

**Par-dessus
les épaules
des stagiaires :**

**La profession
infirmière**

**ÉTAT DES LIEUX ET PISTES
POUR ASSURER SA PÉRENNISATION**



Avec le soutien de

Rédaction

Christine Grard, infirmière, *enseignante et Dr en sciences politiques et sociales*
Channel Baquet, *anthropologue*
Lynca Erica Mugisha, *anthropologue*

Relecture

André Tourneux

Illustrations

© Vidéothèque école d'infirmière Avé Maria
© Channel Baquet © Lynca Erica Mugisha
© Christine Grard © Shutterstock

Travail graphique de Maud Grégoire

Éditrice responsable

Christine Grard
Laboratoire d'anthropologie prospective
UCLouvain | Place Montesquieu 1, Bte L2.08.01
1348 Louvain La Neuve | Belgique



Avec le soutien de



Un ouvrage mis en page, imprimé et
façonné par Snel à Vottem, Belgique

www.snel.be

Impression sur papier certifié FSC



Remerciements

Nous tenons à remercier le *Sofina Covid Solidarity Fund* pour la confiance et le soutien financier accordés, sans lesquels cette recherche n'aurait pu avoir lieu. Un merci particulier à Madame Amélie Lagache qui nous a accompagnées et encouragées dans cette réalisation.

Ce travail a aussi été rendu possible grâce au Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'UCLouvain et au suivi de la professeure Jacinthe Mazzocchi.

Nous tenons aussi à remercier les centaines de personnes : étudiantes et étudiants, enseignantes et enseignants, infirmières et infirmiers, chercheuses et chercheurs, acteurs et actrices de directions et acteurs et actrices politiques qui ont accepté de témoigner, d'être enregistrés, filmés. Merci pour le temps qu'ils nous ont donné, les partages au cœur de leurs vécus et leurs exhortations à continuer l'investigation. Leur enthousiasme a consolidé notre engagement.

Préambule

Une nuit de garde en oncologie

L'un de mes 30 patients, Monsieur Dupont, est agressif avec sa compagne qui reste à son chevet presque 24h/24. Il a plus de 80 ans et est en fin de vie. Il sent qu'il va partir et elle lui dit qu'il va se rétablir. Elle ne veut pas qu'on lui dise la vérité, de peur que cela ne le tue. Le prix qu'elle paie est lourd : la connivence si belle de ce couple sans enfant s'est rompue. Vers 2h00, lorsque j'effectue un tour des chambres, je note que sa femme est tendue et triste. Elle semble épuisée. Je l'invite à prendre un café dans la petite cuisine de notre service. Dans le silence et la solitude de la nuit, les rencontres sont plus faciles : elle accepte. « Comment allez-vous ? Cela semble particulièrement difficile ces jours-ci... » Elle s'effondre en pleurs et je la prends dans mes bras sans rien dire. Là, contre moi et ce tablier blanc qui a perdu de son impersonnalité, elle me déroule leur histoire, leurs joies et leurs peines, tout ce long chemin traversé ensemble sans se perdre et là, maintenant, un sentiment de rupture qui lui fait si mal. Je lui dis que Monsieur semble

se sentir non compris, non entendu dans ce qu'il vit et lui demande l'autorisation de répondre sincèrement à ses questions. Elle finit par accepter. Nous nous rendons toutes les deux au chevet de monsieur. Il est douloureux et me demande de l'aider à changer de position. Je l'aide à se mettre sur le côté et il me dit : « Je vais de plus en plus mal ». Je lui réponds : « En effet, vous êtes moins bien ces derniers jours ». Il me dit ensuite en plantant son regard très éveillé dans le mien : « Je ne vais plus guérir, je vais mourir, dites-moi la vérité ! » Je lui réponds : « Votre maladie a beaucoup avancé, et il ne sera pas possible de vous guérir ». « Combien de temps me reste-t-il ? » « Je ne sais pas, quelques jours, quelques semaines, peut-être plus... ». Monsieur s'apaise et me sourit : « Je le savais, merci ! » Il appelle sa compagne, lui serre la main et lui dit « Demain, on appelle le notaire et nous réglons tout ce qui est administratif ». Il a repris le contrôle de ce qui lui arrive. Il regarde sa femme avec tendresse, des mots doux se disent. Je sors sans bruit et je vais voir les autres

patients, répondre aux multiples sonnettes dont les lumières rouges illuminent la pénombre du couloir, distribuer les médicaments, vérifier les perfusions, aider l'un ou l'autre à se rendre aux toilettes, écouter encore et encore des angoisses, des colères, des questions parfois existentielles sur ce qui compte vraiment, sur la souffrance, des regrets, des espoirs et des réflexions magnifiques sur ce qui donne sens à la vie. Il me faut aussi préparer le travail du matin : disposer les médicaments pour la journée et les facturer, faire les transmissions informatiques et vers 6h00 avant la relève, réaliser une dizaine de prises de sang, puis à 7h00, transmettre le rapport aux collègues. Il est 8h00 du matin, je sors de l'hôpital et le monde me semble étrange. Les tenues chics de marque de certains passants, les grosses voitures, les gens pressés, les figures fermées, les coups de klaxon impatients dans la cohue du matin pour ne pas être en retard... Un autre monde s'étale devant moi, incapable de comprendre, ou ne pouvant pas, ou ne voulant pas comprendre ce qui se vit derrière les murs, non pas d'abord souffrance, mais recherche d'essentiel et de sens...

Marinette¹, infirmière diplômée depuis 30 ans.

1 Nos actrices et acteurs de terrain ont été anonymisés notamment par l'usage d'un pseudonyme.

Introduction

La crise que connaît le système de soins en Belgique n'est plus à démontrer. La pandémie de la COVID-19 l'a révélée et considérablement aggravée. Sensible à la problématique, le *Sofina Covid Solidarity Fund* a accordé un financement géré par la Fondation Roi Baudouin, pour la réalisation d'**une recherche qualitative anthropologique** de terrain de 24 mois. Elle a été menée par une équipe de trois chercheuses du Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'UCLouvain, de février 2021 à janvier 2023, **au cœur des pratiques d'enseignement et des pratiques soignantes**². Son originalité est de partir des **points de vue des acteurs les plus invisibilisés du système de**

soins : les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers lors de leurs stages, puis d'élargir ce point de vue en incluant ceux d'autres personnes.

Ce texte, situé dans le temps, ne vise pas l'exhaustivité. Il reprend les grandes lignes conclusives de cette recherche sous forme de **constats**, de **pistes de solutions** et de **scénarios** possibles, **suggérés par de multiples acteurs de terrain en réponse à la pénurie de soignants en Wallonie**. Il s'appuie sur une récolte de données et une enquête anthropologique réalisées par Christine Grard auprès d'étudiantes et étudiants³ en soins infirmiers des régions de Namur et de Mons entre 2010 et 2020. Il fait suite également à des témoignages de soignants et d'étudiants qui ont bouleversé l'opinion publique⁴.

- 2 Cette recherche a été menée par Christine Grard, Erica Lynca Mugisha et Channel Baquet (anthropologues au Laboratoire d'anthropologie prospective (LAAP) de l'UCLouvain). Elle s'inscrit dans la ligne de l'anthropologie politique, du soin et de l'accompagnement. Elle explore la question de l'engagement des acteurs dans leurs relations et leurs capacités à affronter les contraintes et les difficultés (Hesbeen, 2016). C'est une démarche d'anthropologie pratique de la rencontre de l'Autre (Saillant, 2000).
- 3 Nous faisons le choix de préciser « infirmières et infirmiers », « étudiantes et étudiants » pour insister sur le fait que malgré la mixité des études depuis plus de cinquante ans, la proportion hommes/femmes pratiquant le métier se modifie peu. En Wallonie, elle reste d'environ neuf femmes pour un homme (SPF, 2021).
- 4 Nous pensons entre autres à *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitements en santé* de Valérie Auslender, publié en 2017 ; *Diplômé délivré(e) ! Parole affranchie d'une étudiante infirmière* de Raphaëlle Jean-Louis, publié en 2018 ; *Hôpital, si les gens savaient* de Nora Sahara, publiée en 2021 ; *Offrons un repas quotidien aux stagiaires en soins infirmiers*, une carte blanche, publié en 2022 par Fabienne Heijmans et Stéphane Plasschaert, etc.



La récolte des données, en partie enregistrées et filmées, s'est faite via des **entretiens** individuels et en focus groups avec des soignants, des étudiants, des enseignants, des membres de direction et des décideurs politiques à la recherche d'une pluralité de points de vue. Nous avons aussi réalisé des **observations participantes** en maisons de repos et de soins, en maisons médicales, auprès d'infirmières et d'infirmiers à domicile, dans cinq écoles de soins infirmiers et dans des écoles formant des sages-femmes en Wallonie. Nous avons complété ces données par une enquête sous forme de **micros-trottoirs** auprès du grand public de plusieurs villes wallonnes. La méthode Grade-CERQual⁵ nous a servi de guide pour trier nos données. Celles-ci ont été confrontées aux données qualitatives et quantitatives relevées dans des travaux scientifiques réalisés par d'autres chercheurs⁶.

DES PROFESSIONNELS ET DES STAGIAIRES DANS UN CONTEXTE POST- PANDÉMIQUE

Les infirmières et les infirmiers assument un rôle de **pilier du système de soins**. Ils assurent non seulement des soins aux patients dans les hôpitaux, mais réalisent aussi un travail de première ligne, extrahospitalier, souvent moins connu et pourtant essentiel pour la société⁷. **Leurs revendications et leurs besoins, déjà antérieurs à la pandémie, sont devenus des questions connues de tous** lors de la mise en évidence de leurs difficultés pendant la pandémie de la COVID-19 (Bouvot *et al.*, 2021). Les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers ont particulièrement été mis en difficulté durant cette période. Le contrôle de la pandémie et le retour des rythmes scolaires habituels ne

semblent pas amener d'amélioration importante à leurs difficultés d'apprentissage pratique. En Wallonie, lors de la recherche que nous avons menée, ils décrivent presque la moitié de leurs stages comme peu intéressants en termes d'apprentissages techniques et comme parfois empreints de maltraitements.

Pourquoi et comment cette situation est-elle possible ? **Comment rendre le métier plus attractif ?** Quelles attentes, quels souhaits et quelles possibilités sont formulés par les étudiantes et étudiants, par leurs professeurs, par les infirmières et infirmiers et par les acteurs politiques pour pérenniser la profession ? Quelles aspirations sociales, quelles attentes politiques, pédagogiques et managériales s'expriment en creux dans ces vécus peu satisfaisants ? **La récurrence des difficultés des stagiaires, mais**

5 Méthode Grade-CERQual : 1. Il est très probable que cette donnée soit une représentation raisonnable de la situation, du phénomène ou du problème. Une recherche complémentaire ne changera pas les résultats. 2. Il est probable que cette donnée soit une représentation raisonnable. Une recherche complémentaire pourrait affiner légèrement les conclusions sans fondamentalement les modifier. 3. Il est possible que les données soient représentatives, mais des compléments d'enquêtes sont nécessaires pour pouvoir l'affirmer. 4. La donnée est trop isolée pour être significative.

6 Sans être exhaustives, nous pensons aux travaux de Joan Tronto, d'Éliane Rothier Bautzer, de Francine Saillant, de Pascale Molinier, de Lénaïc Damman, de la chaire Be.Hive, de Jacinthe Dancot, de Walter Hesbeen, d'Arnaud Bruyneel, de Walter Sermeus, de Cédric Juliens, de Céline Declaire, d'Anne Piret, d'Émilie Thiry et de Sophie Mahin, de Nadine Jacquemin, de Blaise Degueeldre, de Jacques Marquet, de Nicolas Marquis et de Nathalie Hubert, de Catherine Mercadier, de Katy Katz, de Margot Phaneuf, de Jean Furtos, etc.

7 Cette première ligne de soins est celle qui garantit le plus efficacement des soins complets et de qualité, comprenant les aspects de promotion, de prévention, d'éducation et de réadaptation, autant que de traitements curatifs et palliatifs pour tous dans leur environnement quotidien. Ces soins globaux, donnés au plus près des lieux de vie des personnes, sont fondamentaux pour tendre vers une couverture sanitaire universelle. Ils représentent le moyen le plus inclusif, le plus équitable, le plus économique et le plus efficace d'améliorer la santé physique et mentale et le bien-être social des populations (OMS, 2021).

aussi leurs expériences positives, montrent leurs attentes en tant que futurs professionnels. Elles **révèlent des failles qui mettent en péril la pérennité de la profession infirmière et la possibilité de donner des soins de qualité à la population**, quelles que soient ses conditions socio-économiques.

Nous en discutons en quatre parties :

Quelles pistes pour (re)donner le goût de la profession ?

Quelles pistes pour améliorer les conditions de stages ?

Quelles pistes pour lutter contre la violence et le harcèlement durant les stages ?

Quelles formations pour répondre aux défis socio-sanitaires ?

Ce texte espère contribuer à **une réflexion politique, pédagogique et managériale visant à fidéliser et à renforcer les effectifs infirmiers**. Avec la portée inédite de la crise sanitaire et de ses conséquences socio-économiques, nous avons pris conscience de notre besoin d'entraide et de solidarité. Cette période de dérèglements a permis de constater, plus que jamais, notre vulnérabilité et notre interdépendance. La relation à l'autre est apparue à travers le prisme de l'attention à l'autre, du *care* et de l'éthique de la relation. Ce cadre éthique dépasse les métiers du soin. Il interroge plus largement la société et la manière de **rendre le monde habitable par le soin que l'on apporte aux autres et à l'environnement (Tronto, 2009)**.

Table des matières

Préambule.....	1
Introduction.....	2
Réflexion générale.....	7
1) Un problème de longue date.....	7
2) La politique de travail à flux tendu a montré ses limites dès le début de la crise sanitaire.....	8
3) La relève n'est pas assurée.....	9

PREMIÈRE PARTIE

Quelles pistes pour (re)donner le goût de la profession ?

Des constats	13
1) La déliquescence des conditions de travail et l'augmentation insupportable de la charge de travail	13
2) L'impossibilité, exprimée par de nombreux infirmières et infirmiers, de réaliser leur travail selon leurs codes éthiques	15
3) Le manque de candidates et de candidats disposés à travailler au chevet des patients	16
4) Les désaffections aggravent un manque de soignants déjà prévu.....	20

Des pistes 21

- 1) Rendre aux soignants le goût de leur profession..... 21
- 2) Tenir compte de la pénibilité du travail.....24
- 3) Favoriser la possibilité pour les soignants d'organiser leur vie privée et diminuer la fatigue liée aux horaires instables.....24
- 4) Augmenter les salaires.....26
- 5) Mettre en perspective l'évolution de la carrière et la mobilité des soignants.....26

DEUXIÈME PARTIE

Quelles pistes pour améliorer les conditions de stages?

Des constats 31

- 1) Être stagiaire, apprendre par la mise en pratique en milieu de travail..... 31
- 2) Le manque d'accueil sur les terrains de stage et la mise en marge de l'équipe.....32

- 3) Le manque d'encadrement des stagiaires sur les terrains de stage33
- 4) « Pourquoi les infirmières mangent-elles leurs petits » (Katz, 2014) ? Le déni de l'aide apportée par les stagiaires35
- 5) L'impact des stages sur la vie privée.....37
- 6) Le coût des stages.....38
- 7) La reconnaissance de l'enjeu économique et politique du travail des stagiaires40
- 8) Quelques chiffres.....40
- 9) En quelques mots41

Des pistes 42

- 1) Améliorer l'accueil des étudiantes et des étudiants ...42
- 2) Augmenter l'encadrement sur le terrain45
- 3) Programmer plus de stages extrahospitaliers, en première ligne de soin.....46
- 4) Mettre en place des mesures concrètes d'aide aux étudiantes et aux étudiants (parking, transport, repas, logement).....46

TROISIÈME PARTIE

Quelles pistes pour prévenir la violence et le harcèlement durant les stages?

Des constats 51

- 1) Des étudiantes et étudiants témoins de violences, de négligences, de maltraitements sur d'autres étudiants, sur des membres du personnel et sur des patients..... 51
- 2) Les étudiantes et étudiants sont eux-mêmes aussi la cible de faits inadmissibles..... 51

Des pistes 53

- 1) Renforcer les capacités de compréhension et de décision des étudiants et du personnel soignant.....53
- 2) Promouvoir le rôle des institutions de soins et de formations.....57

QUATRIÈME PARTIE

Quelles formations pour répondre aux défis socio-sanitaires ?

Des constats61

- 1) La profession infirmière ou plus exactement les professions infirmières se déclinent sous une multitude de formes et de compétences 61
- 2) La définition de la professionnalité infirmière est historiquement en tension 61
- 3) Des défis pour le système de soin62
- 4) Des directives européennes fixent un cadre et le socle minimum de formation.....63
- 5) Regard depuis la formation pratique.....64
- 6) Regard sur les enseignantes et les enseignants66
- 7) Regard sur l'éventail de formations de soignants67

Des pistes68

- 1) Penser à des formations qui répondent aux besoins de notre système de soin et de la

population ici et maintenant, et en perspective 68

- 2) Préparer l'étudiant à la réalité du terrain.....69
- 3) Développer les compétences en prévention et en éducation notamment en première ligne.....69
- 4) Sortir des dualités raison/émotion, objectivité/perception pour renforcer la résilience des (futurs) soignants70
- 5) Apprendre à travailler en équipe70
- 6) Apprendre à travailler en contexte multiculturel71
- 7) Former les futurs soignants à penser des soins non hégémoniques71
- 8) Développer la capacité de dialogue et de confrontation non violente72
- 9) Penser des études qui favorisent une évolution de carrière72

Ébauches de scénarios de formation esquissés à partir des apports de nos actrices et acteurs de terrain75

- 10) Faciliter l'obtention d'équivalence de diplômes78
- 11) Valorisation des acquis de l'expérience (VAE).....78

Conclusion.....79

Annexes.....82

Annexe 1 : Les normes d'encadrement en MRS82

Annexe 2 : Répartition en 2018 des infirmiers autorisés à exercer (LTP), en activité (PA) et actifs dans les soins (PR) selon les régions et leurs âges.....83

Annexe 3 : Évolution du nombre d'infirmiers actifs dans les soins entre 2004 et 201884

Annexe 4 : Pyramides des âges.....86

Annexe 5 : Que deviennent les infirmiers autorisés à pratiquer en Belgique ?.....87

Annexe 6 : Où travaillent les infirmiers salariés actifs dans les soins ?.....88

Annexe 7 : Répartition territoriale des infirmiers actifs dans les soins en Belgique.....89

Bibliographie90

Réflexion générale

1

UN PROBLÈME DE LONGUE DATE

Les virologues avaient prévu dès le début des années 2000 l'émergence d'épidémies de plus en plus fréquentes.

