵ <https://www.paqs.be/fr-BE/Ressources/Revue-de-la-litterature/COVID-19-L-impact-des-differents-types-de-sous-e> (page consultée le 19 mars 2022)

sécuritaires, d'ergonomie, d'hygiène, ou de tous autres éléments qui peuvent être considérés comme nécessaires pour favoriser le bien-être du patient dans la situation de soins. Ces évolutions des protocoles n'allaient pas dans le sens de soins de qualité, et donc allaient à l'encontre de la satisfaction de ceux qui les prodiguaient.

2.2.1.2. L'implication organisationnelle

Nous décrivons l'implication organisationnelle de prime abord comme le lien que l'employé a avec son entreprise. Allen et Meyer nous fournissent une définition un peu plus complète dans laquelle ils établissent un lien avec l'intention de départ : il y a un « *lien psychologique qui unit l'employé à son organisation et qui rend moins probable son départ volontaire de l'organisation* »¹⁰⁶. Elle est également décrite comme comprenant trois dimensions : la dimension affective, normative et calculée. L'implication affective peut être expliquée comme ce qui attache de manière émotionnelle l'infirmier à son entreprise, à son institution, c'est ce qui l'engage pour son organisation. L'implication normative représente quant à elle à une norme, celle de l'obligation envers son organisation, le devoir que l'infirmier a envers son institution. L'implication calculée résulte d'avantage d'une réflexion sur les avantages perçus par son implication ou sur ce que l'infirmier pourrait gagner ou perdre à travailler pour telle ou telle institution. L'implication organisationnelle résulte donc d'une congruence entre de ce que ressent l'infirmier pour son entreprise, ce qu'il ressent comme étant son devoir et ce qu'il perçoit comme potentiel bénéfice à son égard. Il s'agit là encore d'un équilibre très complexe, où chaque membre du personnel doit être analysé avec ses différences. Il semble difficile de dire que la pénurie infirmière a causé une diminution de l'implication des infirmières dans leur organisation. Néanmoins, comme nous l'explique l'étude menée par Sophie Randon : « *L'implication organisationnelle, également connue sous le terme d'engagement organisationnel, est identifiée comme ayant des conséquences telles que les départs volontaires, les comportements de citoyenneté organisationnelle, la performance, l'intention de quitter l'organisation ou encore les comportements de retrait comme l'absentéisme* »¹⁰⁷. Le fait de se sentir lié ou non à son lieu de travail, a bien un impact sur les départs. Or, si cette implication organisationnelle peut être analysée à l'échelle d'une institution, elle peut aussi l'être à une échelle plus locale, au sein de l'unité. Notre recherche managériale pourrait sans doute nous faire avancer sur des pistes à envisager pour assurer l'implication organisationnelle du personnel infirmier de notre effectif.

¹⁰⁶ Carrier-Vernhet A., Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources. Gestion et management. Université de Grenoble, 2012. Français, p. 47.

¹⁰⁷ Randon S. Le rapport à leur organisation des infirmières : les engagées localement. 30ème université d'été de l'Institut d'Audit Social, Aug 2012, Dijon, France. p. 3.

2.3. Facteurs contextuels

2.3.1. Evolution démographique

Si aucune mesure préventive ne vient au secours de cette profession, l'évolution démographique de la population belge est et restera à l'avenir une cause de la pénurie infirmière. Plus précisément, deux facteurs liés à la population sont à notre sens responsables de la pénurie infirmière. Le premier est l'augmentation du nombre d'habitants en Belgique. L'analyse de notre population effectuée par Statbel¹⁰⁸ nous renseigne très précisément à ce sujet. En utilisant les chiffres de Statbel de manière tant rétrospective¹⁰⁹ que prospective¹¹⁰, nous arrivons à un constat évident : la population ne cesse d'augmenter. Le nombre de personnes sur le territoire mènera sans nul doute un nombre accru de besoins de santé devant être couverts par diverses activités de soins, lesquelles nécessiteront une augmentation du nombre d'infirmiers qualifiés. Il semble alors évident que les efforts actuels pour assurer un nombre suffisant de nouveaux praticiens chaque année devront non seulement être maintenus, mais également augmentés pour satisfaire ces nouveaux besoins. Un élément à toutefois prendre en compte dans cette analyse est la croissance de la population belge : elle tend à diminuer tout en restant positive, autrement dit nous sommes toujours de plus en plus nombreux. Cependant notre nombre d'habitants croît légèrement moins vite que par le passé. Le second facteur qui risque d'influer sur la pénurie est en lien direct avec le premier car il représente une des composantes qui alimente cette augmentation de la population, il s'agit du vieillissement de la population. Le Bureau du Plan¹¹¹ du vieillissement nous montre qu'en Belgique l'âge moyen ne fait qu'augmenter depuis le début des années nonante pour atteindre un palier aux alentours de 2070. Les pyramides des âges amenées par StatBel¹¹² nous confirment cela de manière plus visuelle, avec un schéma année par année.

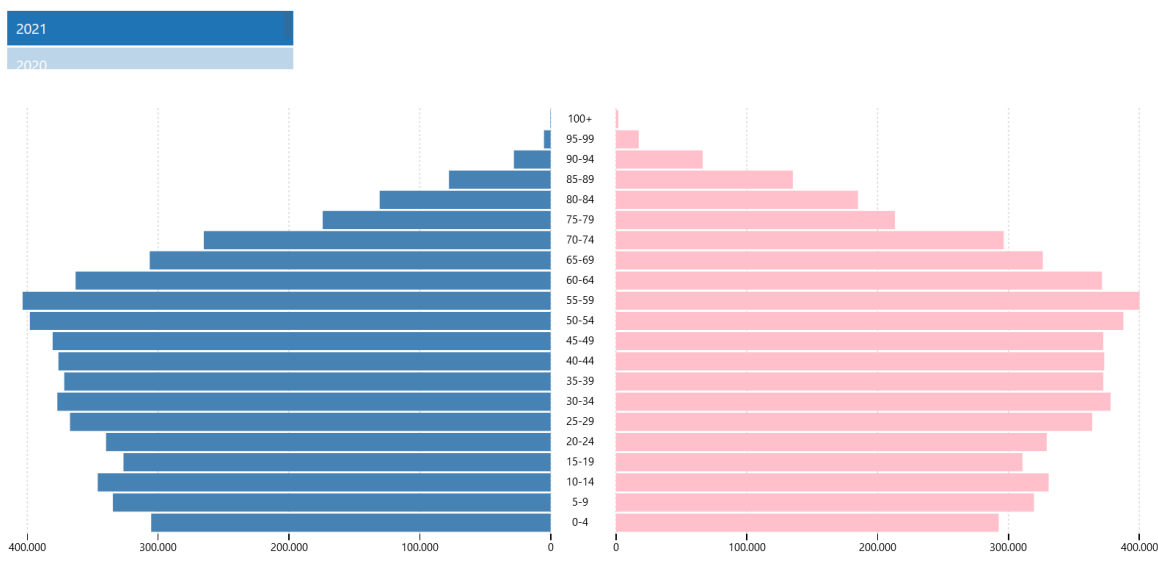
¹⁰⁸ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population#panel-13> (page consultée le 22 mars 2022)

¹⁰⁹ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population> (page consultée le 22 mars 2022)

¹¹⁰ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population#panel-13> (page consultée le 22 mars 2022)

¹¹¹ https://www.plan.be/uploaded/documents/201901241106400.CP_demo_20190124.pdf (page consultée le 22 mars 2022)

¹¹² <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#panel-13> (page consultée le 22 mars 2022)



Là encore, on peut analyser ces données de manière rétrospective et prospective : le vieillissement de notre population aura également comme impact d’augmenter le besoin en soins et ce dans différents domaines comme nous le confirme cette enquête¹¹³ : « *Ce vieillissement global de la population se traduira par un nombre croissant de personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée, tant au domicile que dans les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et les maisons de repos et de soins (MRS).* ». L’augmentation de nos besoins en soins provoquée par la hausse et le vieillissement de notre population nécessite donc bien que les infirmiers actifs dans le milieu du soin soient de plus en plus nombreux pour éviter que cette pénurie effective vienne encore s’accroître.

Nous avons pu le voir au cours de cette deuxième partie, les causes potentielles de la pénurie infirmière sont nombreuses : elles viennent tant du manque de vocations que du nombre moyen d’années qu’un infirmier tient au sein de sa profession. On constate également que la pénurie est elle-même la cause de toute une série de causes de la pénurie infirmière. Tel un serpent qui se mordrait la queue, la pénurie infirmière engendre donc de nouveaux problèmes, qui accentuent cette pénurie, et ce de manière chronique. En effet, la pénurie infirmière dégradant toujours plus les conditions et l’image du travail infirmier, les engagements se feront moindres et les départs toujours plus nombreux. On l’a vu également, la crise sanitaire a souvent eu un effet néfaste sur le travail infirmier, et donc sur la pénurie de travailleurs, qu’elle a aggravée. Un travail profond devra être fait par les différents intervenants de notre système de soins, sans quoi, ce sont la qualité des soins et plus généralement la santé publique qui ne sauront plus tenir leurs promesses. Bien entendu, si les solutions doivent venir de multiples organes officiels, allant des politiciens aux acteurs de l’enseignement, en passant par les dirigeants des institutions elles-mêmes, la réflexion doit pouvoir

¹¹³ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees> (page consultée le 22 mars 2022)

se faire aussi à une dimension locale. Nous posons que le cadre de proximité peut avoir un rôle à jouer sur l'attractivité et la fidélisation au sein de son unité. Ainsi, dans cette dernière partie, nous tenterons de proposer des pistes de solutions concrètes à toute une série de causes de cette pénurie analysées précédemment.

Chapitre 3 : Réflexion sur les pistes de solutions de la pénurie infirmière

Après avoir abordé la pénurie infirmière en Belgique et les causes qui pourraient l'expliquer, notre troisième partie parcourra donc des pistes de solutions qui existent pour résoudre celle-ci. Toutefois, avant d'entamer la vision centrée sur le cadre, il nous a semblé important de présenter les pistes de solutions qui ont pu ou qui pourraient être mises en œuvre à un niveau plus macrocosmique, celui de tous responsables des soins de santé de la société. En effet, il est évident que les acteurs politiques de la Santé Nationale ainsi que les dirigeants des institutions de soins de santé sont probablement les instances les plus compétentes pour agir contre la pénurie. Par ailleurs, le cadre infirmier ne peut agir que dans un certain cadre légal, qui a été choisi et donné par ces différents acteurs.

Aussi, nous ne prétendons pas proposer la solution idéale à ce problème, qui, en outre, n'est pas que belge mais bien mondial. Cependant, nous tenterons de dégager des chemins et des méthodes que pourrait emprunter le cadre de proximité pour tenter de lutter contre cette problématique. Les pistes de solutions seront donc multiples, mais non exhaustives et il est évident que ce sera au responsable d'évaluer quels éléments sélectionner afin d'optimiser ses chances de réussite. En effet, ces pistes de solutions, tant au niveau macrocosmique qu'à l'échelle du responsable d'unité, doivent être réfléchis en regard du groupe concerné. Qui plus est, ces pistes de solutions seront très probablement à imbriquer les unes dans les autres pour favoriser au mieux une réponse efficace face au manque d'attractivité de la profession et aux intentions de départ. Ainsi, en tentant de répondre aux causes de cette pénurie infirmière, nous espérons proposer au lecteur-cadre un ou plusieurs éléments susceptibles de l'aider dans son quotidien, que la pénurie dessert probablement, et ce d'autant plus depuis ces dernières années Covid.

3.1. Une vision macroscopique

La vision macrocosmique se situe à un niveau qui n'est pas celui du cadre proximité gérant son équipe de soins, mais bien au niveau de ses supérieurs. Comme nous l'avions évoqué, ce sont eux qui ont à leur disposition le plus de clés pour résoudre cette pénurie. Afin de les identifier, nous nous sommes plongés dans l'actualité de ces dernières années et plus particulièrement des deux dernières années de crise sanitaire. Quoi que l'on puisse en penser, deux acteurs de notre système de soins ont tenté d'amener des pistes de solutions pour répondre à cette crise de grande envergure. Les premiers acteurs sont les institutions hospitalières, qui essaient de répondre depuis plusieurs années à une crise infirmière qu'elles dénoncent et veulent solutionner, et que la crise sanitaire est venue aggraver. L'autre acteur est le monde politique, qui est intervenu de manière plus aigüe lorsque la structure

hospitalière était au bord de la saturation voire de l'implosion. Nous commencerons par évoquer ces derniers.

3.1.1. La politique de santé :

Le monde politique belge est à l'image de la Belgique fédérale : son organisation est multiple et complexe. La compétence de la Santé est donc elle aussi très dispersée, non seulement entre des ministres d'horizons et de partis très différents, mais également entre plusieurs niveaux de pouvoir. Actuellement, on peut encore considérer qu'il existe une politique de Santé Publique qui touche l'ensemble des Belges et qui est donc exercée par le Fédéral : « *Dans les grandes lignes, les compétences de l'autorité fédérale concernent ce qui a trait à l'intérêt général de tous les Belges comme les finances, l'armée, la justice, la sécurité sociale, les affaires étrangères, une partie importante de la santé publique et des affaires intérieures, ...* »¹¹⁴ . Néanmoins, particulièrement depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat et suite à une demande appuyée de la NVA, la santé fait également partie des compétences régionales et communautaires. S'il avait été décidé que « *(l')on peut donc rattacher aux compétences des communautés (...) la politique de santé (médecine préventive et curative)* »¹¹⁵ , de nombreux transferts de compétences en terme de santé et d'aide aux personnes ont été faits des communautés vers les régions, spécifiant tout de même la nécessité d'un travail de concertation entre les deux entités. A Bruxelles, c'est la COCOM¹¹⁶ qui a récupéré ces nombreuses compétences de soins de santé et d'aide aux personnes. Dans le cadre de ce travail, nous ne nous étendrons pas sur les responsabilités de chacun, mais bien sur les pistes de solutions qui ont été ramenées, tant par le passé que pendant cette crise sanitaire, par la politique de santé en Belgique.

3.1.1.1. Plan d'attractivité de la profession :

Comme nous l'évoquions dans les précédentes parties de notre travail, la pénurie infirmière est présente depuis un certain moment au sein de notre pays. Nous constatons qu'en 2008 déjà, la ministre fédérale de la santé de l'époque, Mme Onkelinx, et son ministère avaient lancé un plan pluriannuel pour rendre la profession attractive. Ce plan d'attractivité¹¹⁷ comportait 4 domaines d'action pouvant lutter contre la pénurie infirmière. Nous y retrouvons : l'allègement de la charge en travail et du stress,

¹¹⁴https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/autorites_federales/competences_autorites_federales (page consultée le 13 avril 2022)

¹¹⁵https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communautes/competences (page consultée le 13 avril 2022)

¹¹⁶ COCOM : Commission communautaire commune. Organe prépondérant dans le domaine de la Santé à Bruxelles, mélangeant des ministres du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Communauté française et du Gouvernement flamand.

¹¹⁷https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19060592_fr.pdf (page consultée le 13 avril 2022)

les qualifications, la rémunération et la reconnaissance sociale et l'association des infirmiers à la prise de décision. Penchons-nous brièvement sur les propositions de mesures :

Domaine 1 : Allègement de la charge en travail et du stress

- Application de l'accord social 2005-2010 (1ETP¹¹⁸ supplémentaire /30lits)
- Relance des formations 600¹¹⁹
- Informatisation du volet infirmier en ce qui concerne le dossier du patient
- Emploi complémentaire de personnel non infirmier
- Encouragement des investissements à caractère économique
- Meilleure adéquation entre le financement et les besoins réels dans les soins infirmiers

Domaine 2 : Qualification

- Agrément en tant qu'infirmier et libre circulation des bacheliers
- Analyse de l'opportunité d'une qualification intermédiaire non infirmière
- Apport d'un nombre croissant d'infirmiers spécialisés au travers des normes
- Encouragement des Masters en soins infirmiers et en obstétrique
- Appui de la formation permanente
- Meilleure différenciation des profils de patients, des différents besoins en soins infirmiers
- Titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières

Domaine 3 : Rémunération

- Extension de la valorisation pour les prestations irrégulières
- Valorisation des titres et qualifications professionnels particuliers
- Revalorisation de la fonction cadre
- Revalorisation des soins à domicile

Domaine 4 : Reconnaissance sociale et association à la prise de décision

- Confirmation du positionnement des institutions
- Aide pour sortir de l'ombre : campagne de promotion du métier
- Meilleure implication des infirmiers dans les processus de décision à tous les niveaux (KCE, INAMI, ...)
- Dans les hôpitaux : balise des missions et des fonctions du conseil infirmier
- Ethique et déontologique : code de déontologie à légiférer / ordre infirmier
- Financement structurel des associations professionnelles infirmières

La création d'un tel plan montre déjà l'importance de la pénurie à l'époque. Les thématiques et les actions y étant nombreuses, nous ne pourrions pas nous étendre sur chacune d'entre elles, néanmoins nous pouvons y repérer des causes qui ont été ciblées dans notre deuxième partie.

¹¹⁸ Equivalent temps plein

¹¹⁹ Projet de formation infirmier à destination du personnel aide-soignant

Tout d'abord, nous retrouvons dans ce plan l'intérêt pour le problème des conditions de travail : elles sont sans aucun doute un élément sur lequel les politiques avaient déjà tenté d'agir. On le constate dans leur volonté de soulager le travail quotidien grâce à un engagement de personnel infirmier et de fonctions annexes ainsi que dans leur envie de créer une qualification intermédiaire non infirmière qui pourrait prendre en charge toute une série de tâches. Quant à la libre circulation des travailleurs, elle permettra d'amener, comme nous l'avons évoqué dans notre première partie, une série de diplômés venant de l'étranger pouvant soulager le manque de personnel actuel. Outre cette recherche de personnel, ils voulaient aussi trouver une meilleure adéquation entre le financement et les besoins réels en effectifs. En conclusion, on voit que de manière générale, ils avaient cherché à augmenter le personnel pour permettre aux infirmiers d'être plus épanouis au quotidien. D'ailleurs, l'informatisation et l'investissement dans l'ergonomie font eux aussi état de cette volonté.

