

DROITS D'AUTEUR ET RÉFÉRENCE DE LA PUBLICATION

La Province de Luxembourg encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication à la condition qu'une mention claire et explicite de ce rapport et des sources soit faite.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :

Province de Luxembourg, Le métier d'infirmier·ère en province de Luxembourg : Etat des lieux et pistes de solutions pour améliorer l'attractivité de la profession et la rétention du personnel, Etude qualitative, Arlon, 2020.

Tous droits réservés.

EDITION

2020 - 300 exemplaires



a pénurie des infirmier-ère-s (hospitalières, à domicile et indépendantes et en MR/MRS) fait régulièrement la —une de l'actualité. Manque de moyens, manque de personnel, métier sous pression, etc. Une situation qui ne devrait cesser de croître dans les prochains mois, voire années et qui n'épargne pas la province de Luxembourg.

Cette situation difficile a été accentuée par la crise sanitaire liée au Covid-19. Le personnel a dû faire face à des conditions de travail particulièrement complexes.

Des mesures d'aide sont notamment apportées au niveau fédéral avec le fonds dit « Blouses Blanches ». En parallèle, il est également important de travailler au niveau provincial. En effet, ce sujet est une de mes priorités et je poursuis mon travail afin d'augmenter l'attractivité et la rétention des infirmier-ère-es en province de Luxembourg. Ce rapport est une des étapes.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Stephan De Mul

Président du Collège provincial Député provincial en charge du Social, de la Santé, de la Mobilité et de la Citoyenneté www.province.luxembourg.be

COLOPHON

RESPONSABLES DU PROJET

Emilie THIRY et Sophie MAHIN

RÉDACTION DU RAPPORT, COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Emilie THIRY et Sophie MAHIN

RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Murielle SCHUERMANS, Nadine JORIS, Tracy HÜNERBEIN

EXPERTISE

Céline DECLEIRE

RELECTURE

Carole BEHIN, Charles-Henri BOEUR, Céline DECLEIRE, Estelle DESSAINT, Laurent DUTRIEUX, Marine GODARD, Nadine JORIS, Céline LEFEBVRE, Claire MARCHAL, Natacha MATHY, Patricia STEIFER, Camille VOTRON

INFOGRAPHIE, PHOTOGRAPHIES ET COMMUNICATION

Benoit ADAM, Isabelle BONMARIAGE, Stéphane HEYARD, Violette ROSSIGNON et Pascal WILLEMS

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous toutes les infirmier ère s qui ont participé aux entretiens d'enquête. Nous remercions également les différents experts que nous avons rencontrés dans le cadre de nos entretiens exploratoires.

Docteure et chargée de recherche en Sciences Sociales, Département des Sciences politiques, sociales et de la communication, Université de Namur dont la thèse porte sur l'« Évolution d'un malaise professionnel infirmier et entre récurrences et mutations : Enquêtes auprès d'infirmiers-ères hospitaliers-ères en Belgique et en Fédération Wallonie-Bruxelles ».

TABLE DES MATIÈRES

Edito		3
Colopho	on	4
Introduc	etion	8
Revue d	e littérature	1C
1.	Formation pour devenir infirmier·ère	
	1.1. Brevet d'infirmier ère hospitalier ère et Bachelier d'infirmier ère responsable en soins	
	généraux	11
	1.2. Aide-soignant·e	13
	1.3. Sage-femme	13
	1.4. Spécialisations et autres perspectives	14
	1.5. Infirmier·ère de pratique avancée (Advanced Practice Nurse)	17
	1.6. Accès à la profession	17
	1.7. Quelques chiffres en province de Luxembourg	18
2.	Mutation du métier d'infirmier·ère	21
3.	Pénurie d'infirmier·ère·s	23
Méthodo	ologie	40
1.	Objectif	40
2.	Champ de l'enquête	40
3.	Comité de pilotage - Supervision de l'enquête	41
4.	Entretiens exploratoires	41
5.	Sélection des participants	42
6.	Guide d'entretien	43
7.	Entretiens	44
8.	Analyse et organisation d'un Workshop	44
9.	Limites de l'enquête	45

Résulta	ts	46
Ré	sultats des entretiens	46
1.	Conflits générationnels	47
2.	Communication	48
3.	Conciliation vie privée et vie professionnelle	51
4.	Charge de travail physique et émotionnelle	57
5.	Enseignement et formation	66
6.	Autres constats et solutions proposées qui relèvent d'autres niveaux de pouvoirs	74
	6.1. Rémunération et pénibilité	74
	6.2. Normes d'encadrement du personnel soignant	76
Plan d'a	actions 2020-2024	77
Conclu	sion	79
Bibliog	raphie	80

GLOSSAIRE

ACN: Association belge des Praticiens de l'art infirmier

ADEM : Agence pour le développement de l'emploi (Grand-Duché de Luxembourg)

AIL: Association des Infirmiers Indépendants de la Province de Luxembourg

APN: Advanced Practice Nursing

ARES: Académie de Recherches et d'Enseignement Supérieur

ARIQ: Attraction, Rétention, Implication des Infirmières et Qualité des Soins

ASD: Aide et Soins à Domicile

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité **BCSS :** Banque Carrefour Sécurité Sociale **CAP :** Certificat d'Aptitudes Pédagogiques

CAPAES: Certificat d'Aptitudes Pédagogiques approprié à l'Enseignement Supérieur

CAPS: Cellule d'Accompagnement des Professionnels de la Santé

CESS: Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur

CESP: Certificat homologué de 6ème année d'Enseignement Secondaire Professionnel

CSD: Centrale de Services à Domicile

CP: Convention Paritaire

CPAS: Centre Public d'Action Sociale

DI-RHM: Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum

DWH MT&PS: Datawarehouse Marché du Travail et Protection Sociale

EEE: Espace Economique Européen

ETP: Equivalent Temps Plein

FWB: Fédération Wallonie-Bruxelles

GT : Groupe de Travail

HAD : Hospitalisation à Domicile **HERS :** Haute Ecole Robert Schuman

ICA: Institut Centre Ardenne

ICANE : Infirmière chargée de l'accompagnement des nouveaux engagés et des stagiaires

IEPS: Institut d'Enseignement de Promotion Sociale

IFIC: Institut de Classification de Fonctions

ILS: Inspection des Lois Sociales

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité **KCE :** Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

KULeuven: Katholieke Universiteit Leuven

MR: Maison de Repos

MRS: Maison de Repos et de Soins NEXT: Nurses' Early Exit Study

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la SantéONSS : Office National de Sécurité SocialeQPP : Qualifications professionnelles particulières

RESSORT: Centre de recherche appliquée et de formation continue

RSW: Réseau Santé Wallon

SIEP: Service d'Informations sur les Etudes et les Professions

SISD: Service Intégré de Soins à Domicile

SPF: Service Public Fédéral

TPP: Titres professionnels particuliers

UCLouvain : Université Catholique de Louvain **UGIB :** Union Générale des Infirmiers de Belgique

ULB : Université Libre de Bruxelles **ULiège :** Université de Liège

INTRODUCTION

e secteur infirmier est en souffrance. De nombreuses raisons sont mises en avant : conditions de travail de plus en plus difficiles, normes en dotation de personnel insuffisantes, soins qui deviennent de plus en plus complexes, contexte hospitalier en mutation... Il y a quelques mois, le mouvement des Blouses Blanches s'est mis en place dans tout le pays afin d'interpeller le monde politique sur ces difficultés croissantes vécues au quotidien par les infirmier ère s. Même si les « Mardis des Blouses Blanches » concernent principalement le secteur hospitalier, les autres secteurs tels que les maisons de repos et de soins et les soins à domicile souffrent tout autant.

Toutes ces difficultés sont également existantes au sein de la province de Luxembourg, comme en ont témoigné de nombreux professionnels. Cette situation n'est pas nouvelle, mais semble vraisemblablement s'accentuer avec le temps. Travailler à « flux tendu » est une réalité quotidienne, ce qui peut nuire gravement à la qualité des soins prodigués. De plus, vu sa situation géographique, la province de Luxembourg est confrontée à une problématique supplémentaire. En effet, bon nombre d'infirmier ère s quittent la province pour aller travailler au Grand-Duché de Luxembourg, où le salaire y est nettement plus attractif.

Face à ces difficultés, de nombreux infirmier-ère-s quittent prématurément la profession. En effet, la formation permet de nombreuses réorientations (changement de secteur ou de service) où les conditions de travail sont meilleures (horaire plus confortable, moins de pression au travail...).

Par ailleurs, la profession infirmière n'attire plus les jeunes. D'autant plus que la formation pour exercer ce métier a été allongée récemment passant de 3 à 4 années d'études, sans revalorisation salariale.

La pénurie d'infirmier ère s est complexe et ne doit pas porter uniquement sur un « manque » d'infirmier ère s à combler. La réflexion doit porter sur une vision plus large améliorant les conditions de travail et de vie de ces professionnels afin qu'ils continuent à être présents pour soigner l'ensemble de la population.

Face à ces constats, la Province de Luxembourg a souhaité mettre en avant des actions à l'échelle de son territoire afin d'améliorer l'attractivité de la profession et la rétention d'infirmier ère:s.



Cette enquête a été confiée à deux services provinciaux : l'Observatoire de la Santé et la Cellule d'Accompagnement des Professionnels de la Santé (CAPS)ⁱⁱ.

Afin d'identifier ces actions, un relevé de la littérature traitant de la pénurie de la profession infirmière a été réalisé. Le lecteur pourra le consulter dans le chapitre « <u>Revue de littéra-</u> ture ».



Pour davantage d'informations sur ces services,

voir http://www.province.luxembourg.be/fr/observatoire-de-la-sante.html?IDC=4364#">http://www.province.luxembourg.be/fr/observatoire-de-la-sante.html?IDC=4364#, XvSP8mgzaUk et http://www.province.luxembourg.be/fr/professionnels-de-la-sante.html?IDC=5330#, XvSP8mgzaUk et <a href="http://www.province.luxembourg.be/fr/professionnels-de-la-sante.html?IDC=5330#, XvSP8mgzaUk



La méthodologie de cette enquête qualitative est ensuite détaillée dans la partie « <u>Méthodologie</u> » . Y sont notamment recensés les experts qui ont été consultés afin de mieux cerner le champ de l'enquête et les enjeux liés à cette problématique.

Vingt-quatre infirmier ère s de tout le territoire de la province de Luxembourg et de différents secteurs ont été interrogé·e·s afin qu'ils·elles puissent apporter leurs idées de solutions en lien avec leur expérience de terrain quotidienne pour attirer et retenir les infirmier·ère·s dans la profession.

Afin de présenter, de compléter et d'approfondir les résultats de ces entretiens, un *Workshop* a été organisé en octobre 2019.

Les résultats des entretiens et du Workshop figurent dans la dernière partie « Résultats ».

Ces propositions ont permis l'élaboration d'un <u>plan d'actions</u> provincial et un relevé des recommandations à destination des employeurs et des autres niveaux de pouvoir.

REVUE DE LITTÉRATURE

vant d'exposer la démarche méthodologique utilisée pour cette enquête et de détailler les résultats des entretiens, il apparaissait important d'approfondir certains sujets liés à la thématique qui nous occupe : le métier d'infirmier-ère.

CETTE REVUE DE LITTÉRATURE EST COMPOSÉE DE TROIS PARTIES.

ans un premier temps, l'aspect

A titre d'exemple, les questions suivantes seront abordées : Comment devenir infirmier-ère aujourd'hui en Belgique ? Quelles sont les filières de formation ? Quelles sont les possibilités offertes en province de Luxembourg ? Quelles sont les spécialisations proposées ? Un agrément est-il nécessaire pour exercer ? ou encore, a-t-on accès à la profession avec un diplôme délivré dans un autre pays ?

Ce sera aussi l'occasion de dresser un état des lieux chiffré de la situation, tant en Belgique que dans la province de Luxembourg. nsuite, une réflexion sur les changements qui impactent l'exercice de cette profession sera exposée. Le lecteur se rendra ainsi compte que ce métier subit de grandes mutations depuis quelques décennies, liées notamment aux évolutions de la médecine et des systèmes de soins de santé mais aussi aux évolutions démographiques — le vieillissement de la population notamment — de la société.



1. FORMATION POUR DEVENIR INFIRMIER-ÈRE

1.1. BREVET D'INFIRMIER-ÈRE HOSPITALIER-ÈRE ET BACHELIER D'INFIR-MIER-ÈRE RESPONSABLE EN SOINS GÉNÉRAUX

Dans le système belge d'enseignement, il existe deux types d'études permettant d'accéder à la profession d'infirmier ère : le brevet d'infirmier ère hospitalier ère (formation de niveau secondaire) et le bachelier d'infirmier ère responsable en soins généraux (formation de niveau supérieur).

a) Brevet d'infirmier·ère hospitalier·ère¹

La formation comprend, outre un enseignement théorique, un enseignement en salle de techniques de soins, un enseignement clinique en milieu hospitalier et extra-hospitalier.²

Ce brevet s'obtient en 3,5 ans dans l'enseignement secondaire professionnel complémentaire (4ème degré) ou en 5 ans dans l'enseignement de promotion sociale (cours du soir). Il s'agit des « infirmiers·ère·s A2 » (ancienne appellation). En Flandre, il est appelé HBO5³.

Pour avoir accès au brevet, il faut⁴:

- · le CESS (Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur) ;
- le CESP (Certificat homologué de 6ème année d'Enseignement Secondaire Professionnel);
- un certificat reconnu équivalent à l'un des deux titres précédents pour les élèves étrangers (baccalauréat pour les Français) ;
- le certificat de réussite de l'examen d'admission aux études d'infirmier·ère hospitalier·ère·e (Jury paramédical de la Fédération Wallonie Bruxelles) ;
- le certificat de réussite de l'examen d'admission aux études d'infirmier·ère ou sage-femme (Jury paramédical de la Fédération Wallonie Bruxelles).

La formation propose 2 orientations:

- Infirmier·ère hospitalier·ère soins généraux ;
- Infirmier·ère hospitalier·ère santé mentale et psychiatrie.

A l'issue de la 1ère année, les étudiants obtiennent le CESS s'ils ne l'avaient pas obtenu auparavant et s'ils avaient réussi une 6ème professionnelle (CESP). De même, les étudiants ayant eu accès aux études via le Jury paramédical ou un complément de formation obtiennent le CESS après la première année. A l'issue des 3,5 années, les étudiants obtiennent le brevet d'infirmier ère hospitalier ère.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, 25 écoles proposent cette formation, dont une en province de Luxembourg. Il s'agit de l'Institut Centre Ardenne (ICA)⁵ qui organise, en horaire de jour, le brevet d'infirmier ère hospitalier ère en soins généraux⁶. Il est également possible de suivre ce cursus en cours du soir ou en horaire adapté à Bruxelles, Liège et Charleroi⁷.

b) Bachelier d'infirmier·ère responsable en soins généraux⁸

Intitulé « bachelier d'infirmier ère responsable en soins généraux » depuis 2016, ce bachelier s'obtient désormais en 4 ans dans l'enseignement supérieur de type court et en 5 ans dans l'enseignement supérieur de promotion sociale. Avant 2016, ce bachelier s'intitulait « Bachelier en soins infirmiers », comptait 3 années en Haute Ecole (5 années en promotion socialeii) et les diplômés étaient « infirmier ère s A1 » ou « gradué e s ».

Le bachelier d'infirmier-ère responsable en soins généraux est accessible aux étudiant-e-s qui ont terminé avec succès leurs études secondaires et ont obtenu leur CESS ou qui ont réussi l'épreuve d'admission aux études supérieures paramédicales de type court organisée par le Jury paramédical de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Jury paramédical A1).9

On dénombre 21 implantations qui proposent cette formation en Wallonie et à Bruxelles¹⁰, dont une en province de Luxembourg : la Haute Ecole Robert Schuman (HERS) à Libramont.

Vers une harmonisation des filières brevet/bachelier? C)

Ces deux filières de formation ont indubitablement des différences, même si, sur le terrain, les infirmier ère s sont. amené·e·s à effectuer les mêmes tâches, peu importe leur diplôme.

Une des différences concerne l'approche pédagogique, plus centrée sur la pratique dans le cadre du brevet. Concrètement, le brevet¹¹ d'infirmier ère hospitalier ère accorde une place prépondérante à l'enseignement clinique¹² (enseignement pratique et stages, qui peuvent débuter dès la 1^{re} année) alors que l'approche du bachelier est plus réflexive et plus scientifique ; une place plus importante est donnée à la réflexion et à la recherche, ce qui implique notamment l'exploitation des données probantes et la connaissance de l'anglais.¹³

Les échelles barémiques diffèrent également ; un e infirmier ère bachelier ère perçoit un meilleur salaire qu'un e infirmier·ère breveté·e.

Comme décrit supra, les conditions Pour davantage de cohérence et de l'une des cing revendications d'admission au brevet sont plus pour endiguer ces différences, prioritaires de l'enquête réalisée souples que celles du bachelier. La dernière différence a trait à de l'art infirmier (ACN) prône tous secteurs confondus dont les l'accessibilité à des formations ultérieures ; les infirmier·ère·s bachelier euro-conformeiv bachelier·ère·s ont, par exemple, accès aux masters, contrairement en soins généraux » dans son aux infirmier ère s breveté e s. Il « Mémorandum en vue des en est de même pour les titres élections législatives, régionales professionnels particuliers.

l'Association belge des Praticiens auprès des membres de l'ACN, « une seule filière de formation de résultats ont été publiés en 2019. devenir infirmière responsable et européennes 2019 ». Il s'agit

[&]quot;Quatre établissements proposent des horaires adaptés à Bruxelles, Liège, Charleroi et Hornu in SIEP (2020) Devenir infirmier : quelle formation choisir?, en ligne, http://blog.siep.be/2016/11/devenir-infirmierere-quelle-formation-choisir/, consulté le 30 juin 2020.

Pour une comparaison des formations pour devenir infirmier ère s dispensées dans les différents Etats membres de l'UE et des détails sur les Directives européennes en la matière, voir SERMEUS W., EECKLOO K., VAN DER AUWERA C., VAN HECKE A. (2018) « Future of Nursing: improving health, driving change: Leçons tirées de la littérature internationale et des journées organisées en 2017 sur ce thème », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, p. 3-15.

Déjà en 2014, la Chambre francophone de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique (UGIB), qui est une organisation coupole des organisations professionnelles générales et spécialisées en Flandre, en Wallonie, en Communauté germanophone et à Bruxelles, revendiquait l'harmonisation des études en soins infirmiers¹⁵.

Cette tendance en faveur d'infirmier ère s de base hautement qualifié es est aussi relayée par la littérature internationale qui a inspiré le rapport « Future of Nursing : improving health, driving change. » (avenir des soins infirmiers : améliorer la santé, susciter le changement) rédigé par le Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique en suite du Symposium du même nom qui s'est tenu à Bruxelles les 30 novembre et 1 er décembre 2017 16.

1.2. AIDE-SOIGNANT-E

Après la réussite de la 1ère année du brevet ou du bachelier, les étudiantes reçoivent une attestation équivalente à un certificat d'aide-soignante, qui leur permet de s'enregistrer et de travailler en tant que tel¹⁷.

1.3. SAGE-FEMME¹⁸

A noter également qu'en vertu de la Loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé^v, un e sage-femme ayant obtenu son diplôme avant le 1^{er} octobre 2018 peut exercer de plein droit l'art infirmier sous les mêmes conditions que les porteurs du titre professionnel d'infirmier ère gradué·e/bachelier·ère/A1^{vi}.

Toujours en vertu de cette loi, le·la sage-femme qui a obtenu son diplôme après le 1er octobre 2018, peut, de plein droit, effectuer les prestations techniques infirmières ainsi que les actes médicaux confiés relevant de l'art infirmier mais uniquement dans le domaine de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité, de la gynécologie et de la néonatalogie.



^{&#}x27;Publiée le 30 avril 2014 au Moniteur belge.

vLa prudence exige néanmoins de chacun (employeur et sage-femme) d'évaluer le risque d'exercer ou de faire exercer une fonction dans un domaine qui exige des connaissances et compétences particulières. UPSFB (2020), en ligne, https://sage-femme.be/sagesfemmes/travailler-comme-sage-femme/etre-sage-femme-hospitaliere/, consulté le 6 avril 2020.

1.4. SPÉCIALISATIONS ET AUTRES PERSPECTIVESVII

Peu importe la filière choisie, de nombreuses spécialisations sont proposées ; qu'il s'agisse des qualifications professionnelles particulières ou des titres professionnels particuliers décrits infra.

A côté de ces spécialisations, de nombreux masters sont également accessibles aux infirmier ère s bachelier ère s, parfois directement, parfois à l'issue de passerelles.

Pour gérer une équipe, deux options s'offrent à l'infirmier ère : le Master en Sciences de la Santé publique ou l'Ecole des Cadres.

Si l'infirmier ère souhaite se diriger vers une carrière d'enseignant, le Certificat d'Aptitudes Pédagogiques (CAP), l'agrégation ou le Certificat d'Aptitudes Pédagogiques Approprié pour l'Enseignement Supérieur (CAPAES) lui sont ouverts.

Finalement, tout au long de sa carrière, l'infirmier ère a la possibilité de suivre des formations continues.

1.4.1. Qualifications professionnelles particulières (QPP)¹⁹

Certaines formations sont reconnues comme « qualifications professionnelles particulières » (ou QPP).

Délivrées par la Fédération Wallonie-Bruxelles, ces QPP attestent d'une expertise particulière dans certaines matières et sont nécessaires pour pouvoir exercer dans certains secteurs, programmes, fonctions et unités de soins. Elles peuvent donner droit à une prime annuelle supplémentaire^{viii}.

Pour obtenir cette reconnaissance, il faut avoir suivi une formation théorique de minimum 150 heures (soit 10 crédits ECTS). Ces formations sont accessibles tant pour les breveté·e·s que pour les bachelier·ère·s. Elles sont organisées par les Ecoles de Promotion Sociale et par les Hautes Ecoles.

Les QPP sont déjà reconnues et font l'objet d'un agrément pour les quatre matières suivantes :

- Santé mentale et psychiatrie ;
- Gériatrie ;
- Soins palliatifs;
- Diabétologie.

Deux autres QPP devraient à terme être reconnues (les formations correspondantes existent déjà) :

- Soins de plaies ;
- Évaluation et traitement de la douleur.

viCette partie est largement inspirée du site <u>https://www.devenirinfirmier.be/accueil</u>, mis à jour en 2016, après l'allongement des études à 4 années.

viii Cependant, ce système semble en cours d'évolution en raison de la mise en place des nouveaux barèmes IFIC (dont le principe devrait être « une rémunération sur base de la fonction exercée et pas sur base du/des diplôme(s) »).