En 2008, la commissaire à la santé de la Commission européenne Androulla Vassiliou affirmait : « *Nous devons nous préparer aux futurs enjeux des soins de santé et des services sociaux. Nous devons veiller à disposer, dans le secteur de la santé, d'un personnel pérenne et d'une grande qualité, doté de capacités suffisantes et des compétences adéquates pour améliorer les soins de santé pour tous en Europe* » (Commission européenne, 2008). Elle relevait que l'enjeu pour les systèmes de santé de l'Union européenne était de se préparer à :

- **Une demande croissante** (vieillesse de la population, améliorations techniques, modification des attentes et des demandes des populations, etc.) **et une offre restreinte de services de santé.**
- **Des crises sanitaires majeures et internationales⁸.**

Douze ans plus tard, **les problèmes multiples déclenchés par la pandémie de la COVID-19 et le manque inquiétant de soignants mettent d'ores et déjà en péril la qualité des soins** et montrent que cet appel à se préparer aux futurs enjeux socio-sanitaires n'a pas été pris en compte.

L'OMS, dans son *Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire* publié en septembre 2019, quelques mois avant l'apparition des premiers cas de COVID-19, avait pourtant elle aussi mis en

garde la communauté internationale et dénoncé le manque de préparation aux pandémies, mais son avertissement n'a pas été suivi par les États (OMS, 2019).

En Belgique et plus largement en Europe, les systèmes de soins et les institutions de soins sont, **depuis les années 1990**, l'objet de réflexions politiques et managériales, et de **réformes, dont l'objectif récurrent est la maîtrise des dépenses et la rentabilité**. Ces réformes visent et à rationaliser l'offre de soins par la révision de la répartition géographique des activités et à accroître l'autonomie des structures et des organisations soignantes. Elles conditionnent l'organisation du travail du personnel soignant.

Dans cette optique de recherche d'efficacité, les politiques de gestion de la santé⁹ ont été orientées vers :

- **Une gestion à flux tendu** (tendre vers zéro panne, zéro délai, zéro papier, zéro stock, zéro défaut).

8 Cf. *Le livre vert relatif au personnel de santé en Europe* (Commission européenne, 2008).

9 Plus encore sous le ministère de Maggie De Block à partir de 2014.

- **Un raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers.**

Ceux-ci entraînent :

- **Une intensification des soins infirmiers.**
- **Une accélération des rythmes de travail** dans tous les lieux de soins intra- ou extrahospitaliers sans qu'il y ait eu une augmentation compensatoire du nombre de soignants.
- **Une surcharge chronique de travail**, l'aggravation de la fatigue préexistante du personnel soignant et l'absentéisme (maladie, épuisement, burn-out). Faute de temps, les soignants sont contraints de faire des choix parmi les soins à effectuer (tout ne peut plus être fait). Le manque chronique de personnel qualifié déstabilise les programmes et les plannings. Faute d'un encadrement adéquat, la formation se détériore.

2

LA POLITIQUE DE TRAVAIL À FLUX TENDU A MONTRÉ SES LIMITES DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE SANITAIRE

La COVID a été une énorme source de tensions, on s'est retrouvés sans masques et nous avons dit : « Ce n'est pas grave, on va faire des masques pour nous, pour nous protéger nous, pour protéger nos familles » et on nous a répondu que c'était inconcevable qu'on mette un masque parce que ça allait être anxiogène pour le patient. On s'est retrouvés en difficulté de personnel à l'étage et donc on est venu chercher des infirmières au sein des consultations. On ne nous a pas demandé ça comme un service, on nous l'a imposé sans nous demander, oui c'est comme ça.

Caroline, infirmière diplômée depuis 20 ans.

- **Il n'existait pas de politique prévoyant une crise sanitaire** d'une telle ampleur (plan, stratégie prévisionnelle, etc.).

- **Les stocks de matériel de protection étaient insuffisants** et furent rapidement épuisés : le personnel et les malades ont été mis en danger.
- **Il n'y avait pas de réserve de personnel** pour remplacer le personnel absent ou lui-même atteint par la maladie.
- **Le personnel a été d'emblée débordé** par l'augmentation des soins, le manque de lits d'hospitalisation, la solitude des patients, les décès, le refus d'hospitaliser les personnes âgées et les nombreuses injonctions parfois contradictoires.
- **Des démissions en cascade ont eu lieu :**
 - **En réponse à la mise en danger de soi, des patients et de ses proches.**
 - **Par dégoût et perte de sens du métier** (dus à l'impossibilité de soigner et d'accompagner les patients en son âme et conscience).
 - **Par épuisement.**

La pandémie a mis en évidence que la **priorité donnée aux logiques de rentabilité** s'est instaurée en **oubliant** deux facteurs importants :

- Celui de la prudence et de la prévoyance lorsque l'on parle de santé de la population.
- Celui de l'importance de veiller à avoir un personnel pérenne, bien formé et en suffisance si l'on veut assurer des soins de qualité pour tous.



3

LA RELÈVE N'EST PAS ASSURÉE

Un très gros problème actuellement, c'est qu'on manque énormément de personnel. Cette année, nous avons recruté seulement quatre nouvelles infirmières pour tout l'hôpital. Peu de personnes répondent aux offres d'emploi, ce qui est compréhensible vu la charge et les conditions de travail.

Daniel, chef infirmier d'un service hospitalier.

La pénurie d'infirmières et d'infirmiers et son impact sur les étudiantes et étudiants risquent de s'aggraver à court et moyen terme. La pyramide des âges des infirmières et des infirmiers montre que **la relève (les professionnels récemment diplômés) est insuffisante** pour remplacer les infirmières et les infirmiers qui vont partir à la pension (55 ans et plus)¹⁰. Et ce, même en considérant que ces nouveaux diplômés feront une carrière complète au chevet des

patients, ce qui est loin d'être assuré. Le nombre moyen d'années de travail des infirmières et des infirmiers dans les lieux de soins est de plus en plus faible.

Le nombre d'étudiantes et d'étudiants qui s'inscrivent en soins infirmiers diminue. Le nombre d'abandons en cours d'études est par contre de plus en plus important¹¹. Les étudiantes et étudiants qui terminent leurs études sont peu motivés à travailler dans des structures de soins surtout hospitalières. Suite aux difficultés de réaliser de bons stages durant la pandémie, les nouveaux diplômés ont souvent une formation lacunaire.

Nombre d'infirmières et infirmiers cherchent à travailler à temps partiel, car le travail est lourd et la vie familiale difficile à gérer.

On observe également une **importante migration des infirmières et des infirmiers** diplômés en Belgique vers d'autres pays.

¹⁰ À ce sujet, voir les annexes 5 et 6.

¹¹ Résultat de notre enquête ethnographique.



Un travail que j'aime

J'apprécie mon travail, je tiens à le préciser, mais il est vrai que je suis sujet à certaines difficultés lorsque je suis dans mon environnement de travail. Je n'arrive plus à faire mon travail comme il se doit. Je suis forcé de me presser, je ne peux plus prendre mon temps comme à mes débuts. Et cela en pâtit sur la prise en charge de mes patients. Je n'ai plus l'impression de prendre soin d'eux. Nous avons pu remarquer premièrement un changement assez radical dû à la COVID-19, nous étions surchargés, seulement nous pouvions dire que cela n'était que temporaire. Cependant, ce qui s'est fait ressentir davantage par la suite c'est l'organisation post-COVID. Pendant

PREMIÈRE PARTIE

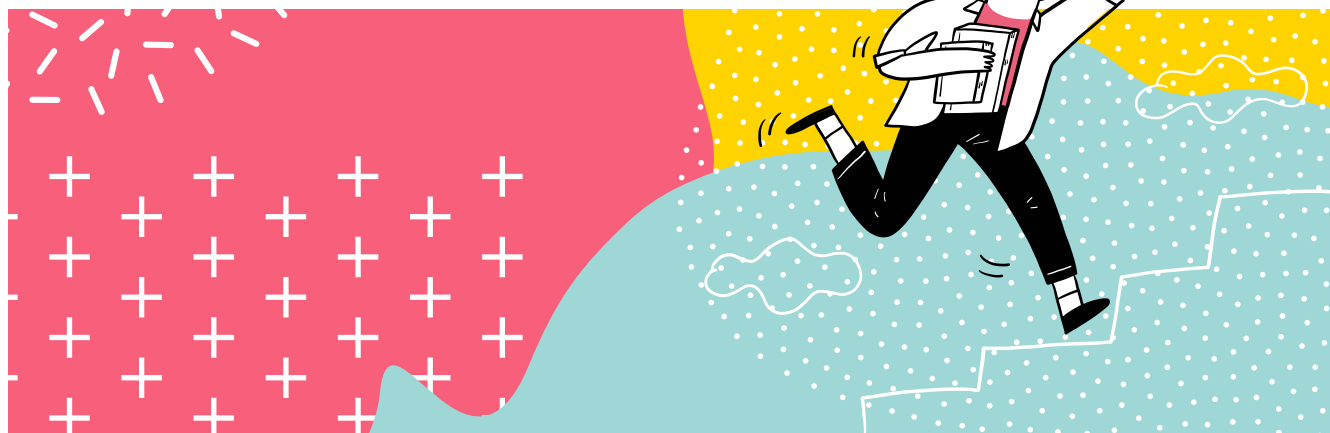
Quelles pistes pour (re)donner le goût de la profession ?

l'épidémie de la COVID, nous avons pris plus de patients que la norme ce qui est compréhensible, mais après cette crise, nous avons toujours plus de patients et les moyens ne changent pas. Nous avons beaucoup de membres du personnel soignant qui ont arrêté de travailler, nous sommes en sous-effectif et de ce fait nous avons encore plus de pression. Personnellement, je me sens délaissé. Et je ne pense pas être le seul à penser cela, j'ai plusieurs collègues qui ont changé de service ou encore d'établissement pour espérer travailler dans de meilleures conditions. Certains ont été même jusqu'à quitter leur boulot et à se reconvertir dans une autre profession pour ne plus connaître la pression et la peur de s'occuper des

patients d'une mauvaise manière due à leurs conditions de travail. Certains avouent regretter leur choix d'orientation professionnelle, certains vont même jusqu'à dissuader les étudiants en stage de faire ce métier. Et très honnêtement, je trouve cela triste, car nous faisons ce métier, ou du moins pour ma part, parce que nous en avons réellement envie et parce que nous aimons ce que nous faisons. Actuellement, nous devons dépasser les horaires de boulot pour pouvoir compléter parfois notre prise en charge je trouve cela dommage. Je n'ai plus le temps de parler à mes patients, je ne fais plus mon boulot comme je souhaite ou comme j'imaginais le faire et dans ce cas précis, selon moi, je ne réponds pas au droit de mes

patients. Je ne leur donne pas les soins qu'ils méritent par faute de moyens et faute de temps. Cela m'attriste, car nous faisons notre possible, mais nous ne pouvons pas avancer seuls. Cette situation dure depuis un moment déjà. Au début, nous tenions, mais depuis, voyant que la situation ne change pas, je commence à me décourager, je perds espoir, que ce soit avec des signalements, des manifestations et autres, depuis cette crise je ne me sens pas entendu. Pour moi il n'est pas possible de continuer une carrière comme celle-ci. J'aurais espéré que notre voix soit entendue, et j'espère sincèrement qu'un jour elle le sera.

Maxime, infirmier diplômé
depuis 3 ans et demi.



Enrayer les départs prématurés et l'abandon des études, attirer les diplômés

Les conditions de travail se sont tellement dégradées que quand les infirmières voient les élèves arriver, elles n'ont plus aucune énergie pour les accueillir. Dès que les stagiaires mettent un pied dans le service, c'est « barre-toi, change d'études, ne fais pas ce métier de fou ».

Samantha, infirmière diplômée depuis 15 ans.

Au-delà des discours qui promeuvent ou dégradent la profession, les stagiaires sont confrontés à la réalité de l'exercice quotidien du métier. Un discours

valorisant le travail infirmier peut motiver plus de personnes à commencer les études, mais **sans une amélioration réelle des conditions de travail des infirmières et des infirmiers, la désertion des études notamment suite aux premiers stages restera très élevée.**

Je comprends ceux qui arrêtent, parce que ce n'est pas le milieu de la santé comme je l'imaginais. Je suis loin de l'image de l'infirmière, de l'hôpital, du monde hospitalier que je me faisais.

Zoé, étudiante en première année.

Les démissions en cascade des infirmières et infirmiers et des étudiantes et étudiants mis chroniquement dans l'impossibilité de réaliser leur travail en leur âme et conscience relèvent de l'objection de conscience (Roy, 2012). Elles posent la **question du bien collectif au-delà du bien-être individuel**. Elles confrontent les autorités et le grand public à la nécessité d'**interroger les priorités politiques régionales, nationales et européennes**.

Des constats

En Wallonie et plus largement en Belgique, **le problème du manque d'infirmières, d'infirmiers et de sages-femmes n'est pas lié à un manque de personnes diplômées**. Le problème fondamental est celui d'une **spirale de désaffection de plus en plus rapide qui s'est emballée depuis les années 2020**. Cette désaffection touche principalement les postes infirmiers dans des structures de soins et fait peu à peu tache d'huile dans les autres lieux d'exercice de la profession. Elle est particulièrement grave en province de Luxembourg où les infirmières et infirmiers démissionnent pour aller travailler au Grand-Duché de Luxembourg¹². Les salaires y sont nettement plus élevés et les conditions de travail réputées

moins pénibles (Province de Luxembourg, 2020).

Selon les chiffres de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de l'ARES, il est aussi observé ces quatre dernières années une **baisse significative** – citée comme préoccupante – **d'inscriptions en première année** de la formation en soins infirmiers¹³ et une **augmentation du nombre d'abandons** en cours d'études tant en bachelier qu'en brevet (ARES, s.d.). **Le nombre de jeunes diplômés** qui se dirigent vers un travail soignant **au chevet des personnes** en besoin de soins est lui aussi **particulièrement faible**¹⁴. Cette désaffection est liée à plusieurs facteurs qui doivent tous être considérés si l'on veut enrayer le phénomène.

1

LA DÉLIQUESCENCE DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET L'AUGMENTATION INSUPPORTABLE DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Depuis la pandémie de la COVID-19, il y a eu un réel bouleversement au sein de l'établissement. Je vois mon service « couler », l'esprit humain n'est plus présent. La plupart du temps, l'après-midi, l'infirmière est seule pour 103 résidents. Les seules choses qui me font tenir le coup ce sont mes collègues que je ne peux pas laisser et mes patients qui ont besoin d'être soignés. Si nous ne sommes plus là, qui le fera ?

Aude, infirmière diplômée depuis 10 ans.

Les soignants sont contraints de réaliser **un trop grand nombre de tâches par rapport au temps** qui leur est donné. Ce premier facteur est cité à l'unanimité par les soignants. Il est lié :

12 À ce sujet, voir annexe 7 répartition territoriale des infirmiers.

13 Les chiffres suivants sont à considérer avec prudence pour une mise en perspective sur le long terme, car ils reprennent en partie les étudiantes et étudiants qui ont commencé leurs études durant la pandémie de la COVID-19. Les études des futurs infirmières et infirmiers ont été particulièrement compliquées suite aux fermetures de services hospitaliers, aux différents confinements, etc. En bachelier, sur base des chiffres de l'ARES (<https://www.ares-ac.be/fr/statistiques/indicateurs>) concernant les inscriptions en première année entre 2018 et 2021, on constate une diminution moyenne de 12,5% des inscriptions avec un léger mieux en 2021 où l'on observe une diminution de 10% par rapport aux chiffres d'inscriptions en 2018. En ce qui concerne les inscriptions en brevet, sur base des chiffres de la Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe entre 2018 et 2021 une baisse moyenne des inscriptions de 6%, mais une chute de 25% en 2021 par rapport à l'année. Cette chute d'inscriptions en 2021 est en partie due à la diminution du nombre d'étudiantes et d'étudiants français suite à l'augmentation des places dans les écoles en soins infirmiers en France.

14 Pour plus d'informations, voir première partie, « Le manque de candidates et de candidats disposés à travailler au chevet des patients. »

● Au raccourcissement des temps d'hospitalisation

Depuis le début des années 2000, l'offre de soins s'est profondément recomposée autour de **nouveaux modes de prise en charge des patients visant plus d'efficacité et la limitation des dépenses** : séjours hospitaliers plus courts, partage des activités entre établissements hospitaliers, développement des démarches qualité, certifications et accréditations, formalisation accrue de l'activité soignante, etc. La conséquence pour les soignants se traduit en une **augmentation et une intensification de la charge de travail**.

● À la complexification des tâches à effectuer

Les soins hospitaliers, par exemple, sont de plus en plus réduits aux situations aiguës : pour un nombre de patients/infirmière égal à ce qu'il était il y a une vingtaine d'années, les tâches à effectuer auprès de chaque patient sont plus nombreuses (soins et surveillances, éducation, prévention). La diminution du nombre de jours d'hospitalisation a pour conséquence **une concentration à l'hôpital de cas aigus, instables et de polypathologies** exigeant la

réalisation de plus de surveillances et d'actes techniques. **Les patients retournent également plus tôt à domicile ou en maison de repos (MR) et en maison de repos et soins (MRS)**. Ils nécessitent des **soins plus lourds et plus techniques** et des **surveillances plus complexes** alors que le **secteur extrahospitalier** ne dispose ni du même personnel ni de matériel aussi performant que le milieu hospitalier. Les soins infirmiers à domicile et en MR et MRS sont globalement **sous-financés**.