Ensuite, on remarque leur intérêt pour la formation et la progression, que nous avons également relevées comme importantes : il y a, dans ce plan ministériel, une envie d'une meilleure expertise, d'une qualification supplémentaire et de formation permanente, qui permettraient une meilleure valorisation des infirmiers. D'ailleurs, la rémunération semblait aussi être au cœur de ce plan pluriannuel, un domaine entier y est consacré et on y envisageait une plus-value sur les prestations irrégulières mais également une prime supplémentaire pour les personnes spécialisées ou qualifiées. Or, nous l'avons vu, le salaire pourrait faire partie d'une revalorisation – du moins temporaire- de la profession infirmière. Toutefois, si on y abordait rapidement la classification barémique selon le modèle IF-IC, aucune notion de revalorisation salariale barémique de base n'y était évoquée. Ainsi, pour faire face au problème de revalorisation de la profession infirmière, les autorités s'étaient contentées d'envisager des solutions de rémunérations supplémentaires avant tout liées aux difficultés horaires et à des solutions au manque de reconnaissance des formations, oubliant selon nous tout un pan de la population infirmière. Notons finalement que ces autorités cherchaient également à améliorer la reconnaissance sociétale du métier d'infirmier, et ce via une campagne de sensibilisation pour mettre en avant le métier et donner une image positive de ce qu'il représente. La revalorisation du métier, tant salariale qu'en termes d'image du métier d'infirmier avait donc été étudiée.

Enfin le dernier grand axe touchait à la volonté d'implication du monde infirmier dans les organes de décision et à la place de ceux-ci au sein des institutions hospitalières.

En analysant a posteriori ce plan, pouvons-nous dire que celui-ci a effectivement aidé la profession et qu'il a effectivement eu un impact sur le manque d'attractivité et sur les intentions de départ ? Incontestablement, le plan d'attractivité, malgré une lacune développée ci-dessus, montrait une vraie avancée dans la compréhension des difficultés vécues sur le terrain et proposait des solutions pertinentes. Globalement, ce plan d'attractivité de la profession a été ressenti plutôt positivement par le monde soignant : « *En 2014 nous avons pu constater qu'en 6 ans le plan avait probablement eu un*

impact positif tant sur l'attractivité de la profession infirmière que sur sa rétention. Les inscriptions dans les écoles n'ont cessé d'augmenter, les difficultés de recrutement de manière globale se sont estompées, et les premiers départs importants en retraite ont été compensés. »¹²⁰ Néanmoins, en faisant d'autres recherches, nous nous sommes rendu compte que ce plan d'attractivité n'a pas été totalement appliqué et ce notamment à cause des gouvernements et restrictions budgétaires qui ont suivi. La ministre de la santé du gouvernement suivant, Maggie De Block, a en effet irrité plus d'un soignant par les décisions qu'elle a prises : « Les 900 millions d'euros d'économies budgétaires réalisées dans les soins de santé lors de la précédente législature, décision portée et défendue par Maggie De Block, ont eu des effets désastreux sur le terrain. »¹²¹ Ainsi, non seulement ces restrictions n'ont certainement pas amélioré le quotidien des infirmiers, mais elles ont aussi altéré le plan d'attractivité de la profession : « En 2014, la poursuite du plan d'attractivité est prévue dans l'accord gouvernemental. Pourtant, il s'avère que, loin de poursuivre l'initiative, Maggie de Block aurait mis à mal plusieurs aspects du plan. Pour le secteur, la ministre n'aurait pris aucune initiative pour alléger la charge de travail des infirmières, que du contraire. Le raccourcissement des durées de séjours hospitaliers a, en effet, eu comme effet d'augmenter l'intensité des soins et de déplacer certains soins hospitaliers vers le secteur à domicile. De plus, la profession pointe du doigt le manque de nouvelle initiative visant à renforcer les rémunérations des infirmières, si ce n'est la mise en place IFIC, une nouvelle façon de rémunérer les professionnels mais uniquement du secteur privé. Autre élément à charge : elle n'aurait pas œuvré à améliorer la reconnaissance sociale ou à associer les infirmières aux décisions les concernant »¹²² Avec un certain recul nous pouvons donc dire que le plan d'attractivité de la profession reste sans nul doute une belle intention, mais qu'il est urgent de le repenser et de le refinancer, et ce d'autant plus au regard des failles mises en lumière par la crise de la Covid. Les politiques doivent au plus vite reprendre en main ces dossiers, car il s'agit de domaines d'actions qui ne sont pas forcément à la portée des institutions hospitalières et des responsables d'unités. En effet, ils concernent les rémunérations au niveau barémique, les temps de prestations et les contraintes horaires, la réflexion sur le caractère pénible de la profession et de l'image de la profession, ainsi que sur la promotion des études et du métier d'infirmier. Les prochains gouvernements ne peuvent se permettre de considérer le monde de la santé à un niveau de priorité inférieur.

¹²⁰ <https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/edito-in191.pdf> (page consultée le 13 avril 2022)

¹²¹ <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/de-block-et-le-personnel-de-la-sante-une-longue-histoire-de-desamour> (page consultée le 13 avril 2022)

¹²² <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/de-block-et-le-personnel-de-la-sante-une-longue-histoire-de-desamour> (page consultée le 13 avril 2022)

3.1.1.2. Investissement budgétaire dans le domaine de la santé

- Le Fond Blouses Blanches

Pour de nombreux responsables politiques, le nerf de la guerre de cette pénurie infirmière est l'aspect financier : le problème de la pénurie serait avant tout un manque de budget pour financer du matériel et surtout du personnel. Pour tenter de solutionner ce manque de moyens, les différents gouvernements ont mis à disposition des institutions hospitalières divers fonds pour financer ce personnel infirmier. Par exemple, depuis octobre 2019, un fonds particulier été créé pour répondre aux difficultés de terrain vécues par le personnel infirmier, il s'agit du fonds « Blouses blanches ». Celui-ci a pour objectif principal l'engagement au sein des institutions. Plus précisément cet objectif d'engagement est de deux types : il s'agit soit de personnel soignant, soit de fonctions annexes pouvant soulager le quotidien des unités. La circulaire à l'attention des hôpitaux et de leurs gestionnaires nous détaille plus précisément les critères d'engagement :

« *Les types de personnel pris en compte :*

Le personnel tel que défini dans l'article 8, 6°, 8° et 9° de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 :

- *L'infirmier hospitalier ;*
- *Le personnel soignant, à savoir l'ensemble des aides-soignants ;*
- *Le personnel de soutien, à savoir l'ensemble du personnel qui aide le personnel infirmier pour ses tâches administratives et logistiques.*
- *Certaines fonctions de soutien qui peuvent réellement soutenir et alléger le travail du personnel soignant, c'est-à-dire les fonctions de soutien intégrées aux équipes de soins, à savoir le personnel repris dans les normes de personnel de services, fonctions et programmes de soins hospitaliers. Exemple de personnel de soutien : Assistant logistique (hors Maribel social), brancardier. »¹²³*

Ce fonds des blouses blanches représente un investissement de plus de 400 millions d'euros annuel à destination du secteur de la santé. Le maintien de cet investissement a été approuvé pour l'année 2021 avec un objectif supplémentaire pour cette année particulièrement difficile : « *Un objectif a également été fixé concernant le fonds 2021 : il est prévu qu'il soit utilisé pour financer un équivalent temps plein supplémentaire par unité de soins ou par fonction hospitalière, ce qui mettra fin au cadre normatif actuel auquel est soumis l'infirmier en chef.* »¹²⁴ Le ton semble donné pour cette année : un

¹²³ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2021-3-23_circulaire_fbb_2020.pdf (page consultée le 15 avril 2022)

¹²⁴ <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/le-fonds-blouses-blanches-maintenu-par-la-chambre> (page consultée le 15 avril 2022)

meilleur encadrement est prévu afin de diminuer la charge de travail des infirmiers. Dans son communiqué de presse du 16 décembre 2021, le ministre de la santé, M. Vandebroucke, confirme d'ailleurs le souhait d'engager un 1 ETP en plus par unité et nous renseigne sur le résultat en termes d'engagement du fonds Blouses Blanches pour les années 2019 et 2020. Pour l'année 2019, plus de 1000 ETP ont été employés dans les hôpitaux et dans les soins à domicile, pour 2020 le chiffre monterait même jusqu'à 4500 ETP créés dans le domaine de la santé. Outre l'aspect financier et les engagements, le fonds Blouses Blanches a également permis la formation et l'aide à la formation de nombreuses personnes. Ces projets de formation, qui visent à augmenter l'effectif du personnel soignant, sont repris par le ministre Vandebroucke dans son communiqué de presse¹²⁵, il s'agit des projets suivants : *Choisis les soins*, *Projet 600*, *Projet Aides-soignantes* et *Pentaplus*. Ces différents plans ont pour objectif de mener des personnes à se lancer dans des formations d'infirmiers ou d'aides-soignantes, ce qui donnerait accès à un personnel qui soulagerait le quotidien des infirmiers. Toutefois, le plan va plus loin. Dans un premier temps, il s'agit certes d'amener de nouvelles personnes ayant des difficultés variées vers le métier d'infirmier et ainsi tenter de combattre cette pénurie infirmière, mais dans un second temps, il s'agit aussi d'amener ce personnel soignant vers une amélioration de ses compétences. Cela permettrait de faire glisser une série des fonctions infirmières vers un personnel soignant annexe davantage formé, qui se verrait donc attribuer des actes supplémentaires, avec pour conséquence une diminution de la charge de travail quotidienne des infirmiers. Ainsi, le fonds Blouses Blanches est une véritable bonne initiative pour lutter contre la pénurie infirmière, car il tente de répondre au manque de confort de travail induit par le déficit en personnel. Nous espérons toutefois que les effets de celui-ci seront suffisamment rapides que pour éviter les départs infirmiers suite à la crise Covid.

- Le Fond Maribel :

L'idée et l'objectif du fonds Maribel se rapprochent très fort de ceux des Blouses Blanches. Comme lui, le fonds Maribel sert à créer des emplois et à financer les coûts salariaux que ceux-ci représentent. Toutefois, celui-ci n'a pas été instauré récemment, puisqu'il date du début des années 2000. Ce dernier ne touche pas non plus uniquement le milieu des soins de santé, puisque plusieurs secteurs peuvent en bénéficier : il s'agit d'un fonds sectoriel qui est principalement disposé à aider le secteur non-marchand. Le fonds Maribel tente de répondre à la pénurie infirmière en cela qu'il crée des emplois pour lesquels les coûts salariaux seront complètement pris en charge par le fonds. Plus

¹²⁵ https://vandenbroucke.belgium.be/fr/que-faisons-nous-pour-soutenir-les-soins#_ftn1 (page consultée le 17 avril 2022)

précisément, il définit ces emplois selon deux tranches¹²⁶ : la tranche 1 représente la fonction d'assistants logistiques, fonction venant en aide au personnel infirmier mais ne rentrant pas dans les soins ; il assure comme son nom l'indique un soutien logistique. La tranche 2 permet aux institutions de demander d'autres types de fonctions. Pour ce faire l'institution de soins devra négocier avec le Comité de gestion du Fonds Maribel, les fonctions et barèmes qu'elle souhaite financer. On peut y retrouver les fonctions suivantes : personnel infirmier et soignant, personnel paramédical, personnel administratif, personnel technique (entretien, cuisine). L'objectif reste encore et toujours le même : améliorer les conditions de travail sur le terrain. Le financement de ce fonds reste assez complexe, voici comment l'explique le FeBi¹²⁷ : « *Le fonds Maribel est financé de la manière suivante : les employeurs versent des réductions de cotisations patronales à l'Office national de sécurité sociale (ONSS). Chaque travailleur-euse, occupé-e au moins à mi-temps dans le secteur, ouvre le droit à une réduction forfaitaire sur la cotisation patronale. Ces réductions de cotisation patronales sont retenues sur les cotisations patronales et l'ONSS constitue ainsi la dotation Maribel. Celles-ci sont alors versées aux Fonds Maribel qui les redistribuent sous forme d'emplois supplémentaires aux employeurs.* »¹²⁸ Le fonds est Maribel est bel et bien une mesure de création de l'emploi visant à soutenir différents secteurs. Dans notre cas il s'agit du secteur des soins de santé à savoir la CCT 330¹²⁹. A nouveau, nous pensons que l'initiative est bonne, mais qu'elle devrait toutefois se trouver dans une réflexion bien plus large de la pénurie infirmière que celle de l'aspect financier.

- Avantages uniques au personnel soignant :

Le gouvernement a également pris la décision d'octroyer certaines rémunérations réservées au personnel des soins de santé ayant travaillé durant la pandémie. Nous pouvons en identifier deux, la première est la prime d'encouragement et la seconde l'octroi de chèques consommation. Commençons par la prime d'encouragement. L'aspect pécunier ayant fait partie des discussions durant la pandémie liée au coronavirus, le gouvernement a décidé d'octroyer une prime d'encouragement pour le personnel travaillant dans les hôpitaux, les maisons médicales et les soins infirmiers à domicile, et qui était en fonction du 1^{er} septembre 2020 au 30 novembre 2020. Cela excluait donc les médecins, sauf s'ils étaient en formation dans un hôpital, et le reste du personnel non soignant. Il s'agissait d'une prime reconnaissant l'investissement de ce personnel face à la crise sanitaire et financée en partie par le fonds Maribel. Elle représentait, pour un employé à temps plein, la somme de 985 euros brut et était proportionnelle au temps de prestation de l'employé. Quant aux

¹²⁶ <https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/Fonds/13224/cp-330-hopitaux-maribel-chambre-1-maribel-attributions-et-fonctions> (page consultée le 17 avril 2022)

¹²⁷ FeBi : Association des fonds bicommunautaires

¹²⁸ <https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/fonds/13918/maribel> (page consultée le 17 avril 2022)

¹²⁹ CCT : Convention collective de travail

chèques consommation, ils suivaient la même logique : ils accordaient une aide de manière unique aux professionnels de soins de santé actifs de janvier 2020 jusqu'à septembre 2020. Pour un temps plein, la valeur des chèques consommation étaient de 300 euros, et celle-ci était, comme la prime d'encouragement, adaptée au prorata du temps de prestation du travailleur. Le financement de ces chèques-repas a été, lui, totalement pris en charge par le fonds Maribel social. Par ce type de gestes, le gouvernement veut montrer une reconnaissance du travail accompli et de l'investissement quotidien de nos soignants. Toutefois, il est légitime de se poser cette question : cette mesure a-t-elle sensiblement aidé à combattre la pénurie infirmière ? Rien n'est moins sûr. Du moins, l'aspect immédiat de ces primes nous oblige à conclure qu'elle n'a certainement pas eu d'impact sur l'attractivité de la profession. Certes, ces primes traduisent une forme de reconnaissance et un intérêt du gouvernement pour la profession et le travail accompli, mais d'aucuns pourraient reprocher à ce geste des accents quelque peu paternalistes.

3.1.1.3. Le modèle IF-IC

Au-delà de ces interventions ponctuelles de l'Etat, il est important de se pencher sur la rémunération de base du personnel. Dans ce domaine, c'est à nouveau au monde politique qu'incombe le plus grand pouvoir décisionnel, puisque c'est lui qui décide des barèmes servant à rémunérer le personnel hospitalier. Le modèle de financement du personnel a bénéficié tout récemment d'une modification de ses barèmes, selon le modèle IF-IC. Ce changement a semble-t-il scindé la profession en deux : d'une part des personnes satisfaites de voir leur salaire sensiblement augmenter et d'autres part les personnes mécontentes de voir leurs rémunérations amputées de manière significative, car elles subissent une forme de « non reconnaissance » de leur domaine d'expertise. Comme le signale le ministre Vandenbroucke, le modèle barémique IF-IC représente pour un certain nombre d'infirmiers et de personnel soignant en fonction une plus-value salariale :

« *Voici quelques exemples concrets de personnes dont la situation s'améliore clairement :*

- *Un aide-soignant ou un collaborateur administratif à la consultation bénéficie d'une hausse de 8% en début de carrière.*
- *Un infirmier A2 sans qualification professionnelle particulière avec 5 ans d'ancienneté progresse de 15%.*
- *Une diététicienne ayant 10 ans d'ancienneté bénéficie d'une hausse de 7%.*
- *Un collaborateur logistique avec 15 ans d'ancienneté progresse de 4,6%. »¹³⁰*

Parmi ces propositions, ce sont tout d'abord les infirmiers qualifiés et/ou spécialisés qui se sentent lésés par la nouvelle norme barémique IF-IC : rien ne concerne la revalorisation du salaire de ceux

¹³⁰ <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/que-faisons-nous-pour-soutenir-les-soins> (page consultée le 17 avril 2022)

qui ont acquis une expertise supplémentaire. Toutefois, pour eux, une proposition de montant forfaitaire est sur la table des négociations. La voici expliquée par le ministre Vandebroucke : « *La proposition que nous mettons sur la table est la suivante : 2 500 euros bruts supplémentaires par an pour les infirmiers spécialisés ayant un titre professionnel particulier et 833 euros bruts supplémentaires par an pour les infirmiers spécialisés ayant une qualification professionnelle particulière.* »¹³¹ Cette proposition, bien qu'en cours de débat, permettrait de valoriser une partie de ces mécontents et de palier les pertes potentielles de ce personnel expert.

Cependant, il reste un autre groupe de salariés insatisfaits. Dans la nouvelle norme IF-IC, l'accent semble avoir été mis sur les nouveaux engagés, en oubliant de se pencher sur personnel ayant plus d'expérience, plus d'années d'ancienneté, pour qui, là aussi, ce modèle semble être défavorable. Pour eux, le ministre Vandebroucke ne semble malheureusement pas avoir de réponse effective pour l'instant : « *Avec l'IFIC, le choix a été fait de favoriser les nouveaux arrivants dans le secteur des soins, précisément afin d'augmenter l'attractivité du métier. Cependant, il y a aussi beaucoup de soignants qui ont une certaine ancienneté. Nous voulons examiner cet aspect plus en détails avec les partenaires sociaux dans le cadre de la « maintenance » du modèle IFIC.* »¹³² . Pourtant, comme évoqué lors de nos deux premières parties, si nous voulons répondre de manière profonde à cette pénurie soignante, il faut certes toucher à l'attractivité de la profession, mais il ne faut pas oublier de pérenniser et de fidéliser notre personnel infirmier. Or, ne pas revaloriser cette expertise, cette ancienneté dans la nouvelle norme barémique, c'est prendre le risque de favoriser une nouvelle fuite de personnel.