Voir à ce sujet, le site dédié aux nouveaux barèmes: https://www.if-ic.org/fr/arrete-royal-tpp-qpp et l'Arrêté royal du 30 juillet 2018 modifiant l'Arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables. https://www.if-ic.org/src/Frontend/Files/userfiles/12%20kb%20ivm%20attractiviteitsplan% 20verpleegkund ig%20 beroep%20en%20budget%20financi%C3%ABle%20middelen%20ziekenhuizen.pdf

1.4.2. Titres professionnels particuliers (TPP)ix

Les « titres professionnels particuliers » (ou TPP) accordent une reconnaissance aux praticiens de l'art infirmier détenteurs d'un bachelier et spécialisés dans certaines matières. Ils sont également délivrés par la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et sont requis pour exercer dans certains secteurs ou unités de soins. Ils peuvent également donner droit à une prime annuelle supplémentaire^x.

Ces titres sont délivrés moyennant des spécialisations d'un an (900 heures ; 60 ECTS) organisées par les Hautes Ecoles et accessibles uniquement aux infirmier ère s bachelier ère s. La formation peut dans certains cas être étalée sur plusieurs années. Il est parfois possible d'obtenir des dispenses sur base d'une expérience probante ou de qualifications acquises antérieurement.

Les TPP sont déjà reconnus et font l'objet d'un agrément pour six domaines spécifiques :

- Soins intensifs et d'urgence (spécialisation notamment proposée par la HERS de Libramontxi) ;
- · Pédiatrie et néonatologie ;
- Santé mentale et psychiatrie ;
- · Gériatrie ;
- Oncologie;
- Soins péri-opératoires, anesthésie, assistance opératoire et instrumentation (en abrégé « soins péri-opératoires »).

D'autres titres devraient être reconnus à terme (les formations correspondantes existent déjà):

- Santé communautaire (spécialisation notamment proposée par la HERS de Libramontxii);
- · Imagerie médicale;
- · Stomathérapie et soins de plaies ;
- Perfusionniste

1.4.3. Mastersxiii

Lorsque l'infirmier ère a obtenu son diplôme de bachelier ère, il elle peut poursuivre ses études avec un master.

Le Master en Sciences de la Santé publique donne notamment accès aux fonctions hiérarchiques du département des soins et à des postes d'experts cliniciens.

D'autres masters peuvent également être suivis aux termes d'une passerelle : criminologie, sciences biomédicales, sciences de la famille et de la sexualité, sciences des religions, sciences de la population et du développement, ...

^{ix} Cette partie est largement inspirée du site <u>https://www.devenirinfirmier.be/accueil</u>, mis à jour en 2016, après l'allongement des études à 4 années.

^{*} Cfr supra nouveaux barèmes.

xi Voir le site de la HERS pour de plus amples informations : https://www.hers.be/etudes-et-formations/libramont/infirmier-specialisation-siamu

xⁱⁱ Voir le site de la HERS pour de plus amples informations : https://www.hers.be/etudes-et-formations/libramont/sante-communautaire Cette partie est largement inspirée de la page suivante : https://www.devenirinfirmier.be/se-former/specialisations/masters, consultée le 1er avril 2020.

1.4.4. Gestion d'équipe²⁰

Pour les détenteurs trices d'un bachelier qui souhaitent acquérir plus de responsabilités au sein de leur institution en occupant une fonction d'infirmier ère en chef / responsable d'équipe, deux voies sont possibles :

- la formation de Cadre de santé, organisée par l'Enseignement de Promotion Sociale (cette formation est notamment proposée à l'Institut d'Enseignement de Promotion Sociale (IEPS) de Libramont, un jour semaine pendant 3 années^{xiv});
- le Master en Sciences de la Santé publique, organisé par les Universités (en FWB : ULB, UCLouvain et ULiège, voir *supra*).

1.4.5. Enseignement^{xv}

Différentes formations permettent d'acquérir les compétences et qualifications nécessaires pour pouvoir enseigner au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles : le CAP, le CAPAES ou l'agrégation. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la page suivante :

https://www.devenirinfirmier.be/se-former/specialisations/enseigner

1.4.6. Formation continue²¹

Les Ecoles de Promotion Sociale, les Hautes Ecoles mais aussi les associations professionnelles et d'autres organismes reconnus organisent une multitude de formations continues. Celles-ci permettent d'approfondir ou de maintenir ses connaissances sur une grande variété de sujets. Un certain nombre d'heures doit être suivi chaque année pour le maintien des titres et qualifications professionnelles particulières.

A titre d'exemple, il est possible de suivre une formation en cours du jour pendant 6 mois pour devenir infirmier ère en hygiène hospitalière, pour les détenteur trice s d'un master universitaire.²²

En Belgique²³, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays européens, les infirmier ère s n'ont actuellement aucune obligation de suivre une formation permanente. Certaines exceptions sont toutefois prévues : pour les infirmier ère s détenant un titre professionnel particulier (TPP – spécialisation) ou une qualification professionnelle particulière (QPP – expertise), il est obligatoire de suivre 60 heures de formation permanente par période de 4 ans. L'UGIB, dans son Mémorandum²⁴, propose que la formation permanente soit obligatoire pour tous les professionnels des soins de santé et, donc, aussi pour les infirmier ère s. Elle constituerait une condition préalable au renouvellement de l'agrément pour l'exercice de la profession.



xiv Pour de plus amples informations : http://www.iepslibramont.be/Cadre%20sante.htm

xv Nous reprenons ici toutes les informations utiles disponibles sur la page suivante :

1.5. INFIRMIER-ÈRE DE PRATIQUE AVANCÉE (ADVANCED PRACTICE NURSE)

En guise de conclusions, le rapport du SPF Santé Publique de 2017 « Future of Nursing: improving health, driving change²⁵ » fait état de recommandations²⁶ pour le futur du métier d'infirmier ère, et notamment, la mise en œuvre des Advanced Practice Nursing [APN]: « (...) nous recommandons d'investir massivement dans la position des infirmières APN [en français, Infirmier ère de pratique avancée]. La capacité de former des infirmières au niveau Master est présente (tant dans la partie néerlandophone que francophone du pays). Les obstacles se situent essentiellement sur l'absence de statut, de compétence, de conditions de travail appropriées. »²⁷.

Il s'agit donc d'une nouvelle catégorie de praticien, à côté des catégories existantes (aide-soignant·e, infirmier·ère, infirmier·ère spécialisé·e) qui est explicitée dans une proposition de loi déposée le 6 février 2019**: « Il ressort de la réalité du terrain, qu'à côté des infirmiers avec un TPP ou une QPP, il y a besoin d'un infirmier qui, moyennant une sérieuse formation, puisse effectuer des soins infirmiers complexes et poser certains actes médicaux (pour lesquels les autres infirmiers ne sont pas compétents) en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé du patient. La littérature scientifique démontre à ce sujet la plus-value d'un "infirmier de pratique avancée" (ou Advanced Practice Nurse). ».

Le texte est rédigé de manière large pour permettre au prochain Ministre de la Santé de définir et préciser ce nouveau titre²⁸.

1.6. ACCÈS À LA PROFESSION

1.6.1. Visa

Pour pouvoir exercer en toute légalité en Belgique, l'infirmier·ère doit être titulaire d'un visa délivré par le SPF Santé Publique²⁹. Les infirmier·ère·s fraichement diplômé·e·s de certaines écoles le reçoivent automatiquement³⁰. A défaut, la demande de visa peut être effectuée en ligne, sur le site du SPF Santé Publique : https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soignants/infirmiers#visa.

1.6.2. Diplômes étrangers

Si l'infirmier·ère dispose d'un diplôme étranger, les démarches varient selon qu'il s'agisse d'un diplôme européen ou non européen³¹:

- Pour les diplômes obtenus en Suisse et à l'intérieur de l'Espace Économique Européen (EEE= l'Union Européenne + la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein), il faut dans un premier temps demander l'agrément à la Fédération Wallonie-Bruxelles ou à la Communauté germanophone ; le visa sera envoyé automatiquement après l'agrément ;
- Pour les diplômes obtenus en dehors de l'EEE et de la Suisse, il faut demander une équivalence du diplôme étranger à la Fédération Wallonie-Bruxelles ou à la Communauté germanophone puis en suite le visa au SPF Santé Publique³².

Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site du SPF Santé Publique.

x^{vi}Proposition de Loi du 6 février 2019 portant modification de la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions de santé.

1.6.3.Agrément

Contrairement à d'autres professions de santé^{xvii}, il n'y a pas d'agrément pour le diplôme de base d'infirmier ère ; le visa suffit à lui seul

L'agrément existe, par contre, pour certaines spécialisations donnant accès aux qualifications professionnelles particulières et aux titres professionnels particuliers (voir supra). Il doit être demandé auprès des Communautés³³.

Fédération Wallonie-Bruxelles: http://www.enseignement.be/index.php?page=2731_1&navi=392; Communauté germanophone: http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-110.

1 6 4 Numéro INAMI³⁴

Dans certaines institutions ou secteurs d'activités comme les soins infirmiers à domicile, il est nécessaire de s'enregistrer auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) pour pouvoir exercer.

L'enregistrement permet d'obtenir un numéro INAMI et accorde le remboursement des soins par le système d'assurance maladie-invalidité.

Cet enregistrement est aussi nécessaire pour pouvoir travailler comme infirmier ère indépendant e. La demande doit être introduite à l'INAMI soit par le travailleur lui-même soit par l'employeur viii.

1.7. QUELQUES CHIFFRES EN PROVINCE DE LUXEMBOURG

Nombre d'étudiants infirmiers à la Haute Ecole Robert Schuman de Libramont (HERS) et à l'Institut Centre Ardenne (ICA)

2014-2015	NOMBRI D'ÉTUD		NOMBRE DE RÉSI	NOMBRE DE NON-RÉSIDENTS		
	HERS	ICA	HERS	ICA	HERS	ICA
1 ^{re} ANNÉE	133	/*	121 (103 de la province de Lux)	/	12	/
2º ANNÉE	75	/	/	/	/	/
3° ANNÉE	42	/	/	/	/	/

^{*}données détaillées non disponibles. Un total de 225 élèves a toutefois été dénombré au cours de cette année académique.

x^{xi} L'agrément est un document certifiant que la formation suivie par un professionnel de la santé lui donne bien accès à la profession. Il sert à garantir la qualité des compétences des prestataires de soins de santé et par conséquent, la qualité des soins en Belgique in FE.BI (2016), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/exercer/agrement, consulté le 8 avril 2020.

xvii iPour de plus amples informations : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/ Pages/numero-inami.aspx#. WC7vG1zLXeQ

2015-2016	Nombri D'ÉTUD		NOMBRE DE RÉSI	DENTS BELGES		MBRE DE RÉSIDENTS
	HERS	ICA	HERS	ICA	HERS	ICA
1 ^{re} ANNÉE	150	124	115 (101 de la province de Lux)	/	35	/
2º ANNÉE	72	65	62 (53 de la province de Lux)	/	10	/
3º ANNÉE	42	33	36 (26 de la province de Lux)	/	6	/

2016-2017	NOMBRI D'ÉTUD		NOMBRE DE RÉSI	NOMBRE DE NON-RÉSIDENTS		
	HERS	ICA	HERS	ICA	HERS	ICA
1 ^{re} ANNÉE	120	123	84 (77 de la province de Lux)	37	36	84
2º ANNÉE	87	55	67 (62 de la province de Lux)	15	20	40
3º ANNÉE	51	45	43 (36 de la province de Lux)	16	8	29

2017-2018	NOMBRI D'ÉTUD		NOMBRE DE RÉSI	DENTS BELGES	NOMBRE DE NON-RÉSIDENTS		
	HERS	ICA	HERS	ICA	HERS	ICA	
1 ^{re} ANNÉE	113	124	75 (69 de la province de Lux)	36	38	88	
2º ANNÉE	57	61	44 (42 de la province de Lux)	20	13	41	
3º ANNÉE	50	45	38 (35 de la province de Lux)	8	12	37	

2018-2019	NOMBRE D'ÉTUD		NOMBRE DE RÉSI	DENTS BELGES		MBRE DE RÉSIDENTS
	HERS	ICA	HERS	ICA	HERS	ICA
1 ^{re} ANNÉE	97	105	67 (56 de la province de Lux)	31	30	74
2º ANNÉE	77	64	54 (52 de la province de Lux)	20	23	44
3º ANNÉE	26	45	18 (14 de la province de Lux)	11	8	34

2019-2020	NOMBRI D'ÉTUD		NOMBRE DE RÉSI	DENTS BELGES	NOMBRE DE NON-RÉSIDENTS		
	HERS	ICA	HERS	ICA	HERS	ICA	
1 ^{re} ANNÉE	117	102	60 (49 de la province de Lux)	28	57	74	
2º ANNÉE	104*	56	77 (68 de la province de Lux)	23	0.7	33	
3º ANNÉE		42		10	27	32	
4º ANNÉE	23	34	16 (16 de la province de Lux)	4	7	30	

Sources: HERS et ICA

*Les 2° et 3° année ont été fusionnées car on parle actuellement de cohorte. La cohorte débutante pour la 1° année, la cohorte intermédiaire pour les années 2 et 3 et la cohorte diplômable pour la 4° année. Les étudiants se retrouvent dans plusieurs blocs.

Entre 2014 et 2020, le nombre d'étudiant·e·s reste relativement stable avec de légères fluctuations au cours du temps, que ce soit à la HERS ou à l'ICA. Cependant, une période plus longue serait nécessaire afin de cibler une éventuelle augmentation ou diminution du nombre d'étudiant·e·s.

Parmi les étudiantes belges qui fréquentent la HERS, la grande majorité est issue de la **province de Luxembourg**.

La majorité des étudiant es de l'ICA ne sont pas des résidents belges et proviennent principalement de pays frontaliers à la Belgique; la France et le Grand-Duché de Luxembourg. Néanmoins, après leur cursus, certain es restent travailler en Belgique, d'autres repartent dans leur pays d'origine. Pour ceux-celles qui restent en Belgique, ce sont surtout au sein des institutions frontalières qu'ils-elles travaillent (Arlon, Virton...).

L'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) a également été interrogée afin d'obtenir le nombre d'étudiants en soins infirmiers provenant de la province de Luxembourg. En effet, bon nombre d'étudiants de la province se dirigent vers d'autres écoles que la HERS, au sein de grandes villes (Namur, Liège, Bruxelles...). Pour l'année académique 2017-2018, 359 étudiant·e·s (toutes années confondues) issu·e·s de la province ont suivi un cursus en soins infirmiers (Bachelier). En d'autres termes, si des actions liées à l'enseignement sont menées, elles devront également tenir compte des écoles en soins infirmiers hors province de Luxembourg.

2. MUTATION DU MÉTIER D'INFIRMIER-ÈRE

n 2009, dans un ouvrage intitulé « Attractivité, fidélisation et qualité des soins – 3 défis, une réponse », William D'HOORE et Sabine STOR-DEUR, Professeurs en Santé publique à l'UCLouvain, s'accordaient sur le fait que « Le système de santé de nombreux pays européens, canadiens ou américains connaît à l'heure actuelle une crise de personnel infirmier. Divers facteurs bien identifiés ont provoqué une mutation générale de la profession d'infirmière dans le système de soins : la demande s'amplifie, en termes quantitatifs et qualitatifs ; la médecine évolue, du point de vue des technologies et des mentalités ; et finalement, la maîtrise des dépenses de santé incite à une organisation toujours plus efficiente des facteurs de production dans le système de soins³⁵ ».

Ces constats ont été confirmés par le dernier rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)³⁶ en 2019 et sont aujourd'hui toujours d'actualité; la profession d'infirmier·ère connait, depuis plus d'une décennie, une mutation caractérisée par quatre facteurs: l'augmentation de la demande, la charge de travail croissante, l'évolution de la médecine et la maîtrise des dépenses de santé.

a. Augmentation de la demande d'infirmier·ère·s

La demande de professionnel·le·s de santé croît et ne cessera d'augmenter en raison notamment des changements démographiques qui s'opèrent. En effet, aujourd'hui, la part des cohortes de jeunes dans nos populations décroît; on assiste donc à un vieillissement démographique³⁷ qui implique une augmentation de la consommation de soins³⁸. On constate aussi une augmentation de l'âge moyen et de l'ancienneté des infirmier·ère·s³⁹; l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) pointe, par exemple, le fait que « la génération du « baby-boom » commence à arriver à l'âge de la retraite⁴⁰ ».

En outre, les pays européens connaissent des changements sociétaux⁴¹ également susceptibles d'accroître la demande de soins comme, par exemple, l'amélioration du bien-être⁴² ou l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques⁴³.

b. Charge de travail croissante

À ce contexte s'ajoute aussi une charge de travail croissante pour les infirmier-ère-s. Le rapport du KCE datant de 2019 relatif à la dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus est sans appel : « [II] démontre de façon scientifique, rigoureuse et robuste, que le nombre de patients dont infirmières doivent assurer la prise en charge est bien trop élevé pour répondre aux missions infirmières »⁴⁴. Ce rapport qui ne concerne que le milieu hospitalier met en lumière le nombre moyen de patients par infirmier-ère qui est de 9,4, ce qui est au-dessus des normes internationales pour une pratique sûre du métier, estimées à 8 patients par infirmier-ère.⁴⁵

Nous reviendrons sur ce constat *infra*, dans la partie consacrée à l'étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur la dotation infirmière (point 3.4.4.).

c. Evolution de la médecine

Nous assistons à une évolution de la médecine, tant d'un point de vue des technologies que des mentalités.

Les nouvelles technologies concernent également le secteur de la santé. Françoise ACKER, Sociologue, expose que cette « technicisation » combinée à la concentration des soins sur une courte durée de séjour implique « une élévation de la structure de qualification et la présence plus nombreuse de personnels qualifiés et très qualifiés⁴⁶ ».

C'est pour répondre à ces nouveaux besoins que les programmes de formations évoluent et que de nouveaux « métiers » sont en phase d'être reconnus ; c'est le cas des infirmier ère s de pratique avancée (voir *supra*).

En ce qui concerne le changement de mentalité, certains auteurs dénoncent, par exemple, une modification du système de pensée de la jeunesse actuelle qui vise essentiellement le profit individuel⁴⁷. Ces éléments ont aussi été mis en avant lors des entretiens (voir *infra*). Céline DECLEIRE, dans sa thèse de doctorat intitulée « Évolution d'un malaise professionnel infirmier : entre récurrences et mutations: Enquêtes auprès d'infirmiers-ères hospitaliers-ères en Belgique et en Fédération Wallonie-Bruxelles » s'est attelée à une analyse approfondie de ces rapports de générations en tant que l'un des facteurs du malaise des infirmier-ère-s. Ainsi, à titre d'exemple, pour illustrer cette mutation avec les propres termes de Céline DECLEIRE : « (...), il existe des modèles professionnels générationnels différents qui doivent coexister dans des équipes d'infirmiers-ères : l'ethos de l'accomplissement du devoir et du travail (porté par les générations plus anciennes) et l'ethos de l'épanouissement personnel et de la prise en charge de l'individu (soutenu davantage par les générations plus jeunes) »⁴⁸.

Pour plus d'informations, le document est consultable en suivant ce lien : https://researchportal.unamur.be/fr/studentTheses/%C3%A9volution-dun-malaise-professionnel-infirmier-entre-r%C3%A9currences-e

d. Organisation plus efficiente du système de soins

Un dernier facteur influe sur la véritable transformation que connaît la profession d'infirmier ère. Il s'agit de la maîtrise des dépenses de santé incitant « à une organisation toujours plus efficiente des facteurs de production dans le système de soins⁴⁹».

Dans cet ordre d'idées, William D'HOORE, Docteur en Santé publique et Professeur ordinaire à l'UCLouvain, explique ceci : « Les défis auxquels sont actuellement confrontées les directions d'établissements de santé (gestionnaires, médecins, direction, infirmières...) sont multiples et souvent en opposition. Le management doit tout à la fois s'efforcer de garantir l'équilibre financier, de maintenir minimale la rotation (roulement, turnover) du personnel, d'optimiser l'occupation des lits, d'éviter des durées de séjour trop longues, de respecter

les normes d'encadrement en personnel soignant, d'obtenir un pourcentage élevé de patients satisfaits de leur séjour, et d'assurer la qualité des soins la meilleure possible...⁵⁰». En résumé, il est difficile de gérer les établissements de santé en conciliant conditions de travail favorables des infirmier ère s, soins prodigués aux patients de qualité et budget, a fortiori lorsque le financement du secteur de la santé est de plus en plus fermé⁵¹.

En outre, nos systèmes de santé souffrent d'une absence de planification à long terme ; tant du point de vue de la formation en soins infirmiers (non adaptation aux besoins de la profession) que du point de vue des conditions de travail des infirmier-ère-s (qui créent aujourd'hui beaucoup d'insatisfactions)⁵².

Ces différents éléments ont pour effet, comme évoqué, une modification de la profession d'infirmière. En conséquence, la demande de ces professionnel·le·s ne désemplit pas et ce sont essentiellement les infirmier·ère·s qualifié·e·s et très qualifié·e·s qui sont recherché·e·s afin de pallier au mieux la complexification du métier.

3. PÉNURIE D'INFIRMIER-ÈRE-S

3.1. SYSTÈMES DE SANTÉ EN CRISE ET NOTION DE PÉNURIE

De toute évidence, nos systèmes de santé sont en crise. Même s'il est difficile de cerner l'étendue de la pénurie présente et future, beaucoup d'auteurs constataient, il y a plus de 10 ans déjà, un manque de personnels de santé – en ce compris les infirmier·ère·s – dans les systèmes de santé publics dans la plupart des régions du monde⁵³.

En 2008, l'OCDE publiait un rapport intitulé « Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE – Comment répondre à une crise imminente ? » dans lequel elle prévoyait que la pénurie s'aggrave dans les prochaines décennies⁵⁴... A lire et à entendre les médias d'aujourd'hui et au fil des rencontres de terrain dans le cadre de cette étude, il semble que les prédictions se soient confirmées...

Mais le concept de pénurie doit être nuancé et est relatif ; il faut tenir compte de celui qui dénonce une pénurie et également du contexte.

Que cette pénurie d'infirmier-ère-s soit avérée ou non, il y a de la demande ; il suffit d'ouvrir un quotidien pour constater que le nombre d'offres d'emploi dans ce secteur est important.

3.2. SITUATION EN BELGIQUE: PÉNURIE?

D'après le rapport du KCE de 2019 sur la dotation infirmière pour des soins sûrs, la Belgique dispose d'un nombre relativement élevé d'infirmier ère s: 11 par 1.000 habitants (5ème place en Europe) mais le nombre moyen patients/infirmier (9,4) se situe largement au-dessus de la norme générale internationale pour une pratique sûre⁵⁵.



3.2.1. Chiffres du cadastre

« Le « cadastre » ou la banque de données des professionnels des soins de santé en Belgique comprend, notamment, les personnes qui peuvent exercer l'art infirmier en Belgique. Les personnes qui veulent exercer une profession reconnue des soins de santé en Belgique doivent obtenir un visa auprès du SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement [voir 1.6.1 visa].

Ce cadastre offre donc un récapitulatif de toutes les personnes ayant introduit une demande d'exercice d'une activité professionnelle agréée, ici, en l'occurrence, les infirmiers. Il permet donc d'avoir une vue des personnes qui peuvent exercer la profession mais pas celles qui l'exercent effectivement^{xix}.