Quand je vois la situation, je suis inquiète. Je ne sais pas si les politiques sont au courant de la situation, s'ils se rendent compte. Dans le réseau de MRS où je travaille, on ne veut plus engager. Ceux qui partent à la retraite et les malades ne sont pas remplacés, mais c'est toujours le même travail à faire, à se répartir entre moins de soignants.

Annick, diplômée depuis 22 ans.

● À des normes désuètes

Le ratio patients/infirmière, si les effectifs sont complets, est de 9,5 alors que les recommandations européennes prônent un rapport de 8 patients/infirmière (KCE, 2019). Au cours des dix dernières années, cette norme d'encadrement a été améliorée de 13,6 % (elle était

autrefois de 11 patients/infirmière), mais la charge de travail réelle aurait quant à elle, d'après les organisations professionnelles, augmenté de près de 100 % (elle aurait doublé en 10 ans).

● À l'absentéisme non compensé

Lorsque l'équipe est complète, le personnel est envoyé ailleurs pour combler les autres services. Nous sommes donc toujours en sous-effectif. Les soins vont de pis en pis, des fois, nous devons laisser les patients seuls dans le service presque dix minutes alors qu'ils sont déments.

Martin, infirmier diplômé depuis 12 ans.

L'amélioration réelle des staffs infirmiers est à relativiser. Dans la pratique du quotidien, la pénurie d'infirmières et d'infirmiers est telle que, dans de nombreux lieux de soins, **les normes ne sont pas respectées**. Il manque presque partout, de façon récurrente, une partie des infirmières et des infirmiers prévus à l'horaire (maladies, absences, démissions). Ils ne sont que rarement remplacés. Les équipes de volantes, lorsqu'il y en a, sont dirigées vers les staffs les plus en manque de soignants. Le travail ne pouvant pas être réduit, les soignants présents se retrouvent devant le fait accompli de devoir assurer les soins d'un

nombre de personnes supérieur aux normes d'encadrement.

● **À l'augmentation des contraintes managériales et administratives croisées avec un manque chronique d'effectifs**

On veut réduire les soignants à des exécutants de procédures à suivre, mais le rôle du soignant, c'est infiniment plus que ça, c'est ce que j'appelle les arbitrages à réaliser. Même une toilette, un geste qui demande une certaine douceur parce qu'on manipule l'intimité d'une personne âgée, on la déshabille, on la met sous la douche, on la lave eh bien non ça devient un acte procédural, check-list, six minutes.

Patrick, philosophe et juriste, qui enseigne dans des écoles de soins infirmiers.

L'informatisation du travail et les obligations d'encodages sont chronophages. Les infirmières et infirmiers travaillant dans des institutions de soins que nous avons rencontrés, rapportent passer plus d'un tiers de leur temps devant les ordinateurs¹⁵. Dans de nombreuses structures de soins, les **systèmes informatiques** sont

lents et sujets à des problèmes.

L'encodage pour chaque patient demande de nombreuses manipulations. Certaines infirmières signalent que les anciens formats papier permettaient un travail plus rapide, plus souple et une meilleure visibilité de chaque dossier. Les plus jeunes infirmières et infirmiers semblent toutefois considérer les logiques informatiques et l'encodage comme partie intégrante de leur travail.

Un autre pragmatisme se met en place : la liste des actes et le rythme sont donnés par le système informatisé, l'infirmière note systématiquement ce qui est fait, ce qui la sécurise dans son travail. Cette logique a un prix. L'anonymisation des soins et la standardisation des protocoles amènent à considérer les individus hors contexte (Fassin, 2001) et le patient tend de plus en plus à devenir un prolongement de l'ordinateur, un avatar virtuel (Eppe, 2021). **L'observation du patient, son écoute, son éducation, l'adaptation des soins en contexte deviennent secondaires, invisibilisés par les programmes informatisés** qui ne leur donnent

pas de place. Or, comme le souligne le psychologue Christophe Demaegd : « Le travail est, par définition, émaillé d'incidents, d'anomalies, d'événements inattendus vis-à-vis desquels il n'existe pas de procédure déjà connue et qui impliquent donc la capacité d'inventer une solution pour "rattraper le coup", "faire que ça marche" » (Demaegd, 2012).

2

L'IMPOSSIBILITÉ, EXPRIMÉE PAR DE NOMBREUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS, DE RÉALISER LEUR TRAVAIL SELON LEURS CODES ÉTHIQUES

On n'a même plus le temps de parler avec les collègues, de discuter des cas de certaines personnes, ni de parler avec les patients. Nous avons des personnes en soins palliatifs et nous n'avons plus le temps d'être près d'elles. L'une d'elles sonne tout le temps et me dit : « Reste cinq minutes près de moi... » Et comment lui dire à cette personne que non, je ne peux pas ?

Annick, infirmière diplômée depuis 22 ans.

15 Avis récoltés auprès de 135 infirmières et infirmiers de structures hospitalières. En maisons de repos et de soins et à domicile, les avis sont plus partagés. La lourdeur du travail administratif est aussi relevée particulièrement par les infirmières et infirmiers indépendants.

Le travail infirmier ne se limite pas à réaliser des actes techniques. **Prendre soin globalement d'une personne induit un accompagnement, de l'écoute, de l'empathie, pour adapter les soins en contexte** et pouvoir répondre aux questions, gérer adéquatement les crises émotionnelles vécues par les personnes soignées et leurs proches. Cela participe au traitement et est parfois le principal voire le seul « traitement ». **Priver l'infirmière du temps nécessaire pour s'y consacrer**, c'est l'empêcher de réaliser ce qui représente souvent pour elle sa mission. **C'est la contraindre à faire violence aux patients**, à refuser d'entendre leurs questions et leurs demandes. C'est priver les patients d'éléments importants pour leur bien-être et essentiels pour diminuer leurs angoisses. **Le travail à réaliser perd son sens**, lorsque les contraintes institutionnelles et organisationnelles empêchent d'agir selon les critères qui

déterminent la bonne qualité de soins à donner. **L'image de soi se dégrade. Une détresse éthique s'installe**¹⁶.

Avant la pandémie, suite à l'accélération des rythmes de travail, **30 % des infirmières et des infirmiers étaient déjà en souffrance éthique** (Estryn-Behar *et al.*, 2007). Elles déclaraient penser à changer de travail voire à se réorienter vers d'autres professions. Lors de notre recherche, entre mai et octobre 2022, **le nombre d'infirmières et d'infirmiers en hôpital qui pensaient quitter leur poste**, pour se diriger vers un poste extrahospitalier ou pour changer de métier **avoisinait les 80 %**. La fin de la phase aiguë de la pandémie et la reprise d'un travail de routine dans les structures de soins n'ont pas amené de changement : le manque de personnel est tel que la charge de travail reste élevée. La constante réorganisation du travail et l'impossibilité de répondre aux demandes d'accompagnement de

patients en souffrance sans perspectives d'amélioration de la situation accentuent l'épuisement professionnel, la perte de l'accomplissement personnel et le risque de *burn-out*.¹⁷ Ces chiffres corroborent les études antérieures (Van den Heede *et al.*, 2019; Smith & Bruyneel, 2020; Eppe, 2021; Bruyneel *et al.*, 2021; Sciensano, s.d.; FNIB, s.d.).

3

LE MANQUE DE CANDIDATES ET DE CANDIDATS DISPOSÉS À TRAVAILLER AU CHEVET DES PATIENTS

Le nombre de diplômés infirmiers en Belgique n'est pas insuffisant, mais **peu d'entre eux acceptent encore de travailler à la réalisation de soins au chevet des personnes** dans les structures de soins (hôpitaux, MRS, services mutualistes de soins à domicile, etc.).

16 « Parce qu'il est indissociablement don de relation et don de soi, l'acte de soin, quels que soient les soignants impliqués, semble ainsi résister, par sa nature même, au modèle de la prestation marchande ou aux exigences de l'évaluation comptable. Protocoliser à outrance, c'est ignorer cette contingence, dénier les savoir-faire discrets et tout le travail invisible que suppose la relation de soin » (Chanal, 2010, p. 145).

17 Selon l'enquête menée par Arnaud Bruyneel, Pierre Smith, Jérôme Tack et Magali Pirson en 2021, 65 % des soignants seraient en risque de perte de l'accomplissement professionnel et 79 % en risque d'épuisement professionnel, ce qui les amène à déduire que 71% sont en risque de *burn-out* (Bruyneel *et al.*, 2021). Sciensano relève une augmentation de 50 à 100 % des signes de stress chez les soignants (manque de sommeil, anxiété, hypervigilance, troubles de la concentration, etc.) (Sciensano, s.d.).

● **Une faible proportion de nouveaux diplômés se dirigent vers les soins au chevet des patients¹⁸**

Parmi les étudiants que nous avons rencontrés, plusieurs souhaitent poursuivre leurs études, se spécialiser ou aller vers les soins à domicile. Très peu envisagent de venir travailler à l'hôpital. Nous avons même rencontré une étudiante qui termine sa quatrième année, mais pense trouver un emploi dans la restauration.

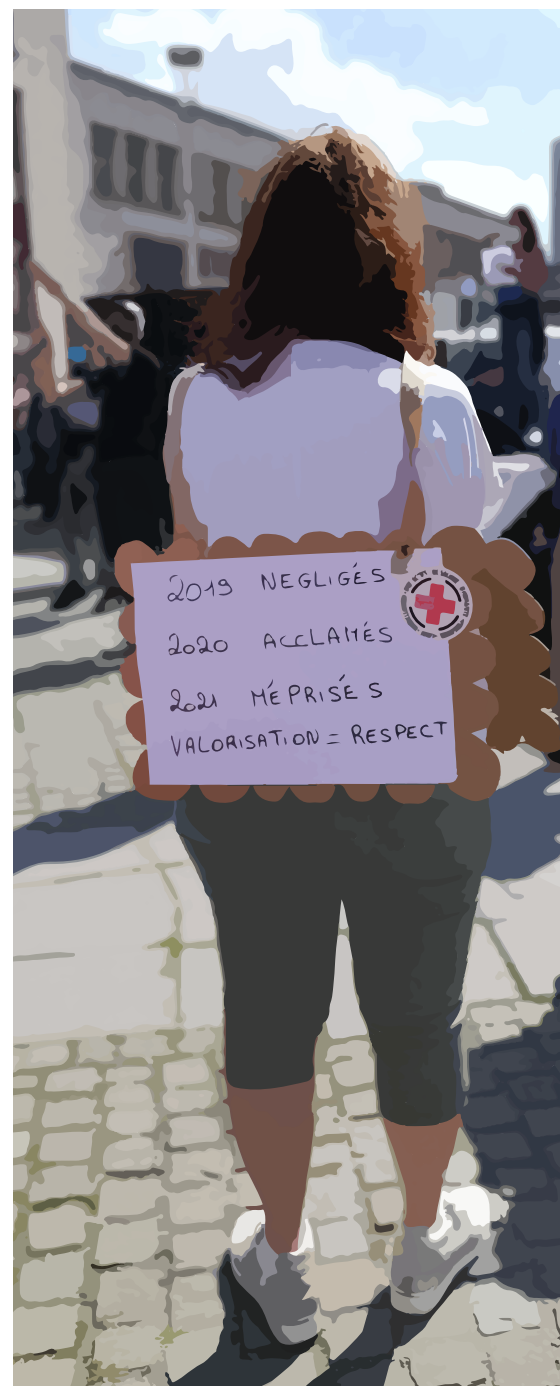
Quand les étudiants terminent, ils se disent qu'ils ne veulent pas continuer à travailler dans les soins, c'est trop...

Sabrina, infirmière ICANE.

Dans les entretiens que nous avons menés, de nombreux diplômés issus du bachelier poursuivent leurs études vers des spécialisations, un master ou se dirigent vers une formation d'enseignant. **Peu d'entre eux se dirigent vers les services hospitaliers généraux.** Les vécus difficiles en stages et le profil de

formation les amènent à concevoir la profession comme un rôle de coordination de soins, de réalisations de soins complexes ou spécialisés en lien direct avec la recherche scientifique et moins comme un travail infirmier de première ligne de soins au chevet des patients.

Les infirmières et les infirmiers brevetés se dirigent davantage vers les services plus généraux des hôpitaux, les maisons de repos et de soins, les soins à domicile, la psychiatrie, etc. L'impossibilité pour eux de réaliser une spécialisation joue certainement un rôle important dans ces choix. Les infirmières et les infirmiers brevetés n'ont pas accès au master ni à la majorité des spécialisations¹⁹. *De facto*, les possibilités de réorientation des infirmières et des infirmiers brevetés sont plus limitées. La ligne pédagogique même de la formation, axée sur la mise en situation pratique, **le vécu en stages et la présence au chevet des patients dès les premiers mois de la**



18 Voir annexes 2, 5 et 6.

19 En Communauté Française, une passerelle de trois années reprenant la moitié des heures de la formation bachelier, soit 2400 heures de théorie et de pratique, est nécessaire pour obtenir le titre de bachelier et pouvoir ensuite accéder au master ou à une formation spécialisée, la formation est donnée en alternance, ce qui permet de travailler mi-temps. La valorisation des acquis de l'expérience est limitée à la reconnaissance d'acquis par les études et les certificats, mais peu par l'expérience de travail aussi longue soit-elle. Pour plus de détails, voir quatrième partie, « Regard sur l'éventail de formations de soignants. »

formation pour construire la réflexivité infirmière, contribue aussi à placer d'emblée les étudiantes et étudiants brevetés dans une perspective de travail de terrain et dans **une connaissance des conditions dans lesquelles il se réalise aujourd'hui**. La confrontation aux difficultés en stages se passe dès les tout premiers mois de la formation. **Un nombre important arrêtent leurs études à la suite du premier stage. Le taux moyen entre 2018 et 2021, d'étudiantes et d'étudiants qui terminent leurs études est de 30-35% tant en brevet qu'en bachelier²⁰.**

● **Le manque de reconnaissance de la profession**

Les infirmières et les infirmiers sont peu reconnus comme ayant une expertise professionnelle particulière et spécifique ouvrant à un travail de collaboration et de réflexion comme membre à part entière d'une équipe pluridisciplinaire.

L'hégémonie du new management ainsi que les logiques hiérarchiques et autoritaires structurent le fonctionnement de nombreuses structures de soins. Elles

maintiennent les infirmières et les infirmiers de terrain dans une position d'exécutants.

Les infirmières et les infirmiers de terrain sont peu, voire pas, présents dans les lieux décisionnels au sein des organisations politiques et managériales ainsi que dans les directions des organisations professionnelles et syndicales.

● **Les luttes de positionnement et des luttes de « territoires »**

Ces luttes entre les différents acteurs de soins **concernent les compétences** des uns et des autres et les actes autorisés (infirmières et infirmiers bacheliers et brevetés, médecins, aides-soignantes et aides-soignants, aides familiales, mais aussi pharmaciens, diététiciennes, kinésithérapeutes, etc.). **La profession s'affirme rarement à la fois unie, spécifique et plurielle**, avec des compétences diversifiées et qui se diversifient toujours plus au fil de la carrière.

● **La faible attractivité salariale**

*Le salaire fait partie du problème.
On en demande trop aux infirmières.
Les gens changent de lieux de travail*

et même de métier. Ils cherchent à gagner la même chose, mais en étant tranquilles. En soi le travail n'a que peu changé, mais comme il manque du personnel, chacun doit faire plus et c'est devenu une habitude. Mes collègues infirmières ont toutes un deuxième boulot. Elles travaillent soit de nuit, soit elles font des soins à domicile, ce qui marche bien et est mieux payé, d'autres encore travaillent dans des centres pour handicapés ou dans des laboratoires pour faire les prises de sang. La vie devient chère. Ce deuxième boulot c'est devenu la norme. Moi, je fais des soins à domicile et je garde des malades au noir, c'est payé dix euros de l'heure.

Annick, infirmière diplômée depuis 22 ans.

Le **travail** infirmier de terrain à la réputation d'être **lourd**, stressant, d'exiger des connaissances importantes, une attention soutenue et d'engager de **grandes responsabilités**. Le **salaire** de base **tient peu compte** de ces facteurs.

Cependant, si le **salaire** est important comme facteur d'attractivité, il **ne peut à lui seul compenser la perte de sens** due à l'impossibilité chronique de faire son travail « en son âme et

20 Résultat de notre recherche.

conscience ». « Une personne qui souffre de la perte de sens et de plaisir liée à son emploi a beau être bien payée, elle demeure en souffrance » (Jacinthe Dancot citée par Loore, 2022).

● Les horaires contraignants et instables propres au travail à pauses

Je travaille les week-ends, les jours fériés, la nuit, l'après-midi et je finis tard, je suis parfois rappelée lors de mes jours de repos. Je sacrifie le temps avec ma famille en le passant au travail ou en pensant au travail. Lors de mes jours de repos, c'est difficile pour moi de faire des activités avec mes enfants étant donné que je suis très fatiguée. J'ai une petite fille de 5 ans, c'est parfois compliqué de la faire garder, heureusement qu'il y a mes parents pour m'aider.

Ingrid, infirmière diplômée depuis 10 ans.

Les horaires sont contraignants, décalés par rapport aux rythmes sociaux habituels. Ils sont difficilement compatibles avec une vie de famille surtout lorsqu'il y a des enfants. Concilier vie privée et vie professionnelle demande une organisation flexible et des personnes-ressources. Il manque des lieux d'accueil pour les enfants des soignants tôt le matin ou tard le soir.

Suite aux absences pour maladies, **les horaires initialement prévus sont souvent modifiés pour assurer la continuité des soins.** Il est fréquent que des infirmières et des infirmiers en congé soient rappelés pour remplacer des collègues absentes. Leur vie familiale en est bouleversée. Leur fatigue augmente ainsi que le risque qu'ils tombent eux aussi malades.