3.1.2. L'institution hospitalière

L'Etat n'est pas seul à avoir un pouvoir décisionnel fort pour lutter contre la pénurie infirmière. Les institutions hospitalières et les directions hospitalières représentent elles aussi un niveau plus macrocosmique de la prise de décisions, tout en nous rapprochant du cadre de proximité. En effet, ce dernier sera directement impacté par les choix et les priorités de son institution. Parmi les solutions déjà envisagées par les structures hospitalières, nous pouvons présenter deux projets d'envergure, à savoir les « Magnets Hospitals » et le « projet ARIQ ».

3.1.2.1. Les Magnets Hospitals

Le concept de « Magnets Hospitals », traduit en français comme « Hôpitaux magnétiques » a été pensé dans les années 80 aux Etats-Unis. Ces « hôpitaux magnétiques » ont été réfléchis en réponse

¹³¹ https://vandenbroucke.belgium.be/fr/que-faisons-nous-pour-soutenir-les-soins#_ftn1 (page consultée le 17 avril 2022)

¹³² https://vandenbroucke.belgium.be/fr/que-faisons-nous-pour-soutenir-les-soins#_ftn1 (page consultée le 17 avril 2022)

au problème de recrutement présent au début des années 80 dans de nombreux hôpitaux nord-américains : eux aussi peinaient à attirer et à pérenniser leur personnel infirmier et connaissaient donc une pénurie majeure de personnel. L'American Nurses Association (ANA) a dès lors émis une recherche globale sur le sol américain dans le but de repérer les hôpitaux étant perçus et même reconnus comme des bons milieux de travail et affichant un faible taux de rotation ou turnover infirmier. A la suite de ces recherches, le label « Magnets Hospitals » a vu le jour et 41 institutions se le sont vu octroyer. Ce label permettait donc de mettre en avant les institutions capables de recruter et de pérenniser leur personnel infirmier tout en assurant des soins de qualité aux patients et ce dans un environnement de travail optimal. Alors quelles sont ces pratiques miracles qui permettraient de recruter et de garder en fonction des infirmiers et qu'il faut avoir pour obtenir ce label ? Les nombreuses études sur le sujet ont permis de repérer les caractéristiques organisationnelles de ces institutions labellisées. Selon Sabine Stordeur¹³³, elles peuvent être classées en trois grandes catégories : l'administration, la pratique professionnelle et le développement professionnel. Pour ces trois éléments, Sabine Stordeur, précise également des sous-catégories afin de répertorier les multiples démarches indispensables pour créer un hôpital magnétique.

Tout d'abord, pour obtenir une administration optimale, il existerait sept sous-catégories d'actions. La première touche au leadership des supérieurs hiérarchiques. Nous n'identifions ici pas seulement l'infirmier en chef, mais bel et bien de l'ensemble de ligne hiérarchique du département infirmier. Plusieurs critères¹³⁴ sont fournis pour établir les caractéristiques de ces leaders efficaces et fédérateurs. Ils doivent :

- *Planifier l'avenir du département de manière proactive et susciter l'enthousiasme.*
- *Créer une culture organisationnelle qui génère la satisfaction.*
- *Adopter une attitude de soutien et être source d'expertise.*
- *Maintenir des standards de performance et élever et formuler les attentes.*
- *Formuler une philosophie et des valeurs de soins.*
- *Valoriser l'éducation et le développement personnel.*
- *Être présents auprès de l'équipe et répondre à ses besoins.*
- *Adopter une attitude ouverte et favoriser la communication.*
- *Être activement impliqués dans les organisations professionnelles.*

En analysant ces qualités requises, on se rend compte qu'il n'y pas selon nous de comportement préétabli pour être un bon leader. Il s'agit avant tout de personnes qui ont la volonté de favoriser la satisfaction au travail ainsi que l'écoute et la communication et qui en font leur ligne de conduite. Un

¹³³ Stordeur S., et al. *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse*, France, Editions Lamarre, 2009, p. 121.

¹³⁴ Ibidem, p. 121.

comportement positif et impliqué des dirigeants serait donc un facteur diminuant l'envie de partir et inviterait les infirmiers à venir travailler dans l'institution. La seconde catégorie d'actions qui permettrait de rendre un hôpital attractif au niveau de son administration est son choix d'une gestion participative et de soutien. Autrement dit, les hôpitaux magnétiques se caractérisent par un choix de décentraliser les prises de décisions et de partager ces décisions relatives à un exercice avec les personnes en charge de cet exercice. Dans notre cas de figure, les décisions relatives aux soins infirmiers devraient être réfléchies par -ou du moins *avec*- les infirmières en charge de ces soins. Cela a pour effet d'impliquer les infirmiers dans les projets organisationnels pouvant toucher leurs fonctions quotidiennes. A la notion de travail participatif, il faut ajouter la notion de soutien, qui n'est pas moins importante. En effet, une prise de décisions participative peut ne pas convenir à certaines équipes ou personnes, il faudra alors pouvoir envisager le soutien nécessaire des responsables pour permettre une adaptation à la personne. Le troisième volet de l'administration magnétique est le recrutement et la fidélisation des infirmières, lequel nous intéresse tout particulièrement. Tout d'abord, pour « bien recruter », un hôpital magnétique favoriserait les engagements correspondant aux valeurs et à la philosophie prônée par l'institution : il s'agit de préférer des infirmières compétentes et partageant ces valeurs. Par la suite, l'accent doit être mis sur l'accompagnement du nouvel engagé, il s'agit là d'un moment clé pour son intégration. L'accueil doit ainsi être préparé, individualisé et permettre au futur travailleur de se projeter grâce à un temps d'apprentissage (plan d'apprentissage, formation interne, procédure, personnes ressources, présentation à l'ensemble des intervenants, ...). Les hôpitaux magnétiques insistent sur la conception d'un programme d'intégration sur mesure, ce qui nécessite une préparation importante pour les responsables ainsi qu'une évaluation des compétences assez rapide. Un accompagnement ou un parrainage fait aussi partie de ce processus. Pour ce faire il faudra que le responsable identifie les personnes ayant des compétences et connaissances requises pour cette fonction d'encadrement. De manière générale, cet encadrement sur mesure nécessite de nombreuses rencontres avec les responsables directs durant lesquelles ils prendront le temps d'expliquer les processus d'intégration et d'apprentissage du service, ainsi que toutes les procédures et documents qui y sont liés. Un choix judicieux des nouveaux engagements reste selon nous un élément indispensable au bon déroulement de la carrière au sein de l'institution, et ce même si la pénurie amenuise la possibilité de choix. Par ailleurs, un engagement se déroulera effectivement d'autant mieux si le nouvel engagé est correctement pris en charge dès le début, de son intégration à son évaluation, en passant par son apprentissage. Le quatrième élément d'une bonne administration est la dotation infirmière. Les Magnets Hospitals font état d'un ratio infirmier par lit occupé assez élevé, on évoque ici une variation de 0,6 à 2,7. Malheureusement, cela semble pour l'heure utopique à instaurer au sein de nos unités de soins, au vu du personnel actuellement disponible. La dotation infirmière des Magnets Hospitals montre également des équipes fixes complètes,

préférant un faible taux de rotation et diminuant de manière structurelle le recours à du personnel intérimaire. Cela créerait un sentiment d'appartenance pour les membres du staff. A nouveau, les différences avec notre système actuel sautent aux yeux. Néanmoins, nous sommes forcés de constater que la politique menée par ces institutions montre une diminution du turnover et des staffs plus complets. Il s'agit donc de vraies pistes de réflexion. Le cinquième élément d'une administration efficace concerne la façon de mesurer de la charge de travail quotidienne des infirmiers : il est essentiel de l'analyser quantitativement mais également qualitativement. Autrement dit, il ne s'agit pas seulement de dire que tel jour, telle infirmière a 10 patients à sa charge, mais il est nécessaire de voir l'ensemble des soins qu'elle doit leur dispenser, le temps qu'elle doit y passer et l'énergie qu'elle devra y consacrer, tout en étant capable de conserver une vraie qualité de soin. L'évaluation de la charge en travail devrait donc se mesurer par une recherche constante d'un juste balancement entre les ressources humaines à disposition et la véritable charge de travail de la journée. Des outils peuvent permettre la mesure de cette charge, notamment au niveau informatique : ces dernières années, de nombreux logiciels conçus soit en interne, soit par des firmes externes, ont été intégrés par les institutions pour mesurer cette charge. Ils ne remplaceraient toutefois pas les rencontres avec le personnel, qui permettent de coordonner et d'intégrer les différents acteurs de l'unité. En effet, comme c'est le cas au sein des Magnets Hospitals, une analyse complète avec l'ensemble de l'équipe permet d'identifier les rôles de chacun mais surtout d'établir ensemble l'étalement des tâches sur la journée afin d'équilibrer au mieux la charge de travail. Ainsi, nous retenons de ce cinquième point l'importance d'une réflexion globale de l'organisation des journées, mais surtout d'une réflexion en équipe. Il s'agira aussi de pouvoir prédire la charge de travail des prochaines journées, afin d'adapter les ressources à disposition. Un sixième élément d'administration devant être pris en compte sont les moyens d'alléger la charge de travail de l'infirmier. Il s'agit ici d'identifier dans l'équipe pluridisciplinaire les tâches qui doivent impérativement être prises en charge par les infirmiers et celles qui peuvent être déléguées à d'autres intervenants. Il est donc important d'avoir des équipes riches en fonctions annexes telles qu'une aide administrative, une aide-logistique, etc. En effet, si l'on regarde le métier d'infirmier actuellement, on peut se rendre compte que leur charge de travail a augmenté, et ce à cause des tâches supplémentaires qui leur sont désormais demandées. Il s'agit notamment de tâches administratives, logistiques, ou de nursing, qui pourraient être assumées par d'autres corps de métier. C'est pour cette raison que les différentes unités des hôpitaux magnétiques sont souvent épaulées d'une aide administrative qui prend en charge l'ensemble de la gestion du bureau à savoir, les dossiers, les rendez-vous, la gestion des entrants ou des sortants, etc. On peut également y trouver une aide logistique qui s'occupe de nombreuses tâches autour de la prise en charge du patient, tel quel l'apport en matériel, la gestion de certains achats pour le service, les précommandes, etc... Enfin, les brancardiers facilitent la prise en charge des transports lorsque la présence infirmière n'est

pas indispensable. Grâce à ces mesures, les Magnets Hospitals permettent aux infirmiers de se consacrer aux tâches qui sont indissociables du métier. Nous noterons que sur ce point, les autorités belges ont déjà tenté d'agir via les fonds que nous avons présentés. Enfin, le septième et dernier élément d'administration étant prôné par les hôpitaux magnétiques est la mesure de reconnaissance. La reconnaissance est envisagée sous plusieurs formes : « *Les mesures de reconnaissances sont envisagées sous forme d'échelons cliniques, de programmes de reconnaissance, d'avantage sociaux et d'incitatifs de rétention (...) l'expertise des infirmières reçoit une reconnaissance officielle par l'attribution d'échelons cliniques (clinicat ladders) en lien direct avec la progression de la carrière clinique des infirmières.* »¹³⁵ Cette reconnaissance amène le travailleur vers une envie de progression et lui permet d'avoir un retour positif de l'institution. Une bonne administration pourrait donc se résumer de la sorte : bienveillance et proactivité des supérieurs hiérarchiques, décisions prises conjointement avec les prestataires de terrain, accompagnement des travailleurs et justes choix des nouveaux engagés, augmentation des ETP/lit et faible taux de rotation des équipes, meilleure évaluation de la charge de travail, mise en place d'une aide logistique et meilleure reconnaissance du travail.

Les Magnets Hospitals proposent ensuite une réflexion sur ce que Sabine Stordeur appelle une « pratique professionnelle » qui serait favorable à l'épanouissement des infirmiers. Autrement dit, ces hôpitaux ont mené une réflexion sur les priorités à avoir en termes d'organisation afin de permettre au personnel soignant d'accomplir le rôle auquel il s'est engagé et qui l'importe. Elle divise à nouveau cette catégorie des « bonnes pratiques professionnelles » en trois sous-catégories. La première pratique professionnelle qui importe selon elle est une vraie relation thérapeutique avec le patient. Dans ce cas, ce sont les ressources et les besoins du patient qui le guident vers les prestations de soins adéquates : l'hospitalisation, l'ambulatoire ou l'HAD¹³⁶. Le deuxième pôle d'une pratique professionnelle épanouissante est l'autonomie du personnel infirmier. Cela répond à l'une des interrogations de notre deuxième partie qui traitait des causes sous-jacentes de la pénurie infirmière, lorsque nous cherchions à savoir s'il fallait ou non donner davantage d'autonomie aux infirmiers. Sabine Stordeur identifie par ailleurs dans cette autonomie deux composantes, l'autonomie clinique et l'autonomie organisationnelle. La première est centrée sur le patient et consiste à donner davantage d'autonomie aux infirmiers dans les soins qu'ils dispensent aux patients. L'autonomie organisationnelle, elle, concerne la possibilité pour des unités d'avoir leurs propres projets, et une autonomie dans laquelle des pôles d'expertises peuvent faire leur apparition grâce à un aspect plus permissif au sein de l'institution. Enfin, le troisième pôle touchant à la pratique professionnelle est la collaboration professionnelle entre médecins et infirmières. Là encore, il s'agit d'un élément qui avait

¹³⁵ Stordeur S., et al. op. cit., p. 126.

¹³⁶ HAD : Hôpital à domicile

été soulevé dans notre deuxième partie touchant aux causes de la pénurie infirmière. Investir cette collaboration est donc bel est bien un levier d'action pour faire face à la pénurie infirmière. Stordeur, qui cite Aiken, nous renseigne plus précisément sur le type de relation nécessaire : « *L'environnement de collaboration professionnelle entre infirmières et médecins se traduit par un respect mutuel de la connaissance et de la compétence réciproque et l'engagement mutuel à la qualité des soins. Par ailleurs, les connaissances et le jugement clinique des infirmières sont valorisés et respectés dans l'ensemble de l'organisation.* »¹³⁷ Ainsi, dans ces hôpitaux magnétiques, on peut voir apparaître à plusieurs étages des comités et des réunions où siègent conjointement des membres du personnel infirmier et des membres du corps médical. Cela favorise les relations tout en permettant à l'organisation de repérer les corrections nécessaires à réaliser pour un meilleur fonctionnement sur le terrain, puisque tous les acteurs peuvent témoigner de leurs expériences. En résumé, la pratique professionnelle des hôpitaux magnétiques se concentre sur trois pôles qui ont un intérêt particulier pour le travail infirmier et pour lutter contre la pénurie infirmière : il s'agit d'une relation thérapeutique adaptée aux ressources et aux besoins du patient, d'une autonomie infirmière mise en valeur à différents niveaux, et d'une bonne collaboration médico-infirmière, venant renforcer la qualité des soins via l'échange et la compréhension des rôles et des compétences de chacun.

Finalement, en ce qui concerne le développement professionnel du personnel, nous reprendrons à nouveau quatre sous-catégories. Tout d'abord, un hôpital magnétique souligne l'importance de la formation continue, tout en favorisant des possibilités de promotion. Ensuite, il valorise des formations complémentaires, qui visent par exemple à confier à un infirmier un rôle de formation ou d'encadrement au sein de l'unité voire au sein de l'institution. La recherche infirmière est également un élément indispensable à ce développement professionnel, celle-ci pouvant être menée par des infirmiers engagés spécifiquement pour ce rôle, mais pouvant être également menée par des collaborations avec des membres des équipes de terrain. Enfin certaines idées originales peuvent également amener une envie de développement personnel. Prenons pour exemple celles développées par Mme Stordeur telles que la mise en place d'un prix de reconnaissance, la proposition de bourses, etc. En conclusion, les hôpitaux américains proposent de dynamiser le développement personnel par de la formation continue, de la reconnaissance des formations complémentaires, de la recherche infirmière et de la stimulation via des idées originales

Ainsi, l'ensemble des axes répertoriés par les Magnets Hospitals nous donnent de réelles pistes pour avancer et faire face à la pénurie infirmière. En effet, en ce qui concerne notre recherche de pistes d'action à usage du cadre de proximité, ils nous permettent de réfléchir à des solutions en démarrant

¹³⁷ Stordeur S., et al. op. cit., p. 127.

de réponses qui ont fait leurs preuves dans les états nord-américains. Toutefois, ce label « Magnets Hospitals » est également une réelle richesse pour faire réfléchir les décideurs de nos institutions de soins face à la pénurie infirmière et au manque d'attractivité du métier, car il les invite à remanier certaines politiques et organisations internes de manière très précise. Les Européens ont-ils les mêmes problèmes et les mêmes profils que les Américains ? Les solutions appliquées par les US sont-elles adaptables au vieux continent ? Sabine Stordeur semble, elle, favorable à la prise en considération de cette expérience : « *La promotion internationale du concept d'hôpital attractif peut servir de catalyseur pour améliorer l'environnement de la pratique infirmière au sein des établissements de santé européens.* »¹³⁸. Par ailleurs, ce projet présente l'avantage considérable d'avoir démarré sa réflexion à partir du personnel infirmier, et n'a cherché qu'ensuite comment il pourrait intégrer ces améliorations du quotidien infirmier dans l'institution. C'est donc bien le personnel infirmier qui est au centre des préoccupations dans ce projet, or c'est précisément ce personnel qu'il est essentiel de motiver dans nos institutions belges pour éviter la pénurie. Nous en déduisons donc que, même si ce projet est américain et pourrait oublier certaines de nos réalités de terrain, il est indéniablement un bon départ de réflexion. C'est d'ailleurs ce qu'en avait conclu le projet ARIQ.