Pour être repris en tant que professionnels dans les statistiques annuelles (= le cadastre), il importe de répondre aux conditions suivantes :

- La personne doit être « intégrée » dans la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) ; c'est-à-dire qu'elle doit pouvoir être retrouvée dans les fichiers de la BCSS à partir de son nom, prénom, sexe, date de naissance et avoir un numéro de registre national valable. Les données d'identification doivent être mises à jour dans le registre national et elle doit être en vie au 31/12 de l'année de référence.
- Le visa du professionnel de santé doit être valable au 31/12 de l'année de référence. Seuls les visas définitifs ou provisionnels sont comptabilisés.
- Le professionnel doit disposer, au 31/12 de l'année de référence, d'une adresse valide en Belgique ». »

Pour certains titres particuliers ou qualifications professionnelles, un agrément est d'application, en plus du visa. (voir 1.6.3 Agrément) Il existe 11 titres professionnels particuliers (spécialisations) et 6 qualifications professionnelles particulières. Actuellement, 6 titres professionnelles et 4 qualifications professionnelles particulières sont agréés comme mentionné plus haut. Pour davantage de détails sur les formations, voir 1. Formation pour devenir infirmier-ère-s.



xiv PlanCad Infirmiers 2017, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, janvier 2019 xiv Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2020

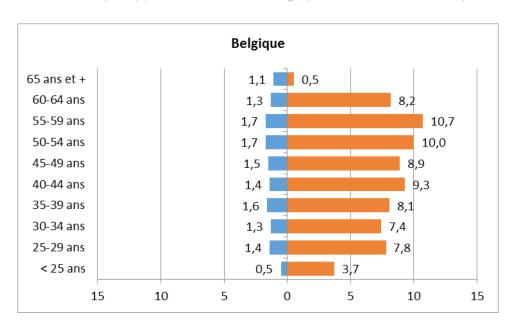
Nombre d'infirmier·ère·s en droit d'exercer en Belgique au 31/12/2017 et 31/12/2018, par province, sur base du lieu de domicile officiel

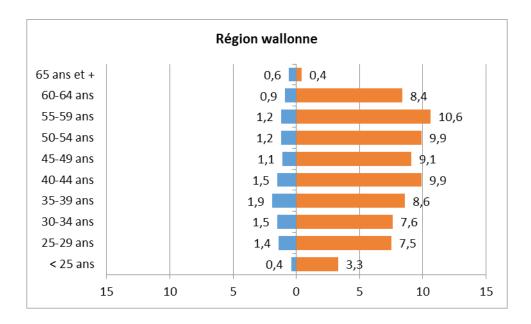
		2017			2018			2019	
	Nombre	%	Nbre infi/1.000 hab	Nombre	%	Nbre infi/1.000 hab	Nombre	%	Nbre infi/1.000 hab
Belgique	190.968	100,0	16,9	196.054	100,0	17,3	199.178	100,0	17,4
Brabant Flamand	20.348	10,7	18,0	20.932	10,7	18,4	21.260	10,7	18,5
Flandre Occidentale	27.234	14,3	23,0	28.015	14,3	23,5	28.636	14,4	23,9
Flandre Orientale	29.405	15,4	19,7	30.193	15,4	20,1	30.873	15,5	20,4
Anvers	29.527	15,5	16,1	30.257	15,4	16,4	30.747	154,4	16,5
Limbourg	18.120	9,5	20,9	18.678	9,5	21,5	19.064	9,6	21,8
Brabant Wallon	5.725	3,0	14,3	5.853	3,0	14,6	5.926	3,0	14,7
Hainaut	20.649	10,8	15,4	21.185	10,8	15,8	21.418	10,8	15,9
Liège	17.620	9,2	16,0	18.070	9,2	16,4	18.158	9,1	16,4
Namur	8.583	4,5	17,5	8.877	4,5	18,0	8.957	4,5	18,1
Luxembourg	4.071	2,1	14,5	4.134	2,1	14,6	4.164	2,1	14,6
Région de Bruxelles- Capitale	9.686	5,1	8,2	9.860	5,0	8,3	9.975	5,0	8,3

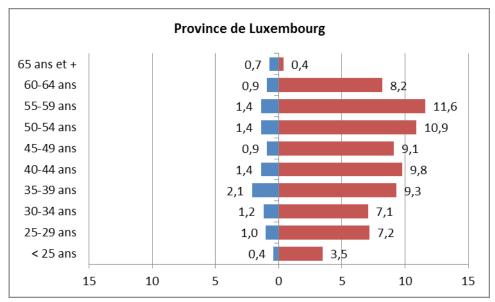
Source : Cadastre

En matière d'offre, le nombre d'infirmier ère s pouvant exercer est en augmentation entre 2017 et 2019. La densité par 1.000 habitants reste néanmoins relativement stable. La province de Luxembourg présente une densité très faible d'infirmier ère s pouvant exercer (juste après la Région de Bruxelles-Capitale).

Infirmier·ère·s pouvant exercer (en %) par sexe et tranche d'âge (données au 31/12/2019)



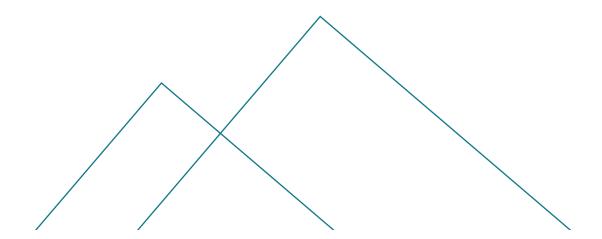




Source: Cadastre

Quel que soit le territoire, le nombre d'infirmier-ère-s pouvant exercer est plus important dans les tranches d'âges les plus avancées.

A noter, finalement, que tout comme la population générale, un vieillissement de la population des infirmier-ère-s peut être constaté. Ainsi, comme le rappelle l'UGIB⁵⁶: « La répartition des infirmiers selon l'âge : les 25-30 ans et les 30-35 ans sont moins nombreux que toutes les catégories d'âge entre 35 et 60 ans par région d'activité pour la Belgique (le pic d'activité se trouvant dans le groupe des 45-50 ans). Ceci pose la question du manque d'attractivité de la profession. »



		Belg	gique	Région \	Wallonne		nce de nbourg
		Nombre	% (N/ Total Infi)	Nombre	% (N/ Total Infi)	Nombre	% (N/ Total Infi)
	Gériatrie	3.311	1,7	724	1,2	28	0,7
Qualification professionnelles	Santé mentale et psychiatrie	2.015	1,0	675	1,2	33	8,0
particulière	Diabétologie	930	0,5	317	0,5	24	0,6
	Soins palliatifs	935	0,5	409	0,7	45	1,1
	Gériatrie	2.244	1,1	484	0,8	29	0,7
	Oncologie	3.111	1,6	865	1,5	34	0,8
	Soins intensifs et aide médicale urgente	12.089	6,1	4.357	7,4	349	8,4
Titre	Pédiatrie et néonatologie	4.842	2,4	1.773	3,0	77	1,8
professionnel particulier	Santé mentale et psychiatrie	2.687	1,3	841	1,4	33	0,8
	Soins péri-opératoires, anesthésie, assistance opératoire et instrumentation	2.110	1,1	709	1,2	60	1,4

Source : Cadastre

La province de Luxembourg présente une proportion plus faible d'infirmier-ère-s ayant les titres requis pour les disciplines suivantes : oncologie, gériatrie, pédiatrie et santé mentale par rapport à la Belgique et la Région wallonne. A l'inverse, les données montrent qu'il y a un pourcentage plus important d'infirmier-ère-s ayant un titre pour les soins intensifs et aide médicale urgente en province de Luxembourg qu'en Belgique et Région wallonne. Ce titre est notamment dispensé par la HERS à Libramont.

3.2.2. Chiffres du PlanCad

« Les données reprises dans le cadastre présentent certaines limites. Il ne permet pas en effet de déterminer si les professionnels agréés sont effectivement actifs, d'estimer leur taux d'activité et d'identifier leur secteur d'activité. Afin d'obtenir ces informations, absentes au sein du cadastre, la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé a réalisé un « PlanCad ». Il s'agit de couplages de données entre le cadastre, le Datawarehouse Marché du Travail et Protection Sociale (DWH MT&PS) et les données disponibles provenant de l'INAMI »^{xxi}.

xxi Les données du cadastre tiennent compte du lieu du domicile, tandis que les données du PlanCad tiennent compte du lieu d'activité.

Répartition des infirmier ères actifs selon le lieu d'activité et selon la communauté (31/12/2017)

	Pro	fessionne	ellement ac	tif	Actif	dans les s	oins de sa	inté
Lieu d'activité ou communauté	N	Densité pour 10.000	ETP Total	ETP Moyen	N	Densité pour 10.000	ETP Total	ETP Moyen
		Pro	vince d'act	ivité			,	
Bruxelles	15.608	130,2	12.975	0,83	12.927	107,84	11.366	0,88
Flandre occidentale	20.206	169,65	15.298	0,76	17.620	147,94	14.513	0,82
Flandre orientale	21.378	142,04	16.683	0,78	18.837	125,16	15.908	0,84
Brabant flamand	11.937	104,85	9.286	0,78	10.040	88,19	8.414	0,84
Anvers	22.871	123,8	17.627	0,77	19.827	107,32	16.318	0,82
Limbourg	12.589	144,55	9.564	0,76	11.131	127,81	9.089	0,82
Hainaut	16.817	125,35	14.491	0,86	15.347	114,39	14.187	0,92
Brabant wallon	3.080	76,79	2.336	0,76	2.625	65,44	2.201	0,84
Namur	5.545	112,46	4.438	0,8	4.914	99,66	4.247	0,86
Liège	13.226	119,66	10.619	0,8	11.952	108,13	10.183	0,85
Luxembourg	2.714	95,82	2.037	0,75	2.389	84,35	2.022	0,85
Etranger et Inconnu	123	0	65	0,53	72	0	65	0,9
	•	Ré	gion d'acti	vité			,	,
Région flamande	88.981	135,79	68.460	0,77	77.455	118,2	64.243	0,83
Région wallonne	41.382	114,18	33.921	0,82	37.227	102,71	32.841	0,88
Région Bruxelles-Capitale	15.608	130,2	12.975	0,83	12.927	107,84	11.366	0,88
Etranger et Inconnu	123	0	65	0,53	72	0	65	0,9
			TOTAL					
Belgique	146.094	128,42	115.422	0,79	127.681	112,24	108.515	0,85

Source: PlanCad Infirmiers 2017

La province de Luxembourg dénombre 2.714 infirmier ère s professionnellement en activité dont 2.389 ont leur activité dans les soins de santé. Pour rappel, selon les données du cadastre (voir *supra*), la province de Luxembourg comptait 4.071 personnes pouvant exercer le métier d'infirmier, soit les personnes en possession du visa. Les chiffres indiquent donc que de nombreux infirmier ère s diplômé es ne travaillent pas en tant que tel dans le secteur des soins de santé. Ces données corroborent le fait que de nombreux infirmier ère s quittent la profession et se réorientent dans d'autres secteurs.

Comparée aux autres provinces, la province de Luxembourg présente une densité d'infirmier-ère-s en activité pour 10.000 habitants nettement plus faible et se place directement après le Brabant wallon.

En ce qui concerne la répartition des infirmier-ère-s en activité par tranche d'âge, celle-ci n'est pas différente entre les territoires. Peu de différences sont également constatées entre les tranches d'âges des infirmier-ère-s pouvant exercer (voir graphiques *supra*) et celles des infirmier-ère-s en activité. Dès lors, les données par âge n'ont pas été présentées dans cette section.

Répartition des infirmier-ère-s en activité dans les soins de santé dans le cadre de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) en province de Luxembourg selon l'âge et le secteur d'activité, Province de Luxembourg (31/12/2016)

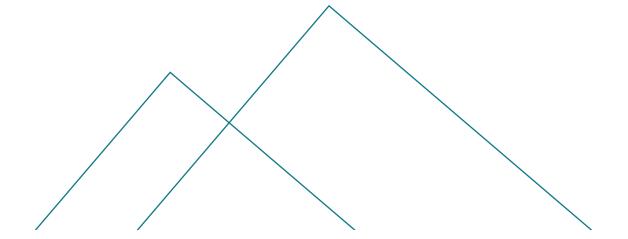
		Secteur des soins de santé (ONSS+)												
	Hôpital		de (MF	aison Repos I) et de s(MRS)		oins à micile	blic o	tre Pu- d'Action ociale PAS)		Aide	Autr	re santé	Total	santé
Age	Z	ETP Moyen	Z	ETP Moyen	N	ETP Moyen	Ν	ETP Moyen	Z	ETP Moyen	N	ETP Moyen	Z	ETP Moyen
< 30	323	0,96	40	0,84	50	0,74	19	0,94	11	0,75	4	0,8	446	0,92
30<45	552	0,87	104	0,81	102	0,68	58	0,78	27	0,66	29	0,87	864	0,83
45<60	528	0,79	86	0,74	93	0,64	61	0,84	25	0,67	27	0,69	814	0,77
60+	60	0,76	9	0,61	9	0,58	11	0,8	2	0,75	1	0,5	92	0,73
Tot	1.463	0,86	239	0,78	254	0,67	149	0,82	65	0,68	61	0,78	2.219	0,82

Source: PlanCad

En province de Luxembourg, 1.463 infirmier ère s travaillent dans un hôpital, 239 au sein de maisons de repos (et de soins) et 254 dans le secteur des soins à domicile (données de l'ONSS).

Quel que soit le secteur d'activités, le temps de travail diminue avec l'âge des infirmier·ère·s.

A ce jour, il n'y a pas de cadastre des infirmier-ère-s indépendant-e-s au sein de la province. Début juin 2020, l'Association des Infirmiers Indépendants de la Province de Luxembourg (AIIL) dénombre 99 affilié-e-s. Par ailleurs, lors de la crise du Covid-19, afin de procéder à la distribution des masques, un formulaire google forms a été créé par l'AIIL et a permis d'identifier 170 infirmier-ère-s indépendant-e-s en activité principale et 70 en activité secondaire sur le territoire provincial.



29

Lieu d'activité	Statut professionnel			Ge	INAMI	
	% Salarié	% Combiné	% Indépendant	% Homme	% Femme	% au moins 8.931 ^{xxii} prestations
Flandre occidentale	85	6,9	8,1	13,8	86,2	20,5
Flandre orientale	88,2	5,6	6,3	14,6	85,4	17,3
Anvers	86,7	6,5	6,8	14,4	85,6	14,7
Limbourg	81,6	6,4	12	14,4	85,6	28
Brabant flamand	85,4	6,4	8,2	16	84	17,7
Bruxelles	89	9,4	1,6	17,7	82,3	6,8
Brabant wallon	80,2	11	8,8	12,3	87,7	18,2
Hainaut	72,8	13,6	13,6	14,5	85,5	27,4
Namur	79	9,6	11,5	13,5	86,5	20,3
Liège	84,2	9,8	6	14,3	85,7	14,7
Luxembourg	86,1	7,8	6,1	11,1	88,9	19
Etranger ou inconnu	/	/	100	20,9	79,1	100
Total	84,1	8	7,9	14,7	85,3	18,3

Source: PlanCad

En province de Luxembourg, 86,1% des infirmier·ère·s en activité dans le secteur des soins de santé sont salarié·e·s, 6,1% sont indépendant·e·s et 7,8% combinent les 2 statuts (salarié et indépendant). Par rapport aux autres provinces wallonnes, la province de Luxembourg dénombre une proportion plus importante de salariés ; à l'inverse, la proportion d'infirmier·ère·s ayant les 2 statuts et la proportion des infirmier·ère·s exclusivement indépendant·e·s sont, pour la plupart, inférieures.



ce chiffre correspond au nombre médian de prestations réalisées par le groupe d'âge 45-54 ans des indépendants exclusifs.

3.2.3. Projections

« Le suivi de l'évolution des effectifs des professionnels de santé permet d'anticiper les déficits et surplus et de prendre donc les mesures adéquates afin d'y remédier. Afin d'atteindre cet équilibre entre l'offre et la demande en professionnels de santé, la Cellule Planification a réalisé des projections de l'offre future des infirmiers. Trois scénarios différents ont été élaborés : un scénario de base, un scénario bas et un scénario haut.

Les scénarios permettent de traiter la question de savoir comment l'offre d'infirmiers évoluera par rapport à la demande en soins infirmiers. Les trois scénarios ont donné une réponse différente :

- Le scénario de base prévoit une augmentation de l'offre d'infirmiers francophones et une diminution de l'offre d'infirmiers néerlandophones. Il donne comme résultat, une diminution de la densité d'ETP pondérée par 10.000 habitants, pour les deux groupes linguistiques. Cette diminution est nettement plus importante du côté néerlandophone.
- Le scénario haut prévoit une augmentation de l'offre, dans les deux groupes linguistiques, mais plus marquée du côté francophone. Cela affecte également le rapport entre l'offre et la demande. Une légère diminution de la densité d'ETP pondérée par
- 10.000 habitants est attendue du côté francophone jusqu'en 2024, suivie d'une augmentation progressive. Du côté néerlandophone, la densité d'ETP pondérée par 10.000 habitants diminue jusqu'en 2034 puis augmente progressivement.
- Le scénario bas prévoit une stabilisation de l'offre d'infirmiers francophones et une forte baisse de l'offre du côté néerlandophone. La densité d'ETP pondérée par 10.000 habitants diminue pour les deux groupes linguistiques. Cette diminution est particulièrement prononcée du côté néerlandophone. L'écart se creuse donc entre l'offre et la demande.

En d'autres termes, tous les scénarios conduisent à court terme à une diminution de la densité d'ETP infirmiers pondérée par 10.000 habitants, dans les deux groupes linguistiques. Cette réduction est toujours nettement plus marquée du côté néerlandophone. Même le scénario le plus favorable (= le scénario haut), dans lequel l'offre connaîtrait la plus forte augmentation, ne peut répondre que partiellement à la demande croissante en soins infirmiers »^{xxiii}.



Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé (2014), Scénarios de l'évolution de la force de travail « infirmiers », Service professions de santé et pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaine alimentaire et Environnement, Décembre 2014.

Nombre de salariés	Date de référence								
Secteur d'activité	2012.03.30	2013.03.29	2014.03.31	2015.03.31	2016.03.31	2017.03.31	2018.03.30		
A - Agriculture, sylviculture et pêche	140	130	150	170	150	170	170		
B - Industries extractives	10	10	10	10	10	10	20		
C - Industrie manufacturière	4.180	4.120	4.160	4.170	4.210	4.270	4.390		
D - Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	30	30	40	50	50	60	60		
E - Production et dis- tribution d'eau, assai- nissement, gestion des déchets et dépollution	80	70	70	80	80	70	80		
F - Construction	4.450	4.460	4.680	4.630	4.930	5.200	5.420		
G - Commerce, répara- tion d'automobiles et de motocycles	6.410	6.510	6.670	6.750	6.930	7.090	7.280		
H - Transports et entreposage	4.200	4.260	4.240	4.160	4.310	4.250	4.310		
I - Hébergement et restauration	920	890	950	990	1.060	1.140	1.190		
J - Information et communication	2.560	2.610	2.670	2.730	2.870	2.970	3.060		
K - Activités financières et d'assurance	6.120	6.070	6.030	6.010	5.980	5.960	5.970		
L - Activités immobilières	190	190	200	220	240	230	250		
M - Activités spécialisées, scientifiques et techniques	5.080	5.360	5.510	5.730	5.820	6.050	6.340		
N - Activités de services administratifs et de soutien	1.840	1.920	1.960	2.160	2.360	2.530	2.580		
O - Administration publique	330	340	370	360	380	390	470		
P - Enseignement	190	220	240	240	250	270	270		
Q - Santé humaine et action sociale	2.030	2.190	2.310	2.430	2.510	2.670	2.880		
R - Arts, spectacles et activités récréatives	90	110	110	120	120	120	130		
S - Autres activités de services	380	390	390	420	420	420	450		
T - Activités des ménages en tant qu'employeurs, activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre	100	100	110	100	110	100	130		
U - Activités extra- territoriales	50	50	40	50	50	50	50		
Z - Non déterminé	180	130	110	160	120	80	100		
Total général	39.560	40.160	41.020	41.740	42.960	44.100	45.600		

Au 30 mars 2018, 2.880 Belges travaillent au Grand-Duché de Luxembourg dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale. Néanmoins, ce nombre comprend également des Belges provenant d'autres provinces (surtout limitrophes avec le Grand-Duché de Luxembourg). De plus, ce chiffre englobe toutes les professions du secteur « santé humaine et action sociale » et donc pas uniquement le personnel infirmier. Par ailleurs, il apparaît que le nombre de frontaliers, au sein du secteur précité, a augmenté de manière assez importante entre 2011 et 2018.

3.3. Solutions préconisées par la littérature

Comme mentionné *supra*, le métier d'infirmier·ère (spécialisé·e) apparaît dans la liste des « Fonctions critiques et métiers en pénurie » du FOREM⁵⁷.

Il y a donc lieu de réduire l'écart entre l'offre et la demande d'infirmier·ère·s et plus généralement, de professionnel·le·s de la santé. Dans la conclusion de son livre « Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE – Comment répondre à la crise imminente ? », l'OCDE préconisait déjà en 2008, quatre solutions⁵⁸ :

- La consiste à développer la **formation** afin de former encore plus de professionnels de la santé. Il y a donc lieu de travailler sur l'aspect **« attractivité du métier infirmier ».** Lors des entretiens et lors du <u>Workshop</u>, beaucoup d'idées ont émergé afin d'attirer de nouveaux étudiants.

Bon nombre d'auteurs plaident en faveur du niveau Bachelier (voir supra) ; cette tendance semble être suivie puisqu'en 2019, 63% des infirmier ère s avaient un diplôme de Bachelier et ce nombre augmente de façon continue⁵⁹

- La 2^e solution est de favoriser le maintien en poste ou la « **rétention du personnel de santé** ».

A cet égard, l'étude européenne « NEXT » (Nurses' Early Exit Study) a été initiée en 2002 dans dix pays^{xxiv}, dont la Belgique. Quelques résultats et pistes d'action sont exposés *infra*. A ce jour, aucune étude plus récente n'offre le même contenu.

- L'accroissement de la productivité constitue la 5 solution proposée par l'OCDE. Certaines évolutions technologiques permettent d'économiser de la main-d'œuvre, par exemple par la mise en place de systèmes informatiques ; les infirmier-ère-s disposeraient ainsi de plus de temps à consacrer aux patients, toujours selon l'OCDE.

Lors des entretiens avec les infirmier ères, une question portait sur cette thématique :

- o « Est-ce que vous pensez que l'utilisation de nouvelles technologies/outils connectés/logiciels métiers/Réseau de Santé Wallon (RSW)/... pourrait améliorer votre quotidien ?
- o Qu'est-ce que qui est déjà mis en place à ce niveau?
- o Est-ce utilisé?
- o Qu'en pensez-vous?»