Lors des entretiens et des focus groups, les infirmières et les infirmiers, ainsi que les stagiaires, ont exprimé que **la charge de travail est telle qu'ils peuvent difficilement s'arrêter pour s'asseoir quelques minutes,** boire un verre d'eau ou un café, aller aux toilettes, ou même pour prendre leur pause pour déjeuner ou dîner, etc.

● La non-reconnaissance de la pénibilité du métier

Le sentiment de nombreux soignant est que leur fatigue et leur besoin de changement ne sont pas toujours entendus par les responsables et les managers. **La non-qualification officielle du métier parmi les métiers pénibles est vécue par les soignants comme un déni de leur condition de travail et comme un signe de**

plus de la non-connaissance de leur profession. Cette impression de non-considération crée un sentiment de frustration à l'égard de la hiérarchie et des responsables politiques.

Ce que nous avons vécu durant la pandémie a été trop violent : enfermer les personnes, être témoin du manque de soins, du refus d'hospitaliser... voir les personnes me supplier de faire quelque chose pour elles, de leur permettre de voir leurs proches... laisser des personnes mourir seules alors qu'elles appellent parce que simplement ce n'était pas possible de prendre du temps pour elles... Plus jamais ça, pas avec moi ! Je n'exercerai plus jamais ce métier, je fais désormais des bijoux et de l'art graphique. J'ai une copine qui était infirmière et là elle va ouvrir son salon de spa détente...

Claire, infirmière diplômée depuis 7 ans.

La crise de la COVID-19 et sa gestion semble avoir signé un point de rupture de la confiance, une bascule de désillusion. Les soignants démissionnent et ne réclament plus rien. Ils s'orientent vers un travail davantage en adéquation avec leur vie privée, leur désir de réaliser leur travail selon leurs codes éthiques ou proposant un salaire plus élevé. Certains, ceux qui sont le plus en



souffrance ou en perte de sens, démissionnent sans avoir d'autre travail.

Des aménagements de fin de carrière existent cependant dans de nombreuses structures de soins, avec l'octroi progressif de jours de congé supplémentaires sans perte de salaire dès 50 ans. C'est sans doute l'un des éléments qui expliquent que les infirmières et infirmiers plus âgés quittent moins leur poste de travail que les plus jeunes, malgré la pénibilité accrue.

● **L'infirmière et la sage-femme**
« **bonnes à tout faire** »

Dans un cadre de surcharge de travail, **la normalisation de la réalisation de multiples tâches qui ne sont pas en lien avec les compétences spécifiques de la profession est vécue comme un manque de compréhension et de considération.** Il faut cependant noter que soulager les infirmières et infirmiers de ces tâches en les déléguant à des personnes moins qualifiées ne permettra pas en l'état actuel de résoudre complètement le problème. La majorité des tâches réalisées par des infirmières et infirmiers ne peuvent pas être déléguées.

4

LES DÉSAFFECTIIONS AGGRAVENT UN MANQUE DE SOIGNANTS DÉJÀ PRÉVU

La pandémie de la COVID-19 a joué un rôle catalyseur dans une problématique de déficit de soignants déjà annoncée depuis plusieurs années. Les statistiques réalisées en 2018 par le SPF Santé publique étaient déjà préoccupantes. Le nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant entre 25 et 29 ans était de 25 % inférieur au nombre d'infirmières et infirmiers en service ayant entre 55 et 59 ans. Ces statistiques montraient déjà que dans le meilleur scénario, c'est-à-dire si toutes les infirmières et tous les infirmiers nouvellement diplômés font une carrière d'au moins 40 ans en tant que soignants, le taux de remplacement n'était déjà pas assuré²¹ (SPF, 2022). **Dans de nombreux hôpitaux des services entiers sont fermés suite au manque de personnel soignant.** Le déficit de personnel soignant n'est donc pas inopiné. Il s'inscrit dans la continuité d'un malaise et d'un mal-être multifactoriel qui n'a cessé de croître au fil des ans.

21 Voir les annexes 3 et 4. L'étude projetant l'évolution du nombre d'infirmières et d'infirmiers en 2043, soit 25 ans plus tard, prévoyait une augmentation régulière du nombre d'infirmières et d'infirmiers, mais insuffisante par rapport à l'augmentation de la demande de soins. Depuis, la pandémie s'est déclarée et une spirale de désertion du métier s'est installée (SPF, 2022). Le nombre d'infirmières et d'infirmiers présents sur le terrain est déjà largement insuffisant en 2022.

Des pistes

Des pistes surgissent de nos observations et des entretiens que nous avons réalisés avec des infirmières et infirmiers, des aides-soignantes et aides-soignants, des cadres, des enseignants et des étudiantes et étudiants.

1

RENDRE AUX SOIGNANTS LE GOÛT DE LEUR PROFESSION

Ce qui motive les professionnels, leur donne le goût de continuer leur travail, **c'est le plaisir qu'ils ont à le faire et le sens qu'ils y trouvent.** C'est certainement la clé la plus importante pour enrayer la désertion de la profession, l'abandon prématuré des postes de travail et assurer le maintien des infirmières et des infirmiers. Les infirmières, les infirmiers et les stagiaires déclarent que pour retrouver le sens de leur profession, il est urgent de :

● Diminuer la charge de travail

En **rétablissant**, dans un premier temps, **des équipes soignantes dont les effectifs** réellement présents **correspondent aux normes d'encadrement**²². Si le nombre de soignants en poste sur le terrain respecte les normes minimales requises, les infirmières et les infirmiers pourront répondre aux besoins de soins et d'accompagnement des patients. Ils retrouveront du sens dans leur profession, travailleront en sécurité et le turnover de personnel qualifié diminuera (Sermeus, 2021; Fagerström, 2009).

En **fermant des lits, voire des services** si le nombre d'infirmières et d'infirmiers effectivement présents au travail ne permet pas de respecter cette norme minimale, jusqu'à la possibilité **d'avoir au quotidien, sur le terrain, des équipes réellement et effectivement complètes**. Seules des équipes composées de professionnels suffisamment nombreux pourront se stabiliser,

retrouver une dynamique de groupe, de complémentarité et d'entraide (Shin, 2015).

Lorsque les nouveaux diplômés seront plus nombreux que les défections, il sera important de **diminuer progressivement le nombre de patients/infirmière**, pour atteindre les normes de sécurité prônées au niveau européen et mondial (8 patients/infirmière en hospitalier et 10 patients/infirmière en MRS). Cette demande du terrain corrobore de nombreuses recherches belges et internationales (Sermeus, 2021; UGIB, 2021; Kiljunen *et al.*, 2017; Castle *et al.*, 2015; Lee *et al.*, 2014).

● Augmenter le nombre d'infirmières et d'infirmiers sur le terrain

Cette augmentation dépend :

- **De la volonté politique** de considérer les acteurs du *care* (Tronto, 2009) comme prioritaires dans les choix politiques et budgétaires.
- **De la disponibilité des professionnels sur le marché de l'emploi**

22 Ces normes ne sont actuellement pas respectées alors même qu'elles se révèlent insuffisantes pour assurer un travail de qualité, la sécurité des personnes soignées et le bien-être au travail du personnel soignant. Une première étape est de les rétablir. Dans un deuxième temps, il sera nécessaire selon nos acteurs de terrain, tant extra qu'intra-hospitaliers, de les aligner sur les standards proposés par l'Union européenne.

- **Des possibilités financières accordées à la première ligne et aux structures de soin, et de leur modèle de financement.** Le système actuel de financement est considéré comme insoutenable par de nombreux acteurs²³. Il devrait être profondément revu. Dans cette révision, il serait indispensable d'assurer un financement suffisant du personnel soignant. Différentes propositions existent que nous ne détaillerons pas ici comme le financement au forfait suggéré par le ministre Frank Vandebroucke, une enveloppe financière spécifique pour payer le personnel soignant en fonction du nombre de lits, le financement par pathologie, le retour au modèle antérieur de financement au lit hospitalier, etc.²⁴

- **Rétablir des équipes stables comme priorité managériale**

L'esprit d'équipe, c'est ça qui fait tout et le problème c'est qu'avec la COVID, on a tellement mixé des équipes,

remixé, changé, qu'on en a cassé les noyaux pour aller aider dans d'autres unités. Avant, même si ton salaire n'était pas attractif, ton esprit d'équipe et tes collègues qui étaient devenues tes amies faisaient que tu venais travailler avec beaucoup de plaisir. Tu revenais parce que ta collègue t'avait rappelée, que tu étais disponible, qu'il n'y avait pas de souci, maintenant tu dis « non c'est bon, moi je suis déjà revenue ».

Romy, ICANE (infirmière chargée de l'accompagnement des nouveaux engagés et des étudiants à l'hôpital).

Les infirmières et les infirmiers ont des compétences spécifiques issues de leurs formations et de leurs expériences de travail. « L'autonomie professionnelle se construit dans la reconnaissance de la compétence, par un collectif de travail qui a discuté aussi bien des modes opératoires techniques, que des comportements psychologiques adaptés à chaque patient » (Jasseron et al. 2006, p. 53). Lorsque les infirmières et les

infirmiers sont insatisfaits des relations d'équipe et avec les responsables hiérarchiques, leur intention d'abandonner leur poste augmente (*ibid.*). **L'épidémie de la COVID-19 nous a montré les limites de l'interchangeabilité des professionnels** et les tensions générées au sein d'équipes rassemblant des soignants qui ne se connaissent pas.

Une équipe stable est un lieu de formation, de complémentarités, de discussions scientifiques, de réflexions sur des soins à apporter et leurs adaptations. C'est encore un lieu de sociabilité, d'entraide et de solidarité qui participe au bien-être au travail. Dans des équipes stabilisées, l'expérience des professionnels les plus expérimentés profite aux nouveaux arrivés. L'organisation des soins peut être pensée en binôme, ce qui rassure les jeunes diplômés. Ce travail en binôme offre une possibilité de connivence et de soutien réciproque, entre autres

23 Le financement actuel sous forme de financement à l'acte amène comme logique que, plus le nombre de prestations est élevé, plus les rentrées financières sont élevées. Les honoraires médicaux représentent 40 % du financement des hôpitaux, alors que les apports de l'INAMI représentent environ 37 % (SPF, 2020). Dans ce système, le salaire des soignants est considéré comme un coût. Il pousse, lorsque l'équilibre budgétaire est précaire, à faire des économies de personnel, à ne pas remplacer les absents de courte durée ou même de longue durée. La charge de travail des soignants augmente, entraînant une augmentation du nombre d'absents pour maladies et de démissions. Ce manque de soignants entraîne la fermeture de lits et donc aussi une diminution des entrées dans ce contexte de financement à l'acte.

24 Il serait intéressant de considérer les modes d'organisation et de financement des soins des autres pays européens comme l'Espagne, la France, l'Allemagne ou la Suède, etc., et leurs conséquences sur le nombre d'infirmiers et sur le bien-être au travail des soignants.

lorsque des charges émotionnelles liées aux soins ou aux situations de certains patients sont difficiles à gérer.

● Retrouver le temps

Le travail soignant est soumis à de fortes contraintes temporelles. Le calcul de la charge de travail est un instrument qui ne peut tout objectiver tant les métiers du soin sont complexes, relationnels et multitâches, incluant fondamentalement de l'imprévisible. Quel que soit leur environnement de travail, les soignants gèrent constamment des imprévus et élaborent en réponse des stratégies de priorisation. Le travail planifié est perturbé suite à ces situations inopinées, aux demandes des patients, aux exigences médicales, etc. La gestion du temps est souvent problématique et représente un facteur de stress important. Le travail d'équipe est mis en difficulté par le manque de temps des soignants : ils ont besoin d'un temps de chevauchement pour les transmissions, pour résoudre des problèmes professionnels et pour avoir la possibilité de donner leurs opinions sur le travail à réaliser (Jasseron *et al.*, 2006).

Il serait intéressant de **prévoir un supplément de temps au temps**

requis pour la réalisation des actes techniques, pour l'écoute des patients, l'éducation et la promotion de la santé. L'enjeu de la reconnaissance de l'importance du rôle professionnel infirmier d'accompagnement et de la part relationnelle de son travail, actuellement très peu incluse dans la liste informatisée des actes infirmiers, est le bien-être des patients. Ce temps pourrait aussi être pensé en temps/patient/jour, éventuellement en fonction de la situation du patient.

Une équipe complète et aux normes proposées par l'Europe et l'OMS, permettrait sans doute de rendre aux infirmières et aux infirmiers cet espace-temps pour le travail relationnel avec les patients et avec l'équipe pluridisciplinaire, qui donne sens au métier, de façon plus souple et sans besoin d'en faire une norme comptable.

Il serait également utile de **prévoir dans la « charge de travail », les coordinations, les moments d'analyse, de réflexion en équipe multidisciplinaire et de transmissions orales.**

À ces tâches liées aux patients s'ajoute une série de tâches indispensables au maintien des

compétences des soignants et au fonctionnement institutionnel : travail administratif, formations, collaboration avec d'autres départements, etc. (Morris *et al.*, 2007 ; Rauhala & Fagerström, 2007).

● Créer les conditions d'un travail en interdisciplinarité

L'infirmière ? Elle a un rôle mais c'est aussi le liant de la sauce. On a cette casquette et ces compétences et ces connaissances de pouvoir aller un peu dans les domaines des autres, on est l'avocat du patient, on est parfois le traducteur du médecin, on peut apporter beaucoup de choses au niveau éducation, accompagnement du patient.

Judith, enseignante infirmière.

L'entretien de bonnes relations avec les médecins et les autres paramédicaux, participent de façon majeure à la reconnaissance de la professionnalité des infirmières et des infirmiers et à leur motivation.

● Repenser les systèmes de mesure de la charge de travail

Ceux-ci devraient contribuer en priorité à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux

patients. Il s'agit non seulement de **tenir compte des besoins en soins tel que définis par les soignants, mais aussi des activités et des actes auxquels les patients accordent le plus d'importance** (Registered Nurses Association of Ontario, 2006). *In fine, le calcul de la charge de travail* devrait se faire en collaboration étroite **avec les acteurs directement concernés** : les patients, les infirmières et infirmiers, les aides-soignantes et aides-soignants qui prennent en charge les patients.

● Améliorer et simplifier les systèmes informatiques

Pour le moment, les infirmiers, les soignants passent la moitié de leur temps sur un ordi, et la moitié de leur temps auprès d'un patient alors que l'ordi on n'a pas besoin de le soigner, c'est le patient qu'on a besoin de soigner.

Tom, étudiant en deuxième année.

Il serait intéressant d'**unifier les programmes informatiques** pour que les intérimaires et les soignants qui changent de poste de travail puissent y avoir accès facilement. **L'apprentissage des programmes informatiques infirmiers** de base pourrait dès lors faire **partie de la formation des étudiantes et étudiants**.

Envisager que les soignants puissent feuilleter les dossiers des patients comme sur une liseuse, encoder de façon tactile, sans qu'il soit indispensable que ce dossier tablette soit en permanence connecté à un serveur faciliterait la tenue du dossier en diminuant le temps nécessaire à la lecture et à l'encodage. Une connexion régulière du dossier tablette ou de l'écran tactile disponible en chambre avec une centrale reliée au serveur permettrait des mises à jour régulières.

2

TENIR COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL

« A resilient workforce needs better workforce planning and improved working conditions. » (Sermeus, 2021)

● Diminuer le nombre de jours de travail pour un plein temps

De nombreux infirmiers et infirmières rapportent avoir demandé de réduire leur temps de travail, non pas pour faire d'autres choses, mais pour « tenir bon au travail » et continuer à exercer leur métier. L'idéal serait un **plein temps de 4 jours/semaine (32h00)** ce qui faciliterait sensiblement l'organisation des familles et permettrait un temps de

repos nécessaire pour récupérer face à la lourdeur de la charge de travail.

● Organiser des périodes de congés qui permettent de se déconnecter du travail

Pour que les soignants puissent récupérer, il serait judicieux de leur **permettre plusieurs fois sur l'année de prendre au moins une semaine de congé et au moins une fois 3 semaines d'affilée**.

3

FAVORISER LA POSSIBILITÉ POUR LES SOIGNANTS D'ORGANISER LEUR VIE PRIVÉE ET DIMINUER LA FATIGUE LIÉE AUX HORAIRES INSTABLES

Il m'est déjà arrivé de voir en stage une cadre demander à une sage-femme de venir travailler avec son enfant malade à l'hôpital, afin de ne pas fermer la maternité. Je trouve que cet épisode représente bien la réalité actuelle de l'hôpital : la pénurie a atteint un tel niveau que les mères ne peuvent même plus s'arrêter pour s'occuper de leurs enfants lorsque ceux-ci sont malades.

Mégane, étudiante sage-femme de troisième année.

- **Prévoir les plannings et horaires de travail plusieurs mois à l'avance** pour faciliter l'organisation de la vie privée.
- **Favoriser l'élaboration d'une planification séquentielle** rythmée et répétitive du travail par 4, 6 ou 8 semaines.
- **Éviter que durant une même série de jours de travail consécutifs, le soignant soit contraint de prêter des horaires différents** (alterner des matins, des soirs, voire des nuits). Les changements incessants perturbent l'horloge biologique des soignants²⁵, entraînent une plus grande fatigue et fragilisent leur santé.
- **Prévoir un jour fixe de récupération** des jours de week-ends et des fériés prestés, au moins tous les 15 jours.
- **Remplacer de préférence les soignants absents par des travailleurs d'une équipe volante ou des intérimaires.** Éviter de rappeler les personnes en congé ou de modifier leurs horaires.



25 L'impact du travail posté sur la santé est majeur. Des troubles du sommeil, de la vigilance, un ralentissement cognitif, des comportements automatiques, des failles de l'attention, une baisse de la performance, des erreurs et des accidents au travail et de la circulation en lien avec un travail à pauses sont largement décrits dans la littérature scientifique. Ils sont dus en grande partie à un trouble de la synchronisation de l'horloge biologique (troubles circadiens). Une surmorbidity métabolique et cardiovasculaire est aussi observée chez ceux qui travaillent par pauses (Meier-Ewert *et al.*, 2004; Fuentes *et al.*, 2018).