3.1.2.2. Projet ARIQ :

ARIQ est un acronyme signifiant l'Attraction, la Rétention, l'Implication des infirmières et la Qualité des soins. Bien que se rapprochant des propositions des Magnets Hospitals et s'inspirant même fortement de ceux-ci, le projet ARIQ n'en n'est pas une copie conforme. La première différence avec son équivalent américain est que celui-ci est un projet belge, même s'il est appliqué dans d'autres pays d'Europe. L'objectif de ce projet est de « *cerner l'idéal en matière de structure, de pratiques et d'instruments de gestion, tenant compte de ressources et des limites auxquelles sont soumis les hôpitaux belges. La finalité visée est l'élaboration d'un modèle de gestion qui correspond à l'équilibre entre le maintien d'un bon climat organisationnel au sein du département infirmier, d'une part, et l'atteinte de buts en termes de qualité des soins, d'autre part.* »¹³⁹ Ce projet ne part donc pas forcément de l'observation d'hôpitaux belges que l'on pourrait qualifier de « magnétiques ». Le modèle « d'établissement attractif » selon le projet ARIQ se base sur une réflexion visant à adapter les idées des Magnets Hospitals à la réalité belge. Ce projet comporte trois axes : le sens de la mission, le support organisationnel aux personnes et l'ouverture vers l'extérieur.

Pour démarrer, nous parlerons de ce que le projet appelle « le sens de la mission ». Peu importe la taille, le type ou le statut de l'établissement de soins, il est important que celui-ci définisse de manière claire sa mission. Celle-ci doit, en toute logique et selon le projet ARIQ, être centrée sur une haute

¹³⁸ Stordeur S., et al. op. cit., p. 133.

¹³⁹ Stordeur S., et al. op. cit., p. 139.

qualité de soins et sur le patient. Cette mission doit être visible tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la structure. En interne, les institutions définissent des valeurs communes qui, pour avoir du sens, doivent être identifiables et normalement partagées par l'ensemble des intervenants. Cette description de mission, qui pourrait sembler purement symbolique, est en réalité primordiale car elle fixe les points auxquels l'établissement accorde de l'importance, et les valeurs qui y sont décrites concernent en réalité l'ensemble des intervenants de l'institution. Voici les conseils fournis par l'ARIQ pour établir une mission qui lutterait contre le malaise du personnel :

« *Dimensions 1 : Valeurs, vision stratégique et politiques claires*

- *L'établissement définit ses missions et en dérive des orientations stratégiques*
- *La structure organisationnelle de l'établissement est horizontale et favorise la prise de décisions au niveau de l'unité.*
- *Dans la définition de sa mission, l'établissement centre ses activités sur les besoins du patient et de sa famille.*
- *L'établissement s'engage à délivrer des soins de qualité et à conduire une politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques*
- *L'établissement utilise des modèles professionnels de soins qui visent à optimiser et à améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient.*
- *Le respect mutuel entre les disciplines résulte en des relations interdisciplinaires positives.*

Dimension 2 : Qualité de leadership des dirigeants

- *Il y a un leader infirmier fort, visible, qui prend des risques et suit une philosophie cohérente lors de la prise de décisions concernant le département infirmier.*
- *La direction du département infirmier adopte un mode de gestion participative des collaborateurs.*
- *Le processus de gestion des ressources humaines sont maîtrisés*

Dimension 3 : Activités de recherche, image des soins infirmiers

- *L'établissement se montre actif dans les activités de recherche orientées sur l'amélioration de la qualité des soins.*
- *Les infirmières sont reconnues à chaque niveau comme part intégrante de la capacité de l'institution à délivrer des soins de qualité.*
- *Des experts reconnus, et particulièrement des infirmiers cliniciens 'ou de pratique avancée, sont disponibles pour un soutien et une consultation des pairs dans et hors du département ou de l'institution. »¹⁴⁰*

¹⁴⁰ Stordeur S., et al. op. cit., p. 144-166.

ARIQ propose donc aux institutions de s'engager dans des domaines qui ont du sens, tels que le respect du patient, la maîtrise des ressources humaines, la reconnaissance du personnel, etc. On y retrouve par ailleurs des points que nous avons relevés dans notre partie précédente, tels que l'importance, à nouveau, de l'autonomie, des soins de haute qualité, de la collaboration multidisciplinaire et par conséquent la collaboration médico-infirmière, ainsi que la relation particulière avec le responsable hiérarchique. Le projet ARIQ les a ainsi également retenus comme des facteurs influençant l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier.

Ensuite, le projet réfléchit au support organisationnel aux personnes, autrement dit, à la façon dont une entreprise montre une attention toute particulière à l'ensemble des intervenants, ainsi qu'à leur environnement de travail immédiat. Voici leurs propositions :

« Dimension 1 : Politiques et programmes de personnel

- *L'établissement adopte des politiques et programmes de personnel créatifs et flexibles.*
- *L'intérêt des supérieurs à l'égard de la qualité de vie au travail contribue à la revalorisation du lieu de travail.*
- *Des facilités sont accordées aux collaborateurs pour assurer l'équilibre famille/travail.*

Dimension 2 : Développement professionnel

- *Une grande valeur est accordée à la croissance personnelle et professionnelle. »¹⁴¹*

Nous relevons ici la volonté d'agir sur des éléments que nous avons déterminés comme essentiels pour lutter contre la pénurie infirmière, tels que la qualité de vie au travail, un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, l'évolution professionnelle, la reconnaissance, etc.

Enfin, nous terminerons par le troisième axe qui nous renseigne sur l'ouverture vers l'extérieur. Le projet ARIQ met en avant l'importance de l'image et de la visibilité d'une institution, afin notamment d'attirer de potentielles recrues : «

- *L'établissement est partie prenante d'un réseau de soins.*
- *L'établissement exerce un rôle de santé publique à l'égard de la population. »¹⁴²*

Outre ces trois axes, le projet ARIQ propose aux institutions souhaitant être plus attractives sur le marché de l'emploi un éventail complet d'actions à mettre en œuvre.

Toutefois, le projet ARIQ s'axe davantage sur les institutions que sur les infirmiers eux-mêmes. Nous choisirons donc de ne pas le détailler davantage. Nous nous contenterons donc d'en conclure que les institutions belges ont bel et bien à leur disposition des pistes de solutions concrètes et détaillées pour lutter contre les départs et le manque d'attractivité de leur personnel soignant.

¹⁴¹ Stordeur S., et al. op. cit., p. 166-174.

¹⁴² Stordeur S., et al. op. cit., p. 174-180.

3.1.2.3. Magnets Hospitals et Projet ARIQ, utiles pendant la crise sanitaire ?

Les projets présentés ci-dessus invitent les institutions à se plonger dans une politique globale pour l'attraction et la fidélisation de leur personnel. Cette politique globale invite à réfléchir sur modes de fonctionnement et l'organisation qui diffèrent souvent du fonctionnement actuel des hôpitaux belges. Toutefois, en Europe, nous constatons une volonté des hôpitaux de s'inscrire dans le projet ARIQ, délaissant donc souvent les Magnets Hospitals qui restent essentiellement concentrés en Amérique du nord : « *Aujourd'hui, près de 500 hôpitaux ont reçu le label « Magnet Hospital » aux Etats-Unis. En France et en Europe, les hôpitaux mettent plutôt en place le projet belge ARIQ (Attraction, Réention, Implication des infirmières et Qualité des soins), directement inspiré des hôpitaux magnétiques.* »¹⁴³ Nous sommes malgré tout forcés de nous poser une question : un tel projet pourra-t-il répondre à la situation aigue causée par la crise sanitaire ? Nous nous positionnons en affirmant que le projet ARIQ, le projet américain Magnets Hospitals ou tout autre projet ciblant l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier sont des projets qui deviendront essentiels pour nos structures de soins. Malheureusement nous constatons aussi que ce type de projets se font sur du long terme et que nous avons été confrontés de manière brutale à une pandémie mondiale. Une politique de crise est donc difficilement évitable dans de telles circonstances. Néanmoins, certaines composantes de ces projets peuvent malgré tout amener des réponses immédiates aux problèmes de terrains vécus par le personnel infirmier et ainsi jouer sur l'attraction et la fidélisation infirmière. Les institutions hospitalières belges ont donc tout intérêt à intégrer dans leurs politiques globales un projet d'attractivité et de fidélisation de leurs personnels infirmiers, et ce rapidement.

3.1.2.4. L'adaptation d'urgence des institutions hospitalières face à la pénurie infirmière

- Déprogrammation

Durant la pandémie, la vie des hôpitaux s'était mise au rythme des phases de l'évolution de la crise sanitaire décrite par le monde politique. En effet, afin de pouvoir accueillir les patients Covid, les institutions hospitalières avaient dû mettre en place des plans d'urgence hospitaliers (PUH), qui repensaient hâtivement l'organisation de l'hôpital et qui planifiaient la déprogrammation. Cette déprogrammation est le fait de supprimer les rendez-vous considérés comme « non urgents » de certains patients, afin de pouvoir consacrer le personnel et le matériel de ces unités à la gestion, par

¹⁴³ <https://permuteo.fr/focus/initiatives-qvt/pourquoi-et-comment-devenir-un-hopital-aimant/> (page consultée le 25 avril 2022)

exemple, de la pandémie. Cette mesure avait été imposée par les gouvernements de divers pays durant la Covid et avaient eu, on le sait des conséquences désastreuses sur la santé : dépistages tardifs de maladies graves, augmentation des AVC et des infarctus, etc. Elle n'a d'ailleurs rapidement plus fait l'unanimité. Elle représente pourtant bien une forme possible d'adaptation des ressources humaines infirmières à disposition dans nos institutions face à des besoins ponctuellement accrus, notamment durant les pics pandémiques. Cependant, ces deux éléments, les PUH et la déprogrammation, ont plongé les hôpitaux dans une gestion à flux tendus des planifications hospitalières. L'hôpital a ainsi été amené vers une nouvelle gestion de son quotidien, l'obligeant à chercher un juste équilibre entre les patients atteints par la covid, les choix de programmations urgentes considérées comme non postposables et les déprogrammations. Cela a malheureusement imposé au personnel des choix parfois difficiles, même si nous avons très rarement connu la situation de l'Italie par exemple, où les choix étaient quelquefois vitaux. Mais cela a également demandé beaucoup de coordination et de communication entre les services et personnes en charge de la planification et de la réservation des lits. En effet, il fallait à la fois planifier les entrées et faire correspondre au mieux la charge en travail aux ressources infirmières disponibles. Les institutions hospitalières ont incontestablement dû se réinventer face à cette crise sanitaire et la planification hospitalière a été un maillon indispensable pour répondre à cette pénurie infirmière.

- La restructuration hospitalière

Les restructurations de service sont aussi des adaptations qu'il a été nécessaire d'appliquer au sein des institutions de soin pour permettre un équilibre précaire entre le personnel infirmier et la charge de travail demandée aux hôpitaux : ce sont des services entiers qui ont parfois été fermés pour libérer du personnel pour la gestion de la Covid. Joëlle Durbercq directrice du département infirmier aux cliniques universitaires Saint Luc nous donne un exemple chiffré pour son institution : « *Sur le terrain, cette pénurie se traduit par des fermetures de lits, environ 100 lits sont actuellement fermés aux Cliniques universitaires Saint-Luc, ce qui correspond environ à 10% des infrastructures.* »¹⁴⁴ Ces fermetures de lits ont été décidées de manières différentes selon les institutions : il s'agissait tantôt de fermetures complètes d'unité, tantôt de fermetures partielles dans certains secteurs. Fermer des lits n'est pourtant pas anodin, et l'urgence n'a probablement rien arrangé, elle aurait même impacté négativement les prises de décision. Myriam Seront, directrice de la clinique Saint-Pierre d'Ottignies, pointe les dérives de ces gestions : « *C'est triste à mourir et cela a un réel impact sur la vie de l'hôpital. Cette unité fermée nous oblige à délocaliser des patients d'un service à l'autre. Et*

¹⁴⁴ <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/mesures-strategiques-contre-penurie-infirmiere-exemple-belgique.html> (page consultée le 25 avril 2022)

on impose un rythme effroyable à notre personnel car les unités sont bondées. Par ailleurs, beaucoup de patients séjournent dans notre service d'urgences dans l'attente d'un lit pour y être hospitalisés. »¹⁴⁵ Ces restructurations, comme l'évoque Mme Seront, en plus de mobiliser des équipes vers une autre discipline - et donc vers un autre environnement qui ne leur est pas familier – amène des risques de surcharge de travail liée à une concentration importante de patients sur les mêmes plateaux. Joëlle Durbercq propose, elle, une gestion de fermetures plus respectueuse de l'effectif : « Pour l'avoir vécu, fermer des unités de soins est traumatisant pour les équipes : les infirmiers perdent leurs équipes, leurs chefs, la pathologie à laquelle ils sont associés. C'est pourquoi nous avons préféré fermer des lits dans plusieurs unités, sur la demande des professionnels, afin de les retenir. »¹⁴⁶ Ainsi, même si la surcharge de travail n'est pas véritablement solutionnée, ce type de fermetures présente l'avantage de respecter le cadre de travail et donc un certain confort des équipes. Par conséquent, sans doute pourrions-nous, à la lumière des leçons que nous a imposées cette pandémie, réfléchir à tête un peu plus reposée ces plans d'urgence. Ne pourrait-on pas les rendre moins invasifs et destructeurs tant pour les patients que pour le personnel soignant ? Une telle interrogation pourrait, selon nous, faire partie de la réflexion cherchant à amenuiser les intentions de départ.

- Ressources humaines supplémentaires :

Que ce soit en temps de pandémie ou simplement pour lutter contre la pénurie quotidienne, les hôpitaux sont constamment à la recherche de ressources humaines supplémentaires. Il peut s'agir de personnel infirmier recruté dans des firmes intérimaires, d'étudiants en cours de formation infirmière, de bénévoles venant proposer leur aide aux institutions, etc. Durant la pandémie, toutes ces aides ont été mobilisées pour diminuer la charge de travail présente sur le terrain. Mme Joëlle Durbercq décrit tout d'abord l'explosion du recours à l'intérim que son établissement a connu durant cette pandémie. Elle identifie même ce recours à l'intérim comme étant la solution ayant primé lors de cette crise : « La toute première mesure concerne le recours important à l'intérim. Nous considérons que si 4 à 5% de notre personnel vient de l'intérim, cela reste une situation saine, rapporte Joëlle Durbercq. Remplacements de congés ou de professionnels malades, le recours à l'intérim apporte une flexibilité qui satisfait tout le monde, assure-t-elle. Pendant la pandémie, le recours à l'intérim est ainsi passé à 9%, et il va être amené à perdurer à ce niveau haut. » Les demandes d'infirmiers à contrats intérimaires sont donc venues considérablement gonfler les ressources humaines infirmières au sein des institutions des soins, et ce même si cette solution n'est toujours pas suffisante, tant en temps de

¹⁴⁵ <https://www.rtbf.be/article/de-plus-en-plus-dunites-doivent-etre-fermees-dans-les-hopitaux-par-manque-de-personnel-cest-triste-a-mourir-10873058> (page consultée le 25 avril 2022)

¹⁴⁶ <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/mesures-strategiques-contre-penurie-infirmiere-exemple-belgique.html> (page consultée le 25 avril 2022)

pandémie que quotidiennement. Ensuite, en ce qui concerne le choix de recruter les étudiants, la Haute école Galilée de Bruxelles avait expliqué que : « *Ils n'ont pas encore fini leur formation, mais face à l'ampleur de la crise sanitaire, les futurs professionnels des soins veulent porter assistance. Les étudiants infirmiers en dernière année et l'équipe pédagogique de l'Institut supérieur de soins infirmiers de la haute école Galilée à Bruxelles ont collégialement décidé qu'ils allaient soutenir le système de santé en retournant en stage après le congé de Toussaint et ce, jusqu'à la fin du mois de décembre. Ces étudiants renoncent ainsi à six semaines de cours. Ils assureront par ailleurs leur présence en stage tout au long du second semestre en parallèle de la réorganisation de leur cours* ». ¹⁴⁷ . Ce sont donc les étudiants de dernière année eux-mêmes qui avaient choisi de remplir temporairement ce rôle d'aide supplémentaire. Les bénévoles eux, avaient été nombreux et de factures variées. Du personnel administratif au personnel de ménage, toute aide avait été accueillie avec enthousiasme, même si, nous l'avons vu dans le témoignage de certains étudiants, tous les séjours n'avaient pas forcément été vécus positivement. A cela nous pouvons rappeler aussi l'intervention de militaires, qui étaient venus en aide aux maisons de repos, qui subissaient un taux d'absentéisme record en pleine période pandémique : « *La Défense met 1500 membres de son personnel, dont 200 formés médicalement, à disposition des maisons de repos pour compenser les hauts taux d'absentéisme dus à l'épidémie du variant Omicron du coronavirus.* » ¹⁴⁸ Si toutes ces personnes n'étaient pas formées médicalement, elles ont malgré tout pu venir en aide au personnel encore en fonction en effectuant des tâches qui ne sont pas directement liées à la fonction infirmière. Toutes ces aides ont permis et permettent parfois encore à certains hôpitaux de faire tourner des services annexes. Toutefois, aucune de ces solutions n'est véritablement pérenne. Outre l'intérim, il semble difficile de les utiliser pour lutter efficacement et sereinement contre la pénurie infirmière.

- Collaboration

Dans tous les cas, la collaboration a été la clé du maintien hors de l'eau des hôpitaux durant la crise du Covid. Nous pouvons la subdiviser selon deux types : elle a été interne et externe. La mobilité du personnel infirmier pour répondre aux besoins accrus d'autres services tels que les unités covid ou les soins intensifs montre cette collaboration interne. Elle illustre la compréhension des soignants face à l'importance de l'équilibre entre ressources humaines et besoins de santé. Nous pouvons, dans cette collaboration interne, souligner d'une part celle des professionnels de santé (infirmiers, médecins, etc.) qui ont été travailler dans d'autres secteurs pour faire face à l'afflux de patients covid, cumulant

¹⁴⁷ <https://www.rtbf.be/article/coronavirus-une-charte-pour-encadrer-les-etudiants-infirmiers-paramedicaux-et-medecins-pendant-la-pandemie-10622685> (page consultée le 26 avril 2022)

¹⁴⁸ <https://www.rtbf.be/article/coronavirus-pres-de-1500-militaires-en-renfort-dans-les-maisons-de-repos-10913811> (page consultée le 26 avril 2022)

par-là même les heures de travail : « *La disponibilité du personnel soignant a été décisive pour la création de capacités hospitalières supplémentaires. L'effort fourni par les hôpitaux et leur personnel a été historique : le temps de travail a été augmenté, des infirmiers et des médecins ont reçu une formation accélérée afin de pouvoir travailler en unités de soins intensifs, pour ne citer que ces exemples. Cependant, ce déploiement de personnel supplémentaire a été abandonné aux hôpitaux eux-mêmes.* »¹⁴⁹ Ce type de collaboration a été entièrement laissé sous la responsabilité des hôpitaux. D'autre part, à cette collaboration interservices, on peut ajouter également la collaboration multidisciplinaire. Joëlle Durbercq nous prouve ainsi encore une fois l'importance d'un binôme médico-infirmier qui partagerait les mêmes points de vue : « *Nous avons dans le même temps renforcé le duo entre la cadre de santé et le médecin chef afin que les difficultés rencontrées soient plus facilement reconnues et que le dialogue s'installe plus facilement.* »¹⁵⁰ Selon elle, l'efficacité de ces collaborations a joué un rôle dans la bonne gestion de la crise.