- La 4 et dernière solution conseillée par l'OCDE pour remédier à la pénurie en personnels de santé consiste à recourir au **recrutement international d'infirmières**. Ce recrutement a un impact immédiat sur les stocks de professionnels, contrairement à l'éducation dont les effets se feront sentir plus tard, à supposer que les Etats investissent dans la formation. Même sans être recruté·e·s, beaucoup d'infirmier·ère·s étranger·ère·s migrent en quête de prospérité ou de meilleures conditions de travail. Un dilemme se pose alors : le droit pour les individus de migrer et de chercher des opportunités à l'étranger et l'« éthique », qui empêche que les pays en développement connaissant une pénurie aiguë de personnel de santé soient vidés de leurs effectifs au profit des pays développés qui, certes, connaissent également une insuffisance mais moindre par rapport à celle qui sévit en Afrique ou en Asie^{xxv}. Les conséquences de ces migrations, qu'elles aient été initiées par un recrutement ou non, ne sont pas à négliger. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a d'ailleurs adopté en 2010 un « Who global code of Practice of International Recruitment of Health Personnel »⁶⁰.

3.4. ETUDES INITIÉES EN BELGIQUE ET RÉSULTATS

Bon nombre d'études et enquêtes ont été menées en Belgique ces dernières décennies afin de mieux comprendre les raisons qui poussent les infirmier·ère·s à quitter leur profession et ainsi de mieux appréhender le turnover et mener à bien des actions en matière d'attractivité et de rétention du personnel infirmier. A titre d'exemples, guelques-unes sont développées ci-dessous.

3.4.1. L'étude européenne « NEXT»

L'étude européenne « NEXT » (Nurses' Early Exit Study) a été initiée en 2002 dans dix pays voi, dont la Belgique. Le but de ce projet était double. D'une part, il s'agissait d'analyser pourquoi les infirmier ère s quittent leur profession prématurément et d'autre part, d'analyser les conditions de travail, l'état de santé des infirmier ère s et le contenu du travail infirmier.

Dans chaque pays, l'échantillon comprenait 7.000 infirmier ère s issu e s d'hôpitaux, de centres de longs séjours pour personnes âgées et de services de soins à domicile xxvii.

Nombreux sont les résultats intéressants qui ressortent de cette étude en ce qui concerne la Belgique. Ainsi, en une année, les institutions de santé belges qui ont participé à l'étude ont enregistré 593 départs volontaires, soit un taux de rotation global de 8,5% (minimum: 0,6%, maximum: 21,6%)⁶².

59% de ces infirmier·ère·s ont justifié leur choix de quitter leur emploi pour des raisons professionnelles, 30% ont

invoqué des raisons personnelles (déménagement, enfants, départ à l'étranger,...), salariales ou liées à la santé. 10% ont rompu leur contrat pour se développer professionnellement (nouvelle formation ou nouvelle expérience)⁶³.

La faible ancienneté dans l'institution a également été mise en lumière. « Bien que l'ancienneté professionnelle moyenne soit élevée (m=15,1 ans) (...), l'ancienneté moyenne dans l'institution est inférieure à 5 ans. La mobilité des infirmières peut s'expliquer par la formation de base polyvalente et par le besoin perpétuel de combler des postes vacants dans les soins de santé⁶⁴. »

xxv OCDE (2008) Op. cit., p. 85-86.

xwi Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Norvège et Slovaquie.

[🚧] En Belgique, 37 institutions ont été sélectionnées : 16 hôpitaux, 11 maisons de repos et 10 services de soins à domicile.

L'étude a également permis de savoir ce que ces infirmier ère s avaient décidé de faire après avoir quitté leur emploi. 87% des infirmier ère s qui ont mis fin à leur contrat ont obtenu un nouvel emploi, dans l'un des trois secteurs principaux : les services de soins à domicile, les MR/MRS ou les hôpitaux. Les raisons du changement sont alors une quête de meilleures conditions de travail. Finalement, 13% renoncent à la pratique des soins mais se reconvertissent dans le secteur social (crèches, écoles,...) ou de la santé (secteur pharmaceutique)⁶⁵.

En ce qui concerne le secteur hospitalier, Sabine STOR-DEUR et al. ont classé les institutions participantes à l'étude NEXT en quatre groupes d'hôpitaux*** suite à la constatation que le taux de rotation annuel variait sensiblement d'un hôpital à l'autre. Ainsi, ils ont comparé les hôpitaux du premier quartile (institutions ayant un taux de rotation inférieur à 3%, définies comme institutions attractives) et les institutions du quartile 4 (taux

de turnover supérieur à 11%, définies comme institutions conventionnelles). Le but de ce classement est de connaître les caractéristiques des institutions hospitalières attractives⁶⁶.

Cette analyse organisationnelle a révélé qu'il n'y avait aucune différence entre ces deux types d'institutions à plusieurs niveaux, à savoir : la taille de l'hôpital, le type de propriétaire, l'intensification de l'activité clinique ces cinq dernières années, l'équilibre financier, le vécu de changements organisationnels (fusion, réorganisation, groupement...) ou les pratiques de ressources humaines (proportion de contrats à durée indéterminée, échelles salariales...).

Par contre, la proportion de postes infirmiers vacants était égale à 0% dans les institutions attractives et variait entre 1,6% et 15,8% dans les institutions conventionnelles⁶⁷.

Les indicateurs qui se sont distingués en faveur des institutions attractives sont les suivants⁶⁸:

- Le sens que les infirmier ère s trouvent dans leur travail. Les infirmier ère s ont estimé qu'il y avait un équilibre entre leur projet initial de formation, l'expertise développée et la nature du travail effectué. En outre, leur profession répond à leurs aspirations professionnelles. Finalement, elles ont semblé décrire une adéquation entre leurs valeurs et la philosophie de l'hôpital.
- 2. La latitude de décision. Dans les hôpitaux dits attractifs, les infirmier ère s sont amené es à prendre des décisions, que ce soit dans l'exercice professionnel ou en ce qui concerne l'organisation qui entoure la pratique, par exemple, le niveau de soins requis par le patient.
- 3. Les relations avec la hiérarchie sont également mieux évaluées dans les hôpitaux attractifs. Les infirmier ère s estiment que leur direction « adopte une attitude ouverte et favorise la communication, est sensible aux besoins des équipes, leur apporte du soutien (reconnaissance et réponse aux besoins pratiques), veille au développement professionnel au travers de l'autonomie et des relations de collaboration, valorise la résolution constructive des conflits⁶⁸ ».
- 4. La perception de la charge de travail par les infirmier-ère-s semble plus faible dans les institutions attractives; elles considèrent que les tâches sont réparties de manière équilibrée sur la journée et également entre les différents membres de l'équipe soignante.
- **5.** La pression émotionnelle et le stress sont plus faibles dans les hôpitaux attractifs. Les infirmier ère s ressentent moins d'émotions face à la souffrance, à la mort ou face à des patients difficiles et aussi moins de stress lié au manque de coordination entre infirmier ère s et médecins.
- **6**. Les exigences et les tensions du travail affectent moins leur **vie privée** dans les hôpitaux enregistrant un faible taux de turnover.

L'intérêt de ces résultats était de repérer les caractéristiques organisationnelles des milieux de travail attractifs afin d'élaborer des stratégies concrètes pour améliorer les conditions et l'environnement de travail des infirmier ère s 70.

342 L'étude BELIMAGE

L'étude BELIMAGE a été menée de 2001 à 2003 par l'UCLouvain et la KULeuven. Pas moins de 9.941 infirmier ère s de 22 hôpitaux belges y ont participé. Il s'agissait d'une étude de grande envergure sur l'image qu'ont, de leur métier, les infirmier ère s qui travaillent dans les hôpitaux belges. L'étude permet de comprendre le problème de la pénurie du point de vue des infirmier ères l'art infirmier se sentent fier ère s d'être infirmier ère s. Si les infirmier ère s ont une image positive de leur profession, il semblerait que le sentiment de frustration et de mécontentement soit énorme. 54% disent qu'ils elles ne travailleront pas en tant qu'infirmier ère s jusqu'à la fin de leur carrière et 39% choisiraient une autre formation si c'était à refaire refaire.

3.4.3. Le projet ARIQ

Le projet ARIQ (Attraction, Rétention, Implication des Infirmières et Qualité des Soins) dont les résultats ont été publiés en 2006⁷³, visait à « *identifier les caractéristiques d'un environnement organisationnel favorable au bien-*être et à la satisfaction du personnel et à la qualité des soins⁷⁴». Il s'agissait donc de déterminer l'institution idéale en matière de structure, de pratique et de gestion, en tenant compte des particularités du contexte des hôpitaux belges et de dégager un modèle de gestion qui tienne compte de l'équilibre entre bon climat organisationnel et atteinte de buts en termes de qualité des soins⁷⁵.

Cette étude s'est déroulée en trois grandes étapes.

La première consistait en une étape de documentation ou plus exactement en une revue de littérature sur les déterminants du *turnover*. Pour cette première phase de la recherche, les études NEXT, Manpower Planning et BELIMAGE (cfr *supra*) ont été utiles en ce qui concerne leurs résultats⁷⁶. Cette étape de documentation s'est également basée sur la littérature concernant les Magnet Hospitals des USA^{xxix}.

La phase de contextualisation, deuxième étape, avait pour objectif d'adapter ces conclusions au contexte belge et d'aboutir à la formulation d'un modèle d'établissement attractif⁷⁷, en se basant notamment sur la grille des 14 forces des *Magnet Hospital*⁷⁸. Ce modèle a été établi à partir de l'expérience concrète de 12 hôpitaux pilotes. En conclusion, il a été établi que l'institution attractive se définit autour de trois axes communs, à savoir le sens de la mission, le support organisationnel aux personnes et l'ouverture vers l'extérieur⁷⁹.



^{*** **} Aux États-Unis, les « hôpitaux aimants » (magnet hospitals) mettent en œuvre des pratiques qui ont fait la preuve de leur efficacité, notamment : mise en place d'une structure organisationnelle plate, décentralisation des décisions, flexibilité des horaires, relations positives entre personnel infirmier et médecins, possibilités de développement professionnel, bon équilibre entre effort et récompense et investissements dans la formation du personnel infirmier (Hasselhorn et al., 2005). Ces établissements sont parvenus à attirer et retenir les infirmiers au moment où l'offre de personnel faisait sérieusement défaut, tout en obtenant de bons résultats sur le plan de la santé des patients. Le nombre d'hôpitaux ayant obtenu ou demandé, au titre du programme « magnet recognition » que soit reconnue l'excellence organisationnelle de l'administration de leurs services infirmiers, donne à penser que des changements positifs se sont produits dans l'environnement de travail du personnel infirmier aux États-Unis (Aiken et Cheung, 2008). » in OCDE (2008) Op. cit., p.44.

LES DIFFÉRENTS AXES DU PROJET ARIQ80

Axes	Dimensions		Références
Axe 1- Le sens de la mission	Dimension 1	Valeurs, vision stratégique et politiques claires	Définition claire des orientations stratégiques Structure organisationnelle horizontale 3. Place centrale du patient 4. Engagement envers la qualité 5. Modèles professionnels de soins 6. Respect mutuel entre les disciplines
	Dimension 2	Qualité de leadership des dirigeants	7. Leadership infirmier fort et visible 8. Gestion participative des collaborateurs 9. Maîtrise des processus de gestion des res- sources humaines
	Dimension 3	Activités de recherche et image des soins infirmiers	 10. Activités de recherche pour l'amélioration de la qualité des soins 11. Reconnaissance des infirmières à délivrer des soins de qualité 12. Infirmières cliniciennes ou de pratique avancée : soutien et consultation
Axe 2 – Le support organisationnel aux personnes	Dimension 4	Politiques et programmes de personnel	13. Politiques et programmes de personnel créatifs et flexibles 14. Revalorisation du lieu de travail 15. Facilités accordées aux collaborateurs pour assurer l'équilibre famille-travail
	Dimension 5	Développement professionnel	16. Grande valeur accordée à la croissance professionnelle
Axe 3 – L'ouverture vers l'extérieur	Dimension 6	L'établissement est partie prenante d'un réseau de soins	17. Accords de collaboration entre hôpitaux et services de soins extra-hospitaliers
	Dimension 7	L'établissement exerce un rôle de santé publique	18. Organisation régulière de manifestations de promotion de la santé 19. Un principe de cohérence : la gestion des équilibres et des paradoxes

Finalement, l'étape de généralisation, troisième étape du projet, a consisté en l'évaluation de ce modèle d'établissement attractif par les directions de 40 établissements de soins de santé (hôpitaux, maisons de repos, services de soins à domicile)⁸¹. Le but de cette étape était de s'assurer que ce modèle était transposable à d'autres institutions.

Le projet ARIQ fournit ainsi un cadre pour aider à comprendre comment les différents éléments d'un milieu de travail, en l'occurrence celui des infirmier ère s, sont liés entre eux et comment les employeurs peuvent agir sur la rétention et l'attractivité des infirmier ère s.

3.4.4. L'étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur la dotation infirmière

Plus récemment, en janvier 2020, le KCE a publié une étude intitulée « La dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus⁸² ».

Pour reprendre les termes de la irréprochables, préface de la synthèse de cette étude : « Ce rapport démontre de robuste, que le nombre de patients doivent assurer la prise en charge est bien trop élevé pour répondre aux missions infirmières. Les mouvements de protestation se multiplient, en Belgique comme dans d'autres pays, face à ce constat. Pris en étau entre des dotations inadéquates liées à des règles obsolètes et des exigences de soins professionnels, c'est-à-

le personnel infirmier souffre. (...) Mais ne nous leurrons pas, tout ne sera pas de qualité en toute sécurité, fondés façon scientifique, rigoureuse et résolu à coups de millions d'euros. Avant d'engager du personnel dont infirmiers et infirmières infirmier supplémentaire, il faut et les prestations qu'ils sont en qu'il soit formé et les bancs des pas se remplir sans un regain de l'attractivité pour la profession. De nombreuses études en attestent, ce n'est pas seulement l'attrait du compétences en confiant à d'autres, salaire qui motivera les étudiants et futurs professionnels, même s'il n'est pas à négliger. C'est bien la conviction qu'ils et elles pourront dire humains et techniquement exercer leur profession dans

des conditions de travail qui leur permettront de délivrer des soins sur des pratiques scientifiques et en garantissant aux patients le suivi droit d'attendre. Mieux encore, c'est universités et hautes écoles ne vont la garantie que suite à la formation qu'ils et elles auront suivie, ils et elles pourront se concentrer sur les tâches qui relèvent de leurs formés à cet effet, les multiples tâches de support et de logistique qui polluent leur quotidien. »83.

Bien qu'il n'existe pas de consensus ni de règles simples à propos de la dotation adéquate des unités de soins en personnel infirmier84, force est de constater que les normes actuelles doivent être revues85.

Loin d'être exhaustif et sans entrer dans les détails, voici quelques « messages clés » de ce rapport :

Points positifs

- La Belgique dispose d'un nombre relativement élevé d'infirmier·ère·s : 11 par 1.000 habitants (5ème place en Europe);
- Le nombre d'infirmier·ère·s ayant un diplôme de bachelier augmente de façon continue : 63% en 2019;
- Différents aspects de l'environnement de travail du personnel infirmier se sont améliorés par rapport à 2009, notamment un meilleur leadership et de meilleures relations avec les médecins.

Points moins positifs

- Le nombre moyen de patients par infirmier ère est de 9,4, ce qui est supérieur à la norme générale internationale pour une pratique sûre (8 patients/infirmier ère en journée);
- L'augmentation du nombre d'infirmier·ère·s semble insuffisante pour combler les besoins croissants en soins. Les infirmier ère s déclarent que le nombre d'actes infirmiers nécessaires qu'ils sont incapables d'accomplir faute de temps augmente sans cesse;
- Les infirmier·ère·s continuent d'accomplir de nombreuses tâches qui ne requièrent pas leur expertise : 82% des répondants à l'enquête déclarent servir les repas et 61% assurent le transport des patients dans l'hôpital.

L'UGIB estime que cette étude envoie un signal important au Gouvernement afin qu'il investisse davantage dans le secteur hospitalier (sans oublier les autres secteurs⁸⁶) en augmentant le nombre d'emplois infirmiers, par conséquent, pour que des soins de qualité soient fournis aux patients. Ce qui améliorera également l'attrait de la profession infirmière⁸⁷.

Ces différentes études ont aidé à la rédaction du guide d'entretien sur la base duquel les infirmier ère s ont été interrogé es (voir méthodologie). Plutôt que de s'attarder sur les causes et les facteurs explicatifs du *turnover* ou du manque d'attractivité de la profession, largement étudiés dans la littérature ces dernières décennies, le guide d'entretien était centré sur les pistes de solutions à mettre en œuvre pour « contrer » ces déterminants et ainsi, agir tant sur la rétention des infirmier ère s que sur l'attractivité du métier.

3.5. Mesures pour pallier le manque d'infirmier ère s en Belgique

Afin d'y remédier, en février 2009, Mme ONKELINX, Ministre belge de la Santé publique et des Affaires sociales, a présenté, son Plan d'attractivité pour la profession infirmière. Celui-ci visait à attirer de nouveaux praticiens de l'art infirmier et à améliorer les conditions de travail des infirmier ère s. Ce Plan comportait quatre axes d'action, à savoir 88:

- l'allègement de la charge de travail et du stress,
- les qualifications,
- les rémunérations,
- la reconnaissance sociale et l'implication dans le processus de décision.

Depuis lors, bon nombre d'arrêtés royaux ont été adoptés pour détailler les conditions d'octroi de primes et sursalaires. De plus amples informations sont disponibles sur le site du SPF Santé Publique : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/190712_faq_papi_fr_15.pdf (document mis à jour en juillet 2019).

Un nouveau modèle salarial est aussi proposé. Il s'agit d'une nouvelle classification des fonctions de la CP 330 « Etablissements et services de santé » selon la méthode de l'Institut de Classification de Fonctions IF-IC1^{xxx} qui a pour objectif de revaloriser le salaire de manière cohérente et équitable et de permettre le soutien de la politique de formation notamment ⁸⁹.

La première phase de cette implémentation a eu lieu en 2018 et est toujours en cours⁹⁰.

Plus récemment, suite aux nombreuses revendications du secteur et au mouvement des « Blouses Blanches » de juin 2019 à travers toute la Belgique, une proposition de résolution visant à soutenir la profession infirmière afin de garantir son attractivité et d'assurer des soins de qualité aux patients a été déposée en octobre 2019 à la Chambre et a été approuvée dans la foulée. Un fonds d'urgence « Fonds Blouses Blanches » de 67 millions d'euros a été dégagé pour répondre aux besoins du terrain. Un engagement moral a aussi été pris pour octroyer un fonds de 400 millions d'euros à partir de 2020. Les modalités pratiques de l'octroi de ces fonds ne sont pour l'heure pas encore connues mais le secteur, et notamment l'Union Générale des Infirmiers de Belgique (AUVB-UGIB-AKVB) se réjouit de cette reconnaissance et de ce soutien. 91

MÉTHODOLOGIE

près avoir dressé une infime partie du contexte, vient la démarche méthodologique qui a guidé toute cette enquête de terrain. Dans ce chapitre, l'objectif sera exposé, ainsi que le champ de l'étude. Bon nombre d'experts sont intervenus tout au long du processus ; aussi bien en tant que personnes ressources ayant aidé à la définition des enjeux et au cadrage du champ de l'étude qu'en tant que superviseur de celle-ci. Ils seront listés.

La manière dont l'échantillon a été constitué sera ensuite expliquée ainsi que la manière dont se sont déroulés les entretiens. Dans le souci de préserver l'anonymat des participant es, ces personnes ne seront pas citées.

Finalement, il sera fait état de quelques considérations sur l'analyse et le *Workshop* qui a été organisé en octobre 2019.

1. OBJECTIF

Plutôt que de faire émerger les causes de la pénurie, largement étudiées par littérature ; nous avons tenté d'identifier des solutions en réponse aux facteurs explicatifs du turnover et du manque d'attrait de la profession afin de pallier le manque d'infirmier-ère-s.

Ainsi, l'objectif de notre recherche consiste à identifier des solutions à l'échelon provincial afin d'améliorer l'attractivité de la profession et la rétention des infirmier ère s en province de Luxembourg.

2. CHAMP DE L'ENQUÊTE

Les entretiens ont été réalisés parmi les infirmier ère s exerçant au sein des secteurs suivants :

- Hospitalier;
- Soins à domicile (tant les employé·e·s que les indépendant·e·s);
- Maisons de repos et maisons de repos et de soins (MR/MRS).

3. COMITÉ DE PILOTAGE - SUPERVISION DE L'ENQUÊTE

Un Comité de pilotage composé de représentants des différents secteurs, de l'administration provinciale et du cabinet du Député provincial en charge de cette compétence a été mis en place pour la supervision de l'étude.

Par ailleurs, le Collège provincial a décidé de faire appel à Céline DECLEIRE afin qu'elle apporte son expertise sur la problématique au vu de ses travaux en la matière.

4. ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Parallèlement à des recherches documentaires et chiffrées, 16 personnes ressources ont été rencontrées dans cette matière afin de cerner au mieux les enjeux de cette demande croissante d'infirmier-ère-s :

- Miguel LARDENNOIS, Chef de Cellule, Stratégie des Professions de Santé du Service Public Fédéral Santé Publique ;
- Fabienne NAVEAUX, Analyste des secteurs dits « non marchand » pour le FOREM ;
- les Directions des différents secteurs du métier :
 - Bénédicte LEROY, Directrice des Soins infirmiers, VIVALIA, pour les infirmier ère s hospitalier ère s ;
 - Christine PRESER et Bernadette POIRRIER de l'Association des Infirmières Indépendantes de la province de Luxembourg (AIIL), pour les infirmier ère s indépendant es ;
 - Nathalie DEMEYER, Directrice infirmière d'Aide et Soins à Domicile (ASD), pour représenter les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD);
 - Stéphanie PIERRARD, Directrice adjointe de la Résidence de Knippchen à Arlon;
 - Caroline THOLL, Directrice de la Séniorerie L'Enclos à Etalle;
 - Virginie PALIZEUL, Infirmière en chef de la Résidence de la Fontaine à Villance (Libin) ;
 - Vincent BORREY, Directeur du Home Jamotte à La-Roche-en-Ardenne ;
 - Autres directions de maisons de repos et de soins rencontrées lors d'une Commission MR/MRS (composée des Directions des MR/MRS publiques des CPAS et de VIVALIA) et échanges ;

- Alda DALLA VALDE, Présidente de la Chambre francophone de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique(UGIB);
- Les écoles d'infirmier·ère·s de la province de Luxembourg :
 - Jacinthe DANCOT, Coordinatrice de la section soins infirmiers de la Haute Ecole Robert Schuman (HERS) de Libramont ;
 - Pascal LOTHAIRE, Chef d'atelier de l'Institut Centre Ardenne (ICA) de Libramont;
- Cécile BOLLY, Docteure et Professeure à l'UCLouvain et au Centre de recherche appliquée et de formation continue RESSORT ;
- Nathalie SOWA, Infirmière, Pédagogue et Facilitatrice en communication interpersonnelle, accréditée en animation de groupe de codéveloppement professionnel;
- Anne-Caroline ERNST, Conceptrice d'Infigestion, solution de gestion pour infirmier·ère·s indépendant·e·s à domicile ;
- Céline DECLEIRE, Docteure et Chargée de recherches en Sciences sociales, Département des Sciences politiques, sociales et de la communication, Université de Namur dont la thèse porte sur l'« Évolution d'un malaise professionnel infirmier : entre récurrences et mutations : Enquêtes auprès d'infirmiers-ères hospitaliers-ères en Belgique et en Fédération Wallonie-Bruxelles ».