Je me sens très bien dans ma vie professionnelle comme personnelle. On fait 3 jours de 12h puis nous avons 5 jours de repos et cela me convient parfaitement. Mon équipe est formidable, on s'entend toutes très bien, on travaille dans une bonne ambiance d'équipe, il y a un bon esprit d'équipe et d'entraide qu'on ne retrouve pas partout.

Yousra, infirmière diplômée depuis 3 ans.

- **Favoriser la possibilité de prester des horaires plus souples.** Par exemple : de faire le choix de travailler en horaire de 12h, 3 jours/semaine pour un plein temps, c'est-à-dire 36h/semaine, de réaliser des journées de 6h00, mais des week-ends en 12h, etc.

- **Faciliter l'inscription des enfants du personnel y compris des stagiaires à des activités parascolaires** (sports, loisirs, école des devoirs) et durant les congés scolaires, proches des lieux de travail, avec des horaires de garderie possibles matin et soir.

J'avoue que tout ceci finit par être épuisant et stressant, il m'arrive de sauter des repas... lorsque je suis

malade je n'aime pas m'absenter, car un effectif en moins et c'est mes collègues qui en pâtissent... Avec toute la fatigue qui s'accumule c'est vrai que j'ai du mal à être opérationnelle pour mon mari et mes enfants, mais j'essaie tant bien que mal. C'est plus facile si on a un partenaire compréhensif, à l'écoute et qui aide à tenir le foyer, une maman disponible, une belle maman, ou une bonne nounou. Moi, j'ai de la chance, car avec mon travail, je bénéficie d'une place en crèche au sein de l'hôpital où je travaille, c'est super pratique.

Fara, infirmière diplômée depuis 5 ans et maman d'un enfant de deux ans.

④

AUGMENTER LES SALAIRES

Les salaires sont une marque de reconnaissance du niveau de formation et de la professionnalité des infirmières et des infirmiers : les salaires de base, hors primes de soir, de nuit et de week-end, devraient être similaires à ceux des autres professions paramédicales de même niveau de formation. Le salaire est aussi un marqueur de reconnaissance de la pénibilité du travail²⁶.

⑤

METTRE EN PERSPECTIVE L'ÉVOLUTION DE LA CARRIÈRE ET LA MOBILITÉ DES SOIGNANTS

J'espère pouvoir évoluer dans mon métier : participer à de nouvelles formations, enrichir mes connaissances et mes pratiques au long des années et pourquoi pas enseigner un peu plus tard.

Margaux, étudiante en troisième année.

La mobilité représente un enjeu important de la profession infirmière. Elle s'inscrit dans des logiques diverses, **de formation**, de développement de carrière, d'amélioration du **salaire**, des **conditions de travail** et elle est aussi liée à **des logiques familiales et de vie privée**. Les nouveaux diplômés ne conçoivent plus le travail comme un engagement dans une institution voire dans un poste pour toute leur carrière. Les changements en cours de carrière deviennent une évidence pour répondre aux **besoins de découverte, d'évolution et de spécialisation** de la carrière, mais aussi d'adaptation de la carrière à la vie privée et non plus l'inverse. De

26 Le débat ici pourrait être celui de la diminution du nombre d'heures de travail d'un temps plein ou de l'augmentation du salaire reçu pour ce temps plein.

nombreux entretiens réalisés auprès d'infirmières et d'infirmiers depuis 2020 révèlent que la recherche de mobilité intra-institutionnelle, extra-institutionnelle ou vers un tout autre métier est souvent une réponse à une situation critique qui met chroniquement la personne dans l'incapacité de réaliser son travail comme elle souhaite le faire et/ou de s'occuper de ses proches.

- **Gérer la mobilité** demande de comprendre les demandes des soignants, leur fatigue, leur

désappointement, mais aussi les besoins, les attentes et les priorités des nouvelles générations.

- **Faciliter la mobilité** rétablira la confiance ébranlée et donnera aux soignants le sentiment d'être enfin entendus.
- **Repenser la profession infirmière à partir des besoins en soins et donner à tous les soignants la possibilité réelle d'une évolution de carrière.**

Quel que soit le diplôme du soignant, il doit pouvoir s'inscrire en perspective. Pour gérer sa vie de famille, des horaires fixes de jour et des temps partiels momentanés doivent être plus accessibles. Pour progresser professionnellement, des schémas de passerelles et de reconnaissance de l'expérience professionnelle acquise par le travail et l'autoformation devraient pouvoir être envisagés²⁷.



27 À ce sujet, voir quatrième partie, « Penser des études qui favorisent une évolution de carrière. »



Un premier jour de stage

J'ai une profonde envie de découverte, de mise en application de points jusqu'ici seulement lus, appris et imaginés. C'est pour moi enfin ce moment tant attendu de la rencontre à l'autre, du soin dans sa globalité, d'une réelle prise en charge ! Je suis surexcitée de pouvoir vivre durant deux semaines une expérience qui sera à jamais gravée en moi et qui, je l'espère, m'apportera un nombre incalculable d'apprentissages tant sur le plan technique que relationnel, humain. Je suis pleine de rêves et d'envies pour cette immersion en plein cœur de cette profession. Je me documente, demande des renseignements autour de moi, je suis pleine d'entrain et de curiosité. Les premiers instants sont absolument incroyables, j'enfile mon pantalon et ma blouse blanche avec timidité. Je fixe mon

badge nominatif, vérifie, bics ? Feutres ? Ciseaux ? Tout y est ! Je glisse mes pieds dans mes chaussures. Je prends une grande inspiration, je replace une mèche de cheveux, ça y est, c'est le moment. Je suis partie, mon cœur se serre, mon rythme cardiaque s'accélère de plus en plus, je sens dans mes joues une chaleur grimpante. J'y suis ! C'est le moment ! Souris Ana, souris !! Je me répète ça en boucle jusqu'au moment où j'arrive devant la salle où toute l'équipe pluridisciplinaire tient ses réunions. Je suis pétrifiée, je sens que je manque d'air, mais je ne me démonte pas : « C'est la première impression qui reste alors tiens le cap Ana ». Je me lance, me présente avec un sourire presque exagéré. Wawwww... c'est fait !!! Malheureusement à peine quelques minutes plus tard, je comprends que la dynamique est toute autre. Un beau

DEUXIÈME PARTIE

Quelles pistes pour **améliorer** les conditions de stages ?

nombre de personnes s'installent autour de la table centrale, je me joins à eux, et là je suis perdue, je ne comprends pas la moitié de ce qu'ils racontent, qui est qui ? Personne ne s'adresse à moi, personne ne me voit à vrai dire, ça file à une vitesse où j'en ai presque le tournis. La réunion, je présume, se termine, tout le monde se lève et part. Je suis là, seule, telle une orpheline. J'ai les larmes qui me montent, je ne me sens vraiment pas bien. Les minutes qui passent me semblent être des heures et toujours personne, je décide donc de m'aventurer dans le couloir cherchant quelqu'un qui puisse m'éclairer, m'orienter ! Je m'adresse à une autre jeune femme qui est elle aussi étudiante, mais en dernière année. Avec beaucoup de gentillesse elle prend le temps de m'expliquer dans les grandes lignes le fonctionnement du service, accepte que

je reste à ses côtés pour ces premiers soins sauf que nous n'avons pas le temps d'entrer en chambre qu'une aide-soignante arrive d'un pas décidé, ne me salue pas, s'adresse juste à moi à l'impératif en ordonnant de m'occuper de madame X chambre Y et part. Je me retrouve bête, abasourdie à devoir effectuer une toilette SEULE, sans aucune supervision. Je suis à ce moment précis terrifiée, en colère, un tas d'émotions me traversent, mais je mords sur ma chique, je me munis de tout le matériel nécessaire et me rends seule dans cette chambre. Grand dieu merci tout se passe merveilleusement, la dame est ravie et nous avons échangé lors de la toilette complète au lit ce qui a su nous détendre. Le reste de la matinée se déroule de cette même manière, on m'envoie d'un bout à l'autre sans jamais m'accompagner.

Heureusement, l'élève de dernière année est là pour m'aiguiller et répondre à mes questions. L'après-midi est bien plus calme, il ne s'agit que de donner le goûter, de discuter, d'effectuer des changes si nécessaire. Cette "tranquillité" me permet de me familiariser avec leur fonctionnement électronique d'encodage. Lors de mon départ, je salue l'équipe dans sa globalité d'un "au revoir" en vain... Je me dirige vers les vestiaires et après m'être changée et avoir quitté les lieux, je m'effondre totalement, je suis perdue, je n'arrive pas à comprendre ce qu'il s'est passé... Je tombe réellement de dix étages, la réalité est tout sauf ce que je m'étais imaginé... J'ai déjà une boule au ventre à l'idée d'y retourner le lendemain.

Ana, étudiante en première année, à propos de son premier stage.



Améliorer les conditions de stages pour de futurs professionnels motivés et bien formés

Parmi les 4 600 heures qui composent les cursus en soins infirmiers, 2 300 heures sont consacrées à la formation pratique en stages. **La moitié du temps de la formation se passe donc au sein de diverses**

institutions. Faisant preuve, pour la grande majorité, d'une motivation impressionnante ancrée dans le « souci de l'autre » (Tronto, 2009), les étudiantes et les étudiants espèrent découvrir et mettre en

application un grand nombre d'apprentissages lors de ces immersions au cœur de la profession. Mais la réalité ne correspond pas toujours à leurs espoirs. Il ressort de notre recherche que **près de la moitié des étudiantes et des étudiants rapportent avoir mal vécu leur toute première expérience de stage**, période particulièrement déterminante, car perçue comme une découverte pratique du métier et **un test sur le bien-fondé du choix d'études.**

Des constats

1

ÊTRE STAGIAIRE, APPRENDRE PAR LA MISE EN PRATIQUE EN MILIEU DE TRAVAIL

Les stages ne sont officiellement pas considérés comme du « travail » puisque les stagiaires les effectuent pour apprendre et non pas pour réaliser un travail demandé par un employeur. Ils constituent pourtant aussi une forme de gratuité exigée par le marché de l'emploi national et européen (Simonet, 2018) puisqu'ils sont indispensables à la reconnaissance des compétences professionnelles tant au niveau national qu'europpéen.

● Les milieux de soins, un univers du soin peu connu de la majorité des étudiantes et étudiants lorsqu'ils commencent leurs études

À l'école, on nous apprend, mais sur des mannequins, pas avec une personne déambulante, souillée de la tête au pied, ça sert à ça les stages, à avoir de la pratique sur le terrain.

Zoé, étudiante en première année.

Les étudiantes et étudiants sont pleins d'illusions. Pour nombre d'entre eux, c'est **la rencontre de personnes très dépendantes, physiquement, psychiquement et/ou mentalement, qui peut être vécue comme une** « expérience apocalyptique », dans le sens d'effroyable, terrifiante comme le montrent de nombreux témoignages. Cette rencontre confronte les stagiaires à la question de ce qui fait la dignité humaine. Elle les bouscule et crée un doute sur l'évidence de la figure du sujet indépendant, radicalement autonome, performant, voire infaillible (Molinier, 2013) alors qu'ils se perçoivent eux aussi comme peu efficaces et vulnérables dans cette situation de fragilité inhérente à l'apprentissage.

Lors de mon premier stage, on m'a dit de faire la toilette de dix résidents sans même m'expliquer l'organisation du service ou les patients, sans me demander si j'avais déjà lavé une personne, si j'avais des a priori, si j'allais m'en sortir toute seule. Je n'avais jamais lavé quelqu'un d'autre que moi. J'étais seule face à moi-même. Tu arrives et directement en fait il faut enchaîner, il faut rentabiliser.

Zoé, étudiante en première année.

Depuis les années 1990, les étudiants infirmières et infirmiers

réalisent leurs stages dans un contexte toujours plus aigu de pénurie de personnel, situation encore aggravée par la pandémie de la COVID-19. **Les stagiaires sont fréquemment considérés comme des « ressources humaines »** indispensables à la réalisation dans un temps donné du planning de soins des équipes soignantes. Leur travail allège la charge de travail des professionnels et participe au fonctionnement des institutions de soins prises dans des logiques de rentabilité et de marchandisation des soins (Le Bezvoët, 2007).

Pour le moment, les étudiants, on ne s'en occupe plus. On ne les considère plus comme des étudiants, mais comme des bras. On ne les considère plus comme des apprenants. Lorsque je dis à la cheffe infirmière que je ne pourrai pas faire tout le travail car il y a trop de collègues absents, elle me répond : tu as de l'aide, tu as avec toi une étudiante de première année qui fait son premier stage.

Françoise, infirmière diplômée depuis 25 ans.

La place qui leur est attribuée n'est plus celle d'apprenant surnuméraire (qui ne sait *a priori* pas, qui doit être accompagné et supervisé par un professionnel). *De facto*, la **place du stagiaire en soins infirmiers est**

celle d'exécutant au service de l'équipe soignante, sans pour autant être reconnu comme faisant partie de cette équipe (Cooper *et al.* 2009; Kumaran & Carney, 2014; Grard *et al.*, 2021). Le sentiment exprimé par les stagiaires lors de nos enquêtes est souvent celui d'être extérieurs à l'équipe, ignorés et seuls dans leur apprentissage.

2

LE MANQUE D'ACCUEIL SUR LES TERRAINS DE STAGE ET LA MISE EN MARGE DE L'ÉQUIPE

Le premier jour, j'ai suivi une aide-soignante mais je ne savais me repérer à rien. Tout en marchant vite, elle m'a posé quelques questions : « Tu es en quelle année ? C'est ton premier stage ? Tu as déjà fait des toilettes ? » J'ai bien senti que mes réponses ne lui convenaient pas : « Première année, premier stage, jamais fait de toilette... » Je l'ai entendue soupirer et tout ce que j'ai trouvé à faire c'est me confondre en excuses... Je la voyais pressée, je la sentais déjà dépassée, et je ne savais rien faire pour l'aider, que du contraire, j'étais juste comme "un boulet en plus" accroché à sa cheville... Un poids qu'elle allait devoir supporter toute la matinée.

Maya, étudiante en première année expliquant son premier jour de stage.

● L'accueil des nouveaux stagiaires est un perpétuel recommencement

En fonction des écoles et des années d'études dans lesquelles ils sont inscrits, les étudiantes et étudiants commencent leurs stages lors de jours différents, pour des durées variables. **Dans un cadre structuré par « l'efficacité », l'effort de créer du lien avec les stagiaires semble peu « utile » pour la dynamique d'équipe.**

Quand je dois faire quelque chose, je le fais et je n'ai pas la patience d'expliquer. Et puis en première année, ils ne voient pas grand-chose, tu dois être derrière eux pour prendre une tension, mais moi j'ai besoin de rapidité. Je n'ai vraiment pas le temps de vérifier derrière eux alors que je dois faire mon tour des médicaments. Et je n'ai pas envie de prendre le temps, car je sais qu'après ça, j'ai trop de trucs à faire.

Maud, infirmière diplômée depuis dix ans.

Accompagner les stagiaires pour qu'ils puissent apprendre et faire des soins techniques est perçu comme un frein pour le personnel soignant fatigué, qui doit courir toute la journée et n'a pas le temps ni la force morale de s'en occuper. **Les étudiantes et les étudiants** « à qui l'on rappelle régulièrement de "mettre le patient au centre de

[leurs] préoccupations", bien paradoxalement, **se trouve[nt] souvent exclu[s] de toute attention bienveillante** » (Heijmans & Plasschaert, 2022, p. 34). Ils rapportent se sentir « en trop », **non accueillis**, gênants pour l'équipe soignante, transparents, **mis en marge**, la marge étant ce lieu où est toléré et relégué celui qui est malvenu (Grard, 2022).

À la base, ça devait être un super stage. J'étais très heureuse de me retrouver dans un service de médecine. J'ai dit à l'infirmière référente des stagiaires que mon stage précédent était en psychiatrie. Elle m'a répondu : « Donc tu ne sais rien faire en fait, génial... ». Ça semblait mal parti. J'avais peur. Je tremblais en manipulant. J'avais l'impression de tout mal faire, mais on ne me donnait pas d'éléments pour m'améliorer. J'entendais : « Aujourd'hui on verra si on a le temps de te former » ou « On n'a pas le temps d'encadrer ici ». On m'a aussi fait comprendre que c'était mieux si je ne parlais pas aux pauses, ni de moi ni de rien, en fait. D'ailleurs presque personne n'a voulu savoir qui j'étais. J'ai passé mon stage la bouche cousue, sauf pour poser des questions purement sur les soins.

Léna, étudiante en deuxième année.

Les mots et plus encore les attitudes non verbales marquent

cette mise à l'écart dans une dualité radicale entre un « eux, ceux-là, les étudiantes et les étudiants » et un « nous, les membres de l'équipe professionnelle », comme si la mention « étudiant » attachée à leurs uniformes les rendait invisibles (Damman, 2018). Cette identité négative « d'ignorants encombrants » est lourde à porter. Sans entrer ici dans les détails, **l'intersectionnalité** (le croisement du statut d'étudiant avec d'autres discriminations multiples de sexe, de classe, d'origine culturelle, de couleur de peau, de handicap, d'orientation sexuelle, etc.) **aggrave encore cette mise à distance et l'enfermement des étudiantes et étudiants dans des catégorisations** utilisées pour les mettre à distance.

● **Le stagiaire qui se perçoit comme malvenu est d'emblée en situation compliquée pour son apprentissage**

Comment aller vers les soignants, leur poser des questions, demander à être accompagné pour réaliser un soin lorsque le climat semble hostile ? **Soumis à des évaluations dont dépend leur réussite, les étudiantes et les étudiants sont limités et s'autolimitent dans l'expression**

de leurs vécus, car il n'existe pas beaucoup de lieux neutres et sécurisants où ils peuvent être racontés. Sous la **pression de « plusieurs hiérarchies - hospitalière, scolaire - et parfois tenu[s] à l'impossible** par les exigences techniques, horaires, administratives, académiques qui [leur] sont imposées » (Heijmans & Plasschaert, 2022, p. 35), les stagiaires font profil bas. Plutôt que de mettre leur priorité dans leur apprentissage, ils tentent de contenter l'équipe soignante pour gagner un peu de place et de reconnaissance, pour obtenir, *in fine*, une note de « réussite ».