Pour ce qui est de la collaboration externe, celle qui concerne l'entraide entre les différents hôpitaux, cette dernière a mis davantage de temps à se mettre en place, comme nous l'indique l'Absym : « *D'après les entretiens menés dans le cadre de cette étude, il semble que les hôpitaux se soient beaucoup repliés sur eux-mêmes pendant la première vague. Le rôle des réseaux locorégionaux était encore assez limité, car le secteur ne les trouvait pas encore suffisamment « mûrs ».* »¹⁵¹ Toutefois, la longueur et l'aspect répétitif de la pandémie a permis à de nombreuses institutions de soins de mieux communiquer et même d'envisager une gestion commune de l'offre en soins. Voici ce qu'en disait l'Absym : « *Mais le comité HTSC leur a donné de plus en plus de poids, ce qui a incité les hôpitaux à s'unir pour aborder certains problèmes tels que les transferts de patients et les échanges de matériel de protection individuelle. Après le premier pic, ils se sont accordés pour admettre les patients COVID dans les plus grands hôpitaux, afin que les plus petits puissent reprendre les soins réguliers.* »¹⁵² . Ainsi, tant du point de vue matériel que de ce celui de la gestion des patients, cette solidarité a permis à tous les hôpitaux, y compris les plus petites structures, de mieux faire face à la pandémie. Nous constatons donc que cette collaboration est positive et pensons qu'elle pourrait continuer à exister, tout en respectant bien sûr une certaine stabilité d'emploi, qui avait été décrite comme importante par les Magnets Hospitals.

¹⁴⁹ <https://www.absym-bvas.be/kce/gestion-de-la-capacite-hospitaliere-en-belgique-durant-la-premiere-vague-de-la-pandemie-de-covid-19> (page consultée le 29 avril 2022)

¹⁵⁰ <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/mesures-strategiques-contre-penurie-infirmiere-exemple-belgique.html> (page consultée le 29 avril 2022)

¹⁵¹ <https://www.absym-bvas.be/kce/gestion-de-la-capacite-hospitaliere-en-belgique-durant-la-premiere-vague-de-la-pandemie-de-covid-19> (page consultée le 29 avril 2022)

¹⁵² <https://www.absym-bvas.be/kce/gestion-de-la-capacite-hospitaliere-en-belgique-durant-la-premiere-vague-de-la-pandemie-de-covid-19> (page consultée le 29 avril 2022)

En somme, nous avons pu constater que plusieurs pistes existent pour lutter tantôt contre le manque d'attractivité de la profession infirmière, tantôt contre les départs des acteurs de cette profession. Nous avons jusqu'à présent principalement parcouru les moyens soit déjà mis en œuvre par certaines instances soit pouvant potentiellement faire réfléchir deux acteurs essentiels dans cette lutte contre la pénurie : les Politiques et les responsables des institutions de soin. Nous avons également essayé de tirer des leçons générales en termes de gestion du personnel que nous avons apprises suite à la pandémie, lesquelles concernent parfois les cadres de proximité. C'est désormais sur ce niveau de dirigeants que nous voulons nous focaliser. Nous désirons donc maintenant terminer nos recherches et nos réflexions en ciblant ce qu'il est possible de faire pour lutter contre la pénurie infirmière, aggravée par la pandémie, à l'échelle du cadre infirmier. Bien sûr, le cadre de proximité ne dispose pas des pouvoirs lui permettant de bousculer les normes d'encadrement ou le salaire infirmier, mais certaines méthodes de management touchant à l'équipe et à l'individu peuvent lui permettre d'améliorer le quotidien des infirmiers au sein de son unité. Nous pensons qu'en touchant à ce quotidien et à l'environnement de travail dans lequel l'infirmier preste, l'infirmier chef d'unité peut améliorer l'image que les personnes se font de la profession infirmière au sein de son unité et le bien-être de la profession. Ainsi, notre objectif sera, pour terminer, de voir comment ce cadre de proximité peut, lui aussi, jouer sur l'attractivité de la profession infirmière voire lutter à son niveau contre les intentions de départ et donc contre la pénurie infirmière.

3.2. Une vision à l'échelle de l'infirmier en chef

Pour traiter notre problématique de pénurie infirmière à l'échelle du cadre de proximité - dans notre cas l'infirmier chef d'unité- nous travaillerons en abordant les causes selon la même suite logique que nous avons développée dans notre deuxième partie. Dans un premier temps, nous parlerons donc des éléments qui ont été relevés comme non attractifs dans le métier d'infirmier. Dans un second temps, nous aborderons les causes qui favorisent une intention de départ du personnel déjà en fonction. En traitant ces deux éléments à l'échelle du cadre, nous souhaitons réfléchir à des pistes de réflexion permettant de faire face au manque d'effectif infirmier.

3.2.1. Les facteurs de non attractivité

- Le salaire / La rémunération

La rémunération est perçue comme le premier facteur de non attractivité de la profession infirmière. Cependant, il s'agit d'un facteur sur lequel le cadre de proximité n'a pas de prise. Les solutions et pistes de solutions sur ce sujet dépendent des politiciens, qui fixent le barème de rémunération éventuellement des institutions de soins.

- Equilibre travail - vie privée

L'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle est un élément préoccupant et complexe à gérer dans la profession infirmière. Lorsque nous avons abordé la difficulté de trouver cet équilibre, nous avons mis en avant trois difficultés : les horaires atypiques -puisque l'hôpital ne peut jamais s'arrêter-, les rappels en service et la difficulté de séparer vie privée et vie professionnelle. L'infirmier en chef a-t-il la possibilité d'agir sur cet équilibre ? Nous sommes, sur cette question, plus indécis que sur la question de la rémunération car, là encore, certaines contraintes sont imposées aux cadres. Tout d'abord l'infirmier chef d'unité se doit d'assumer une continuité dans les soins : il ne peut se permettre d'être en sous-effectif à tel ou tel moment de la journée. Il doit également, lors des planifications, tenir compte des horaires prescrits dans les contrats de travail de chaque institution. Notons toutefois qu'il peut exister plusieurs types d'horaires et qu'au plus ils sont nombreux, au mieux l'infirmier en chef pourra répondre aux demandes du personnel. Ainsi, le plus fort impact que peut avoir le chef d'unité sur l'équilibre travail-vie privée reste l'ajustement des horaires. Comme le rappelait Stordeur, il doit essayer de répondre le mieux possible aux demandes des travailleurs. Cela demande au cadre des capacités d'ouverture et d'adaptation, ainsi qu'un certain talent d'équilibriste pour faire correspondre les demandes du personnel aux impératifs institutionnels. D'un point de vue pratique, il existe par contre plusieurs méthodes quant au recueil des desideratas : cela peut aller de demandes lors de discussions informelles entre infirmier et infirmier en chef à une presque totale autonomie du personnel dans la création des horaires, en passant par des documents standardisés à remplir. Tout dépend généralement de la relation que le cadre désire instaurer avec ses infirmiers. Dans tous les cas, tenter de correspondre au mieux aux demandes horaires permet d'améliorer la satisfaction des travailleurs et donc l'attractivité de l'unité.

Ensuite, les rappels et les modifications d'horaires représentent eux-aussi un poids sur l'équilibre précaire entre le travail des infirmiers et leur vie privée. Il s'agit en effet d'une profession pour laquelle les jours de congés ne sont pas toujours assurés. Ainsi, la peur d'être rappelés pour remplacer une personne malade peut inconsciemment peser sur les esprits. Le cadre de proximité doit, là aussi, être attentif à la gestion de ces rappels et aux demandes de modifications horaires. Premièrement, le rappel en service ou les demandes de modification horaire doivent tenir compte d'une certaine équité au sein de l'ensemble des membres de l'équipe : il faut varier les personnes rappelées. Deuxièmement, il est important de tenir compte des possibilités et des limites de chacun, car chacun a ses propres impératifs familiaux, personnels, etc. qui sont parfois pour lui des priorités de sa vie privée. Ainsi, chaque situation de rappel doit mener le cadre à chercher quelle personne est la plus à même d'être rappelée. Finalement, il est à noter qu'une forte cohésion d'équipe permet de faciliter la

construction des horaires et les moments de rappel. La cohésion d'équipe est un élément clé de la gestion du cadre pour une meilleure attractivité de son unité, elle sera d'ailleurs à elle seule, un axe de travail qui sera investigué plus loin dans ce travail.

Le dernier versant important de l'équilibre entre travail et vie privée est la possibilité pour un travailleur de pouvoir séparer l'un de l'autre. Il est important de pouvoir laisser le travail au travail. L'infirmier chef d'unité doit en avoir conscience et adapter sa communication en conséquence afin d'interférer le moins possible avec la sphère privée. Cela ne se concrétise, par exemple, en ne demandant pas de tâches à domicile pour des projets institutionnels, en envoyant les mails sur une boîte professionnelle pouvant être mise en sourdine, etc. En conclusion, si un cadre de proximité veut améliorer ces horaires parfois difficiles qu'impose la profession infirmière, il se doit de tenter de respecter au mieux les demandes, les besoins, ou du moins les impératifs de chacun, tant en termes de construction d'horaires, de rappels que de sa communication. La sphère privée doit rester un lieu de ressourcement.

- Les conditions de travail

Dans notre précédente partie, nous avons fait correspondre conditions de travail et charge de travail. Si l'infirmier en chef n'a pas le choix du nombre d'ETP/lit, nous posons qu'il peut toutefois agir sur certains aspects de cette charge. Pour ce faire, le cadre de proximité doit commencer par évaluer correctement la charge en travail quotidienne afin, comme l'expliquait Stordeur, d'envisager une organisation qui étale cette charge en travail sur l'ensemble de la journée. Bien sûr, cette charge change quotidiennement en fonction du nombre de patients, du type de patients, d'éventuels absents au sein du personnel, etc. Toutefois, cet agencement de la journée sera d'autant plus efficace qu'il est envisagé avec l'équipe de soins. Il est d'ailleurs également possible d'impliquer l'équipe dans le processus d'identification de la charge de travail. Pour ce faire, des tableaux de bords ou des outils numériques existent ou peuvent être créés par le cadre. Cette analyse peut évidemment être proactive et penser la charge de travail au-delà de la journée de travail : la semaine semble être une bonne unité de mesure. Ensuite, s'il le peut, le cadre de proximité doit alléger la charge en travail des infirmières. Cela passe par une juste définition des rôles au sein de l'unité : certaines tâches peuvent être déléguées à d'autres corps de métiers. Il faut bien entendu rester dans le cadre institutionnel. De plus, le cadre de proximité doit anticiper une éventuelle surcharge de travail. Pour ce faire, il peut faire une demande de personnel supplémentaire ou éventuellement un transfert de patient. Rappelons toutefois que les Magnets Hospitals préconisaient une certaine stabilité au sein de l'équipe. Ainsi, s'il s'agit de renfort, il est préférable de cibler le personnel volant ou intérimaire venant fréquemment travailler dans l'unité de soins, ainsi que du personnel de qualité. Le cadre doit finalement pouvoir dépister la surcharge

physique, psychique et émotionnelle chez ses travailleurs. Le cas échéant, il doit présenter les mesures de bien-être existant dans son institution, par exemple les espaces détente, les pauses santé ou simplement un temps de pause à la cafétéria. Ainsi, diminuer la charge de travail n'est pas forcément évident, car il y a des normes légales à respecter. Toutefois, en analysant judicieusement la charge de travail quotidienne et hebdomadaire, en l'organisant le mieux possible et en renforçant le travail en équipe, le cadre peut lutter contre le manque d'attractivité de la profession. Nous pensons aussi que l'épuisement professionnel mérite une attention particulière.

- Le travail varié :

Un travail varié est reconnu comme plus attractif. Nous avons pourtant constaté que, dans le milieu des soins, la création de services de plus en plus spécialisés et la culture de la norme, qui systématise les actes infirmiers, limitaient cette variété. Pourtant, nous pensons que le chef infirmier peut agir contre ce manque de variété. Tout d'abord, il peut rappeler que le soin doit être adapté à chaque patient. En effet, deux patients entrant pour le même motif d'admission n'auront pas forcément les mêmes besoins. L'un d'entre eux nécessitera peut-être une modification de la routine thérapeutique. Ainsi, s'il s'agit bien de conserver une certaine rigueur, gage de qualité dans les soins, il est essentiel de prendre le temps de s'adapter aux individus. Le chef infirmier ne doit pas hésiter à rappeler cet impératif humain. Ensuite, l'infirmier en chef doit également penser une rotation des prises en charge : cela permet davantage de variété pour chacun. La répartition quotidienne des patients est donc un élément auquel il faut prêter attention, car elle doit tenir compte certes d'une certaine continuité dans les soins mais également d'une rotation des prises en charge. Concrètement, pour être capable de gérer cette mobilité, le chef infirmier doit s'informer des compétences de chacun, et ce dès la mise en fonction de l'infirmier. Cela permet non seulement de placer correctement chaque membre du personnel, mais aussi de faire évoluer le personnel, en augmentant progressivement les types d'actes et de prises en charge. L'objectif de cela est que le nouvel infirmier arrive à une maîtrise large et variée des soins infirmiers, ce qui permettra au cadre de l'inclure dans cette conception mobile de l'équipe. La formation sera abordée plus longuement dans l'axe traitant les opportunités de formation et de progression. En conclusion, pour varier le travail, le cadre doit rappeler à son équipe la richesse que représente le métier d'infirmier, et leur permettre de s'occuper de patients différents. Cela lui permettra à la fois d'accéder à un travail varié, mais aussi de continuer à se former. Cette richesse est selon nous un élément séduisant de la profession.

- L'autonomie :

Dans le domaine des soins et pour le monde infirmier, l'autonomie, c'est le fait de pouvoir prendre des décisions de manière indépendante et de la meilleure des manières. Pour laisser une telle autonomie à son personnel, le responsable d'unité doit pouvoir compter sur trois choses en ce qui concerne ce personnel : de bonnes compétences initiales, une haute maîtrise médicale des soins à donner au sein de l'unité et une volonté de formation continue. Ainsi, l'une des pistes pour le cadre qui lui permettrait de donner davantage d'autonomie à ses infirmiers est la mise en place de plans d'apprentissage. Il s'agit d'une sorte de contrat qui planifie le perfectionnement des infirmiers. Notons toutefois, comme le rappelle Stordeur, que ces plans d'intégration ou d'apprentissage diffèrent selon les secteurs de travail, il s'agit là de projets locaux dépendants du type d'expertise requise. Pour que ce plan d'apprentissage débouche sur une certaine autonomie, cela nécessite une certaine surveillance. Elle consiste en de multiples rencontres, des objectifs clairs et un suivi régulier de la part du cadre infirmier. Cela permet de vérifier le degré d'acquisition de compétences et de décider d'accroître ou non l'autonomie des travailleurs. Des modèles managériaux permettent de suivre cette avancée, comme le module de formation SLII¹⁵³, que nous avons d'ailleurs pu suivre nous-même. Une autre mission du cadre infirmier, liée à sa position médiane entre infirmiers, médecins et autres membres de l'équipe, est d'améliorer les contacts au sein de l'équipe médicale. Il doit pour cela tout d'abord clarifier les rôles de chacun. Nous reviendrons sur ce besoin de clarification dans le point sur la collaboration avec l'équipe médicale. Il doit ensuite valoriser le rôle de l'infirmier auprès des autres membres de l'équipe. Il s'agit en effet de faire reconnaître l'expertise et les compétences des infirmiers auprès des différents acteurs du service, médecins compris. Nous pensons que la relation au sein équipe médicale et notamment la collaboration respectueuse entre infirmiers et médecins est importante pour aimer le travail d'infirmier. Mais elle permet aussi d'empêcher que les uns empiètent sur le travail des autres et de faire en sorte qu'un climat de confiance s'installe. C'est ce climat et le respect des compétences et des rôles de chacun qui favorise l'autonomie. Ainsi, en ayant une connaissance poussée et lucide des compétences de ses infirmiers, en leur proposant des plans d'apprentissage et en favorisant le climat de confiance au sein de l'équipe médicale qui l'entoure, le cadre de proximité peut agir favorablement sur l'autonomie des infirmiers.

- Les opportunités de formation et de progression

Nous pensons que le cadre se doit de montrer un vrai enthousiasme pour la poursuite de la formation de ses infirmiers. Précédemment, nous avons déjà scindé le principe de formation du personnel en

¹⁵³ Modèle qui a pour objectif premier le développement des compétences du travailleurs pour une plus grande autonomie.

deux parties. Il y avait, d'une part la formation de base, qui concerne le cursus infirmier et les stages à effectuer durant celui-ci. Selon nous, la gestion des stagiaires doit bénéficier, comme celle des infirmières, d'une attention tout particulière, d'autant plus lorsque l'on parle de favoriser l'attractivité de ce métier. Nous l'avons vu, certains stagiaires avaient mal vécu leur période d'essai du métier durant la Covid. Bien sûr, il s'agissait de circonstances exceptionnelles, mais ce témoignage montrait bien l'impact de la découverte du terrain par les stagiaires sur leur engouement à poursuivre ce métier. Aussi, faut-il expliquer voire mettre en avant lors de ces stages : la possibilité d'évoluer dans ses compétences, le fonctionnement des horaires de travail, l'autonomie envisageable, les choix de soins de haute qualité, etc. Il est d'ailleurs possible que, si ces informations suscitent un certain enthousiasme chez le stagiaire, il les transmette autour de lui, améliorant potentiellement l'image que son entourage peut se faire du monde hospitalier. Pour ces étudiants, l'unité doit donc mettre en place : une politique de formation claire et adaptée, une politique d'accueil, des objectifs, des temps de rencontres avec l'équipe, des feedbacks, une écoute active, etc. Ce qu'on appelle un « programme d'accueil, d'intégration et d'évolution au service des étudiants ». L'attention doit y être mise sur l'évolution et l'apprentissage et non pas sur les tâches à accomplir pour pallier un éventuel sous-effectif.