En plus de ces rencontres, des échanges réguliers ont eu lieu avec la Cellule de planification des professions de soins de santé^{xxxii} ainsi qu'avec le Grand-Duché de Luxembourg, notamment avec l'ADEM et la Direction de la Santé du Ministère de la Santé.

5. SÉLECTION DES PARTICIPANTS

La sélection reprend des infirmier-ère-s qui travaillent actuellement au sein des secteurs identifiés (hôpital, soins à domicile et maisons de repos) mais également des infirmier-ère-s qui ont quitté ces structures, principalement pour le Grand-Duché de Luxembourg.

Au sein de chaque secteur, des profils différents ont été retenus en fonction :

- du secteur d'activité (hôpital, soins à domicile, maison de repos et de soins);
- de la localisation (nord, centre et sud du territoire de la Province de Luxembourg);
- du sexe;
- de l'âge ;
- du statut (indépendant versus employé) pour les soins à domicile ;
- du pouvoir compétent (public versus privé) pour les maisons de repos et de soins.

xxxii Cellule de planification des professions de soins de santé - Service Professions de santé et Pratique professionnelle - Direction Générale Soins de santé - SPF Santé

Au sein de chaque secteur, il a été veillé à atteindre le seuil de saturation xxxiii.

Le recrutement des infirmier-ère-s s'est déroulé de manière à être fidèle aux critères repris dans la matrice de sélection détaillée précédemment et afin d'avoir des profils variés par secteur. Des contacts ont été pris via les connaissances des enquêtrices mais surtout via leurs entretiens exploratoires afin de recruter les infirmier-ère-s en vue des entretiens qualitatifs.

Les infirmier ères ont été contactées directement par mail ou téléphone. Les objectifs de l'enquête ont été expliqués et les détails pratiques de l'entretien (lieu, date, heure....) ont été définis.

Un consentement écrit a été signé entre les deux parties lors de l'interview.

Quelques extraits d'entretien illustrant les résultats ont été insérés dans le présent rapport. Afin de préserver l'anonymat des participant es, tous les prénoms sont des prénoms d'emprunt. La tranche d'âge et le secteur d'activité ont par ailleurs été préservés.

6. GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été rédigé sur base de la revue de littérature effectuée (et plus particulièrement l'étude européenne NEXT) et de l'objectif prédéfini.

Voici les différents thèmes abordés :

- Identification de l'interviewé e (âge, sexe, localisation, parcours professionnel...);
- Pénurie : ressenti par rapport à une éventuelle pénurie de la profession ;
- Management au sein du service/de l'équipe ;
- Politique institutionnelle (évolution de carrière, ambiance de travail...);
- Problèmes de santé mentale (charge émotionnelle) ;
- Pratique professionnelle (contexte, projets, stagiaires,...);
- Charge de travail (conditions de travail, nouvelles technologies,...);
- Horaires (conciliation vie privée-vie professionnelle,...);
- Salaires et avantages (ressenti par rapport au salaire, avantages extra-légaux,...);
- Points positifs de la profession.

Le principe de saturation s'applique à la récolte des données et indique le moment ressenti par le chercheur où il se rend compte que la récolte de nouvelles informations n'apporte plus d'éléments nouveaux (ZUNE M. (2010- 2011) Récoltes et analyse de données qualitatives - Notes de cours. UCLouvain, p.55)

7. ENTRETIENS

Des entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de 24 infirmier ère s travaillant au sein de la province ou ayant quitté la Belgique pour le Grand-Duché de Luxembourg. Les personnes ont été sélectionnées en veillant à avoir un panel varié en fonction des critères énoncés précédemment.

Tous les entretiens ont été enregistrés afin de permettre une retranscription (totale ou partielle).

8. ANALYSE ET ORGANISATION D'UN WORKSHOP

Ces entretiens ont été en partie retranscrits et analysés de manière approfondie (analyse catégorielle). Des pistes de solutions ont été dégagées autour de 4 axes :

- 1. Communication (image de la profession notamment);
- 2. Conciliation vie privée-vie professionnelle;
- 3. Formation continue et enseignement;
- 4. Charge de travail tant sur le plan émotionnel qu'organisationnel.

La Province de Luxembourg a alors organisé un *Workshop* infirmier le 15 octobre 2019, à l'Institut Provincial de Formation à Bastogne à destination de l'ensemble des infirmier ère s de la province.

Les objectifs de cette soirée étaient, pour les participant·e·s, de prendre connaissance des premiers résultats/ pistes de solutions de l'étude et surtout de discuter, compléter et préciser les propositions recueillies lors des entretiens pour attirer et retenir les infirmier·ère·s sur le territoire de la province de Luxembourg.

Lors de cette véritable séance de travail, la cinquantaine de personnes présentes a été répartie en sous-groupes afin de réfléchir aux solutions provinciales à mettre en œuvre dans trois thématiques dégagées lors de l'analyse des résultats :

- Conciliation vie privée-vie professionnelle;
- Formation continue et enseignement;
- Charge de travail émotionnelle et organisationnelle.

Il a été décidé que la quatrième thématique, la communication, ferait l'objet d'un groupe de travail spécifique, cet axe s'étant avéré prépondérant et transversal.

D'autres constats liés à des thématiques différentes sont ressortis également des entretiens : valorisation salariale, augmentation des normes en vigueur, reconnaissance de la pénibilité du métier... Ceux-ci étant plutôt du ressort d'autres niveaux de pouvoir, ils seront relayés aux autorités compétentes.

La démarche méthodologique, en deux étapes, a permis de faire émerger et d'approfondir un contenu très riche en termes de solutions à mettre en place pour attirer et retenir les infirmier·ère·s en province de Luxembourg.

9. LIMITES DE L'ENQUÊTE

Lors de toute enquête, certains biais peuvent être identifiés :

- Biais d'énoncé des questions : les enquêteurs, de par le fait de poser la question, peuvent influencer la réponse de l'interviewé·e. Ce type de biais est très fréquent lors d'enquêtes réalisées sous forme d'interview.
- Biais de sélection : les infirmier ère s ont été sélectionné e s sur base des connaissances des enquêtrices et des experts rencontrés. Une attention particulière a été portée sur le fait de rester scrupuleusement fidèle aux critères de sélection (âge, sexe, localisation...).
- Biais de désirabilité sociale : ce biais est également très fréquent lors des enquêtes. Il s'agit de montrer une image de soi qui est conforme à celle qui est attendue.

Afin de limiter au maximum ces biais, différentes mesures ont été mises en place: limite du nombre d'enquêteurs, utilisation d'un seul guide d'entretien identique entre enquêteurs, organisation de séances de supervision avec Céline DECLEIRE.



RÉSULTATS

on nombre d'études et d'enquêtes mettant en exergue le manque d'infirmier ère s et les explications de ce manque ont été menées ces dernières années. De nombreuses mesures ont d'ailleurs déjà été prises, d'autres sont en discussion et seront bientôt mises en place. Le secteur s'en réjouit.

Un autre constat est que notre territoire provincial est particulièrement affecté en raison des départs vers le Grand-Duché de Luxembourg.

En dehors des politiques menées au niveau fédéral, comment améliorer l'attractivité et la rétention dans le métier dans notre province ?

Les entretiens avec les infirmier-ère-s ont permis de dégager quelques pistes de solutions ; c'est l'objet du présent chapitre.

RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Lors des entretiens avec les infirmier ère-s interrogé-e-s, les enquêtrices étaient en attente de réponses en termes de pistes de solutions à mettre en place pour contrer la pénurie de personnel infirmier sévissant en province de Luxembourg et, plus précisément en recherche de solutions à mettre en œuvre pour d'une part attirer des nouveaux professionnels (étudiants par exemple) et d'autre part, retenir ceux actuellement en poste (lutter contre le départ vers le Grand-Duché de Luxembourg, par exemple) au niveau provincial.

Les entretiens furent très riches en contenu et ont parfois duré plus d'une heure, sans pour autant apporter des pistes de solutions à toutes les thématiques abordées. Bon nombre de difficultés ignorées jusque-là par les personnes en charge des entretiens sont apparues, sans que des solutions ne soient proposées pour y faire face.

Par respect pour les personnes interrogées, ces constats ont été relayés, même si aucune solution n'a été proposée et une analyse de ces constats au regard de la littérature nationale et internationale en la matière a été effectuée.

Ces différents constats pourront, à tout le moins, attirer l'attention des décideurs et/ou des employeurs afin, in fine, d'améliorer les conditions de travail des infirmier ère s, objectif sous-jacent d'un travail tant sur la rétention que sur l'attractivité du métier.

Analyse des entretiens

Les entretiens ont été en partie retranscrits. Les entretiens non transcrits dans leur intégralité ont été réécoutés afin d'en ressortir les éléments importants.

Le contenu des entretiens a ensuite fait l'objet d'une analyse approfondie (analyse catégorielle) pour ensuite être présenté lors d'une soirée « *Workshop* » le 15 octobre 2019, voir *supra*.

Thématiques récurrentes

L'analyse du contenu des entretiens a permis de classer les résultats en différentes thématiques. Certaines ont fait l'objet d'un approfondissement lors du *Workshop* du 15 octobre 2019. Les autres seront relayées aux instances compétentes en la matière, soit à l'Etat fédéral (revendications liées aux normes, aux barèmes salariaux, prime en cas de spécialisation...), soit aux employeurs (horaire de travail, services, avantages extra-légaux...).

En effet, le contenu a été traité en fonction du niveau de pouvoir d'actions duquel relèvent les différentes solutions proposées par les personnes interrogées.

Pour faciliter la lecture de ces résultats, les résultats des entretiens seront exposés par thématique et seront suivis par les résultats du *Workshop*. L'ensemble de ces résultats sera synthétisé sur un seul « poster », par thématique.

1. CONFLITS GÉNÉRATIONNELS

Avant d'entrer dans le vif des résultats, il faut relever un constat transversal à toute la société et à tous les métiers, pour lequel il n'y a pas de solution.

Il s'agit du constat selon lequel des conflits ou des mésententes apparaissaient entre des générations différentes car la conception du travail est différente. Cela a été régulièrement soulevé dans les entretiens et lors du *Workshop* du fait des problèmes qui se créent parfois au sein des équipes soignantes à ce sujet.

Le simple fait d'avoir conscience de cette problématique peut cependant permettre une meilleure compréhension et davantage de tolérance envers les individus.

Ainsi, par exemple, Corinne, travaillant à l'hôpital :



Maintenant, les jeunes viennent travailler pour faire autre chose, c'est d'abord le reste [famille, loisirs, vie privée] puis le travail, alors que, [pour] les anciennes infirmières, c'est d'abord le travail et puis le reste.

7

Ou Géraldine, travaillant en maison de repos :



(...) ça a fortement changé aussi... je trouve,... les mentalités (...) on fait beaucoup trop passer sa vie, ses loisirs, sa vie de famille et tout ça, c'est un peu le contraire de [quand] moi je suis sortie [de l'école d'infirmière] (...) quand je suis sortie, on était contente d'avoir un boulot, on ne se posait pas la question des horaires (...) aujourd'hui, c'est Moi, je n'ai plus envie de faire des week-ends (...)

"

On assiste aujourd'hui à un phénomène de conflits de générations, qui ne concerne pas uniquement le métier infirmier mais tous les secteurs professionnels et la société, en général. Les jeunes générations semblent — aux yeux des plus âgées — moins « investies » dans leur emploi ; elles « font leurs heures » et rentrent chez elles, vaquer à d'autres occupations.

Céline DECLEIRE, dans un article intitulé « Transformation du métier infirmier : vers des modèles de pratiques générationnelles différenciées »92, explique que « Les générations plus âgées ont dû s'adapter au cours de cette évolution et, même si elles sont heureuses de certains changements structurels pour le métier d'infirmier, ces avantages, dont elles n'ont pas bénéficié peuvent plutôt être ressentis comme une profonde injustice, et même mener vers une forme de jalousie. Comme si le fait d'avoir connu des difficultés au début de leur carrière légitimait un certain savoir-faire ».

Les conclusions de l'article sont aussi à souligner : « La subjectivation de l'individu contemporain amène un repli sur soi et une recherche centripède de sa sécurité. Pour ce faire, dans une logique de protection, il s'agit d'investir son temps et son énergie dans plusieurs sphères d'activités professionnelles, personnelles, sociales, culturelles, etc. Face à cela, les modes de fonctionnement, plus anciens et plutôt basés sur des logiques de confiance institutionnelle peuvent alors se retrouver en porte-à-faux. (...) La confrontation de ces modèles peut générer des incompréhensions, des jugements voire des jalousies. En effet, (...) les infirmiers plus jeunes, nés dans les années 1970 et 1980, se caractérisent davantage par un investissement pluriel (...). Leur temps est disséqué entre plusieurs sphères, ce qui provoque un temps professionnel amoindri et peut être perçu par les autres générations (modèles des bosseurs, parents ou conciliateurs) comme un temps de moins bonne qualité. » 93.

Afin d'améliorer la compréhension entre les infirmier ère s d'une même équipe ou d'une même institution, le dialogue est indispensable, en tenant compte des attentes différentes tant des plus ancien ne s que des plus jeunes.

2. COMMUNICATION

2.1. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Cette thématique a souvent été mise en avant lors des entretiens qualitatifs. Plusieurs aspects sont sousentendus dans cette rubrique « communication » : d'une part, tout ce qui a trait à l'image du métier et d'autre part, tout ce qui touche à proprement parler à l'échange d'informations et de bonnes pratiques, entre les différents secteurs.

2.1.1. L'image du métier

La communication relative à la manière dont on parle de la profession ; comment le métier est décrit, et donc perçu, toujours de manière négative, ne semble pas optimale.

La solution largement proposée pour remédier à ce constat est de redorer l'image de la profession infirmière en termes positifs et la rendre attractive. Cet objectif tendrait d'une part, à attirer de nouveaux étudiants dans le métier et d'autre part, à faire en sorte que les infirmier-ère-s soient fier-ère-s de leur profession, permettant ainsi une meilleure rétention dans le métier.

Par exemple, Liliane, travaillant en milieu hospitalier:



Je sais pas si c'est un métier à l'heure actuelle qui est très valorisant en fait... parce que (...) il y a beaucoup de pénibilité dans la fonction (...) quand vous faites les nuits, quand vous faites les week-ends, les après-midis,... et quand vous entendez tout ce qui se passe en ce moment [Blouses Blanches], ça ne donne pas envie (...)

77

Les contestations légitimes, relayées par les Blouses Blanches, peuvent ainsi effrayer une part des jeunes en âge d'opérer un choix d'études. Pour d'autres, cependant, le fait que des voix s'élèvent est perçu positivement ; les infirmier·ère·s ne se laissent pas faire et font entendre leurs revendications.

Certain·e·s infirmier·ère·s ont aussi fait part du fait que bon nombre de facettes du métier étaient méconnues du grand public. Les étudiants sont attirés par le côté « urgences », l'adrénaline, ... et les spécialisations telles que la gériatrie apparaissent comme moins attrayantes et font état d'un manque de personnel qualifié. C'est le cas aussi du secteur des maisons de repos et de soins.

2.1.2. Centralisation des informations et échanges entre secteurs

Le deuxième aspect du volet « communication » a trait au constat suivant pointé dans les entretiens : le manque de centralisation des informations. En effet, chaque structure – et donc chaque secteur et/ou institution – dispose de son propre vecteur de communication mais aucun n'a trait à la profession dans sa globalité, à tout le moins au niveau de la province de Luxembourg. Or, un lieu d'échanges au sujet de bonnes pratiques, d'informations, d'offres d'emploi, de formations multisectorielles constituerait une plus-value considérable.

La création d'un cercle infirmier à l'échelon provincial a été citée plusieurs fois comme solution à ce constat. Ce cercle, organe de représentation, aurait évidemment des liens avec l'UGIB, l'ACN,... Il pourrait s'agir d'une antenne locale au niveau provincial d'une institution déjà existante au niveau fédéral.

2.2. CHOIX DE NE PAS TRAITER CETTE MATIÈRE TRANSVERSALE LORS DUWORKSHOP

Cette thématique a largement été développée lors des entretiens, tant avec les personnes ressources qu'avec les infirmier ère s. Un relevé détaillé des éléments proposés se trouve ci-dessous (2.3. Pistes de solutions proposées).

Afin d'éviter les redites et les doublons, le choix de ne pas approfondir cette matière transversale lors du *Workshop* a été opéré ; un groupe de travail a été créé pour cette thématique, rassemblant les personnes particulièrement intéressées par la « communication », au sens large.

2.3. PISTES DE SOLUTION PROPOSÉES

2.3.1. L'image du métier d'infirmier·ère

La première solution proposée est une **campagne de communication** globale autour de la profession infirmière visant à en redorer l'image de **manière positive**, en collaboration avec les acteurs de terrain, à savoir, les écoles d'infirmier-ère-s (ICA et HERS, en l'occurrence), les employeurs d'infirmier-ère-s des différents secteurs et/ou les organismes qui les représentent (l'AIIL par exemple), ainsi que des infirmier-ère-s intéressé-e-s.

Cette campagne sera réalisée en interne, par les services de la Province de Luxembourg.

Objectifs de la campagne :

- Attirer le plus possible de personnes vers le métier d'infirmier·ère·s ;
- Favoriser la rétention de la profession ;
- Montrer les aspects positifs du métier ;
- Disposer de divers outils/supports pour assister à des salons étudiants.

Groupe de travail

Un groupe de réflexion a été mis sur pied et est composé des personnes suivantes :

- Les chargé·e·s de projet de la Province de Luxembourg;
- La Cellule Communication de la Province de Luxembourg, chargée de la réalisation de la charte graphique, des différents supports (capsules vidéos, affiches, flyers, objets « publicitaires », ...);
- Les infirmier·ère·s présents au *Workshop* du 15/10/19 qui ont manifesté leur intérêt pour participer au groupe de travail « communication » (N=18);
- Les représentants des secteurs infirmiers de l'étude (hospitalier, SISD, AIIL, MR/MRS, CSD/ASD) ;
- Les écoles paramédicales (HERS et ICA);
- Le Service Communication de VIVALIA.

La mise en place d'un tel groupe de travail a permis et permettra de répondre au mieux aux besoins des infirmier-ère-s du terrain et des étudiant-e-s infirmier-ère-s.

Public cible

Sont visés les étudiants des écoles secondaires, via la participation à des salons étudiants (salons, soirées d'informations...) et aussi le grand public via la diffusion sur plusieurs médias tels que les réseaux sociaux, le site internet de la Province, sur des écrans des salles d'attente (professions libérales mais aussi hôpitaux),...

Les vidéos sont en cours de réalisation à l'heure où ce rapport est rédigé.

2.3.2. Centralisation des informations et échanges entre secteurs

L'idée d'un site internet dédié à la profession infirmière en province de Luxembourg a été retenue. Une réflexion à ce sujet verra le jour dans les prochains mois. Avant de pouvoir mettre ce type d'outil en ligne, il est nécessaire de disposer de contenus comme, par exemple, les futures capsules vidéo sur le métier.

Le nom du site est encore à définir mais il sera vraisemblablement en lien avec le slogan et la campagne de communication en cours d'élaboration.

A titre d'exemple et de manière non exhaustive, voici quelques pistes d'éléments à intégrer potentiellement sur le site internet :

- Information sur les formations de base et continues ;
- Actualités sur le métier (législation, profil de fonction...);
- Communication pour les évènements, publications d'offre d'emploi,...;
- Valorisation des services/des institutions/des équipes;
- Appels à projets, ...;
- Aides administratives existantes/procédures à suivre pour l'installation en tant qu'indépendant e ;
- Listing des différents secteurs, institutions ou différents employeurs en province de Luxembourg ;
- Référencement de sites utiles, numéros utiles,... (Lureso.be, associations professionnelles, Santé Ardenne, INAMI,...);
- Communication sur les services de garde existants pour le domicile ;

• ...

3. CONCILIATION VIE PRIVÉE ET VIE PROFES-SIONNELLE

3.1. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Voici les constats et les premières solutions recensés dans les entretiens avec les infirmier ère s.

La thématique de la garde d'enfants est récurrente ; les infirmier·ère·s éprouvent des difficultés à concilier leur organisation familiale et leurs horaires de travail. Sans faire de généralités, il semble s'agir davantage de problèmes liés aux horaires (horaires d'ouverture de crèches qui ne correspondent pas aux horaires de travail par exemple) que de difficultés financières.

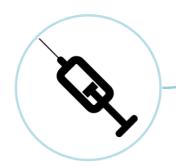
Quelques solutions ont été proposées : notamment, l'aménagement des horaires des structures de garde d'enfants.

Ces discussions ont mis à jour le constat d'un manque de connaissance des horaires existants ou des possibilités d'adaptation de ceux-ci en fonction de la demande, d'où l'intérêt d'un site internet recensant tous ces services et initiatives ou, à tout le moins, une meilleure communication sur les différents services proposés.



CONSTA

Horaires coupés: impossible lorsque l'on a des enfants en bas âge "Quand les enfants sont petits, c'est de la folie... il faut trouver une gardienne tôt le matin et tard le soir" Pas de crèches ouvertes avant le début de leurs prestations et pas ouvertes jusque 21h Beaucoup de temps partiels quand on a des enfants "Je pa coet nivea (hoi n'es



Conciliation vie & vie professi

SOLUTION

GARDE D'ENFANTS

Intervention dans les frais de crèche

> Intervention dans les frais de crèche

Crèches: adaptation aux horaires des infi

Crèches : adaptation aux horaires des infi Priorité au personnel hospitalier Adosser une crèche à la MRS pour faciliter la vie des infi

> Co-accueil intergénérationnel en MR/MRS

Puéricultrice à parta entre les infi (priorité enfants malades conduite à l'école, a activités....)









STATS

"Je pars à contre coeur, mais au niveau pratique (horaires), ce n'est vraiment pas facile" "Nos mamans sont souvent sollicitées pour nous aider à s'occuper des enfants" "Les mamies de ma génération, on travaille encore donc c'est compliqué de garder nos petits enfants en bas âge, contrairement à mon début de carrière où je pouvais compter sur mes parents pour garder les enfants" Nécessité d'aide aux familles monoparentales, en augmentation dans la population générale



rie privée ssionnelle



ONS

AIDES MENAGERES

à partager priorité aux alades, école, aux es....) Service de courses via intranet de l'hôpital + chambre froide pour les entreposer Service buanderie: lavage et repassage du linge

Service
repas:
pouvoir
emporter
plusieurs
repas à prix
démocratique

AUTRES

Aides à l'installation des infi indépendants









3.2. WORKSHOP

Lors du Workshop, les constats et les premières solutions recueillis dans les entretiens ont fait l'objet d'un approfondissement par des petits groupes de travail.