J'ai vécu deux stages complètement différents, l'un ou j'avais l'impression d'être à la chaîne et où je détestais ma façon de travailler, mais je n'avais pas d'autre choix que de me plier au fonctionnement et l'autre, mon stage en soins palliatifs, où je me suis pleinement sentie moi-même et où je me suis épanouie pleinement.

Margaux, étudiante en première année.

Le mauvais accueil des étudiantes et étudiants n'est pas une constante. **Certains lieux de stages veillent à un accueil chaleureux et potentialisent ainsi les capacités des étudiantes et étudiants.** Le non-accueil et la

relégation des stagiaires apparaissent cependant dans les enquêtes que nous avons effectuées comme des faits répétés dans un peu plus de la moitié des terrains de stages. Les difficultés semblent apparaître le plus fréquemment dans des services hospitaliers généraux, surtout lorsqu'il y a beaucoup de stagiaires en même temps, alors que l'accueil et l'accompagnement sont souvent décrits comme positifs dans les services de psychiatrie. Dans les MRS, l'accueil est souvent correct, mais les étudiantes et les étudiants sont généralement très peu accompagnés et réalisent seuls de lourdes tâches.

3

LE MANQUE D'ENCADREMENT DES STAGIAIRES SUR LES TERRAINS DE STAGE

● **Trop de stagiaires en même temps dans certains lieux de stage**

On est tellement en infirmier que les soignants ne savent pas nous encadrer, les étudiants défilent et au final ils décrochent.

Lucie, étudiante ayant abandonné ses études en dernière année.

Les stages les plus prisés, car reconnus comme des lieux incontournables d'apprentissages²⁸, sont aussi souvent des lieux où de nombreux stagiaires de différentes écoles et de différentes années d'études se retrouvent en même temps. **Ils sont fréquemment plus nombreux que les soignants ce qui rend leur accompagnement problématique et les place en concurrence.** L'objectif d'apprentissage pratique et réflexif est, *in fine*, peu atteint. **Il existe par contre de nombreux lieux de stages peu envisagés, particulièrement dans les secteurs extrahospitaliers**, entre autres dans les services de soins à domicile généraux ou spécialisés, les dispensaires, les maisons médicales, les centres de courts séjours, etc.

● Un manque de professionnels pour encadrer les stagiaires

Les référents stagiaires des services, les infirmières et les infirmiers sont submergés de travail et **ne peuvent pas prendre le temps d'encadrer les stagiaires** comme ils le souhaiteraient.

On m'a donné en charge quatre patients très lourds qui nécessitaient à la fois des mesures de protection et des toilettes complètes au lit, tout en me disant que je devais être capable de m'en occuper seule. Alors que je mobilisais tant bien que mal une patiente, elle a failli glisser au sol, elle s'est agrippée à mon cou, j'ai entendu un craquement au niveau de mes cervicales. Une aide-soignante est entrée et m'a aidée en m'engueulant car je ne devais pas m'occuper de cette patiente seule... Au bout de dix minutes, j'avais le cou complètement bloqué. Le médecin m'a mis sous certificat pendant une semaine avec traitement antalgique et kiné pour m'en remettre.

Noémie, étudiante infirmière en première année.

Plusieurs stagiaires racontent avoir dû réaliser seuls des soins compliqués qu'ils ne se sentaient pas toujours prêts à effectuer ce qui peut engendrer un risque pour la sécurité des patients, mais aussi pour leur propre sécurité.

De nombreux étudiantes et étudiants nous ont aussi rapporté leur perplexité face à la **difficulté très concrète de rencontrer les infirmières et infirmiers référents**

du service parce que ceux-ci sont malades, en congé, ou que leurs horaires ne correspondent pas à ceux des stagiaires. Ils nous ont manifesté aussi leur surprise de voir leurs feuilles d'évaluations remplies par ces référents infirmiers qu'ils n'ont parfois pas du tout rencontrés pendant leur stage, bien que la plupart des référents se renseignent auprès de leur équipe avant de compléter ces évaluations.

Le personnel soignant réclame la présence régulière d'enseignants à ses côtés **pour travailler sur le terrain avec les étudiantes et étudiants**. Dans certaines écoles, c'est la norme, dans d'autres par contre, les professeurs encadrants ne réalisent pas de prise en charge concrète de patients sur le terrain avec les étudiantes et étudiants²⁹. Les étudiantes et étudiants brevetés sont accompagnés sur le terrain au moins une fois par semaine par un enseignant pour des prises en charge globales de patients ou la réalisation d'actes techniques. Dans la majorité des cursus en bachelier, la MFP (maître de formation pratique) réalise plutôt une supervision externe orientée vers la

28 Il s'agit essentiellement de services hospitaliers de médecine interne et de chirurgie réputés comme des lieux où les actes techniques sont fréquents et diversifiés.

29 Les formations bachelières sont de plus en plus souvent pensées en relation avec un statut scientifique octroyé dans des lieux proches des instances universitaires et de la recherche, ce qui impacte non seulement la formation, mais aussi le profil et le statut des formateurs, les modalités d'encadrement des stages, le travail pédagogique et l'évaluation des étudiants.

réflexion et l'analyse de cas. Il est prévu que le rôle de formation pratique revienne à l'équipe soignante, mais les équipes peinent à le remplir. Dans tous les cas et **malgré l'investissement des enseignants, l'encadrement des stagiaires**, dans l'état actuel des choses, **ne donne pas aux étudiantes et étudiants suffisamment d'occasions d'apprentissages** concrets sur le terrain.

● **Le manque de formation des soignants à l'encadrement des stagiaires**

Une infirmière m'a dit : « Je suis diplômée depuis six mois, je vais essayer de t'apprendre des choses, mais vu que je n'ai jamais accompagné d'étudiant, je ne sais pas ce que je vais pouvoir t'apprendre. »

Floriane, étudiante sage-femme en troisième année.

Plusieurs soignants nous ont aussi fait part du **stress supplémentaire que pouvait représenter pour eux le fait de devoir former un stagiaire** tout en assurant les soins aux patients. Certains ne pensent pas avoir les compétences ou les capacités pédagogiques suffisantes pour transmettre leurs savoirs, ou bien ne savent pas comment le faire. Une partie



d'entre eux souhaiteraient **pouvoir être davantage formés à accompagner les stagiaires**.

4

« POURQUOI LES INFIRMIÈRES MANGENT-ELLES LEURS PETITS ? » (KATZ, 2014). LE DÉNI DE L'AIDE APPORTÉE PAR LES STAGIAIRES

« Quand on regarde le travail gratuit avec le prisme du déni de travail, on a une compréhension de l'exploitation beaucoup plus complexe » (Maud Simonet, citée par Legrand, 2020)

● **« Sale boulot » et « petites mains »**

Le travail de soins et de services rendus à l'équipe soignante apparaît dans les discours des étudiantes et des étudiants comme **un don souvent dénié** par les professionnels. Or, dans un contexte de fatigue et de surcharge chronique de travail, les soignants ont besoin des étudiantes et des étudiants pour réaliser une partie de leur travail et être soulagés de sa partie jugée la plus ingrate, celle dite du « sale boulot ». Il s'agit essentiellement de la part du travail considéré comme peu professionnelle et peu valorisante, comprenant des tâches, comme les

soins d'hygiène et l'aide à l'alimentation, qui demandent de la patience et du temps, et sont réalisés dans des conditions parfois physiquement et psychologiquement pénibles.

Pourquoi ce déni de l'aide apportée par les stagiaires ? Pourquoi ce manque d'accueil qui les décourage alors que les équipes ont un besoin urgent d'être complétées par des professionnels bien formés et motivés ?

Le manque d'importance accordée au travail de terrain quotidien, aux tâches des dites "petites mains" souvent définies comme du « sale boulot » relève de logiques de distinction qui considèrent comme négligeables les acteurs appelés « petites mains », ici en l'occurrence, les étudiantes et les étudiants.

Quand les soignants ont remarqué que je commençais à me sentir plus à l'aise, ils m'ont demandé de plus en plus de choses. Ils m'ont laissé débarrasser tous les plateaux du déjeuner pendant qu'ils allaient fumer une cigarette, ils m'ont demandé de faire la distribution des cafés pendant qu'ils papotaient dans le bureau. Plus j'arrivais à la fin de mon stage et plus je devais travailler à leur place. D'un côté, j'étais content,

car ça me prouvait que j'étais adéquat, mais d'un autre côté ça m'ennuyait de tout faire pendant qu'eux profitaient et surtout, ils me laissaient faire toutes "leurs merdes" (sic) et ils ne m'appelaient pas quand il y avait quelque chose d'intéressant à faire.

Enzo, étudiant en première année.

La non-reconnaissance de l'aide apportée par les étudiantes et les étudiants, de leurs dons de temps et de services permet de se libérer de la logique de réciprocité et facilite leur exploitation, dans des systèmes où la rentabilité ne se crée que par une accélération des rythmes de travail. L'aide des stagiaires est déconsidérée, elle participe pourtant à rendre possible cette accélération du rythme de travail.

● **Le prix du déni des dons et de l'exploitation des étudiantes et des étudiants**

Le maintien des stagiaires à l'écart de l'équipe facilite aussi cette exploitation en leur assignant une position dans laquelle ils sont redevables à l'équipe soignante qui tolère leur présence.

Quand je ne pouvais pas finir mes toilettes dans les temps qu'ils m'imposaient, ils me menaçaient de ne pas avoir de pause, ils me disaient

que je ne serais jamais infirmière si j'étais aussi lente et fainéante que ça. Et quand bien même j'avais le droit à ma pause de midi, je devais répondre à toutes les sonnettes, mon temps de pause était donc très limité.

Carmela, étudiante en première année.

Mais l'exploitation des étudiantes et des étudiants, le déni de l'aide apportée a aussi un prix. Elle met en danger la pérennité d'un monde soignant commun (Chanial, 2014). Elle **crée l'incapacité des futurs diplômés de concevoir le travail d'équipe** comme un espace démocratique collectif (Caillé, 2009).

Le peu de place accordée aux étudiantes et aux étudiants au sein des équipes, l'altérité radicale, le « eux et nous » banalisé dans lesquels ils sont souvent confinés ne permet pas d'apprendre à travailler en équipe. Cette relégation suggère au contraire qu'une **classification hiérarchique** et méritocratique des soignants et des personnes est normale dans les milieux de soins. Comment les stagiaires pourront-ils, dès lors, prendre place sereinement au sein d'une équipe, accueillir et donner une place aux étudiantes et étudiants lorsqu'ils seront diplômés ?

Si dans tout don quelque chose de soi est présenté à l'autre (Hénaff, 2012), dans toute négation des dons reçus quelque chose de soi, de la profession est aussi présenté. **Ce refus de reconnaissance et les maltraitances des étudiantes et des étudiants donnent à voir quelque chose de ce qu'est la profession, mais du côté de la désillusion** et est l'un des motifs essentiels d'abandon des études.

Le plus étonnant, c'est que ces pratiques se sont tellement ancrées au fil des années qu'elles ne choquent plus personne au sein des services. Au sein d'un métier qui demande tellement d'empathie, je n'aurais jamais cru ça possible.

Cléo, étudiante en troisième année.

5

L'IMPACT DES STAGES SUR LA VIE PRIVÉE

Je suis une véritable éponge. Il m'est impossible de sortir de stage et d'oublier ce qu'il s'est passé. Que ce soit dans le positif comme dans le négatif. Je vis sage-femme, je mange sage-femme, je dors sage-femme.

Ophélie, étudiante sage-femme en troisième année.

● Les stages sont fatigants et compliquent l'organisation de la vie privée

Certaines de mes amies ne m'invitent plus, car je n'ai pas le temps de les voir. Au-delà de nos 40 heures de stages hebdomadaires, nous devons faire des rapports interminables et travailler nos cours. Cela nous met une pression puisque nous n'avons pas de temps pour réviser. Quand je rentre le soir, je n'ai pas l'énergie de faire des courses et de me cuisiner un plat équilibré, je n'ai qu'une seule envie, me coucher, mais je dois penser aux examens et travailler. J'ai hâte de finir mes études pour ne plus avoir cette charge de travail en rentrant et pouvoir réellement profiter de la vie.

Clara, étudiante sage-femme en troisième année.

Les étudiantes et étudiants disent ne plus avoir de vie sociale depuis qu'ils ont commencé leurs études. Outre la journée de travail en stage, et les déplacements parfois longs pour s'y rendre, les étudiantes et étudiants ont un travail de formation à effectuer : étude de leurs cours, recherche sur les médicaments, les pathologies, préparation de supervisions, rédaction de rapports, etc. Plusieurs heures de travail par semaine viennent s'ajouter à un

horaire déjà bien rempli. Nombre d'étudiantes et d'étudiants et en particulier les étudiantes sages-femmes décrivent un **rythme stressant**, très soutenu qu'il faut arriver à tenir pour avoir une chance de réussir.

● La gestion de la vie familiale est difficile

Avec les enfants, c'est plus difficile à gérer au niveau des horaires. Je manque des choses importantes avec eux, car je travaille beaucoup. Heureusement, mon mari est hyper investi et la famille est présente pour nous, pour les trajets vers l'école, la crèche, les activités scolaires, etc. La clé pour tenir bon, c'est d'avoir des personnes-ressources, c'est tout un travail d'équipe.

Amanda, étudiante en quatrième année, maman de trois enfants.

À cette fatigue liée au stage, au stress, au travail d'étude, s'ajoutent, pour **les étudiantes et les étudiants parents**, la gestion de la famille, les tâches ménagères, l'accompagnement des enfants, etc. dès qu'ils rentrent à la maison³⁰. La possibilité de recevoir de l'aide de l'entourage joue un rôle majeur dans leurs possibilités de réussite.

30 Un nombre significatif de femmes avec des enfants sont des mères qui élèvent seules leurs enfants. Leur proportion est plus importante dans les sections de brevet.

6

LE COÛT DES STAGES

Les études en soins infirmiers coûtent cher. Aux frais de scolarité s'ajoutent des frais importants liés aux stages.

● **Les déplacements coûtent cher**

Les étudiantes et les étudiants doivent réaliser des stages qu'ils n'ont généralement pas choisis³¹. Ils leur sont attribués en fonction des places dont dispose l'école où ils étudient et suivant un planning qui leur permet d'observer et de pratiquer dans des lieux de soins représentatifs des grands courants de la discipline³². Vu les horaires et l'éloignement des terrains de stage³³, **de nombreux étudiants se déplacent en voiture**. Les journées de stages commencent tôt ou finissent tard³⁴. **Certains endroits sont difficilement accessibles, voire impossibles d'accès, en transport en commun.**

Mes études me prennent beaucoup d'argent car l'essence pour aller en stage et à l'école, ça ne coule pas du robinet malheureusement... Les fins de mois sont très difficiles. Les lieux de stages sont parfois très loin de mon domicile. 60 kilomètres par jour, c'est un coût financier énorme et une perte de temps considérable dans mon quotidien, c'est épuisant en plus de la charge de travail.

Leila, une étudiante en deuxième année.

Que ce soit en transport en commun ou en voiture, les déplacements des étudiantes et étudiants pour se rendre en stage leur coûtent cher, **entre 25 et plus de 100 euros** par semaine, suivant le mode de transport et le lieu où ils doivent se rendre. Cette somme s'ajoute aux **frais habituels de logement, d'études, d'alimentation et aux autres frais de stages** (uniformes, stéthoscope, pinces, cautions pour obtenir des cartes d'accès, etc.).

La majorité d'entre eux souhaite pouvoir s'organiser pour faire du covoiturage, mais ils se heurtent

souvent aux **refus d'un aménagement des horaires qui permettrait l'organisation d'un covoiturage**. Le principe avancé est que dans ce métier, il n'est pas possible de faire son horaire à la carte. La réalité semble aussi être celle du besoin de répartir les étudiantes et étudiants sur l'ensemble de la journée pour que les différentes équipes qui se succèdent puissent toutes avoir de l'aide.

● **Les étudiantes et étudiants ne sont pas toujours, voire pas souvent, traités de la même manière que les employés des structures de soins**

Ils n'ont pas accès au parking du personnel ni parfois au vestiaire, ils ne reçoivent pas d'uniforme prêté par l'hôpital, pas de repas offert à midi, pas d'intervention dans les frais de transport (Heijmans & Plasschaert, 2022).

● **De nombreux étudiants éprouvent des difficultés économiques**

31 Le nombre d'heures de stages est déterminé par des normes européennes.

32 Maison de repos et de soin, médecine interne, chirurgie, psychiatrie, soins à domicile, etc.

33 Certains étudiants doivent faire une heure de trajet depuis leur domicile jusqu'au lieu de stage. En transport en commun, le trajet peut atteindre 2h00.

34 L'horaire du matin est de 6h30 ou 7h00 jusque 15h00 ou 15h30 (avec une pause d'une demi-heure sur le temps de midi), l'horaire de l'après-midi est classiquement de 12h30 à 20h30 sans pause prévue. L'horaire de nuit est souvent de 20h00 ou 20h30 à 7h00 ou 7h30.

J'ai un job d'étudiant comme étudiante aide-soignante dans un home. Je fais ça pour pouvoir soulager mes parents au niveau financier, c'est très important pour moi. Mes parents m'ont financé mes frais scolaires et mon loyer l'année dernière et cette année ils participent à la moitié de mon loyer seulement. Ils m'encouragent à continuer et me font comprendre qu'ils sont fiers de moi. Mes parents m'aident aussi parfois pour mettre l'essence. Je fais beaucoup de covoiturage, mais parfois je suis la seule à aller dans ce lieu de stage.

Iris, étudiante redoublant sa première année.