D'autre part, nous avons considéré les opportunités de formation pour le personnel déjà en fonction. La place de la formation est tout aussi importante pour les personnes faisant partie de l'équipe de soins que pour les étudiants. On différencie ici deux types de personnel infirmier : les nouveaux engagés et les membres actifs au sein de l'équipe de plus longue date. Pour les nouveaux engagés, tout d'abord, comme pour la gestion des étudiants, un processus de formation clair doit être établi. Il peut varier selon les unités de soins, mais il doit comprendre un plan stratégique d'intégration, avec une sensibilisation aux pratiques de services, aux valeurs et aux missions prônées par l'unité. On présentera ainsi au nouveau engagé ses objectifs d'apprentissage et les dates d'évaluation avec le responsable. Ce plan stratégique doit pouvoir amener le jeune engagé vers une autonomie et une amélioration de ses compétences et de ses connaissances, comme nous venons de le voir dans le point précédent. Pour être efficace, ce plan d'accueil doit bénéficier de l'implication de l'équipe, non seulement au moment de sa construction, mais également dans son application, via par exemple des conseils, des feedbacks, etc. Ensuite, en ce qui concerne l'équipe évoluant depuis plus longtemps au sein de l'unité de soin, le cadre doit continuer de lui proposer voir doit la pousser à poursuivre sa formation. Pour ce faire, le cadre doit prôner l'importance de l'expertise et peut par exemple montrer en quoi elle magnifie l'institution. Il peut aussi indiquer des personnes de référence dans tel ou tel domaine. Ainsi, qu'il s'agisse des jeunes engagés ou de l'effectif plus ancien, la formation continue et le développement personnel doivent être soutenus et encouragés par le cadre. Il se peut toutefois que la création de formation interne à l'unité émane d'une certaine demande de l'équipe. D'ailleurs,

il se pourrait qu'elle favorise également une certaine cohésion interne voire multidisciplinaire de cette équipe. Dans ce cas, l'organisation de ces moments de formation se complexifie pour le cadre. Elles ne sont pourtant pas à négliger car ces moments de partage sont la source de multiples bénéfices. Pour y arriver, le cadre peut envisager d'adapter le concept de stand-up meeting. Il s'agit là, comme son nom l'indique, d'une réunion sur une thématique particulière se déroulant debout et étant de courte durée.

Quant à la progression, elle doit, tout comme la formation être encouragée par l'infirmier chef d'unité. En effet, nous sommes avant tout à la recherche d'attractivité dans le travail, on ne peut donc nier une envie de se réorienter. Dans ce cas, le cadre peut ici servir d'intermédiaire pour une éventuelle évolution de carrière. Ce type de demande doit en tout cas pouvoir être entendu et être documenté quant aux étapes qu'il faudra envisager pour cette évolution : la formation nécessaire à obtenir, examens passer, postes disponibles au sein de l'hôpital, etc.

Ainsi la formation doit être l'une des priorités du cadre. Non seulement il doit attacher de l'importance à l'image que l'équipe donne de la profession aux étudiants, mais il doit développer la formation de son personnel, nouveau ou plus ancien, pour qu'il continue à se sentir à l'aise au quotidien. Pour ce qui est des envies de progression du personnel, elles ne doivent pas être niées : on doit pouvoir se rendre compte de l'extérieur que le monde infirmier propose des possibilités d'évolution.

- Les responsabilités :

Précédemment, nous avons souligné l'importance d'impliquer les acteurs de terrain dans les prises de décisions. Or, durant la pandémie, l'urgence et le manque de personnel a parfois mené des soignants à prendre, seuls, davantage de décisions. On peut imaginer que cette prise de décision puisse être stressante pour un personnel qui n'y serait pas habitué. Nous posons donc que le travail de l'infirmier en chef sera de porter de l'attention aux responsabilités à déléguer aux infirmiers.

Pour ce faire, l'infirmier chef d'unité devra commencer par clarifier les attentes et surtout les fonctions de chacun : il devra rappeler quels sont les rôles de chaque membre de l'unité, allant du personnel d'entretien au médecin chef d'unité. En ce qui concerne les infirmiers, ces fonctions doivent leur donner accès à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et au soulagement de la souffrance, il s'agit là des responsabilités infirmières issues du Code de déontologie. Dans ce cas de figure, le cadre se doit de laisser aux infirmiers l'autonomie pour appliquer ces soins aux patients et pour coordonner ceux-ci. Il a simplement un rôle de support dans la prise en charge de soins. Il doit donc habituer le personnel infirmier à prendre en charge ces fonctions de manière autonome. Ainsi en déléguant des tâches et en faisant confiance à ses infirmiers, le cadre intermédiaire promeut la responsabilité infirmière. Il doit en être de même entre médecins et infirmiers : la prise de

conscience des compétences et des connaissances de l'autre permet le plus souvent un respect mutuel. Ce respect permet d'éviter de déborder sur les responsabilités des autres, et ainsi de rendre responsabilité et autonomie aux infirmiers.

Le cadre intermédiaire peut aussi choisir d'impliquer davantage son personnel infirmier dans l'organisation de l'unité. Les infirmières participeraient ainsi activement aux prises de décisions touchant à l'organisation de l'unité, telles que la révision des habitudes et de processus, et ce via des mécanismes de concertation mis en place par le chef d'unité. Enfin, les infirmières peuvent avoir, selon leur expertise et leur expérience, un rôle de conseil, de consultation, d'éducation, de communication, de formation et de collaboration pour les patients mais également pour les membres de l'équipe. Habituer les infirmières à de telles responsabilités pourrait, en cas de nouvelle crise, aider les infirmières à mieux faire face au stress de l'autonomie. Par ailleurs, en révisant le degré de responsabilité des infirmiers et en les impliquant davantage dans la prise de décisions, le cadre intermédiaire permet une revalorisation de cette fonction et donc de l'attractivité de la profession infirmière.

Comme nous pouvons le remarquer, le cadre peut donc agir, à son niveau sur l'attractivité de son équipe, et même plus généralement du métier d'infirmier. Pour ce faire, même si le salaire n'était pas un facteur sur lequel le cadre pouvait jouer, nous avons relevé plusieurs pistes : un meilleur équilibre travail-vie privée via un respect de cette sphère privée, une charge de travail organisée de manière optimale, un travail humain et varié, des plans d'apprentissage permettant davantage d'autonomie, un encouragement de la formation et de la progression et la clarification des rôles permettant davantage de responsabilité infirmière.

3.2.2. Les facteurs d'intentions de départ :

Pour travailler sur les intentions de départ, nous traversons les deux causes principales que nous avons repérées grâce aux recherches de Baret. C : « *La plupart des recherches se sont intéressées à l'intention de départ en mobilisant des cadres théoriques issus de la psychologie sociale et notamment des théories de la motivation qui font référence à deux principaux concepts : la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle, lesquelles prédisposent au comportement de départ (Zangaro, 2001).* »¹⁵⁴ Nous aborderons donc la satisfaction au travail du personnel infirmier non pas via la psychologie, mais en étudiant de plus près les éléments repérés comme ayant une influence sur cette satisfaction au travail dans notre deuxième partie. Il s'agit du stress, de la cohésion d'équipe, de la collaboration avec l'équipe médicale, des relations avec la hiérarchie et de la haute

¹⁵⁴ Baret C., op. cit., p. 125.

qualité des soins. Nous enchaînerons ensuite sur l'implication organisationnelle du personnel infirmier, qui elle aussi joue sur l'envie de l'infirmier de rester dans une structure. Nous verrons finalement quel impact l'infirmier en chef peut avoir sur ces deux composantes.

3.2.2.1. La satisfaction au travail :

- Le stress

Le stress, comme nous l'avions évoqué dans notre deuxième partie, apparaît lors d'un déséquilibre entre la charge confiée à un travailleur et ses capacités (en temps, en connaissances, etc.). Un cadre intermédiaire doit donc avoir quotidiennement une analyse précise de la charge de travail demandée à son unité, mais aussi du profil des personnes qui y travaillent. Le cadre devra gérer ce stress tant de manière « préventive », en diminuant par des interventions le risque d'apparition de celui-ci, que de manière « curative ».

Pour agir de manière « préventive », le cadre peut jouer sur cet équilibre entre charge et ressources. Certes, un infirmier en chef ne peut se permettre de laisser de côté un patient, ni même d'augmenter le nombre légal d'ETP/lit. Toutefois, grâce à une meilleure cohésion d'équipe et à une collaboration médico-infirmière optimale, il peut pallier un manque temporaire de temps et/ou de connaissances de certains travailleurs. Nous verrons plus loin comment il peut aussi optimiser ces deux relations. Une équipe reste à notre sens toujours plus forte que la somme des individualités. C'est donc l'entraide qui vient ici faire son apparition, elle servira à démultiplier les forces du groupe. Par ailleurs, le cadre peut inviter son équipe à profiter des moments de formation offerts par l'institution en termes de gestion du stress, voire tout mettre en œuvre pour que les membres de son équipe puissent suivre ces formations par des aménagements d'horaire par exemple.

Pour agir de manière curative, l'infirmier chef devra être lui-même formé à la gestion du stress, il s'agit là d'une première mesure. Cette mesure devra lui permettre de repérer les signaux de stress¹⁵⁵ visibles chez le personnel infirmier. Après avoir identifié ces signaux, l'infirmier chef d'unité devra pouvoir proposer un soutien à ce membre du personnel et constituer lui-même une première ligne d'aide, par de la disponibilité, de l'écoute, etc. Il devra aussi, le cas échéant pouvoir rediriger le personnel en difficulté vers les structures disponibles en interne¹⁵⁶, sous forme, par exemple, d'une rencontre avec un psychologue, d'une rencontre avec un membre des ressources humaines, etc. Il s'agit donc pour le cadre de cibler les personnes ressources pour le personnel en difficulté. Cette

¹⁵⁵[https://psyaanalyse.com/pdf/GESTION%20DU%20STRESS%20AU%20TRAVAIL%20-%20SOINS%20INFIRMIERS%20\(%202021%20Pages%20-%20840%20Ko\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/GESTION%20DU%20STRESS%20AU%20TRAVAIL%20-%20SOINS%20INFIRMIERS%20(%202021%20Pages%20-%20840%20Ko).pdf) (page consultée le 29 avril 2022)

¹⁵⁶<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/le-stress-des-infirmiers-un-probleme-de-taille> (page consultée le 29 avril 2022)

gestion du personnel doit également pouvoir s'appliquer à une gestion d'équipe, par l'ouverture de temps de parole et de décompression pour évacuer les situations stressantes.

En prenant du recul, nous nous rendons compte que la gestion du stress par le cadre est aussi liée à de nombreux facteurs de la pénurie infirmière : aux conditions de travail, à l'équilibre vie privée-vie professionnelle, au manque de formation, à l'autonomie, aux responsabilités, etc. Améliorer ces facteurs, que ce soit au niveau institutionnel ou à l'échelle du cadre intermédiaire permettrait de diminuer le niveau de stress du personnel.

- La cohésion d'équipe

La cohésion d'équipe doit se construire, et cela prend du temps. Nous pensons que 'infirmier en chef peut en être l'élément déclencheur. Pour favoriser la cohésion d'équipe, l'infirmier chef d'unité doit commencer par établir une ligne directrice et des objectifs communs pour l'ensemble de l'équipe, un peu comme une institution doit écrire ses missions. Il doit s'assurer que l'ensemble du personnel a conscience de ces objectifs et y adhère. Cela favorisera la responsabilisation. Pour cela, il est idéal que ces objectifs aient été décidés conjointement. Ensuite, il faut, comme nous l'avons déjà expliqué dans la responsabilité, clarifier les rôles de chacun : des rôles non établis favorisent les glissements de fonctions et des surcharges en travail, ils peuvent donc faire apparaître des conflits. Le cas échéant, il existe à disposition du cadre de proximité des outils de gestion des conflits. Par ailleurs, pour favoriser une cohésion optimale, une structure organisationnelle quotidienne doit être claire et visible pour chacun, mais elle doit aussi permettre une pratique collaborative de la séparation des tâches. Pour permettre cette organisation d'équipe, l'infirmier chef d'unité doit pouvoir amener des temps de rencontre et de discussion pour aborder tant les différentes questions de coordination que les différentes fonctions. En plus de ces moments de communication, l'unité doit pouvoir compter sur du matériel permettant des communications de service : tableaux, livre de communication, etc. De manière plus ponctuelle, le cadre intermédiaire peut aussi proposer des moments de rencontre davantage liés à la détente : « pots de départ », célébration de la fête des infirmières, etc. Ces moments peuvent permettre de relâcher la pression et d'apprendre à connaître les autres au-delà de leur fonction de soin. Dans tous les cas, renforcer la cohésion d'équipe est vital pour le cadre infirmier, car elle lui permet de souder les membres de cette équipe, et d'agir ainsi sur la fidélisation du personnel, ce qui permet de lutter de manière discrète contre les envies de départ. En conclusion, le cadre devra favoriser une gestion de groupe plutôt qu'une gestion personnelle et être l'acteur de la cohésion de celui-ci.

- La collaboration avec l'équipe médicale

Là encore, il s'agit pour le cadre de jouer sur l'environnement de travail des infirmiers. En effet, on a pu constater qu'une meilleure collaboration avec l'équipe médicale, améliore la satisfaction au travail de l'équipe infirmière. Mais concrètement comment l'infirmier en chef peut-il améliorer cette collaboration médico-infirmière ? On l'a vu, cette coopération naît d'un certain accord tacite en termes de valeurs, d'objectifs et de façons de faire, mais aussi d'une bonne compréhension de l'autre. La première mission de l'infirmier en chef nous ramène donc encore une fois à l'explication par ce cadre des rôles de chacun, afin de créer un respect mutuel. C'est aussi à lui de réagir en cas de comportement allant à l'encontre de ce respect : bruits de couloir, conversations fermées envers tel ou tel corps de métier, etc.

Toutefois, il existe d'autres pistes pour renforcer cette collaboration. Sabine Stordeur invitait par exemple le cadre intermédiaire à proposer des projets sur des thématiques communes, des processus de formation en commun, des moments fixes de discussion sur le suivi des patients, etc. Il s'agit d'autant de situations dans lesquelles les services doivent avancer ensemble, coopérer et communiquer. Dans cette optique des lieux de rencontre doivent être créés, que ce soit pour la réalisation d'un projet ou pour le suivi quotidien des patients. Le responsable crée ainsi des structures de communications médico-infirmière stables.

Enfin, la communication interprofessionnelle est primordiale. Pour être optimale, le chef d'unité doit y consacrer une attention particulière. La communication au sein de l'unité et avec le cadre de proximité doit être ouverte, empreinte de bienveillance mais aussi d'exactitude, être compréhensible par tous et doit pouvoir être immédiate en cas de besoin.

- Les relations de hiérarchie :

Parmi les rôles essentiels du cadre, il y a celui de la communication que celui-ci doit avoir avec son équipe mais également avec chaque membre du groupe.

Comme nous venons de l'expliquer, le cadre se doit d'abord de communiquer avec l'équipe de manière ouverte pour lutter contre toute forme de doute ou de questionnement. Il n'est toutefois pas si évident de rendre accessible et intelligible pour tous toute forme d'information : cette communication doit donc en réalité être pensée en amont. En effet, créer un réseau de communication efficace, par exemple, est le fruit d'une vraie réflexion. D'ailleurs, les modes d'interactivité peuvent varier en fonction des équipes et des secteurs. C'est au responsable de trouver avec son équipe quelle stratégie est la plus adaptée pour elle. Ensuite, outre cet aspect de communication avec l'équipe, des rencontres doivent être organisées de manière régulière entre un infirmier et son cadre de proximité. Ces entretiens peuvent être de diverses natures, évaluatives ou non. Stordeur nous informe plus

précisément de l'utilité de ces entretiens : « *Ces entretiens permettent une mise au point régulière sur l'adaptation de la personne dans son environnement de travail, sur le soutien dont elle dispose, sur ses souhaits ou intentions pour le futur et d'établir de nouveaux objectifs personnels et professionnels. Les finalités de ces entretiens sont de rendre un feedback positif aux collaborateurs et de pointer les améliorations à apporter aux tâches, à la collaboration au sein de l'équipe, aux conditions de travail ou à la valorisation des compétences.* »¹⁵⁷. Il est donc important pour un infirmier de recevoir un retour sur son travail de la part de son cadre de proximité, mais aussi de pouvoir exprimer son ressenti ou ses envies pour la suite de sa carrière.

La relation du cadre avec son personnel et la manière dont celui-ci décide de le manager, de l'organiser, de communiquer avec lui, et de lui porter une forme d'attention honnête joue pour nous sensiblement un rôle sur les intentions de départ des infirmiers. Elle demande toutefois au cadre certaines qualités d'observation, d'écoute et de réflexion, comme le soulignait le projet ARIQ.