Voici les résultats pour cette thématique :

Obligation de respecter les lois sociales par rapport aux horaires (on ne peut plus s'arranger comme avant > contôle régulier des horaires)> souplesse horaire > privilégier solidarité

Horaires coupés : impossible lorsque l'on a des enfants en bas âge

'Quand les enfants sont petits, c'est de la folie... il faut trouver une gardienne tôt le natin et tard le soir

Pas de crèches ouvertes avant le début de leurs prestations et pas ouvertes jusque 21h

Beaucoup de temps partiels quand on a des enfants

(hor vrair

SOLUTIO

cont

CONS





GARDE D'ENFANTS Priorité au Valoriser les écoles Puéricultrice à Service de crèche à la MRS pour faciliter la dans les frais adaptation aux personnel avec ses enfants : de devoir (quand les partager entre les courses via de crèche horaires des infi hospitalier garderie le mercredi infis font le soir) ex: infi (priorité aux intranet de après-midi (pièce pour vie des infi Libramont (maison enfants malades, l'hôpital + Crèches : Revoir les critères eux, pq pas en MRS? des enfants) conduite à l'école, chambre froide Intervention adaptation aux d'exclusion des intergénérationnel?) pour les aux activités....) dans les horaires des infi crèches Co-accueil entreposer Pas très rentable frais de intergénérationnel Communication crèche en MR/MRS Idée très Renforcer le à travailler au intéressante car niveau de ce qui service pour gain de temps Intervention Co-accueil intergénérationnel existe enfants malades surtout quand financière pour la horaires coupés Existe déjà mais trop Valoriser les garde d'enfants ou horaires qui peu de MR ou MRS le crèches Vivalia terminent tard en Revoir les exigences au sein du soirée de l'ILS et avoir une personnel Crèche en certaine souplesse Armoires de intergénérationnel -Idée à développer car quant à la livraison bpost dans législation sur les le hall d'accueil bien être et sensation horaires. des personnes âgées à Proposer ce se sentir encore utiles service à côté de l'hôpital et Possibilités que les prix préférentiels enfants qui sont en primaire puissent pour venir après l'école infirmières salle à disposition, école des devoirs, ... jeux avec les

résidents













ONSTATS

"Je pars à วร contre coeur, mais au niveau nts pratique (horaires), ce n'est vraiment pas facile"

"Nos mamans sont souvent sollicitées pour nous aider à s'occuper des enfants"

"Les mamies de ma génération, on travaille encore donc c'est compliqué de garder nos petits enfants en bas âge, contrairement à mon début de carrière où je pouvais compter sur mes parents pour garder les enfants"

Nécessité d'aide aux familles monoparentales, en augmentation dans la population générale

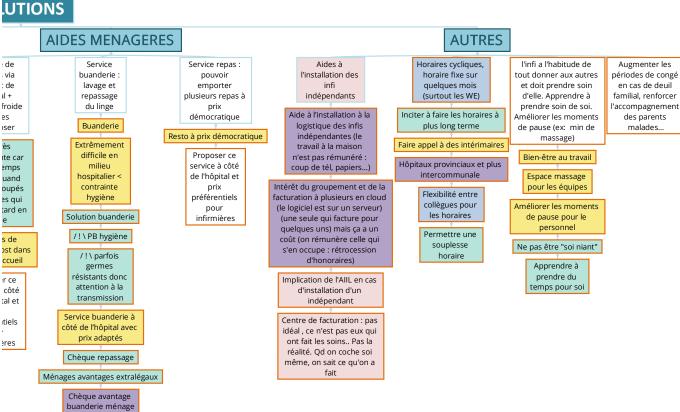
Précarité de l'emploi (CDD) pour les jeunes malgré la situation de pénurie (les autres provinces proposent des CDI)



ation vie & vie sionnelle



LUTIONS





Buanderie: très bonne idée +++ collaboration avec CPAS pour la réinsertion des personnes dans le besoin Proposer ce services à côté de l'hôpital et prix préférentiels pour infirmières

AJOUT WORKSHOP

TOUS

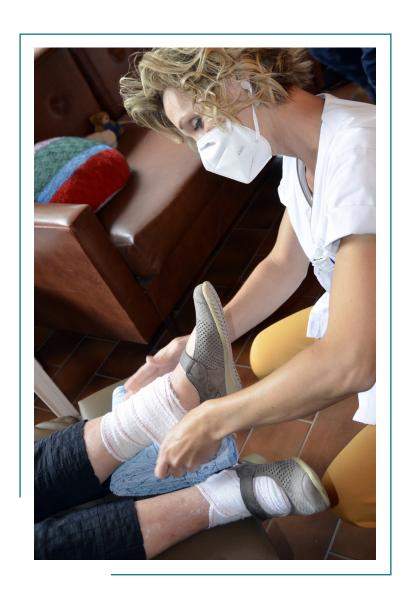
HOSPI MR/MRS DOMICILE INDEPENDANT DOMICILE SALARIE

3.3 SOLUTIONS

Un des sujets souvent mis en avant dans les entretiens comme solution pour attirer et retenir les infirmier-ère-s dans le métier est la possibilité de mieux concilier vie professionnelle et vie privée. En effet, les horaires de travail (pauses et/ou nuits) et l'organisation de la vie de famille avec enfant-s sont difficiles à accorder. En termes de solutions, voici les grandes idées qui ont émergé :

3.3.1. Propositions de solutions relevant du champ d'action de la Province

- o Garde d'enfants : **Plateforme baby-sitting** pour la garde d'enfants ponctuelle, par exemple, 3 soirs par mois, en visant en priorité les familles monoparentales ;
- o Renforcer les services de garde pour enfants malades;
- o Chèque accueil pour les crèches ou les garderies pour les professions en pénurie ;
- o Capsules vidéo « Vis ma vie » afin de faire découvrir les réalités du travail d'un e infirmier ère sur le terrain.



3.3.2. Propositions de solutions relevant du champ d'action de l'employeur

- o Conception des horaires de pause sur le plus long terme et diffusion plus longtemps à l'avance et/ou horaires cycliques ;
- o Instauration de temps de décompression/des moments de vraies pauses dans un endroit convivial, sans être dérangé/de garde/...;
- o Secteur hospitalier : possibilité de gardes d'enfants malades au sein du Service Pédiatrie ;
- o Services pour faciliter la vie des infirmier·ère·s après le travail, par exemple, service buanderie, repas, courses avec la possibilité de se faire livrer sur le lieu de travail prévoir des frigos ou faire appel/faire connaître les services d'aides ménagères existants et envisager des collaborations avec eux (repassage, repas, nettoyage, titre-services,...).

3.3.3. Propositions de solutions relevant du champ d'action d'autres niveaux de pouvoir

- o Une expérience positive de co-accueil intergénérationnel (ex. de Marche) a été pointée et proposition a été faite de l'étendre à d'autres Communes. Il s'agirait de permettre la garde des enfants du personnel infirmier par des personnes âgées résidentes de maisons de repos (quid cependant des trajets de l'école à la MR ? quid des MR privées ?) > Commune ou MR privée ;
- o Revoir les exigences de l'Inspection des Lois Sociales (ILS) : il s'agit de règles à respecter en matière d'heures supplémentaires qui sont limitées et/ou payées et imposées (ce qui pose parfois problème) > Fédéral ;
- o Infirmier ère indépendant e : certaines tâches administratives ne sont pas rémunérées faute de nomenclature INAMI : réunions multidisciplinaires sans la présence d'un médecin, projets de recherche, participation à des réunions pour des projets,... Il conviendrait de prévoir une rémunération pour ces tâches > INAMI/Fédéral.

4.CHARGE DE TRAVAIL PHYSIQUE ET ÉMOTION-NELLE

4.1. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Les constats mis en avant dans les entretiens et les prémisses de solutions pour remédier à la pénurie sont les suivants :

CONSTATS

Charge émotionnelle

"L'an dernier, j'étais en souffrance par rapport au fait que je n'arrivais pas à bien faire mon travail"

Beaucoup d'imprévus qui engendrent du stress, sans possibilité de support d'une équipe

Relations parfois compliquées avec les médecins

Solitude dans certaines fonctions à responsabilité

Charge mentale et respect du secret professionnel: difficultés de partager certaines choses avec ses

proches âge

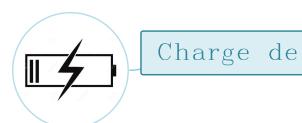
Parfois difficile de mettre de la distance surtout quand on travaille avec des jeunes de notre

Manque de personnel influe sur la charge émotionnelle et organisationnelle

Atteinte à la qualité des soins des patients en raison du rythme trop soutenu

L'informatisati travail supplémentaire ce n'est pas no travail de rest devant un écra

> Charge administrativ toujours + conséquente



SOLUTIO

Charge émotionnelle

Valoriser les équipes de soins palliatifs avec une personne référente en institution: organisation de réunions pour la fin de vie d'un résident avec la famille, le MG, les infis, le

Valoriser l'outil GIRAFE (initié par HERS): atelier d'aide à la décision qui permet de diminuer la souffrance des soignants, pour les équipes soignantes. Peut être utilisé aussi pour le domicile, dans l'urgence, en préventif, en débriefing (RESSORT) Valoriser le soutien administratif de l'AIIL en cas de difficultés relationnelles avec un patient

Lieux de parole pour alléger la charge émotionnelle

En cas de décès, il existe des lieux de parole collectif ou . individuel; suivi par une psychologue indépendante sur

Proposer un soutien psychologique : créer une ligne verte pour la province (ou Wallonie)

Possibilité de faire appel à un psychologue en cas de difficulté, de préférence externe à l'institution

Augmenter les aides logistiques, financer certains postes pour les tâches "hors soins" afin de recentrer le métier d'infi autour du patient en réattribuant toutes les tâches qui lui sont attribuées par défaut (gestion déchets, repas, nettoyage, commande de matériel,...)

Subsidiation de postes ďinfi

au recr d'inf étı (Fra

d'inf















Charge organisationnelle

ormatisation ne charge de travail lémentaire et est pas notre ail de rester ant un écran

Charge ministrative oujours + nséquente

Equipe volante pas assez services techniques

> Equipe volante déjà affectée au remplacement dans certains services

Polyvalence de l'infirmière (appeler médecin de garde, relations avec la famille, aller à la pharmacie, distribuer les repas, passer les commandes de médicaments ou s'occuper des poubelles,...)

Evolution des patients: recul de l'âge d'entrée en MR/MRS en raison des services à domicile, ils arrivent en MR/MRS + dépendants, + de cas de démences et de désorientation (motif de placement quand on ne peut plus assurer les SAD)

Manque de structures adaptées pour patients psychiatriques et/ou avec un handicap: les MR/MRS deviennent des hôpitaux psychogériatriques car les patients psy deviennent de + en + vieux. Cela ne fonctionne pas; ils sont réhospitalisés.

Soins qui deviennent de + en + aigüs en raison de la diminution de la durée d'hospitalisation

"Les infirmières sont des robots qui doivent être rentables": métier très peu valorisé humainement et salarialement alors que beaucoup de

Démarches

pour être

indépendante

compliquées

responsabilités

pression de rentabilité pression de rentabilité

de travail



Charge organisationnelle

Campagne d'information

LUTIONS

au suiet du recrutement d'infi d'origine étrangère (Françaises -Brexit)

Renforcer les équipes volantes

Avoir une équipe volante avec des infi spécialisés

Valoriser/faire appel à des bénévoles pour soulager le personnel: convention avec des clowns 1x/mois + accompagnement chrétien et laïque : prennent le temps de discuter + bénévoles Croix-Rouge qui viennent aider pour la distribution des repas exemples étrangers d'outils de mesure pour objectiver la charge de travail (exemple au GDL)

Mettre en place une coordination pour le retour à domicile du patient ou améliorer ce qui existe

Collaboration avec Infigestion (service de seconde ligne) pour suivi administratif, remplacements, aspects informatiques (agenda planification des soins, ...) et marketing + interventions dans équipes pendant les congés scolaires, en cas de congé maladie, en cas de surcroît

> Formation Starter à destination des indépendants

de travail

Création d'un système de garde Collaboration avec le 1733 et les PMG Prévoir une infi de garde par PMG















Ces éléments ont été classés en deux catégories de solutions : celles apportant une réponse à la charge émotionnelle et celles visant à diminuer la charge organisationnelle pesant sur les infirmier ère s dans l'exercice de leur fonction.

Camille, infirmière en chef en milieu hospitalier :

44

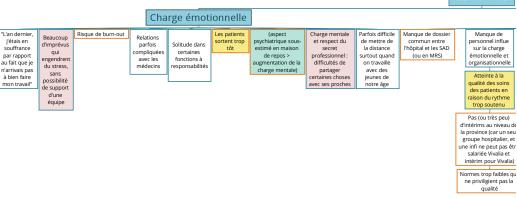
Ce qu'on remarque au niveau infirmier, c'est qu'on a essayé de restreindre aussi les effectifs dans tous les départements confondus, même l'économat, la cuisine, la lingerie, l'entretien, etc. et, quand il y a des tâches qui sont liées au patient bien évidement mais qui ne sont normalement pas liées à l'infirmière, mais quand ces tâches-là on ne sait plus à qui les attribuer, on les met à l'infirmière, les commandes de matériel, l'économat n'a plus assez de personnes ou ils sont en inventaire, je ne sais trop quoi, c'est les infirmières qui font les commandes, les repas, quoique ce soit discutable pour certaines unités, (...) mettre les repas, débarrasser, c'est les infirmières aussi, défaire les lits, faire les nettoyages de certaines choses, ça va être les infirmières aussi, il y a un moment donné ok, mais (...) le temps qu'on perd à faire tout ça, c'est au détriment du patient, la prise en charge l'éducation, les soins ...





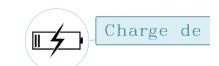






4.2. WORKSHOP

Cette thématique a été approfondie lors du *Workshop*. Bon nombre d'éléments ont ainsi pu être ajoutés :



Augmenter les aides logistiques, financer certains postes pour les tâches "hors soins" afin de recentrer le métier d'infi autour du patient en

reattribuant toutes les tâches qui lui sont attribuées par défaut (gestion déchets, repas, nettoyage, commande de matériel,...)

Valorisation de l'aide logistique

Valoriser le travail de l'aide logistique (ex: si elle s'occupe de refaire les lits, l'infi peut faire ses dossiers informatisés)

"Vis ma vie" :

/aloriser l'échelle D (Démence) pour 1 handicap mental. Cela permettrait d'avoir des ressources paramédicales upplémentaires. Il y a eu, avec la Cellule Bien Vieillir de la rovoince, un accompagnement avec des éducateurs

Avoir des référents "démence" pour les soins à domicile, comme il y a en MRS (encadrer le soignant et donner des pistes)

SOLUTION

Recentre métier au du patier réattribu toutes tâches qu sont attribu par déf

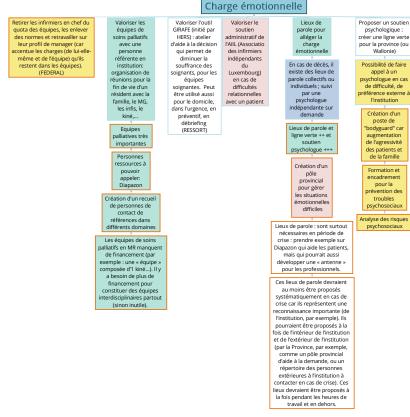
Diminutior harge admir et informa

Créer i poste spécifique retranscri des rapp dans le logicie

Programmes inf ergonomiques, personnel adr

Uniformiser les c logiciels informati les SAD le mêrr salariées et les in Rien n'a été har l'INAMI au niveal infirmi

Faire des colla plus régulières secteurs harmoniser le



Pdt le rap quelqu'un qui note et l'enco. I'ord Afin de diminuer les tà infirmiers (cfr métapi comme « couteau suiss qui fait toutes des tât personnel : auxiliaire débarrasser les plateau pie par la ville de l'entre de l'



























fanque de sonnel influe ir la charge otionnelle et anisationnelle

tteinte à la lité des soins patients en on du rythme op soutenu

(ou très peu)

ms au niveau de ince (car un seul e hospitalier, et ne peut pas être riée Vivalia et m pour Vivalia) s trop faibles qui iviligient pas la qualité

L'informatisation est une charge de travail supplémentaire et ce n'est pas notre travail de un écran

Au niveau
informatique: on est
très en retard par
rapport à ce qui se
passe dans les
"villes". Nécessité de
formation +++. On
passe plus de temps
dans les dossiers
informatiques informatiques qu'auprès des patients

Charge organisationnelle

Equipe volante pas assez spécialisée pour les services techniques

Equipe volante déjà affectée au

Les équipes volantes sont normalement là pour combler les maladies (ou surcharge de travail temporaire), mais naintenant, comblent plutôt le

Polyvalence de l'infirmière (appeler médecin de garde, relations avec la famille, aller à la pharmacie, distribuer les repas, passer les commandes de médicaments ou s'occuper des

Evolution des patients: recul de l'âge d'entrée en MR/MRS en raison des services à domicile, ils arrivent en MR/MRS + dépendants, - de cas de dérmences et de désorientation (motif de placement quand on ne peut plus assurer les SAD) s'occuper des poubelles,...)

Mangue de

"Les infirmières sont des robots qui doivent être rentables": métier très peu valorisé humainement et salarialement alors que beaucoup de responsabilités

structures adaptées pour patients psychiatriques et/ou avec un handicap : les MR/MRS deviennent des hôpitaux psychogériatriques car les patients psy deviennent de + en + vieux. Cela ne fonctionne pas ; lis sont réhospitalisés. sont réhospitalisés.

Soins qui deviennent de + en + aigüs en raison de la diminution de la durée d'hospitalisation

Manque de structures adéquates pour les personnes jeunes et dépendantes (aspect psychiatrique sous-estimé en maison de repos)

pression de rentabilité

pression de rentabilité

de travail



LUTIONS

Recentrer le métier autour du patient en réattribuant toutes les tâches qui lui sont attribuées par défaut

Créer un poste spécifique à la retranscription des rapports dans les logiciels

Engagement d'auxiliaires our permettre à l'infi de se concentrer sur son métier

r des postes article 60 ALE po ertaines tâches : réassortir, angement, réfection des lits, ercher le code wifi à l'accueil... Programmes informatiques ergonomiques, engager du personnel administratif

Iniformiser les programmes/ giciels informatiques ex: pour les SAD le même pour les alariées et les indépendants. Rien n'a été harmonisé par INAMI au niveau du dossier infirmier

Faire des collaborations plus régulières entre les secteurs pour harmoniser les choses

Pdt le rapport, quelqu'un qui prendrait note et l'encoderait sur l'ordi

diminuer les tâches annexes des iers (cfr métaphore de l'infirmier « couteau suisse de l'hôpital », câd toutes des tâches qui ne lui sont buées et que les autres ne veulent lpus faire), il Budrait engager du nel : auxillaire : pour amener ou la TV, tout ce qui touche au service ue comme rébarer une lampe ou ue comme rébarer une lampe ou la TV, tout ce qui touche au service jue comme réparer une lampe ou électrique, etc.; - médical : trop iers font des actes médicaux dont édecins se déchargent faute de - à réconomat : ce sont les infi qui nt s'occuper de commander du de soins (stérile ou non stérile), de gre, de commander des rames de er, de commander des rames de pour l'imprimante, des bics, du papier-collant, etc.

Charge organisationnelle

Campagne d'information au sujet du recrutement d'infi d'origine étrangère (Françaises -Brexit)

d'intégration (par contre, un exemple en MRS est positif)

Créer une structure d'intérimaires

Renforcer les équipes volantes

Infirmière indépendante volante pour le remplacement (si salariée, lui donner la différence salariale)

Equipe mobile= solution intéressante, fait partie de l'avenir Valoriser/faire appel à des bénévoles pour soulager le personnel : convention avec des clowns 1x/ mois + accompagnement chrétien et laïque : prennent

chrétien et laïque : prennent le temps de discuter + bénévoles Croix-Rouge qui viennent aider pour la distribution des repas

Se documenter sur les exemples étrangers d'outils de mesure pour objectiver la charge de travail (exemple au GDL)

Copier des logiciels de fabrication « locale » (Liège et Charleroi) qui mesurent et objectivent la charge de travel

Mettre en place une coordination pour le retour à domicile du patient ou améliorer ce qui existe

l'hôpital et les SAD

Favoriser les réunions terdisciplinaires au retour à domicile (projet coming)

Créer un service HAD (comme en France) service entre l'hôpital et les soins à domicile pour augmenter le lien entre les 2

Faire un dossier, en réseau, numérique > partage du dossier (lien infi hopital> infi SAD, médecin > infi SAD, infi opital> infi MRS) > les outils ne sont pas communs

Collaboration avec un service de seconde ligne (ex.: Infigestion) pour suivi administratif, remplacements, aspects informatiques (agenda planification de soins, ...) et marketing + Création d'un système de garde Collaboration avec le 1733 et les PMG Prévoir une infi de garde par PMG

des soins, ...) et marketing + interventions dans équipes pendant les congés scolaires, en cas de congé maladie, en cas de surcroît de travail

Formation Starter à destination des indépendants

AJOUT WORKSHOP TOUS

MR/MRS

DOMICILE INDEPENDANT

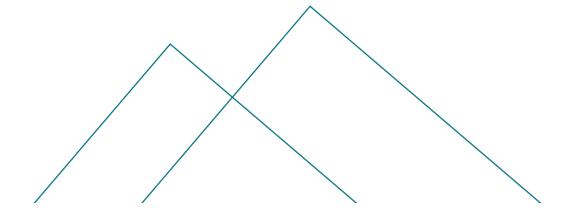
DOMICILE SALARIE

HOSPI

4.3. SOLUTIONS PROPOSÉES

4.3.1. Propositions de solutions relevant du champ d'action de la Province

- Charge émotionnelle
 - o Communication-valorisation de l'outil Lureso.be à savoir un répertoire en ligne des associations qui peuvent leur venir en aide dans certains domaines (ex. diabète, santé mentale, soins palliatifs,...);
 - o En cas de crises/de problèmes psychologiques : collaboration avec les services de santé mentale pour une intervention ponctuelle, sur demande, en individuel et/ou en collectif ; création ou mise en place d'outils (ligne verte sur la prévention burn-out, Escape game Santé et outils de prévention burn-out, réflexion « soignons le soignant »,...), ce point sera abordé dans le plan d'actions ;
 - o Collaborations intersectorielles quant aux problèmes psychiatriques liés à l'âge avancé des patients (démence), ex. référents « démence » d'une MR qui pourraient être référents aussi pour les autres secteurs.
- Charge organisationnelle
 - o Recherche de bonnes pratiques en matière d'objectivation de la charge de travail et, par conséquent, d'une meilleure répartition du personnel au sein des services en collaboration avec VIVALIA;
 - o Echanges de bonnes pratiques organisationnelles intersectorielles, par exemple, suivi du patient après hospitalisation ou recherche de bonnes pratiques étrangères en matière d'hospitalisation à domicile (HAD)— en collaboration avec VIVALIA;
 - o Réalisation d'un cadastre des infirmier ère s indépendant es;
 - o Accompagnement administratif pour l'installation en tant qu'infirmier ère indépendant e :
 - o Financement de postes infirmiers;
 - o Service de remplacement composé d'infirmier·ère·s organisé par la Province pour les institutions dans le besoin ;
 - o Appel à des intérimaires.