Certains étudiantes et étudiants ne reçoivent aucune aide, ni de parents, ni d'un conjoint, ni d'une bourse d'études³⁵. Ils **travaillent durant les vacances, les congés, les week-ends ou même de nuit** durant les périodes de cours ou de stages **pour** payer leurs frais d'études³⁶, **subvenir à leurs besoins**, payer leurs factures et faire face aux frais de leurs

familles. **Se nourrir correctement ou même manger une fois par jour et se loger dans de bonnes conditions est un défi pour certains d'entre eux.** Dans les cas les plus critiques, des étudiantes et étudiants se retrouvent à la rue, chassés de leur logement par défaut de paiement.

● Des travailleurs en reprise d'études sont aussi en difficulté

Le plan 600 facilite la reprise d'études de travailleurs, mais il n'est accessible qu'à ceux qui ont un CDI. Les travailleurs ayant un CDD et les chômeurs peuvent obtenir une dispense de chômage, mais la dégressivité de leur prime de chômage continue de courir. Dès la deuxième année d'étude, leurs primes de chômage diminuent de façon conséquente, ce qui amène des étudiantes et étudiants pourtant motivés à arrêter leurs études, particulièrement ceux qui ont une charge de famille.

Ma compagne est infirmière, c'est pour cette raison que je voulais me diriger dans les soins. J'ai fait mes études en technique électricien. Quand j'en ai parlé au bureau de chômage et au Forem, on m'a expliqué que je pouvais garder mes allocations de chômage au maximum durant toute la période de mes études vu que c'est un métier en pénurie. Donc c'était l'occasion pour moi d'assumer ma formation et de vivre plus ou moins correctement avec ma femme et ma fille. Maintenant, la réalité est toute autre... Ma prime de chômage a été diminuée, je ne fais pas partie d'un projet comme le projet 600 ou le projet #jechoisislessoins qui te paie un salaire complet durant toute la formation. J'ai dû arrêter les cours pour retrouver un boulot au plus vite. Je ne savais plus payer ni les factures, ni les courses, rien. On se disputait tous les jours avec ma compagne, les amis commençaient à râler parce qu'on devait décliner toutes les invitations de restos ou autres sorties devenues trop chères... À la fin de la deuxième année, j'ai craqué, j'ai arrêté les cours.

David, ex-étudiant en soins infirmiers, papa de deux filles.

35 Les étudiants domiciliés à l'étranger, les étudiants sans papier, des étudiants qui n'ont pas de proches qui se soucient d'eux, ceux dont les parents ont des moyens limités, mais trop importants pour qu'ils aient droit à une bourse d'études, ceux que les parents refusent d'aider, ceux dont la bourse d'études ne couvre pas les frais de logement et d'alimentation, etc.

36 Frais de scolarité, frais de déplacement, frais de stages, uniformes, matériel de stage, photocopies, frais de documentation, de bibliothèque, de littérature, frais informatiques et de connexion internet, etc. Certains étudiants rapportent travailler dans des entreprises de nettoyage jusque 22h00 après leur stage, d'autres racontent garder un malade à domicile la nuit et venir ensuite réaliser leur journée de stage.

7

LA RECONNAISSANCE DE L'ENJEU ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE DU TRAVAIL DES STAGIAIRES

Pour rendre visible le travail des étudiantes et des étudiants, nous proposons de faire un détour par l'enjeu de sa valeur, c'est-à-dire d'estimer son importance dans la production de service en mettant en lumière sa valeur économique traduite en valeur monétaire (Fouquet, 2001). Attention, il ne s'agit pas de marchander le travail des étudiantes et des étudiants, mais bien de contester sa marchandisation occultée³⁷. En ces temps de pénurie de soignants et de budgets insuffisants pour assurer le bon fonctionnement des institutions de soins, **le travail gratuit des stagiaires participe, de fait, à l'équilibre budgétaire.**

8

QUELQUES CHIFFRES

Je viens de terminer mon stage de six semaines en maison de repos. Durant toute la durée de mon stage, j'étais la seule soignante considérée comme infirmière. Toutes les infirmières étaient malades ou avaient démissionné. Je me suis retrouvée sans supervision à faire tout le travail infirmier.

Julie, étudiante en troisième année complémentaire.

« Les valeurs qu'on donne au travail gratuit diffèrent selon l'endroit où l'on se place, selon le rapport social dans lequel il est pris » (Maud Simonet citée par Legrand, 2020). Nous proposons d'évaluer la valeur monétaire du travail des stagiaires pour en saisir le poids économique, en le comparant au travail d'une aide-soignante ou d'un aide-soignant en début de carrière.³⁸ Une

aide-soignante qui travaille plein temps preste 233 jours de travail effectifs/an (253 jours ouvrés – 20 jours de congés payés)³⁹. Le coût pour un employeur d'un aide-soignant en début de carrière était évalué en août 2022 à 3 074,68 euros/mois, charges patronales incluses, pour un salaire brut de 2 419,68 euros et un salaire net de 1 866,74 euros (Le Guide social, 2022)⁴⁰. Chaque étudiant doit réaliser 2 300 heures de stages durant l'ensemble de sa formation, ce qui correspond à 288 jours de travail à raison de 8h00/jour ou 306 jours de travail à raison de 7,5h/jour, soit l'équivalent du travail d'un aide-soignant durant 1 an et 4 mois. **Le non-remplacement durant huit mois d'une aide-soignante absente et sa substitution⁴¹ par un ou des étudiantes et étudiants en stages permet des économies substantielles avoisinant les 24 500 euros/an⁴².**

37 Nous utilisons ici « l'argument de la rémunération pour sortir le travail du déni, l'intégrer dans ce qui est pensé comme relevant du travail, pour subvertir un rapport social, capitaliste et patriarcal » (Maud Simonet, citée par Legrand, 2020).

38 Le travail réalisé par les étudiantes et par les étudiants, souvent dès les premiers stages, est en partie le même que celui des aides-soignantes et aides-soignants.

39 In <https://emploi.belgique.be/>, consulté le 24 octobre 2022.

40 Calcul sur base des chiffres du Guide Social en 2022 (<https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/article/quel-est-le-salaire-d-un-aide-soignant-en-belgique>) avec un ajout au salaire brut de 27,07 % de charges patronales.

41 Maud Simonet, sociologue française directrice de recherche CNRS à Paris Nanterre et spécialiste du « travail invisible », met en garde contre la banalisation du remplacement des travailleurs rémunérés par du travail gratuit (bénévolat, stages, etc.). « Plus le service à la collectivité comportera une contribution à la production de biens et de services, plus grand est le risque qu'il se substitue à l'emploi standard » (Institut de recherches économiques et sociales cité par Legrand, 2020).

42 En considérant que la présence d'étudiants infirmières et infirmiers dans les terrains de stage est effective durant l'équivalent de 8 mois/an : 3 074,68 euros x 8 = 24 597,44 euros.

9

EN QUELQUES MOTS

Durant mon stage, j'ai fait de très belles connaissances, des résidents touchants par rapport à leur vécu et leur personnalité. Concernant le personnel soignant, ils sont tous différents. Il y en a qui sont là pour faire le minimum, je veux dire par là, ils profitent beaucoup de la présence des stagiaires pour pouvoir rester assis après les toilettes. Quand il y a une sonnette, ils font semblant de ne rien entendre, car ils savent que les stagiaires vont y aller. Par contre, il y a d'autres membres du personnel soignant qui eux aiment leur métier. Ils nous disent même de prendre notre temps et de ne pas courir dès qu'il y a une sonnette, car nous sommes là pour apprendre et non pour faire leur boulot.

Lou, étudiante infirmière en deuxième année.

UN QUINTUPLE CONSTAT

①

Les étudiantes et les étudiants sont des travailleurs invisibilisés du système de soin.

②

Leur travail soulage partiellement le personnel et **participe à l'invisibilisation de la problématique de surcharge de travail et de manque de personnel.**

③

Ils sont **rarement en situation d'apprentissage** lorsqu'ils sont considérés comme une aide pour pallier le manque de personnel⁴³.

④

Le travail des étudiantes et des étudiants n'est pas rémunéré. Lorsque leur présence permet de faire face à un manque de soignants, la structure de soin réalise des économies. Cette épargne permet de soulager les lieux de soins sous-financés.

⑤

Leurs stages leur coûtent cher. **Le prix à payer, financièrement et en temps, pour se rendre dans les stages les plus éloignés met en difficulté certains étudiants et peut les amener à arrêter leurs études faute de moyens.**



43 Ils exécutent essentiellement des tâches qu'il est possible de leur déléguer en toute sécurité, c'est-à-dire celles qu'ils connaissent bien.

Des pistes

Il faut mettre le stagiaire en confiance, en sécurité, pour qu'il puisse oser faire les choses et poser des questions, pour qu'il ne se renferme pas sur lui-même et qu'il puisse exploiter son potentiel et progresser. Mais cette confiance doit aller dans les deux sens. Si l'équipe n'a pas confiance en son stagiaire, elle aura peur de lui confier des responsabilités.

Un stage est l'occasion pour les infirmières de transmettre les valeurs de leur métier et de donner au stagiaire l'envie de l'exercer.

Joséphine, étudiante en troisième année.

1

AMÉLIORER L'ACCUEIL DES ÉTUDIANTES ET DES ÉTUDIANTS

Un accueil attentif des étudiantes et étudiants est essentiel le premier jour de chaque stage. Comme le montrent de nombreux témoignages positifs ou attestant de désillusions, le vécu de ce

premier jour trace une perspective. **Le premier stage est particulièrement important.** Pour la majorité des stagiaires, c'est la découverte d'un univers fantasmé et inconnu. Ils ont besoin d'être guidés, orientés, initiés.

Je me suis rapprochée de l'aide-soignante, en lui expliquant que le matin j'avais directement effectué des soins et que je n'avais pas eu le temps d'aller voir les dossiers pour savoir qui pouvait se déplacer seul ou pas. Elle m'a répondu : « Pas de soucis, c'est ton premier jour. Il ne faut pas que tu te mettes la pression ». Et elle m'a m'indiqué le numéro des chambres des patients que je pouvais amener à la salle à manger.

Lydia, étudiante en première année.

Tous les stagiaires devraient être accueillis lors du premier jour par au moins une personne consciente de l'enjeu de cette première journée pour le stagiaire et plus largement pour le futur de la profession.

● Organiser un accueil au sein de l'institution de stage

Dans certains lieux l'accueil est systématique⁴⁴. L'ICANE (infirmière chargée de l'accompagnement des nouveaux engagés et des étudiants) ou une personne de la direction s'en charge. Dans d'autres lieux, aucun accueil n'est prévu au niveau institutionnel. Il est laissé au bon vouloir de l'équipe soignante qui va recevoir les stagiaires. Il devrait être généralisé à tous les lieux de soins avec une importance particulière donnée à l'accueil des stagiaires qui vont réaliser leur premier stage. Il s'agit de **donner des repères généraux qui permettront aux stagiaires de se situer plus rapidement.** Certaines institutions de soins ont déjà mis en place des stratégies d'accueil des stagiaires. Les étudiantes et les étudiants ont confirmé l'importance de ces dispositifs dans leur bien-être et leurs possibilités de prendre place dans les structures où ils sont mis en place.

- **Présenter les personnes de référence** au niveau institutionnel.

44 Afin de garantir aux stagiaires le statut d'étudiant, et de veiller à leur intégration et leur bien-être, un modèle de convention-cadre a été élaboré par l'ARES et les établissements, surtout hospitaliers, ont été invités dès le 20 juillet 2021 à utiliser ce modèle, repris dans la circulaire n° 8199 (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2021). Cette convention concerne les écoles de bacheliers. Il serait intéressant qu'elle soit élargie aux écoles de brevet et aux écoles d'aides-soignantes et aides-soignants.

- **Présenter la structure** (les différentes parties, les vestiaires, les bureaux, le restaurant, les pièces de détente dédiées aux stagiaires, les lieux que les étudiantes et les étudiants sont susceptibles de fréquenter, etc.).
- **Présenter les principes de l'institution**, les règlements, les attentes institutionnelles, etc.
- **Réaliser des vidéos de présentation** que les étudiantes et étudiants pourront regarder de façon anticipée.
- **Réaliser des brochures de présentation de l'institution distribuées à l'avance** aux stagiaires (disponibles en format papier ou en ligne).
- **Organiser systématiquement un moment d'accueil et de présentation préalable au stage.** Ce moment précédant le stage, organisé régulièrement, rassemblerait des étudiantes et des étudiants de différentes écoles et d'années d'étude.
- **Organiser un accueil par l'équipe avec laquelle les étudiantes et les étudiants vont travailler**

Dès mon arrivée dans le service lors de mon premier stage, les infirmières m'ont très bien accueillie. Elles se sont

présentées et m'ont demandé d'où je venais, je me suis tout de suite sentie intégrée. Le premier jour, une des infirmières m'a pris sous son aile toute la journée et m'a présenté le service et son fonctionnement. Elle m'a présenté aux patients en tant que collègue et non sous le statut de stagiaire, ce qui m'a vraiment plu. Je me suis sentie respectée. Je peux dire maintenant que ce premier jour a été déterminant pour le reste de mes études et de ma carrière. Le fait de tomber sur une équipe pareille lors de mon premier stage m'a de suite motivée et confortée dans mon choix de devenir infirmière. Cela m'a vraiment donné confiance en moi pour la suite de ma formation. Aujourd'hui, je suis diplômée depuis quelques années et j'ai toujours une pensée pour cette équipe qui m'a transmis son amour du métier. À mon tour, je fais mon possible pour transmettre ces valeurs aux stagiaires que je rencontre.

Romane, infirmière depuis 3 ans.

- **Insuffler un esprit d'accueil au sein de chaque équipe**, de sorte qu'une attention bienveillante pour les nouveaux, soignants ou stagiaires, devienne une évidence.
- **Présenter systématiquement l'équipe aux stagiaires** : qui est qui, et qui fait quoi.
- **Présenter les personnes de référence** pour les stagiaires.

- **Présenter la personne avec qui chaque stagiaire va travailler le premier jour.**
- **Présenter le service**, le schéma type d'organisation du travail, les locaux, le matériel, le programme informatique, etc.
- **Proposer un document présentant le service**, sa spécificité, à disposition des étudiantes et étudiants avant tout stage (distribué au sein de l'école ou disponible en ligne).
- **Prévoir nominativement, pour chaque jour, la répartition des stagiaires entre les différents soignants** de sorte que chacun sache sans équivoque avec qui il travaille.
- **Penser une stratégie inclusive**, en veillant par exemple à ce que les stagiaires puissent avoir une petite pause en cours de matinée, comme les autres soignants; en leur proposant une tasse de café si le personnel y a droit gratuitement, etc. Ceci est facilité lorsque le stagiaire travaille toute la journée avec la même personne.

Quand j'étais étudiante, ça arrivait assez souvent que lorsque l'on recevait une boîte de chocolats, on en proposait à tout le monde, mais quand on arrivait



devant les stagiaires, on reculait la boîte et on passait à la personne suivante. J'ai toujours trouvé ça très choquant. C'est un exemple parlant de ce qui se passe, parce qu'on ne se sent vraiment pas intégré, on ne se sent pas considéré en tant que personne. Ça semble bête, mais proposer des petites choses, du café aux étudiants comme s'ils faisaient partie de l'équipe fait que le stress parfois redescend et qu'on se sent inclus.

Zora, infirmière enseignante diplômée depuis deux ans.

● Faciliter l'arrivée en stage par une préparation des stages dans les écoles

L'investissement des étudiantes et des étudiants dans leur préparation des stages, leurs lectures et leur participation aux présentations préalables par les institutions ne sera possible que si les écoles les favorisent.

- **Organiser avant chaque période de stages un moment d'information sur les stages**

avec les professeurs qui les supervisent. Dans les jours qui précèdent les stages, il serait utile de prévoir dans l'horaire des étudiantes et des étudiants, des périodes réservées à la recherche d'informations sur le lieu de stage, son fonctionnement, ses spécificités, les pathologies qui y sont les plus fréquentes, etc. Ce temps mettra en évidence l'importance de la démarche scientifique et professionnelle d'autoformation.

- **Mettre en place une plus grande coordination des stages entre les écoles pour favoriser l'accueil par les structures soignantes.**

Une harmonisation des durées de stages et un accord entre les écoles sur des dates communes de début de stages permettraient de diminuer le nombre de jours où les structures soignantes doivent organiser l'accueil des stagiaires. **La coordination étroite entre les lieux de stages et les infirmières et infirmiers enseignants ou les MFP** (maître de formation pratique), sur la manière concrète d'organiser l'accueil permettrait d'éviter que des étudiantes et des étudiants ne soient pas accueillis⁴⁵.

45 Faute de personnes pour les accueillir, parce que les personnes présentes ce jour-là ignorent l'arrivée de nouveaux stagiaires, etc.

2

AUGMENTER L'ENCADREMENT SUR LE TERRAIN

● Promouvoir un travail en binôme infirmier stagiaire

Un aide-soignant qui adore son métier me l'a fait aimer. J'observais et je me sentais super bien avec lui auprès du patient. Chaque soignant à une manière différente de travailler qui m'apprend chaque fois quelque chose de spécifique.

Luna, étudiante en première année.

Dans la formation générale de base des stagiaires, **les lieux de stage semblent moins déterminants que la qualité de l'accompagnement qui leur est donné**. L'idéal semble être, d'après les étudiantes et les étudiants, qu'un binôme puisse être formé entre un étudiant et un soignant et qu'il puisse fonctionner durant plusieurs jours. Cela permettrait une meilleure connaissance réciproque, faciliterait les échanges sur les situations de soins et la création de liens de confiance favorisant l'apprentissage et la délégation de soins.

Il y a quand même beaucoup de choses positives, parce que finalement, je pense qu'on a toute, j'espère, rencontré une sage-femme et que l'on s'est dit : « Je veux être comme elle, ça c'est moi plus tard, c'est pour ça que je m'accroche ».

Floriane, étudiante sage-femme en troisième année.

Dans un **travail de complémentarité en binôme**, les stagiaires pourraient avoir l'opportunité de réaliser des soins spécifiques même dans des lieux où ils sont peu nombreux. Il est intéressant de noter que cet accompagnement en binôme est la règle dans certains pays européens.