- Les soins de haute qualité

Par sa gestion et dans le choix de ses objectifs, le cadre de proximité se doit pour nous de viser des soins de haute qualité. En effet, nous l'avons vu, lorsqu'une équipe est satisfaite des tâches qu'elle accomplit, cela joue sur sa satisfaction au travail et donc sur ses intentions de départ. Comme le rappelait Stordeur, des soins et une prise en charge de qualité se basent sur des procédures tenant compte de l'Evidence Base Nursing (EBN) et de l'Evidence Base Medecine (EBM). On y retrouve par exemple le fait que des soins sont de qualité s'ils sont sécuritaires pour le patient. Nous pensons que pour prodiguer de tels soins, il est nécessaire de pouvoir compter sur un personnel correctement formé. Ainsi, le premier axe sur lequel l'infirmier en chef peut agir dans ce domaine est le moment de la prise en charge d'un nouvel engagé : accueil et suivi de celui-ci, évaluation rapide, système de parrainage, ... étaient autant de pistes que fournissaient les Magnets Hospitals et qui nous semblent primordiales pour démarrer positivement avec un nouvel infirmier. Fournir d'emblée au nouvel engagé les bonnes clés et les bonnes références pour cadrer avec le travail estimé comme de qualité par une équipe, c'est déjà agir sur une formation qualitative. Un second axe est la gestion de la formation continue au sein de l'unité, il s'agit là de favoriser et de stimuler l'expertise des infirmières en proposant des moments de formation. Le dernier axe est l'évaluation des membres du personnel et le processus d'amélioration des performances qu'elle implique. Comme le soulignait Stordeur, ceux-ci sont également importants pour impacter la qualité des soins de l'unité et remettre à jour les infirmiers qui en ont besoin. Le cadre infirmier peut également proposer la mise en place d'indicateurs

¹⁵⁷ Stordeur S., et al. op. cit., p. 160.

de qualité, qui dépendent bien sûr du milieu où exercent les infirmiers. Il peut s'agir, par exemple de la mise en place, de la construction d'un tableau de bord, de fiches d'auto-évaluation, de référentiels, etc. Ces mesures doivent par la suite bénéficier d'un processus d'évaluation par l'infirmier en chef et/ou son équipe pour travailler sur les mesures à adapter pour favoriser la qualité des soins. A ces éléments de gestion peuvent venir s'ajouter des projets d'équipe initiés par le cadre ou, mieux encore, par l'équipe, qui favoriseraient l'amélioration des pratiques au sein de l'unité. Ces projets doivent être sélectionnés en fonction des besoins de l'unité de soins.

On le voit, l'envie de fournir des soins de qualité ne peut pas émaner de l'unique volonté de l'infirmier en chef : celui-ci doit veiller à impliquer son équipe dans cette volonté, au risque de ne pas avoir leur adhésion. La qualité des soins représente toutefois à notre sens un objectif pour tous les services de soins existants, il ne peut exister un service prônant une mauvaise qualité. Le cadre de proximité doit donc dépenser de l'énergie dans ce genre de processus. De plus, comme nous le disions au début de ce point, amener de la qualité pour et dans les soins, joue de manière positive sur la fidélisation du personnel infirmier.

3.2.2.2. L'implication organisationnelle :

L'implication d'un travailleur dans l'organisation qui l'emploie résulte d'une adéquation entre ce que ressent l'infirmier envers son entreprise (et donc notamment envers les missions qu'elle a choisies), ce qu'il ressent comme étant son devoir, mais aussi ce qu'il perçoit comme potentiel bénéfice à son égard. Malgré le fait que nous n'ayons pas trouvé d'éléments confirmant une diminution de l'implication du personnel infirmier durant cette phase pandémique, nous pensons qu'elle importe dans la fidélisation du personnel. Alors comment le cadre de proximité peut-il favoriser le sentiment d'appartenance de l'infirmier envers son organisation ? Et comment, par conséquent, l'impliquer dans ce qu'il définit comme son devoir ? Ou comment améliorer la perception qu'il a des bénéfices qu'il retire de son travail ? Ce sont les trois questions auxquelles le cadre de proximité devra répondre pour jouer sur l'implication organisationnelle des membres de son équipe. Pour ce faire, Andry¹⁵⁸ a mis en avant plusieurs éléments, que nous avons déjà évoqués précédemment, et qui répondent à ces trois questions. Pour toucher à la perception positive que le travailleur a de l'entreprise, le cadre de proximité doit tout d'abord l'avoir initié aux missions et aux valeurs véhiculées par l'institution, afin qu'ils partagent un but commun. Pour ce faire, le cadre peut mettre en avant le travail déjà accompli par les effectifs, mais aussi peut aussi, par une communication interne optimale continuer d'informer son équipe sur les avancées de l'institution. Ensuite, la notion d'équité et de justice doit pouvoir être évidente dans la gestion quotidienne du cadre de proximité, car il est la première image de l'entreprise

¹⁵⁸ <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/5418#tocto3n4> (page consultée le 4 mai 2022)

pour le travailleur. Ainsi, son comportement pourra jouer sur la perception positive ou négative que les travailleurs ont de l'institution. Pour toucher à l'implication dans les tâches quotidiennes, il doit laisser l'opportunité au travailleur de prendre des responsabilités, de devenir autonome et d'être impliqué dans les décisions qui touchent le fonctionnement quotidien de l'équipe. Un infirmier doit ressentir que son cadre lui fait confiance : il s'agissait d'ailleurs de l'une des toutes premières revendications infirmières que nous avons évoquées dans l'historique des hôpitaux. Tous ces éléments ont déjà été abordés dans nos précédents points car ils touchaient à l'attractivité infirmière, et se sentir impliqué et reconnu dans son travail fait évidemment partie d'un travail intéressant, attractif ... voire magnétique. Ainsi, si un cadre a la volonté d'améliorer l'implication organisationnelle de son équipe, il diminuera probablement le risque de départ, et jouera donc, à son niveau, un rôle dans la lutte contre la pénurie infirmière.

Pour conclure, nous dirons qu'à nouveau, nous pensons que le cadre peut agir contre la pénurie infirmière, mais en luttant cette fois contre les intentions de départ. Pour ce faire, nous avons relevé plusieurs lignes directrices. Ces lignes directrices sont : une attention portée aux signaux de stress au sein d'une équipe ou chez un individu, un travail sur la cohésion d'équipe, qui est un levier en cas de défaillance de l'un des membres, une bonne collaboration avec l'équipe médicale, qui permet un respect mutuel et donc un sentiment de bien-être de l'infirmier, une communication bienveillante mais honnête et efficace du cadre de proximité, des objectifs de soins de haute qualité qui se veulent satisfaisants pour les infirmiers et une implication sincère de l'infirmier dans son institution.

Les solutions que nous avons envisagées à l'échelle du cadre se veulent plus précises et plus concrètes que celles envisagées dans le monde politique et dans la gestion institutionnelle, sur lesquelles nous n'avons pas de poids. Elles ont pour objectif de donner de grandes lignes directrices qui, pour nous et suite à nos recherches, sont essentielles pour fonder une équipe stable. Nous avons systématiquement repris ces lignes directrices en conclusion des parties sur l'attractivité et sur les intentions de départ de cette dernière partie. Il faut néanmoins pouvoir prendre du recul face à l'ensemble des solutions amenées lors de cette recherche : il ne s'agit pas d'une solution toute faite. Un cadre doit tenir compte du contexte institutionnel dans lequel il se trouve, tout comme de l'équipe qui vivra au quotidien et participera aux changements envisagés. La première étape d'un tel processus reste donc, pour le cadre, de réaliser un état des lieux approfondi de la situation dans laquelle l'unité peut se trouver. Nous pouvons également nous rendre compte que les causes de notre deuxième partie et les pistes de solutions envisagées dans cette troisième partie sont imbriqués les unes dans les autres. En répondant à un élément de cohésion, nous agissons sur le stress perçu par les équipes, en travaillant sur la relation hiérarchique nous favoriserons l'implication organisationnelle, en variant le travail nous pouvons consolider la cohésion d'équipe. Il s'agit en réalité d'un énorme sac de nœuds dans

lequel le cadre, s'il est habile dans la manière tirer les ficelles, pourrait trouver un équilibre pour son équipe, et pour lui par la même occasion. En traitant ainsi les différents facteurs pouvant influencer la non-attractivité de son service et les envies de départ du personnel infirmier, l'infirmier chef d'unité pourrait, selon nous, amener son unité à être attractive sur le marché de l'emploi mais également à fidéliser son personnel actuel.

Conclusion générale

Nous concevons l'épreuve intégrée comme l'étude d'un sujet qui soit pertinent pour celui qui l'étudie. Cette réflexion demande à son auteur de se documenter et de se positionner sur celui-ci afin, entre autres, d'acquérir une certaine méthode de raisonnement dans le cadre de son futur métier. C'est dans cette optique que nous avons voulu nous intéresser à la pénurie infirmière, un sujet préoccupant pour un cadre de proximité. Il l'est d'ailleurs d'autant plus depuis le début de la pandémie mondiale liée à la Covid 19, qui n'a fait qu'aggraver le déficit en personnel de nos institutions de soins. C'est donc cette pandémie qui a donné un champ à notre recherche. Cette recherche s'est construite autour de la volonté de prendre le temps d'examiner la situation de pénurie et d'idéalement aider le cadre de proximité à trouver sa place dans la lutte contre le manque d'infirmiers.

L'ensemble de la réflexion a été construite suivant un plan analytique bien connu, de type problème-causes-solutions. La première partie de notre recherche a donc traité de la problématique de fond. Nous avons pu y décrire ce qu'est la pénurie infirmière en précisant les quelques termes qui nous semblaient indispensables à sa compréhension. Nous en avons déduit que la pénurie était structurelle mais également quantitative et qualitative, et qu'elle présentait un haut taux de turnover dans le département infirmier. Dans l'analyse des flux dessinés par ce turnover, on s'est également rendu compte d'un élément indispensable à notre réflexion : la pénurie dépend de deux critères, l'attractivité du métier et la fidélisation du personnel infirmier. Nous nous sommes donc davantage penché sur les causes de cette pénurie, car comment trouver des solutions si on ne sait pas quelles causes cibler ? Ainsi, nous avons précisé notre propos : les causes de la pénurie infirmière sont liées à un manque d'attractivité de la profession infirmière et à de trop nombreuses personnes qui ont pour intention de quitter la profession. Qu'il s'agisse de facteurs touchant l'attractivité ou aux intentions de départ, deux constats ont fait leur apparition : l'un négatif, l'autre plus positif. Premièrement, la crise sanitaire a démultiplié l'incidence de l'ensemble de ces facteurs et a, par conséquent, démultiplié les problèmes d'effectifs. Deuxièmement, l'ensemble des acteurs de la santé peuvent jouer de manière immédiate sur ces facteurs : tout le monde peut donc, à son niveau, lutter contre la pénurie infirmière. Il s'agit maintenant d'atteindre notre troisième et dernière partie traitant des solutions et pistes de solutions pour les différents acteurs que nous avons pu identifier. Le deuxième constat, le plus positif, nous a permis de structurer ce travail en envisageant différents acteurs de terrain : le pouvoir politique, les institutions de soins et le cadre de proximité. Nous avons cherché à montrer leurs différences de pouvoir et donc par conséquent la palette d'actions que chacun avait à sa disposition. Cette troisième partie mettait également en avant plusieurs constats. Premièrement, les différents acteurs doivent

pouvoir mener des actions de manière individuelle mais doivent surtout pouvoir envisager des interactions pour le bien-être du personnel. Deuxièmement, des actions ont été entreprises avant la phase pandémique, pendant la phase pandémique et doivent absolument être continuées voire se développer après. Les réponses amenées jusqu'à présent n'ont effectivement pas pu résoudre l'entière du problème. Au contraire la pénurie infirmière touche certainement maintenant à son paroxysme. Nous posons que le cadre de proximité a un rôle non négligeable dans la gestion de la crise infirmière. Nous avons donc imaginé dans ce dernier focus, des solutions et axes de travail à l'échelle du cadre de proximité. Nous sommes forcés de constater que les axes de travail ne sont pas nouveaux, mais avec un peu de recul, ils permettent à ce cadre de proximité de malgré tout de se fixer des priorités et des objectifs dans sa gestion quotidienne. L'idée même du travail n'est pas de prendre position sur une pratique managériale ou une autre. Le fondement de cette recherche veut permettre à chaque cadre de proximité de travailler sur l'attractivité de son service et sur la fidélisation de son personnel. L'adaptation pratique se fera en fonction de l'institution dans laquelle il travaille, dans l'unité dans laquelle il travaille et en fonction de l'équipe et des individualités qui la compose.

Nous espérons par cette recherche avoir pu proposer des pistes de solutions utiles et relativement concrètes. Cette recherche ne doit pourtant pas s'arrêter là, nous voulons également ici lui envisager certaines perspectives. Nous avons identifié trois perspectives pour ce travail. La première est de sensibiliser les cadres de proximité à l'importance d'une gestion globale de l'attractivité infirmière et de la fidélisation de son personnel infirmier. Envisager un projet de formation au sein d'institutions de soins peut être un débouché intéressant. La deuxième est d'envisager un outil de suivi à destination du cadre de proximité. Il permettrait ainsi de jauger de manière individuelle et en équipe les différents axes de travail luttant contre la pénurie infirmière. Celui-ci ne viendrait pas donner les actions à mettre en place dans l'unité de soins, mais ferait plutôt un état des lieux indispensable pour envisager la suite du travail. La troisième veut ajouter à cette recherche fortement conceptuelle une démarche opérationnelle. Celle-ci pourrait étudier les actions concrètes mises en place par les cadres de proximité. L'objectif est de réunir un maximum d'actes afin de permettre à chacun d'être guidé de manière plus précise. Ce qui se vit ailleurs peut potentiellement aider ce qui passe chez nous, l'innovation et la créativité doivent être partagées, et ce particulièrement en temps de crise.

Annexes

Annexe 1 : Modèle d'intention de départ selon March et Simon

Figure 2 : Modèle des facteurs intervenant principalement pour rendre souhaitable un changement

(D'après March et Simon, 1958, p. 98)

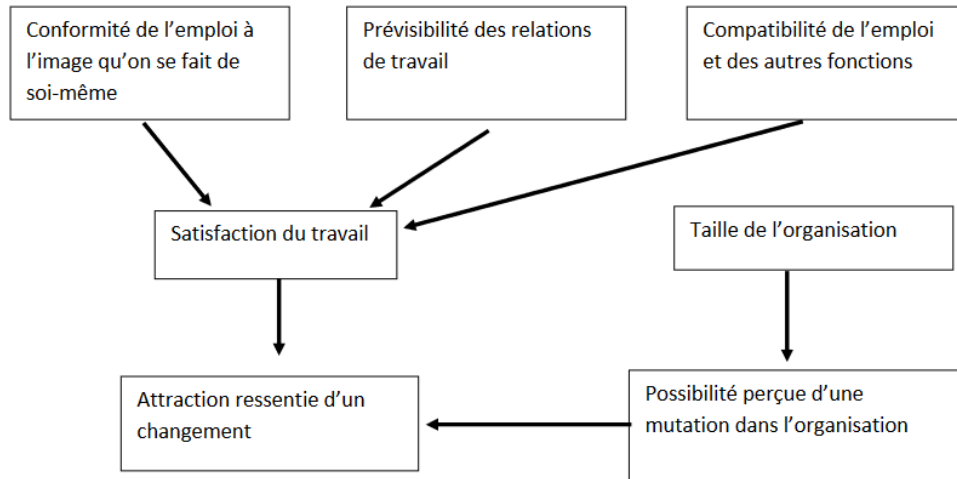
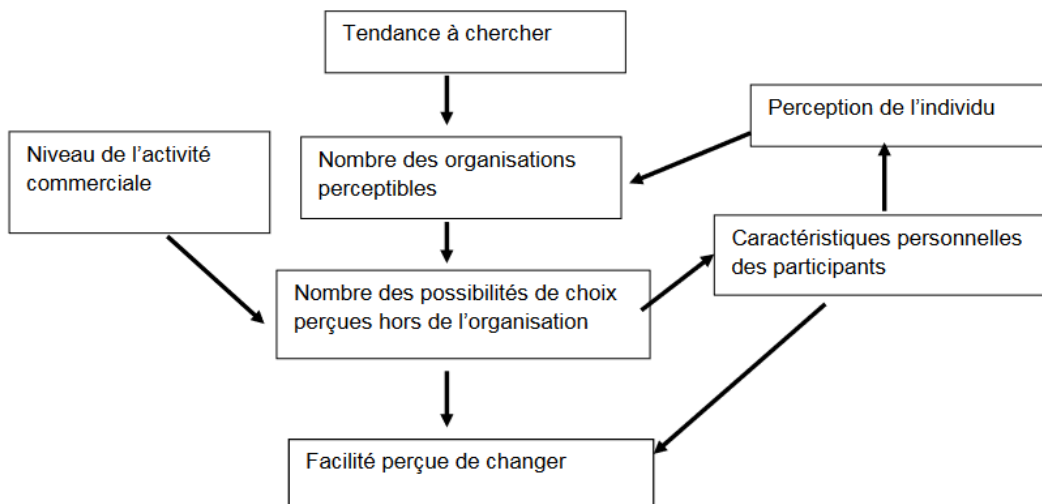
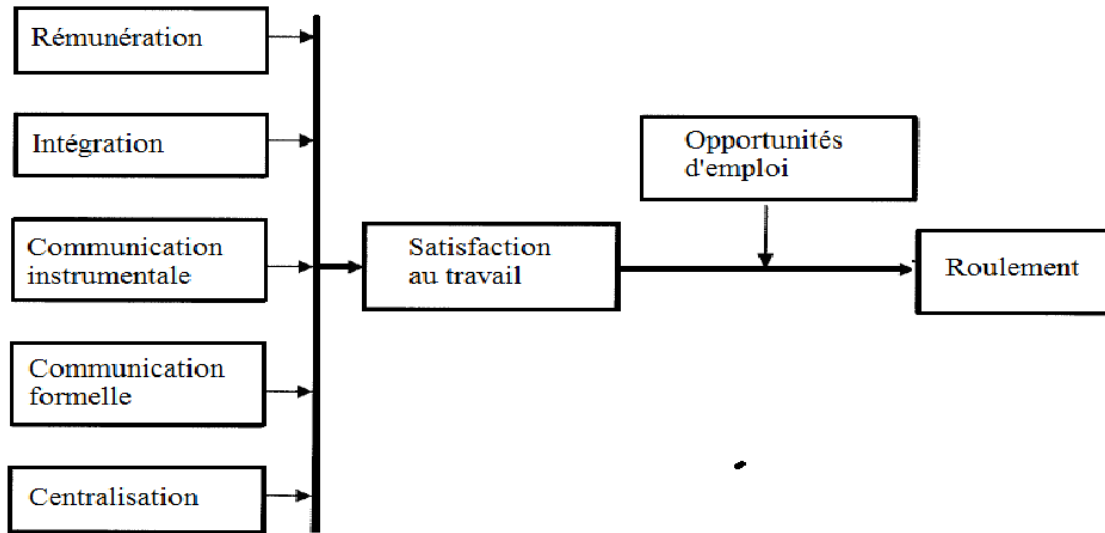


Figure 3 : Modèle des facteurs principaux touchant la perception de facilité d'un changement