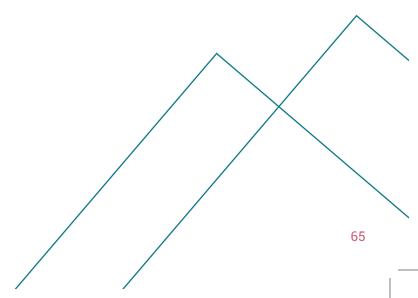
4.3.2. Propositions de solutions relevant du champ d'action de l'employeur

A côté des constats et revendications relevant de la Province, bon nombre d'éléments dépendent des institutions qui emploient les infirmier-ère-s. Ces éléments, qui pourraient être des leviers d'actions pour améliorer l'attractivité du métier, ont été mis en avant par les institutions telles que les hôpitaux, les maisons de repos et de soins et les soins à domicile.

- Aides logistiques/administratives/...: les augmenter dans tous les services afin qu'ils déchargent les infirmier ère s de toutes les tâches non liées aux soins qui leur incombent par défaut (ex. : télévision, commande de matériel, repas,... et administratif); l'idée étant de recentrer le métier autour du patient;
- Campagnes de recrutement d'infirmier ère s d'origine étrangère expérience positive pour les infirmier ère s français e s à l'hôpital d'Arlon. Cette proposition engendre cependant des questionnements d'éthique du fait que la pénurie mondiale est ainsi accentuée dans le pays fournisseur de main d'œuvre comme mentionné précédemment ;
- Renforcement des équipes mobiles au niveau hospitalier;
- · Appel à des bénévoles pour soulager le personnel (ex. Croix-Rouge) ;
- Primes de retour (ex. de l'Allemagne : lorsqu'un·e infirmier·ère allemand·e revient travailler en Allemagne après avoir travaillé au Grand-Duché de Luxembourg, il·elle peut prétendre à une « prime de retour »).

4.3.3. Propositions de solutions relevant du champ d'action d'autres niveaux de pouvoir

- Adaptation de la dotation infirmière (révision des normes d'encadrement des équipes soignantes) > Fédéral ;
- Harmonisation des programmes/logiciels informatiques et des dossiers patients dans tous les secteurs. Actuellement, les programmes et logiciels informatiques sont différents d'un secteur à l'autre, voire d'un hôpital à l'autre > INAMI/ Fédéral ;
- Reconnaissance de certains handicaps mentaux non liés à la vieillesse pour pouvoir prétendre à davantage de personnel qualifié (services psychiatriques, par exemple) > Fédéral ;
- Ajout d'un module pour objectiver la charge de travail aux Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DI-RHM) > Fédéral.



5. ENSEIGNEMENT ET FORMATION

5.1. RÉSULTATS DES ENTRETIENS



Enseignement

Stagiaires/Jobistes

Charge supplémentaire car pas de monitrice sur place mais, obligation de les former car "potentiels" futurs collègues "Les stagiaires sont surpris de tout ce que l'on fait comme actes techniques, surtout depuis que les hospitalisations sont moins longues. Ils croient qu'on ne fait que des toilettes"

Nombre étudiants

Risque de diminution suite au passage à 4 ans et aux discours alarmistes des médias Lieux de formation souvent éloignés par rapport à la province de Luxembourg (Namur ou Bxl)



Formation continues Enseigne

SOLUTI

Enseignement

Stagiaires/Jobistes

Coordination entre l'école et l'employeur pour l'accueil et l'accompagnement des stagiaires (diffusion des différents lieux de stage) Temps de travail d'une infi subsidié par la province pour l'accompagnement des stagiaires au sein de chaque équipe/service Soirées d'informations à l'attention des étudiants pendant les études en soins infirmiers pour faire connaitre les différents secteurs Aide pour faciliter l'accès aux études en soins infirmiers pour les aides soignantes (exemple : projet 600 : qui permet aux AS en MR/MRS de suivre des études d'infirmières en étant rémunérées) Prime (aide) aux

Nouveaux étudiants

Prime (aide) aux étudiants en soins infirmiers habitant la province

Organiser des soirées à destir rhétos sur le















ISTATS

oar

la

de

ırg Bxl)

Formation continue

Coût de la formation à sa charge

Complexification des soins

Soins à domicile (évolution des techniques et de l'âge des patients)

Nécessaire de valoriser et d'aider à la formation et au perfectionnement car c'est une vraie plue-value sur la qualité de la prise en charge du patient

Pas d'obligation de continuer à se former pour les infi indépendantes et pas de canal de communicationpour les y inciter

Difficulté de participer à des formations car il faut tenir compte des horaires (difficulté à se faire remplacer)



Formation continue

nation tinue/ gnement



LUTIONS

niser des journées/ s à destination des tos sur le terrain

Organiser des formations décentralisées au sein de la province

Organiser des formations in situ

Financement par la province de certaines formations (ex: perfectionnement management pour les directions)

Mise en place par la province de formations "remise à niveau" pour les infi qui ont quitté le secteur et qui souhaiteraient le réintégrer (ou changer de secteur)

Partage de bonnes pratiques (via des groupes de travail) en matière de référent (ex: référent plaie, incontinence, soins palliatifs...)

Création d'une fédération provinciale pour rassembler, organiser et proposer des formations continues sur la province de Luxembourg

Veille des formations et de l'information (changements législatifs, offres d'emploi, actualités, ...)















Deux thématiques ont été distinguées : l'enseignement (les études d'infirmier ère et notamment tout ce qui relève des stages) et la formation continue, qui intervient tout au long de la carrière du professionnel.

Marie-Anne, infirmière en maison de repos:



Il y a des gros efforts (...) à faire dans pleins de choses tout compte fait et commencer à la base, dans les écoles d'infi (rire), commencer par valoriser le métier, et valoriser les étudiants aussi....., il faut vraiment valoriser ce métier à la base; c'est en valorisant en chouchoutant les stagiaires et en leur donnant le goût du métier qu'on va avoir de bonnes infirmières.

"

Caroline, infirmière en chef en milieu hospitalier :



On a quand même un métier qui est en évolution perpétuelle donc forcément il faut quand même continuer à avoir des formations.

"

Liliane, infirmière en chef en milieu hospitalier :



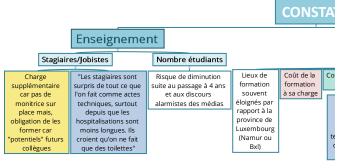
80 % du personnel qui travaille dans mon unité, c'est des Françaises, donc elles habitent, vous voyez quoi le secteur Longwy...Je ne sais pas si vous connaissez, donc ça lui fait déjà presque soixante kilomètres pour venir donc les formations qui sont intéressantes sont souvent sur Bruxelles, sur Namur, sur Liège, donc voilà c'est plus compliqué.

77



5.2. WORKSHOP

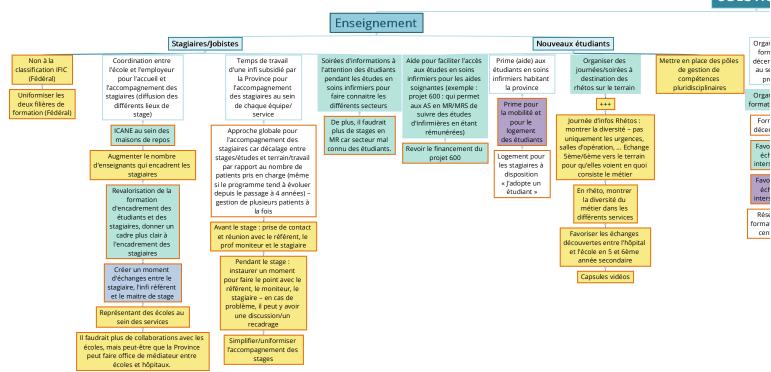
Lors du Workshop, ces deux thématiques ont largement été précisées :

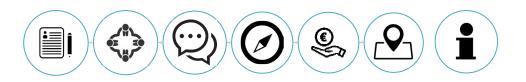




SOLUTIO

pr





NSTATS

charge

Formation continue

t de la Complexification

> Soins à domicile (évolution des techniques et de l'âge des patients)

Nécessaire de valoriser et d'aider à la formation et au erfectionnemer car c'est une vraie plue-value sur la qualité de la prise en charge du patient

Pas d'obligation de continuer à se former pour les infi indépendantes et pas de canal communication pour les y inciter

Difficulté de ormations car il faut tenir compte des horaires (difficulté à se faire remplacer)

Manque de budget

mation itinue/ gnement



LUTIONS

Organiser des formations décentralisées au sein de la province

Organiser des

décentralisées Favoriser les échanges intersectoriels

Favoriser les échanges intersectoriels

Réseaux de ormation nord centre, sud

la Province de certaines formations (ex: perfectionnement management pour les directions)

> Formation des infirmières financement sans impact salarial ni pour le travailleur, ni sur le service mais avec une convention pour obliger les personnes qui se forment à rester dans l'institution un certain nombre d'années

Financement par

Il existe des formations longues, mais elles ne sont pas reconnues, il n'y a pas de brevets ni de valorisation salariale. Idem pour les hostos à comment valoriser plus ces formations ? Elles ne devraient pas être imposées, mais il faudrait trouver une incitation à y participer (financière ? certificat ?)

Mise en place par la province de formations "remise à niveau" pour les infi

qui ont quitté le secteur et qui souhaiteraient le réintégrer (ou changer de secteur)

+++

Partage de bonnes pratiques (via des groupes de travail) en matière de référent (ex: référent plaie, incontinence, soins palliatifs...)

> échanges intersectoriels

Echanges entre MR et hôpitaux

Visites d'autres MR, découvertes d'autres pratiques

AIIL organise déjà des formations courtes de 2h à étendre à la province ?

Il existe un catalogue de formations à Bertrix organisé par Vivalia à l'étendre au niveau provincial pour formations centralisées dans la

Elargir ces partages de bonnes pratiques aux différents secteurs

Elargir ces partages de bonnes pratiques aux différents secteurs

Formation continue

Création d'une fédération provinciale pour rassembler, organiser et propose des formations continues sur la province de Luxembourg

Création d'un

cercle infirmier

spécifique vis-à-vis de la personne handicapée vieillissante et santé mentale et psychiatrie

Veille des

formations et

de l'information (changements

législatifs, offres

d'emploi.

infirmières indépendantes pour toucher tout le monde

actualités, ...)

informatique pour le personnel qui éprouve des difficultés

> Elargir le catalogue de formation Ressort

Partenariat institution ecole sur les besoins

Partenariat/ Collaboration école hôpitaux pour le prix/ accessibilité des études en fonction des besoins (planning de formation, lieu thèmes, prix,...)

E-learning

E-learning E-learning

Tous les secteurs prônent l'idée de l'e-learning en réseau, mais tout est encore à créer (le principe, les formations en ligne, le média de diffusion, etc.). Il faudrait imaginer une collaboration Province-écolesinstitutions qui créerait des formations en ligne en adéquation avec les besoins

spécifiques en interne (par ex formation existante commune à 3 MR, dont celle de La Roche). Mais le débat du lieu et du temps de formation reste entier : comment organiser ces formations ? Seraient-elles à suivre pendant ou en dehors des heures de travail ? Qui doit prendre l'initiative : la Province, l'école ou les institutions et leurs besoins spécifiques ?

rapidement

obligatoire dans le secteur du domicile indépendant formation de

> groupements/ associations qui organisent les formations

Revaloriser l'émotionnel, relationnel, sensibiliser à cet aspect dans la formation

Adapter la

master aux rôles et

missions des infis en chef

Recentrer sur le

sens du métier donner du sens augmenter la

qualité

Plateforme d'E-learning provincial : mise en place d'un groupe de travail

















TOUS HOSPI

MR/MRS DOMICILE INDEPENDANT

DOMICILE SALARIE

AIOUT WORKSHOP

5.3. SOLUTIONS PROPOSÉES

5.3.1. Propositions de solutions relevant du champ d'action de la Province

Au niveau provincial, les solutions suivantes pourraient être envisagées :

- Formation continue
 - Fédération provinciale/Cercle infirmier notamment afin d'organiser des formations dans la province (réseau de formation nord, centre, sud) pour tous les secteurs + centralisation des informations et pouvoir être le relais/représentant des infirmier·ère·s de terrain/« antenne locale » dont la force serait d'être intersectorielle et territoriale :
 - Echange de bonnes pratiques et de formations entre les différents secteurs : répertoire des référents/pôles de compétences, mise en réseau des référents dans les différents domaines (ce qui permettrait, par exemple, aux référents « plaies » d'échanger), ouverture des possibilités de formation aux autres secteurs ;
 - Formation de remise à niveau théorique et pratique en soins infirmiers (ex. infirmier·ère·s ayant changé de secteur d'activité) et incitants financiers (par exemple, une bourse/valorisation de l'expérience professionnelle/grades non infirmiers pour éviter une perte de revenu);
 - Plateforme d'e-learning intersectorielle, en collaboration avec les écoles (ICA et HERS).
- Enseignement

Stagiaires/Jobistes:

• Aide à la mobilité pour les stages, accompagnée éventuellement d'une aide au logement (communication et extension de l'action « J'adopte un étudiant », actuellement au profit des étudiants en médecine (voir encadré);

Nouveaux étudiants :

- Séances d'information à l'attention des étudiants en soins infirmiers pour faire connaître les différents secteurs collaboration avec la HERS et l'ICA;
- Séances d'information et possibilité de journées découverte sur le terrain, en 5^e et/ou 6^e secondaire pour faire connaître la diversité du métier et les différents secteurs.

Financement par la Province de certaines formations (ex. management) à condition de rester X années au sein de la province (même si changement de services/secteurs);

Subside pour les centres de formation existants sur la Province (ex. Ressort);

Aides à la reprise d'études pour devenir infirmier·ère (exemple : Projet 600 ou bourse avec conditions (rester X années dans la province,... ou un système similaire à l'Impulséo de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ));

Primes / aides financières pour les étudiants résidant en province de Luxembourg.

5.3.2. Propositions de solutions relevant du champ d'action de l'employeur

- En MR/MRS : Infirmier·ère chargé·e de l'accompagnement des nouveaux engagés et des stagiaires (ICANE) pour l'accueil des nouveaux travailleurs ;
- HERS et ICA: mise en place d'une « plateforme » centrale pour les stages (porte d'entrée pour l'accès au métier en province de Luxembourg), meilleure coordination entre l'école et l'employeur (accueil des stagiaires, diffusion des lieux de stages, meilleurs accompagnement et suivi), lien avec la Fédération/le Cercle à créer.

5.3.3. Propositions de solutions relevant du champ d'action d'autres niveaux de pouvoir

- Suite de l'implémentation de la nouvelle classification des fonctions sur laquelle est basé un nouveau barème (méthode de l'Institut de Classification de Fonctions IF-IC) (voir *supra*) et l'octroi de primes pour certaines spécialisations/qualifications > Fédéral;
- Harmonisation des deux filières de formation > FWB;
- Formation continue pour les infirmier ère s indépendant es à rendre obligatoire > Fédéral.

J'ADOPTE UN ÉTUDIANT

La Cellule d'Accompagnement des Professionnels de la Santé de la Province de Luxembourg (CAPS) a, entre autres, pour objectif d'accueillir et d'accompagner de nouveaux (jeunes) médecins généralistes lors de leur installation, ceci afin de contrer la pénurie de généralistes qui, selon les localités, est soit déjà bien réelle, soit attendue dans les prochaines années. Partout en province de Luxembourg, des médecins généralistes se mobilisent et font la promotion de leur métier en accueillant de nombreux stagiaires. Ces moments d'immersion dans le cabinet d'un généraliste local sont des instants propices pour faire découvrir aux jeunes ce métier et plus encore notre région.

Mais la plupart de ces jeunes sont issus d'autres provinces et disposent le plus souvent d'un kot étudiant sur leur campus. Ils ne peuvent donc se permettre un gîte ou une chambre d'hôte. Faute de moyens, beaucoup se replient donc sur leur ville d'origine. Ce phénomène ne favorise hélas pas l'arrivée de nouveaux jeunes praticiens dans la province. C'est pourquoi la Province de Luxembourg fait appel à la convivialité et au sens de l'accueil de nos citoyens afin d'héberger chez eux ces étudiants lors de leur stage en médecine générale. Répartis sur l'ensemble de l'année (en ce compris les grandes vacances) et sur l'ensemble de la province, ces stages ont une durée allant de 3 semaines à 3 mois (selon l'université et le degré d'étude).



xxxiv Le projet «Formation 600» offre la possibilité à des employés du secteur fédéral de la santé de suivre une formation de bachelier en soins infirmiers (A1) ou d'infirmier breveté (A2) tout en maintenant leur salaire pendant la formation, moyennant le respect de conditions. Pour plus d'informations : https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/travail-chomage/mesures-pour-l-emploi/formation-600#h2_0, consulté le 30 juin 2020.

6. AUTRES CONSTATS ET SOLUTIONS PROPO-SÉES QUI RELÈVENT D'AUTRES NIVEAUX DE POUVOIRS

Les constats repris ci-dessous, comme déjà mentionné, s'ils ont été régulièrement évoqués lors des rencontres, ne relèvent pas de la compétence de la Province ; il est donc difficilement envisageable d'agir sur ces questions. Dès lors, il a été décidé de relayer ces revendications aux niveaux de pouvoirs compétents.

6.1. RÉMUNÉRATION ET PÉNIBILITÉ

Aux prémices de l'enquête, une idée reçue suggérait que la faible attractivité salariale était une des principales revendications des infirmier ère s, ce qui expliquait notamment la fuite vers le Grand-Duché de Luxembourg, où les salaires nets sont beaucoup plus élevés.

Or, lors des entretiens, il est apparu que l'augmentation de la rémunération n'est pas la première revendication des infirmier-ère-s ; ce n'est donc pas le seul et unique levier d'attractivité pour de potentielles nouvelles recrues.

Ainsi par exemple, Corinne, infirmière hospitalière, à ce sujet :

66

(...) la revalorisation salariale, je pense que c'est quelque chose qui serait attractif mais ce n'est pas l'unique solution, c'est peut-être quelque chose en plus (...) c'est pas d'abord le fait qu'on est mal payé [qui revient], c'est la charge de travail et la pression (...).

7

Ce constat est également pointé par le KCE dans son étude relative à la « Dotation infirmière pour des soins sûrs »⁹⁴ diffusée en janvier 2020 mais doit être nuancé. Le KCE, dans cette étude, estime tout de même que « des initiatives spécifiques sont nécessaires pour rendre plus attractif le travail des infirmiers en gériatrie » ⁹⁵.

Bien que ce rapport concerne exclusivement le secteur hospitalier, ces recommandations peuvent aisément être élargies aux soins gériatriques des autres secteurs, notamment aux MR et MRS. En effet, au vu du vieillissement de la population, les besoins de soins pour les personnes âgées ne font que croître. Le contexte de crise sanitaire causée par la pandémie Covid-19 n'a fait que confirmer l'importance d'investir dans les ressources humaines spécialisées en gériatrie. Le KCE propose, par exemple, des salaires compétitifs pour ces services, ce qui pourrait avoir un effet bénéfique sur l'attractivité de cette spécialisation.

Par ailleurs, en province de Luxembourg, l'attrait des salaires grand-ducaux – également dans le secteur des soins – ne peut être nié. Un salaire grand-ducal permet, par exemple, d'envisager d'emblée un temps partiel et donc une organisation familiale optimale grâce à une meilleure conciliation vie privée et vie professionnelle et ce, malgré les trajets domicile-travail.

Louise a quitté la Belgique (indépendante soins à domicile) pour le Grand-Duché de Luxembourg (employée soins à domicile) :

44

En tant qu'indépendant, on travaillait correctement mais niveau rémunération, oui, on a un salaire mais quand je vois ce que j'ai comme paie à l'heure actuelle et les conditions sont meilleures et plus valorisantes ; il n'y a pas photo. Oui, oui, en tant qu'indépendante par rapport à maintenant, je gagne bonnement le double.

77

Finalement, pendant la réalisation de l'enquête, le mouvement des Blouses Blanches a émergé. Sur les cinq revendications, la 4ème porte sur la revalorisation salariale. Plus précisément, il s'agit de :

- Revoir l'échelle barémique pour des soignants qui endossent de lourdes responsabilités et une activité intense :
- Reconsidérer à la hausse le salaire de base des infirmiers à partir du moment où la filière générale est passée de 3 à 4 ans ;
- Maintenir les primes associées aux spécialités et qualifications et poursuivre leur développement.

Cette revendication peut aisément être associée aux deux autres demandes du mouvement des « Blouses Blanches », à savoir l'assouplissement des règles de l'Inspection des Lois Sociales (ILS) afin de simplifier les contraintes organisationnelles qu'elles imposent (paiement des heures supplémentaires à chaque fin de trimestre) et la reconnaissance de la pénibilité du métier afin de permettre un départ anticipé à la retraite⁹⁸. Cette dernière revendication fait partie intégrante des demandes de l'UGIB dans son Mémorandum 2019⁹⁷.

LES REVENDICATIONS DE BLOUSES BLANCHES (VIVALIA):



6.2. NORMES D'ENCADREMENT DU PERSONNEL SOIGNANT

L'UGIB, dans son Mémorandum⁹⁸, revendique en premier lieu des normes d'encadrement de qualité pour des soins de qualité dans tous les secteurs des soins infirmiers :

« L'Arrêté royal (AR) du 23 octobre 1964** fixe les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. Il décrit les normes spécifiques pour chaque service hospitalier, c['est-à-dire]. qu'il impose la disposition relative à l'encadrement infirmier, notamment en ce qui concerne la composition du personnel infirmier, l'exigence en matière de diplômes ou de formation (infirmiers gradués et la référence aux titres et qualifications professionnels particuliers [TPP et QPP]).

Selon le service concerné, l'AR stipule le nombre d'infirmiers (qui seront de préférence ou non porteurs de TPP ou QPP) dont doit disposer le service par tranche de « x » lits. Par exemple, pour un service de gériatrie de 24 lits [agréés], le service doit disposer d'au moins 14.13 équivalents temps plein répartis comme suit ; 12.8 infirmiers dont un infirmier en chef porteur d'un TPP et 4 infirmiers porteur d'un TPP ou QPP et 1.33 membres de personnel soignant autre qu'infirmier. »99.

Le récent rapport du Centre Fédéral d'Expertise en Soins de santé relatif à la « Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus », déjà mentionné *supra*, dont l'objectif était d'évaluer si les normes en personnel infirmier sont toujours adéquates pour les hôpitaux aigus belges, fait aussi état de la nécessité de revoir les normes en vigueur qui datent de 1964.

Ces conseils et revendications concernent tous les secteurs infirmiers et ont été développés par l'UGIB dans son Memorendum 2019¹⁰⁰.

« L'AUVB-UGIB-AKVB demande à cet effet :

- 1. L'augmentation, l'adaptation et, le cas échéant, la création de normes relatives aux infirmiers et aidessoignants selon les besoins spécifiques du terrain, qualitativement et quantitativement. Des normes/ critères de personnel aussi bien pour le service de jour que de nuit dans tous les secteurs intra et extrahospitaliers, y compris celui des soins résidentiels (MR-MRS), les services et pratiques de soins infirmiers à domicile ainsi que le secteur tertiaire, soit les entreprises;
- 2. Le financement de toute exigence de norme, quel que soit le niveau où elles sont décidées (fédéral, communautaire ou régional), par l'autorité compétente;
- 3. De sortir systématiquement l'infirmier en chef des normes d'encadrement (l'infirmier en chef a pour missions le management d'équipe, le développement de projets et de qualité, etc.);
- 4. De prévoir/inclure dans les normes une fonction de soutien dans tous les services intra et extrahospitaliers (fonction hôtelière et/ou administrative, ...). Pour chaque infirmier, l'UGIB souhaite un soutien supplémentaire de 0,2 ETP (administratif ou logistique);
- 5. La prise en charge de maximum 8 patients par service et par infirmier ; aujourd'hui, en Belgique, un infirmier prend en charge durant son service plus ou moins 11 patients, contre une moyenne européenne de 8 patients. Ce qui signifie que l'infirmier belge a une surcharge de travail de 3 patients durant son service par rapport à ses collègues européens. Le temps consacré aux soins de chaque patient est inversement proportionnel au nombre de patients pris en charge par l'infirmier. »¹⁰¹

xm. Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, MB 7 novembre 1964, p. 11709, en ligne, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1964102301, consulté le 5 mai 2020.

PLAN D'ACTIONS 2020-2024

e lecteur se rendra aisément compte qu'il y a lieu de prioriser les actions à mettre en œuvre pour répondre aux besoins du terrain afin d'endiguer les problèmes relevés au niveau de l'attractivité du métier et au niveau de la rétention du personnel soignant.

Dans cette optique, ces résultats ont été structurés et priorisés dans un plan d'actions.

1. AXE « RÉTENTION DES INFIRMIER-ÈRE-S » : « SOIGNONS LE SOIGNANT »

Cet axe s'inscrit dans l'axe « rétention des professionnels de santé » sur lequel la CAPS travaille depuis sa mise en place, en mai 2019. A côté du public infirmier, les actions visent également les médecins généralistes. Il s'agit, de manière non exhaustive puisque les réflexions évoluent au fil du temps, des actions suivantes :

- Organisation d'une **escape room** Santé : cet évènement, pour lequel tous les acteurs cibles ont été consultés et ont marqué leur intérêt, était initialement prévu en juillet 2020. Il s'agit d'introduire par une activité ludique et créative l'importance de la notion de prendre soin de soi et de repérer (préventivement ou non) les souffrances qui pourraient entraîner un épuisement professionnel. Les restrictions sanitaires liées à la propagation du Covid-19 ont contraint le Service de reporter l'organisation de cet évènement à une date ultérieure encore à définir avec le public visé (infirmier ère s et médecins généralistes) et la société qui fournit le matériel.
- Participation à une **coordination** des différents services et structures travaillant dans le **suivi psychologique des soignants** (suivi post-covid-19 notamment, et prévention burn out). L'idée est de faire connaître le réseau de professionnels et d'associations actifs dans ce domaine au travers d'une brochure reprenant tous ces services et associations ;
- Cycle de conférences et ateliers sur la prévention du burn out, à la suite des actions prévues à l'heure actuelle afin de permettre aux soignants dans le besoin d'y trouver des ressources intéressantes.

2. AXE « ATTRACTIVITÉ DU MÉTIER » : VALORISATION DU MÉTIER

L'idée est ici de réaliser une campagne de communication pour redorer l'image de la profession infirmière :

- Réalisation de **capsules vidéos** en collaboration avec le terrain via la mise en place d'un groupe de travail (GT n°1 Communication) ;
- Réalisation d'autres supports (affiches avec slogan, flyers,...);
- Participation à des salons des métiers (Printemps des Sciences, Objectif métiers, Service d'Information sur les Etudes et Professions (SIEP), Portes ouvertes des écoles,...), à des soirées d'information à l'attention des étudiants en soins infirmiers pour leur faire connaître les différents secteurs et à des séances d'information à destination des 5ème et 6ème secondaire afin de faire connaître le métier infirmier et sa diversité en présentant les différents secteurs.

3. AXE « REPRÉSENTATION AU NIVEAU PROVINCIAL » : MISE EN PLACE D'UN ORGANE DE REPRÉSENTATION DE LA PROFESSION AU NIVEAU PROVINCIAL ET D'UN SITE INTERNET DÉDIÉ À LA PROFESSION DANS LA PROVINCE :

En cohérence avec les deux axes détaillés ci-dessus, il est apparu essentiel de disposer d'une **structure de représentation de la profession au niveau provincial** (Fédération provinciale/Cercle infirmier intersectoriel). Un deuxième Groupe de Travail pourrait être mis en place **(GT n°2)** afin d'approfondir les réflexions au sujet de la création d'un tel organe. A noter qu'il pourrait s'agir d'une « décentralisation d'une organisation de représentants des infirmier ère s déjà existante ». L'intérêt de cette nouvelle structure sera également de permettre la centralisation des informations relatives au métier et de pouvoir être le relai/représentant des infirmier ère s de terrain.

Un site internet qui centraliserait toutes les informations utiles à l'infirmier-ère en exercice en province de Luxembourg pourrait en découler, en ce compris, une plateforme baby-sitting, un lien vers Lureso, les actualités du métier et les formations, ...

4. AXE « FORMATION ET ÉCHANGES DE BONNES PRATIQUES INTERSECTORIELS »

Au niveau des formations, **l'e-learning** pourrait être intégré au site internet et être traité dans ce groupe de travail (GT n°2, voir *supra*). Cela permettrait de favoriser **les échanges intersectoriels** de bonnes pratiques, de formations et la mise en réseau des différents référents, structures déjà existantes sur notre territoire. Il pourrait également s'agir de formations de « remise à niveau » théorique et pratique en soins infirmiers qui pourraient être organisées à destination par exemple des infirmier ère s ayant changé de secteur d'activité et/ou de service.

La mise en place d'un tel groupe de réflexion serait aussi l'occasion de s'attarder sur des actions à mettre en œuvre pour alléger la charge organisationnelle des infirmier ère s, bien que les possibilités d'actions soient limitées au niveau provincial et dépendent essentiellement des employeurs et du Fédéral. Deux propositions pourraient être envisageables au niveau de la Province : la recherche de bonnes pratiques en matière d'objectivation de la charge de travail et la recherche de bonnes pratiques étrangères en matière d'Hospitalisation à domicile (HAD).

Envie de devenir infirmier·ère ou d'en savoir plus ? Voici quelques ressources intéressantes : Blog du SIEP, page sur les formations d'infirmier : http://blog.siep.be/2016/11/devenir-infirmierere-quelle-for-mation-choisir/

Site Devenirinfirmier.be: https://www.devenirinfirmier.be/accueil

Enseignement be: http://enseignement.be/index.php?page=0&navi=3920

SPF Santé Publique : <u>https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soi-</u> <u>gnants/infirmiers</u>

CONCLUSION

Cette enquête qualitative a été initiée en avril 2019 en raison des difficultés de recrutement d'infirmier-ère-s par les employeurs de la province accentuées par des départs de professionnels de soins vers le Grand-Duché de Luxembourg.

Cette demande croissante d'infirmier-ère-s sévit depuis quelques décennies dans toutes les régions du monde et toutes les études convergent vers l'augmentation future en besoins infirmiers (vieillissement démographique, évolution de la médecine...).

Il est apparu primordial d'écouter ces professionnel·le·s en souffrance depuis des années afin de pouvoir assurer des soins de qualité à chaque citoyen.

De plus, ils-elles viennent de faire face à la crise sanitaire durant laquelle leur rôle essentiel a été mis en avant. Il est donc important que des mesures soient prises afin d'attirer des jeunes dans la profession mais aussi d'encourager les infirmier-ère-s de réaliser des carrières plus longues dans la profession.

En Belgique, diverses mesures ont déjà été adoptées dans le but d'améliorer l'attractivité du métier au niveau fédéral. Cela reste cependant insuffisant pour une profession en pleine mutation.

Les solutions résultant des entretiens ne relèvent pas uniquement du niveau fédéral (valorisation salariale et barémique et dotation infirmière). En effet, la souffrance actuelle ressentie par le personnel est multifactorielle, la seule intervention liée au salaire/barème/dotation ne répondrait qu'à une partie de la problématique.

Des leviers d'actions trouvent leur sens également au niveau provincial en matière de communication, de formation et d'enseignement, de charge organisation-nelle et émotionnelle et de conciliation vie privée et vie professionnelle. Par exemple : valorisation du métier, réflexion et accompagnement de la charge émotion-nelle des soignants, collaboration avec les écoles afin d'attirer des étudiants dans cette filière, rôle fédérateur en matière de formations

La mise en œuvre de ce plan d'actions aurait pour objectif de viser une meilleure attractivité du métier et une plus grande rétention des professionnels actuellement en poste. Une augmentation du nombre d'infirmier·ère·s pourrait, à termes, être constatée suite à ces mesures et les conditions d'exercice de cette profession s'en trouveraient ainsi améliorées.

Sans prétendre être la panacée, à tout le moins, ce plan d'actions tend à répondre aux besoins du terrain puisqu'il a été co-construit avec les premier-ère-s concerné-e-s ; les infirmier-ère-s de la province de Luxembourg dans l'ensemble des secteurs ; sans leur implication et leur mobilisation, cette enquête n'aurait pas pu être menée.

Merci à toutes les infirmières et à tous les infirmiers d'accompagner chaque étape de nos vies et d'être là quand tout un chacun en a le plus besoin.



BIBLIOGRAPHIE

- 1. SIEP (2016), Blog en ligne, http://blog.siep.be/2016/11/devenir-infrmierere-quelle-formaton-choisir/, consulté le 27 mars 2020.
- 2. ICA (2020), en ligne, http://www.icalibramont.be/ibh.html, consulté le 30 mars 2020.
- **3.** VAN DE HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DEVOORDE C, SERMEUS W. (2019) Dotaton infrmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'Expertse des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 325Bs. D/2019/10.273/73.
- 4. Idem.
- 5. Site de l'ICA de Libramont : http://www.icalibramont.be/
- **6.** SIEP (2016), Blog en ligne, http://blog.siep.be/wp-content/uploads/2016/11/Brevet-Infrmier%C3%A8rehospitalier%C3%A8re-%C3%89coles-secondaires.pdf. consulté le 30 mars 2020.
- **7.** *Idem.*
- **8.** CPSI (2020) Devenir infrmière ? Quelles formatons, quelles passerelles choisir ?, en ligne, https://www.cpsi.be/devenir-infrmiere-quelles-formatons-quelles-passerelles-choisir, consulté le 30 juin 2020.
- 9. CPSI (2020) Op. cit., consulté le 30 juin 2020.
- **10.** ARES (Académie de recher che et d'enseignement supér ieur) (2020), en l igne, https://www.mesetudes.be/hors-menu/hops-searchf/?no_cache=1&L=0&tx_solr%5Bq%5D=infrmier+responsable&tx_solr%5Bpage%5D=0, consulté le 27 mars 2020.
- 11. FE.BI (2018), en ligne, https://www.devenirinfrmier.be/se-former, consulté le 6 avril 2020.
- 12. FE.BI (2018), en ligne, https://www.devenirinfrmier.be/se-former/brevet, consulté le 6 avril 2020.
- 13. FE.BI (2018), en ligne, https://www.devenirinfrmier.be/se-former/baccalaureat, consulté le 6 avril 2020.
- **14.** ACN (2019) Mémorandum en vue des électons législatves, régionales et européennes 2019, en ligne, https://www.infrmieres.be/sites/default/fles/contentsite/pdf/acn_memorandum_electons_2019_vp_def.pdf, consulté le 2 avril 2020.
- **15.** U G I B (2 0 1 4) M é m o r a n d u m p o l i t q u e 2 0 1 4 , e n l i g n e , https://www.infrmieres.be/sites/default/fles/contentsite/associaton/memorandum_2014_fr_chambre_francophone.pdf, consulté le 2 avril 2020.
- **16.** SERMEUS W., EECKLOO K., VAN DER AUWERA C., VAN HECKE A. (2018) « Future of Nursing: improving health, driving change: Leçons trées de la litérature internationale et des journées organisées en 2017 sur ce thème », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement, 29p, en ligne, https://www.health.belgium.be/sites/default/fles/uploads/felds/fpshealth_theme_fle/future_of_nursing_rapport_fr_0.pdf, consulté le 3 avril 2020.
- **17.** Idem.
- **18.**UPSFB (2020), en ligne, https://sage-femme.be/sagesfemmes/travailler-comme-sage-femme/etre-sage-femme-hospitaliere/, consulté le 6 avril 2020.
- **19.**FE.BI (2020), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/se-former/specialisations/qualifications-professionnelles, consulté le 31 mars 2020.
- 20.FE.BI (2020), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/se-former/specialisations/gerer-une-equipe, consulté le 1er avril 2020.
- 21. FE.BI (2020), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/se-former/specialisations/formation-continue, consulté le 1er avril 2020.
- 22. SIEP (2020), en ligne, https://formations.siep.be/formation/fiche/autres/209/, consulté le 8 avril 2020.
- 23. SERMEUS W., EECKLOO K., VAN DER AUWERA C., VAN HECKE A. (2018) Op. cit., 29p.
- **24.** Union Générale des Infirmiers de Belgique (2019) Mémorandum 2019 Belgique, disponible en ligne, https://www.ugib.be/userfiles/Memorandum%20AUVB%20FR.pdf, consulté le 30 juin 2020.
- 25. SERMEUS W., EECKLOO K., VAN DER AUWERA C., VAN HECKE A. (2018) Op. cit., 29p.

- **26.** Ces recommandations, au nombre de 4, sont largement détaillées dans le rapport : SERMEUS W., EECKLOO K., VAN DER AUWERA C., VAN HECKE A. (2018) *Op. cit*.
- 27. SERMEUS W., EECKLOO K., VAN DER AUWERA C., VAN HECKE A. (2018) Op. cit., p.25.
- 28. ACN (2019), en ligne, https://www.infirmieres.be/actualites/infirmiere-de-pratique-avancee, consulté le 8 avril 2020.
- 29. FE.BI. (2016), en ligne, http://metiers.siep.be/metier/infirmier-infirmiere/, consulté le 8 avril 2020.
- **30.** SPF Santé publique (2020) https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soignants/infirmiers#vi-sa, consulté le 8 avril 2020.
- 31. FE.BI. (2016), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/exercer/visa, consulté le 8 avril 2020.
- 32. FE.BI. (2016), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/exercer/diplomes-etrangers, consulté le 8 avril 2020.
- 33. FE.BI (2016), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/exercer/agrement, consulté le 8 avril 2020.
- 34. FE.BI (2016), en ligne, https://www.devenirinfirmier.be/exercer/n-inami, consulté le 8 avril 2020.
- **35.** STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Attractivité, fidélisation et qualité des soins 3 défis, une réponse, collection Fonction Cadre de Santé, Gestion des ressources humaines, éd. Lamarre, Paris, p. XXI.
- **36.** VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. (2019), *Op. cit.*, p. 1.
- **37.** OCDE (2008) Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE Comment répondre à la crise imminente ?, Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé, éditions OCDE, Paris, 104 p., en ligne, https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/les-personnels-de-sante-dans-les-pays-de-l-ocde_9789264050792-fr, consulté en avril 2020, p. 13.
- **38.** STORDEUR S., M. HUBIN et X. LEROY (2001) L'offre et la demande d'infirmier(ère)s en Communauté française et germanophone de Belgique, Revue Hospitals.be, n°247, 2001/4.
- **39.** GONON O., DELGOULET C. et J.-C. MARQUIÉ (2004) Âge, contraintes de travail et changements de postes : le cas des infirmières, Le Travail Humain, tome 67, n°2/2004, p. 116.
- 40. OCDE (2008) Op. cit. p. 17.
- **41.** OCDE (2008) Op. cit., p. 83.
- 42. OCDE (2008) Op. cit. p. 13-19.
- **43.** OCDE (2016), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, éditions OCDE, synthèse en ligne, https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3c316923-fr/index.html?itemId=/content/component/3c316923-fr, consulté le 8 avril 2020.
- **44.** VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. (2019), *Op. cit.*, p. 1.
- **45.** Idem.
- **46.** ACKER F. (2002) Temps de travail féminin, temps de travail soignant. Quelles configurations, quels réajustements ? Commentaire, Sciences Sociales et Santé, vol. 20, n°3, p. 109-117, p. 113.
- 47. STORDEUR S., M. HUBIN et X. LEROY (2001) Op. cit.
- **48.** DECLEIRE C (2019) Évolution d'un malaise professionnel infirmier entre récurrences et mutations: Enquêtes auprès d'infirmiers-ères hospitaliers-ères en Belgique et en Fédération Wallonie-Bruxelles, p. 350, en ligne, https://researchportal.unamur.be/fr/student-Theses/%C3%A9volution-dun-malaise-professionnel-infirmier-entre-r%C3%A9currences-e, consulté en avril 2020.
- 49.STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit., p. XXI.
- 50.D'HOORE W. (2009) Un « prix à payer » pour plus de performance ?, in STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit., p. 1-14; p. 3.
- **51.**STORDEUR S. et C. VIENS (2009) Le leadership infirmier transformationnel : place à un investissement professionnel et organisationnel, in STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) *Op. cit*, p. 15-38 ; p. 16.
- 52. STORDEUR S., M. HUBIN et X. LEROY (2001) Op. cit

- **53.** STEWART J., D. CLARK et P. F. CLARK (2007) Migration and Recruitment of Healthcare Professionals: Causes Consequences and Policy Responses, Focus Migration, Policy Brief n°7, p. 1, en ligne, http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/PB07_Health.pdf, consulté le 10 avril 2020.
- 54. OCDE (2008) Op. cit., p. 83.
- **55.** VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. (2019), Op. cit., p. 2.
- 56. UGIB (2019) Mémorandum 2019, p. 7.
- **57.** FOREM (2020), Fonctions critiques et métiers en pénurie, en ligne, https://www.leforem.be/former/horizonsemploi/metier/index-demande.html, consulté le 16 avril 2020.
- 58. OCDE (2008) Op. cit., p. 84-86.
- **59.** VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. (2019), Op. cit., p. 2.
- **60.** OMS (2010) WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, disponible en ligne, https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/, consulté le 16 avril 2020.
- 61. STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit., p. 72.
- **62.** STORDEUR S., DELMAS P., PRONOST A.-M., D'HOORE W. et l'équipe de recherche NEXT, Intérêt des comparaisons européennes et nationales pour améliorer les conditions de l'exercice professionnel STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) *Op. cit.*, p. 84.
- **63.** Ibidem, p. 84.
- 64. Ibidem, p.84.
- **65.** *Ibidem* p. 85.
- 66. Ibidem, p. 85.
- 67. Ibidem, p. 85-86.
- 68. Ibidem, p. 86-87.
- 69. Ibidem, p. 86-87.
- **70.** *Ibidem*, p. 86-89.
- **71.** DIERCK DE CASTERLE B. et al (2003) La profession infirmière en crise? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers, disponible en ligne, http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Rapport%20version%20finale.pdf, consulté le 17 avril 2020.
- 72. DIERCK DE CASTERLE B. et al (2003) Op. cit., p.3, consulté le 17 avril 2020.
- 73. STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit., p. 137-212.
- **74.** STORDEUR S. et W. D'HOORE (2010) ARIQ Attraction, Rétention, Implication des Infirmières et Qualité des Soins, Séminaire qualité de vie au travail du 21 octobre 2010, HAS, pdf disponible en ligne, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/20101021_diaporama_stordeur.pdf, consulté le 17 avril 2020, slide 3.
- 75. STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit.,p. 139.
- 76. STORDEUR S., K. KEPPENS et W. D'HOORE (2006) Op. cit., p.5.
- 77. STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit.,p. 140.
- 78. STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit.,p. 140-141.
- 79. Pour plus de détails sur ces trois axes, voir STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit.,p. 140 et s.; STORDEUR S., K. KEP-PENS et W. D'HOORE (2006) Op. cit.; STORDEUR S. et W. D'HOORE (2010) Op. cit.
- 80. STORDEUR S. et W. D'HOORE (2010) Op. cit.

- **82.** VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. (2019), *Op. cit.*,p. 9.
- **83.** Idem.
- 84. STORDEUR S. et W. D'HOORE (dir.) (2009) Op. cit., p. 39.
- **85.** VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. (2019), *Op. cit.*,p. 9.
- **86.** UGIB (2020) Etude du KCE : plus d'infirmiers, en ligne, https://www.auvb.be/fr/blog/centraal/etude-kce-plus-infirmiers/, consulté le 20 avril 2020.
- **87.** Idem.
- **88.** ACN (2019) Infonursing janvier mars 2019 n° 191, en ligne, https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/edito-in191.pdf, consulté le 20 avril 2020.
- 89. IFIC (2020), Que fait l'IFIC ?, en ligne, https://www.if-ic.org/fr/a-propos-de-nous/que-fait-l-ific, consulté le 30 juin 2020.
- 90. SETCA (2020) IFIC CP 330, en ligne, https://www.setca-ific.org/copie-de-documents, consulté le 30 juin 2020.
- **91.** UGIB (2019), Le « Fonds d'urgence pour les infirmier(ère)s»: Les propositions de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique, en ligne, https://www.auvb.be/fr/blog/centraal/communique-fonds-urgence-infirmiers-recommandations/, consulté le 20 avril 2020.
- **92.** DECLEIRE Céine (2013) Transformations du métier d'infirmier : vers des modèles de pratiques générationnelles différenciées, in BURNAY Nathalie, MELCHIOR Jean-Philippe, ERTUL Servet (dir.) (2013), Parcours de vie et nouvelles temporalités, Investigations d'anthropologie prospective, n°5. Academia-L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, p. 172.
- 93. DECLEIRE Céline (2013) Op. cit., p. 173-174.
- **94.** VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. (2019), *Op. cit.*, p. 1.
- 95. Ibidem, p. 41.
- 96. Brochure « Les mardis des « Blues » Blanches », juin 2020, remis lors d'une rencontre à l'hôpital d'Arlon (Vivalia).
- 97. UGIB (2019) Mémorandum 2019, p.13.
- 98. UGIB (2019) Mémorandum 2019, p. 3.
- 99. UGIB (2019) Mémorandum 2019, p. 9.
- 100. UGIB (2019) Mémorandum 2019, p. 9.
- 101. UGIB (2019) Mémorandum 2019, p. 9.





CELLULE D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (CAPS)

Square Albert Ier, 1 6700 Arlon 063/212450 caps@province.luxembourg.be

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ

Rue du Carmel, 1 6900 Marloie 084/310505 obs.sante@province.luxembourg.be