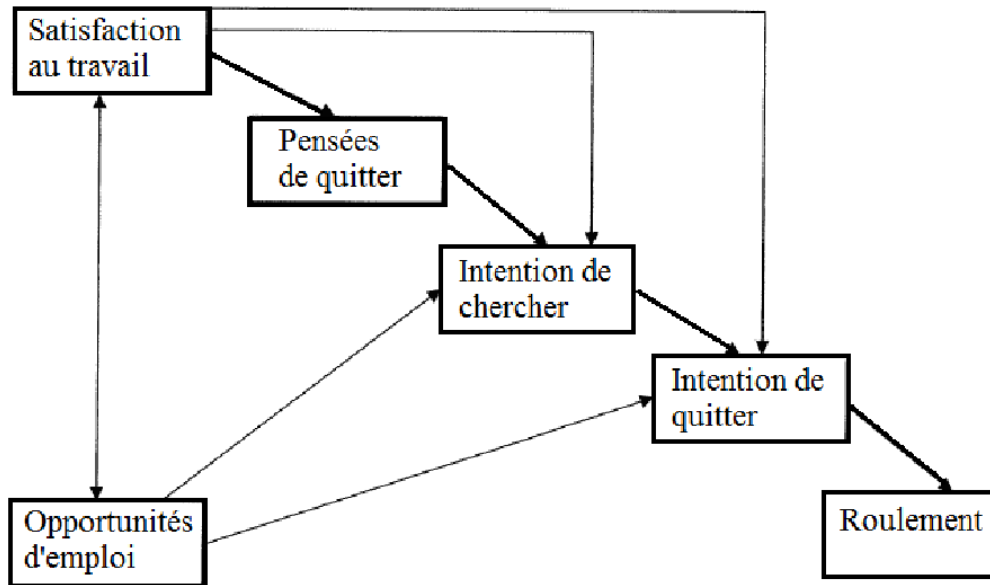
(D'après March et Simon, 1958, p. 104)



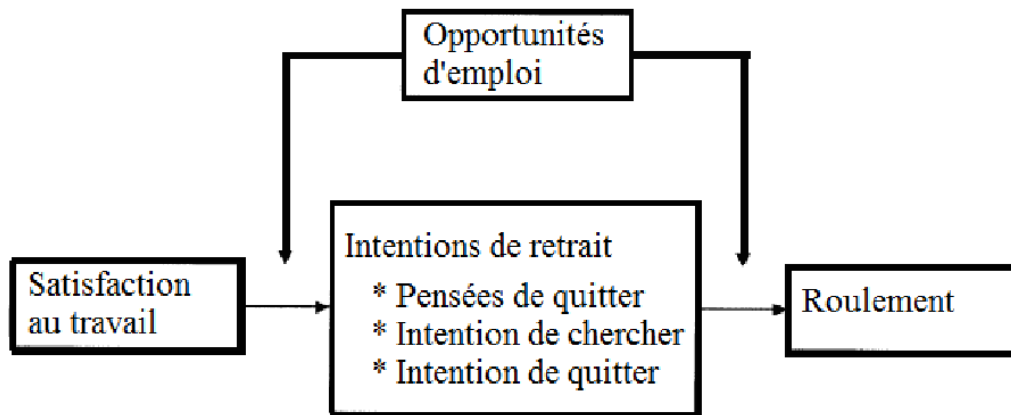
Annexe 2 : Modèle d'intention de départ selon Price



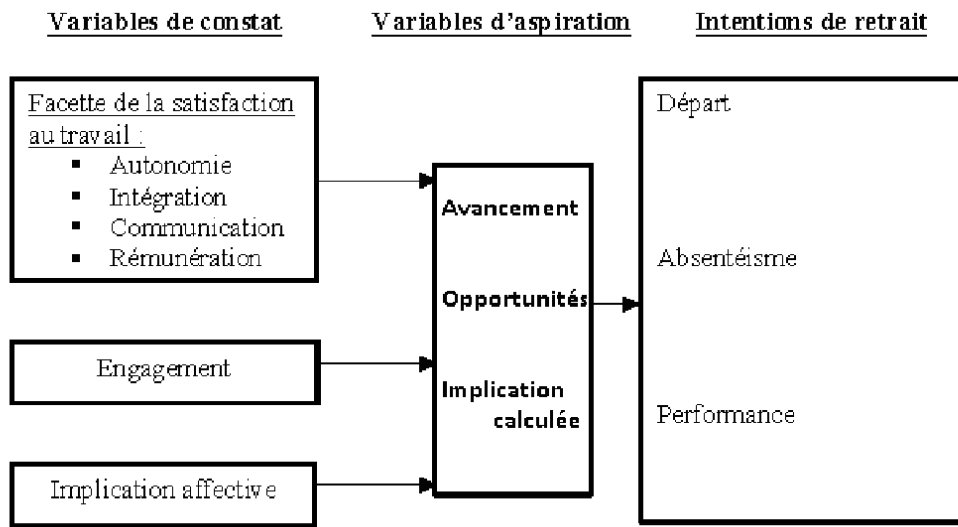
Annexe 3 : Modèle d'intention de départ selon Mobley



Annexe 4 : Modèle d'intention de départ selon Hom



Annexe 5 : Modèle d'intention de départ selon Neveu



Bibliographie

Livres

Stordeur S., *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse*, France, Editions Lamarre, 2009, 243p.

Articles scientifiques :

Baret C., « Exploiter une enquête de satisfaction pour identifier les principaux facteurs de fidélisation des personnels », in RIMHE, n° 8, 2013/4, pp. 124-134.

Brillet F., « L'image métier : exploration d'une notion au cœur au cœur du choix professionnel », in Management & Avenir, n° 84, Mars 2016, pp. 53-72.

Chauveau. S « Quelle histoire de l'hôpital aux XXIème et XXIème siècles », in Les tribunes de la santé, n° 33, 2011/4, pp. 81-89.

Dalla Valle C. et all., Difficultés et opportunités de recrutement : Listes des métiers/fonctions critiques et en pénurie en Wallonie, in Veille, analyse et prospective du marché de l'emploi, juillet 2021, pp. 1-60.

Denis J., « L'impact du coronavirus sur l'attractivité des métiers de la santé », in Randstad Research, novembre 2020, pp. 1-19.

Dumas M., « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », in RIMHE, n°20, volume 5, 2016, pp 45-67.

Ferguson M., « Améliorer la qualité des soins, quelle place pour la médiation », in Soins conjugué, n°68, juin 2014, pp. 81-85.

Holcman R. « Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir : Réflexions sur la relation hiérarchique », in Revue française de gestion, n°196, 2009, pp. 67-80.

Laurent. R., « Les combats des infirmières en regard de leur histoire : Analyse, in Santé conjugulée, n°64, avril 2013, pp. 50-54.

Noël S., « La morbidité du travail à horaires irréguliers », in Santé conjugué, n°51, janvier 2010, pp. 67-74.

Petit. R., « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : Une problématique sectorielle de management », in Association de gestion des ressources humaines, n°22, 2017/1, pp. 31-54.

Sources internet :

https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/06/03/la-difficile-relocalisation-de-l-industrie-pharmaceutique_6041564_3234.html (page consultée le 03 janvier 2022)

https://www.levif.be/actualite/belgique/coronavirus-une-solution-aux-penuries-de-medicaments-a-ete-trouvee/article-news-1278363.html?cookie_check=1643653742 (page consulté le 03 janvier 2022)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9nurie/59336> (page consulté le 06 janvier 2022)

<https://www.leforem.be/particuliers/metiers-porteurs.html> (page consulté le 06 janvier 2022)

<https://www.leforem.be/former/horizonemploi/metier/index-demande.html> (page consulté le 06 janvier 2022)

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins/disponibilite-du-personnel-soignant> (page consultée le 06 janvier 2022)

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/statistiques-et-planning> (page consultée le 06 janvier 2022)

<https://fr.euronews.com/2021/11/08/la-belgique-confrontee-a-une-grave-penurie-de-personnel-soignant> (page consulté le 08 janvier 2022)

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/soutenabilite-du-systeme-de-sante> (page consultée le 11 janvier 2022)

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/les-etudes-en-soins-infirmiers-delaissées-a-cause-du-covid> (page consultée le 11 janvier 2022)

<https://www.rtf.be/article/salaires-penurie-etudes-infirmiere-carnet-de-sante-d-un-metier-en-penurie-10836946> (page consultée le 11 janvier 2022)

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante> (page consultée le 11 janvier 2022)

<https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/employe/taux-turnover/> (page consultée le 14 janvier 2022)

<https://www.actusoins.com/344397/turnover-et-absenteisme-a-lhopital-une-hausse-sensible-et-constante.html> (page consultée le 14 janvier 2022)

<https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/article/les-metiers-de-la-sante-moins-attractifs-en-2020> (page consultée le 14 janvier 2022)

https://trends.levif.be/economie/entreprises/manifestation-du-personnel-soignant-on-n-aurait-pas-du-laisser-planer-le-doute-sur-la-vaccination-obligatoire-pour-tous/article-normal-1499615.html?cookie_check=1644762202 (page consultée le 22 janvier 2022)

<https://www.rtf.be/article/greve-dans-les-hopitaux-publics-francophones-les-infirmiers-brulent-leurs-diplomes-de-specialisation-10782984> (page consultée le 23 janvier 2022)

<https://www.inrs.fr/risques/travail-horaires-atypiques/ce-qu-il-faut-retenir.html> (page consultée le 29 janvier 2022)

<https://www.resolutionsante.com/1929/lexercice-du-metier-dinfirmiere-queelles-en-sont-les-difficultes/> (page consultée le 6 février 2022)

<https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-page-120.htm?contenu=auteurs> (page consultée le 6 février 2022)

<https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage> (page consultée le 12 février 2022)

<https://www.rtf.be/article/nier-la-situation-du-personnel-soignant-cest-ne-pas-les-soutenir-explique-la-psychologue-pauline-chavier-10614849> (page consultée le 12 février 2022)

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite-de-soins-au-sein-des-hopitaux-generaux/sejours-a-l-hopital/duree-moyenne-des-sejours-en-hospitalisation-classique> (page consultée le 12 février 2022)

<https://www.rtf.be/article/penurie-de-personnel-soignant-quelle-ampleur-et-comment-lexpliquer-10893214> (page consultée le 12 février 2022)

<https://revuehemispheres.ch/entre-medecins-et-infirmiers-une-hierarchie-tenace/> (page consultée le 27 février 2022)

<https://onss.be/maribel-social/projet-600> (page consultée le 5 mars 2022)

<https://www.rtf.be/article/comme-le-personnel-infirmier-les-stagiaires-sont-en-detresse-physique-et-psychologique-10355152> (page consultée le 5 mars 2022)

https://fnib.be/wp-content/uploads/CodeD%C3%A9ontologie-Code_de_dontologie_du_CII.pdf (page consultée le 6 mars 2022)

<https://www.paqs.be/fr-BE/Ressources/Revue-de-la-litterature/COVID-19-L-impact-des-differents-types-de-sous-e> (page consultée le 12 mars 2022)

<https://www.revuegestion.ca/la-cohesion-d-equipe-pour-des-gains-d-efficacite> (page consultée le 12 mars 2022)

<https://www.paqs.be/fr-BE/Ressources/Revue-de-la-litterature/COVID-19-L-impact-des-differents-types-de-sous-e> (page consultée le 19 mars 2022)

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population#panel-13> (page consultée le 22 mars 2022)

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population> (page consultée le 22 mars 2022)

https://www.plan.be/uploaded/documents/201901241106400.CP_demo_20190124.pdf (page consultée le 22 mars 2022)

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees> (page consultée le 22 mars 2022)

<https://www.mensura.be/fr/des-travailleurs-en-pleine-forme/stress-au-travail> (page consultée le 01 avril 2022)

<https://www.lesechos.fr/monde/europe/les-infirmieres-danoises-prolongent-leur-greve-malgre-le-covid-1339995> (page consultée le 02 avril 2022)

<https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/breves/la-fnesi-sonde-a-nouveau-le-bien-etre-des-esi.html> (page consulté le 10 avril 2022)

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/profil_professionnel_et_compences_inf_soins_generaux_12_janvier_2016_fr.pdf (page consultée le 13 avril 2022)

https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/autorites_federales/competences_autorites_federales (page consultée le 13 avril 2022)

https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communautes/competences (page consultée le 13 avril 2022)

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_vor_erpleegkunde-fr/19060592_fr.pdf (page consultée le 13 avril 2022)

<https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/edito-in191.pdf> (page consulté le 13 avril 2022)

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/de-block-et-le-personnel-de-la-sante-une-longue-histoire-de-desamour> (page consultée le 13 avril 2022)

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2021-3-23_circulaire_fbb_2020.pdf (page consultée le 15 avril 2022)

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/le-fonds-blouses-blanches-maintenu-par-la-chambre> (page consultée le 15 avril 2022)

https://vandenbroucke.belgium.be/fr/que-faisons-nous-pour-soutenir-les-soins#_ftn1 (page consultée le 15 avril 2022)

<https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/Fonds/13224/cp-330-hopitaux-maribel-chambre-1-maribel-attributions-et-fonctions> (page consultée le 17 avril 2022)

<https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/fonds/13918/maribel> (page consultée le 17 avril 2022)

<https://permuteo.fr/focus/initiatives-qvt/pourquoi-et-comment-devenir-un-hopital-aimant/> (page consultée le 25 avril 2022)

<https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/mesures-strategiques-contre-penurie-infirmiere-exemple-belgique.html> (page consultée le 25 avril 2022)

<https://www.rtb.be/article/de-plus-en-plus-dunites-doivent-etre-fermees-dans-les-hopitaux-par-manque-de-personnel-cest-triste-a-mourir-10873058> (page consultée le 25 avril 2022)

<https://www.rtb.be/article/coronavirus-une-charte-pour-encadrer-les-etudiants-infirmiers-paramedicaux-et-medecins-pendant-la-pandemie-10622685> (page consultée le 25 avril 2022)

<https://www.rtbfb.be/article/coronavirus-pres-de-1500-militaires-en-renfort-dans-les-maisons-de-repos-10913811>

(page consultée le 26 avril 2022)

<https://www.absym-bvas.be/kce/gestion-de-la-capacite-hospitaliere-en-belgique-durant-la-premiere-vague-de-la-pandemie-de-covid-19> (page consultée le 26 avril 2022)

<https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/mesures-strategiques-contre-penurie-infirmiere-exemple-belgique.html> (page consultée le 26 avril 2022)

[https://psyaanalyse.com/pdf/GESTION%20DU%20STRESS%20AU%20TRAVAIL%20-%20SOINS%20INFIRMIERS%20\(%202021%20Pages%20-%20840%20Ko\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/GESTION%20DU%20STRESS%20AU%20TRAVAIL%20-%20SOINS%20INFIRMIERS%20(%202021%20Pages%20-%20840%20Ko).pdf) (page consultée le 29 avril 2022)

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/le-stress-des-infirmiers-un-probleme-de-taille> (page consultée le 29 avril 2022)

<https://journals.openedition.org/communicationorganisation/5418#tocto3n4> (page consultée le 4 mai 2022)

Divers

Carrier-Vernhet A., Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources. Gestion et management. Université de Grenoble, 2012. Français, pp. 1-515.

Daigle E., « Le développement de l'autonomie professionnelle d'infirmières nouvellement diplômées sur une unité de soins intensifs », avril 2019, Université de Montréal, pp. 1-152.

Damman L., La violence verticale, dans le contexte des stages en soins infirmiers, amène-t-elle les étudiants à imaginer arrêter leurs études ? Une enquête transversale dans un devis mixte auprès d'étudiants infirmiers francophones de 3ème année en bachelier infirmier responsable de soins généraux, 2018, UCL. pp. 1-88.

Derome S., « L'influence de la violation des conditions d'emploi constitutives du contrat psychologique et des conditions d'exercice de la profession, sur l'intention de quitter : Le cas des professionnels de la gestion des ressources humaines », Octobre 2011, Université de Montréal, pp. 1-152.

Desmet M., « Un tour d'horizon du travail social : développement d'une méthode et outil pour mesure de la charge en travail des travailleurs sociaux de l'hôpital », Bruxelles, SPF santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2016, pp. 1-88.

Lepage C., Université de Montréal Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille. Université de Montréal, faculté des études supérieures, Aout 2008. pp. 1-160.

Randon S. Le rapport à leur organisation des infirmières : les engagées localement. 30ème université d'été de l'Institut d'Audit Social, Aug 2012, Dijon, France. pp.1-12.

Steinberg. P., Statistiques annuelles de soins de santé en Belgique, in Rapport de la Cellule de Planification de l'offre des professions de soins de santé, décembre 2020, pp.1-155.

Steinberg. P., Statistiques annuelles des professionnels de soins de santé en Belgique, in Rapport de la Cellule de Planification de l'offre des professions de soins de santé, décembre 2018, pp. 1-152.

Tschopp, G. & Bernard, M.-C. (2016). Actes du panel "L'appel biographique" (groupe ASIHVIF) : Pratiques du récit de vie en formation articulées à des questions d'accompagnement. Québec : Livres en ligne du CRIRES, pp. 1-118.

Van De Voorde C., et all., Synthèse : Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de Covid-19, in Rapport du KCE, n°355 Bs, 18 septembre 2020, pp. 1-59.

Van Den Heede K., et all., Synthèse : Dotation infirmière pour des soins (plus) surs dans les hôpitaux aigus, in Rapport du KCE, n°325 Bs, 30 janvier 2020, pp. 1-63.

Abstract

Mots clés : Pénurie – Cadre de proximité – attractivité – intentions de départ – covid 19

La pandémie mondiale est venue amplifier la pénurie infirmière ressentie au sein de nos unités de soins en Belgique. Mais qu'avons-nous fait pour faire face à cette pénurie et à l'accentuation de celle-ci au cours de ces dernières années ? Les réponses ont été multiples, les pistes de solutions variées, venant des différents niveaux de pouvoir de notre système de soins. La pénurie infirmière est pourtant encore bien présente. Il est donc important de revenir sur le chemin parcouru et d'envisager celui qui reste encore à parcourir. Cette recherche souhaite aborder les causes de cette pénurie infirmière pour parvenir à mettre en avant les solutions qui ont et qui pourraient être envisagées pour améliorer l'attractivité de la profession infirmière et la fidélisation du personnel en fonction, avec une attention plus particulière sur les pistes de solution que pourrait mettre en œuvre le cadre de proximité.