● Promouvoir un encadrement facilité par la présence de référents infirmiers pédagogiquement formés

À l'heure actuelle des référents étudiants, il y en a partout mais peu dans chaque équipe. Au final, on se retrouve à travailler avec des infirmières qui n'ont pas de formation pour accompagner les étudiants et qui manquent parfois de pédagogie. [...] Je repense au nombre d'histoires dans lesquelles les étudiantes étaient laissées seules à devoir "jeter" les fœtus décédés ou bien les amener à la morgue dans un torchon caché contre elles : bref,

des histoires qui me font comprendre pourquoi il y a beaucoup d'abandons dans nos études. [...] Il est primordial qu'on accorde davantage de temps et ressources aux référents stagiaires.

Imany, étudiante sage-femme en troisième année.

Des référents stagiaires devraient être détachés des soins courants plusieurs heures par semaine, ce qui signifie augmenter le staff infirmier.

● Promouvoir la présence des enseignants sur le terrain

L'enseignante formatrice reste le lien entre l'école et le lieu de soin et parfois on se dit que les stagiaires auraient besoin de plus d'heures de supervision sur leur période de stage.

Sabrina, ICANE (infirmière chargée de l'accompagnement des nouveaux engagés et des étudiants).

Les enseignants infirmiers ne sont pas toujours présents sur le terrain. Dans l'état actuel des choses, pour assurer que les futurs soignants soient suffisamment formés, **l'augmentation des moyens permettant l'encadrement des stagiaires par les enseignants semble indispensable**, quelle que soit la filière de formation.

3

PROGRAMMER PLUS DE STAGES EXTRAHOSPITALIERS, EN PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

85 % des patients se trouvent dans le secteur extrahospitalier. Pourtant la majorité des stages se passent à l'hôpital, donnant aux étudiantes et aux étudiants une vision hospitalo-centrée de leur futur métier. **Les stages en milieux extrahospitaliers devraient être davantage envisagés.** Les stages en soins à domicile pourraient par exemple être plus fréquents, plus longs, exister dès les premiers moments de la formation. Les soins infirmiers en maisons de repos et de soins, les soins à domicile spécialisés, les soins dans des dispensaires, en maisons médicales, dans des centres de réfugiés, des prisons, des IPPJ, des centres de consultations pour sans papiers, des Médibus, etc., pourraient faire partie du cursus dès la troisième année, surtout pour les étudiantes et étudiants intéressés par les soins de première ligne.

4

METTRE EN PLACE DES MESURES CONCRÈTES D'AIDE AUX ÉTUDIANTES ET AUX ÉTUDIANTS (PARKING, TRANSPORT, REPAS, LOGEMENT)

Rendre les terrains de stages « plus hospitalier[s] envers les stagiaires, par des petits gestes concrets » (Heijmans & Plasschaert, 2022, p. 35)

- **Donner aux stagiaires les mêmes facilités et droits qu'au personnel des institutions**
- **Donner accès à un parking gratuit.**
- **Donner accès à un vestiaire** et à une armoire individuelle fermant à clé ou avec un cadenas.
- **Prêter journalièrement un uniforme.**
- **Donner accès aux services des crèches et des garderies** réservés aux enfants du personnel.
- **Ne plus programmer d'enchaînement d'un horaire du soir puis d'un horaire du matin.**

- **Dans tous les lieux de soins, donner chaque jour un repas à tous les étudiantes et étudiants en stage**

Cela permettrait à toutes et tous de manger correctement au moins une fois par jour et de n'avoir pas à se soucier du repas de midi, du soir ou de la nuit. Ce repas offert serait aussi une **marque de reconnaissance du travail accompli pour l'institution**, une institution qui en retour prendrait soin de ces travailleurs que sont les stagiaires (Heijmans & Plasschaert, 2022). Au-delà d'un geste qui peut faire toute la différence pour les étudiantes et les étudiants les plus démunis, recevoir une reconnaissance de l'institution c'est sortir de la marge. C'est faire partie de l'institution pour la durée du stage. **Ce sentiment de « faire partie », d'être bien reçu, participe de l'envie d'un jour devenir durablement un des professionnels de l'institution.**

- **Faciliter les déplacements**

- **Octroyer à tous les stagiaires un forfait d'aide pour les déplacements** vers les lieux de stages. En discutant avec des étudiantes et des étudiants de troisième et de quatrième année, il semble qu'en Wallonie fin



2022, un forfait de 30 euros/semaine serait optimal.

- **Tenir compte du lieu de résidence** des étudiantes et des étudiants ainsi que de leurs possibilités de déplacements pour leur désigner un stage.
- **Faciliter le covoiturage** en faisant coïncider les horaires de ceux qui font du covoiturage, même s'ils ne travaillent pas dans le même service de l'institution (via un dialogue entre les responsables des différents services).
- **Mettre en place une plateforme de covoiturage** entre les différentes écoles d'une même ville et entre travailleurs et étudiants.
- **Organiser entre écoles un ramassage gratuit des stagiaires (avec différents arrêts)** pour les emmener vers certains stages.
- **Proposer la possibilité de loger gratuitement sur place** aux étudiantes et étudiants qui éprouvent des difficultés pour rejoindre, à temps, le lieu de stages parce qu'il est très éloigné de chez eux ou difficile d'accès en transport en commun.

L'ensemble de mon stage s'est bien déroulé, l'hébergement a été un point positif. D'autres stagiaires étaient d'ailleurs présents. Ce qui m'a permis de sympathiser et de m'intégrer plus facilement dans l'établissement.

Emy, étudiante en première année.

● **Faciliter l'étalement des études et la reconnaissance des compétences acquises**

Quelle que soit la filière d'études, les étudiantes et les étudiants devraient pouvoir demander d'étaler leur formation sur une année supplémentaire. C'est particulièrement vrai pour les étudiantes et étudiants brevetés, pour qui ce n'est pas prévu. Le brevet étant une formation du quatrième degré de secondaire, toute année lorsqu'elle n'est pas complètement réussie doit être entièrement répétée. Or, parmi ce type de formations se trouvent de nombreux étudiants ayant des difficultés économiques qui les contraignent à travailler.

L'évaluation en compétences, ou en modules, pourrait peut-être faciliter la reconnaissance des acquis, éviter le redoublement total et permettre aussi l'étalement d'une année à la demande d'une étudiante ou d'un étudiant.



Une mauvaise blague

J'étais étudiant en première année et j'entamais mon deuxième stage dans un service de gériatrie. Les infirmiers m'ont demandé de prendre en charge un patient pour sa toilette. En rentrant dans la chambre, j'ai fait comme d'habitude, j'ai tout préparé, j'ai parlé au patient, mais il ne m'a pas répondu. Je ne me suis pas inquiété plus que ça, je me suis dit qu'il n'avait juste pas envie de me parler. Il dormait sans haut de pyjama, j'ai donc commencé par lui laver le haut du corps. En voulant plier son bras, j'ai senti qu'il résistait. J'ai alors demandé au patient de se détendre. Mais je me suis aperçu qu'il regardait toujours dans le vide et qu'il ne me répondait pas. J'ai paniqué, j'ai senti qu'il était relativement froid et qu'il commençait à être en raideur cadavérique. J'ai couru à la

TROISIÈME PARTIE

Quelles pistes pour **prévenir** la violence et le harcèlement durant les stages ?

porte et j'ai vu les membres de l'équipe en plein fou rire, une infirmière me disant que c'était une blague et qu'il fallait être débile pour ne pas s'en rendre compte. J'ai eu peur et j'étais déstabilisé par ses propos, car c'était une blague de très mauvais goût, je ne savais plus quoi faire. Toute la journée, j'ai reçu des piques de la part de l'équipe. Je n'ai pas reçu de soutien et on m'a fait comprendre que c'était mieux si je ne parlais pas de cette situation, sinon mon stage ne serait pas validé. Les jours défilaient et j'avais la boule au ventre avant de venir. Je me faisais descendre et j'étais l'objet de quolibets « Quand tu seras mort, on te fera ta toilette... ». Je n'arrivais pas y croire. De plus, je n'avais pas du tout de pause. Je me sentais constamment surveillé et jugé. J'étais un robot, je me sentais triste,

car je ne pouvais tisser aucun lien avec les soignants. L'infirmière encadrante du stage m'a clairement dit : « Tu ne sers à rien, tu ne sais rien faire ». Je n'arrivais plus à faire mes toilettes correctement, j'avais l'impression de tout faire mal. On ne me donnait pas de conseils pour m'améliorer. Moi qui voulais découvrir, m'épanouir, je doutais de moi. Je me sentais plus au niveau d'un étudiant de deuxième année, je me sentais nul. Je me laissais "bouffer", je voulais tellement plaire et être reconnu que j'en venais à changer ma personnalité. Quelle idée de vouloir plaire à ceux qui me rabaisent ! Je pleurais tous les soirs chez moi, j'étais fatigué et je me posais des questions : « Mais pourquoi ? » Le dernier jour enfin arrivé, on m'a donné ma feuille d'évaluation de stage, j'ai regardé ma note, j'ai eu

11/20 et l'infirmière encadrante du service m'a dit : « Ton silence finit par payer, voilà une petite note pour te faire plaisir sale cadavre ». Les membres de l'équipe étaient en plein fou rire, j'ai eu les larmes aux yeux, j'ai fini par craquer puis je suis parti. Jusqu'au dernier jour, je n'ai pas su me défendre et faire reconnaître mes compétences, je suis d'ailleurs parti avec ce regret. Je me suis remis en question et j'en ai parlé à mes parents qui eux ont pris l'initiative d'aller voir mon école et d'en parler puis nous avons porté plainte contre l'équipe et l'établissement. J'ai décidé de quitter mon école et changer d'orientation, car je n'aimais plus ce métier.

Adel, un ex-étudiant en deuxième année.



Mettre fin aux violences, discriminations, maltraitances et harcèlement durant les stages

Il y avait beaucoup de tensions dans le service. Les soins étaient toujours bâclés, on ne pouvait pas prendre le temps nécessaire, j'avais l'impression de maltraiter les patients comme les soignantes me maltraitaient. Je me suis fait prendre une fois les larmes aux

yeux, j'espérais peut-être un peu de soutien, mais on m'a répondu que j'étais trop sensible et je n'étais pas faite pour ce métier si je n'arrivais pas à me blinder.

Alice, infirmière diplômée depuis 5 ans, racontant son expérience en tant que stagiaire.

Des constats

1

DES ÉTUDIANTES ET ÉTUDIANTS TÉMOINS DE VIOLENCES, DE NÉGLIGENCE, DE MALTRAITANCES SUR D'AUTRES ÉTUDIANTS, SUR DES MEMBRES DU PERSONNEL ET SUR DES PATIENTS

J'ai vu beaucoup de violences obstétricales réalisées par des professionnels. Avec le recul, je me dis que j'aurais dû intervenir, mais en tant qu'étudiante, il ne vaut mieux ne pas tenter, car cela peut entraîner des répercussions sur les stages. C'est malheureux, mon silence voulait dire que j'étais en accord et cela me rendait maltraitante envers des femmes, envers des couples. Ce n'est pas la sage-femme que je souhaite être.

Katy, étudiante sage-femme en troisième année.

Le plus souvent **démunis pour se positionner** contre ces situations

qu'ils ressentent comme inacceptables, les étudiantes et les étudiants vivent leurs difficultés à mettre fin à ces maltraitances et à les dénoncer comme une **trahison face au patient** dont ils doivent prendre soin et se sentent d'une certaine manière complices passifs de la personne maltraitante. **Leur image d'eux-mêmes en tant que soignant bienveillant en est profondément fissurée.**

2

LES ÉTUDIANTES ET ÉTUDIANTS SONT EUX-MÊMES AUSSI LA CIBLE DE FAITS INADMISSIBLES

J'ai énormément de camarades qui ont arrêté leur cursus scolaire dû à une mauvaise expérience en stage, certains se sont fait frapper, ont été mal encadrés, rabaissés. On ne nous écoute pas souvent. On peut avoir un mauvais stage et un professeur qui nous achève encore plus, parce que, bon voilà, ce

n'est pas toujours tout beau, tout rose et je pense que ça, c'est super pesant pour nous.

Zoé, étudiante en première année.

Dans certains cas, ces faits pourraient aller jusqu'à motiver une plainte au pénal. Ils se déclinent sous de nombreuses formes : maltraitances verbales et physiques, racisme, négligences, violences, invisibilisations, discriminations, harcèlement, intimidations, insultes, moqueries, mépris, incivilités⁴⁶, etc. 99,5 % des étudiantes et étudiants en fin de formation rapportent en avoir été victimes au moins une fois durant leurs études (Damman, 2018), 73 % à plusieurs reprises et près de 49 % déjà lors de leur tout premier stage⁴⁷.

Mon deuxième stage s'est mal passé. Je comptais les jours qu'il me restait avant la fin. Je n'osais pas en parler à mon professeur, car j'avais peur que l'équipe le sache et que cela soit pire par la suite. Aller parler au lieu de stage, aller trouver la direction du lieu de stage pour critiquer les collègues qui ont été avec toi et qui t'évaluent, c'est aussi dur, c'est vraiment dur parce que

46 L'incivilité peut se manifester par un manque de communication et d'information, un manque de respect, de l'indifférence, de la négligence, du mépris, un discours dégradant, ou des intimidations, ce qui entraîne un stress supplémentaire à celui dû au travail et un épuiement professionnel (Ahn et al., 2019).

47 Ces chiffres sont issus des statistiques réalisées à partir de notre enquête (sur base d'entretiens semi-dirigés) auprès de 1 072 étudiants issus de plusieurs écoles de Wallonie et de Bruxelles, toutes formations et années confondues.

tu as l'impression d'avoir tes études entre leurs mains, tu n'as pas envie de prendre ce risque.

Blanche, étudiante en première année.

Les faits se produisent le plus souvent **dans un rapport hiérarchique inégalitaire** et dans un climat de peur voire de menaces insidieuses qui pousse au silence. Les étudiants et les travailleurs de la santé **craignent souvent que l'intimidation ne s'aggrave si les incidents** vécus comme pénibles ou violents **sont signalés** aux responsables hiérarchiques officiels (Bloom, 2019; Strandmark & Rahm, 2014).

Lors d'un soin, l'infirmier me demande de l'aider. La résidente lui dit : « Non, elle ne me touchera pas la jeune fille et encore moins une NOIRE ». Je prends sur moi, je ne dis rien. Après le soin, l'infirmier m'explique que cela fait malheureusement partie des complications du travail et que je ne dois pas prendre à cœur les dires de la résidente. L'aide-soignante demande ce qu'il s'est passé et l'infirmier lui explique. Elle dit : « Parfois il faut les comprendre, on n'a pas tous l'habitude de voir une personne noire de peau et corporellement, ce n'est pas méchant, mais tu es quand même costaud peut être que cela fait peur à la dame », et ajoute : « Moi je la comprends un peu ». L'infirmier a l'air déboussolé

et lorsque je pars, j'entends l'aide-soignante expliquer l'histoire à l'une de ses collègues. Pendant les deux semaines de stage, j'ai entendu : « La petite stagiaire, la Black, la Noire » et pas mon prénom qui est simple et français sans origine africaine. Comment être à l'aise dans son stage ? Du début à la fin, j'avais la boule au ventre.

Marie, étudiante en deuxième année.

Ces faits répréhensibles sont la plupart du temps banalisés, invisibilisés, voire normalisés. Ils sont facteurs d'un surcroît inutile de stress, affectent la confiance, l'image de soi, la capacité d'apprendre, de réaliser un travail de qualité et le développement d'un leadership adéquat. **Ils sont responsables d'un désenchantement**, d'une perte de sens dans le métier et dans les études, de burn-out, de désertion des études et dans les cas extrêmes, de dépressions et de suicides.

J'ai beaucoup maltraité les étudiantes, ainsi que les membres de mon équipe. Il faut dire qu'en groupe nous pouvons être très mauvaises. On abusait des stagiaires, on les utilisait énormément. L'une de mes collègues avait eu un désaccord avec une étudiante. Et tout le long de son stage, la stagiaire était maltraitée, critiquée. Elle ne pouvait pas réaliser de soin, en gros elle était black-listée. Je ne dis pas

qu'il y a un lien, mais notre chef de service nous a appris deux mois plus tard, après son stage, qu'elle s'était suicidée. Après ce tragique événement, j'ai été traumatisée, j'ai failli être en dépression, car je me sentais coupable parce que je m'amusaais à me moquer de plusieurs élèves. J'ai préféré changer de service, car je ne pouvais plus travailler là-bas, trop de mauvaises ondes circulaient. Quelque temps plus tard, j'ai accepté d'être référente stagiaire, car beaucoup d'étudiants subissent de la maltraitance, j'en ai moi-même subi lorsque j'étais stagiaire. Après tout ce que j'ai pu vivre, je ne veux plus que les stagiaires volontaires soient découragés ou abandonnent, car certaines personnes sont désobligeantes à leurs égards. Les étudiants sont des êtres en devenir et non des objets finis.

Carole, infirmière diplômée depuis 15 ans.

Les étudiants ne sont pas les seuls à vivre ces situations : des soignants rapportent aussi les vivre au quotidien dans leur travail. Dans un **contexte d'omerta et de banalisation** de la pénibilité de leur vécu, les étudiantes et étudiants qui se sont sentis méprisés, maltraités, affectés à outrance à des tâches peu utiles à leurs apprentissages, déshumanisés, **assimilent ces violences comme initiatiques** et auront tendance à les reproduire lorsqu'ils seront diplômés (Ahn et al., 2019).

Des pistes

Lors d'un stage, on était deux à côté de l'infirmière, mais elle ne parlait qu'à celle avec qui j'étais comme si je n'étais pas là. Au départ, je me suis dit que c'était peut-être moi en tant que personne parce que, c'est vrai, il y a des gens avec qui ça marche et d'autres avec qui ça ne marche pas. Et puis est arrivée dans le service une autre stagiaire d'origine africaine et cette infirmière s'est comportée avec elle comme elle se comportait avec moi. Je me suis dit ça doit être d'une certaine manière raciste. C'était même vicieux, pernicieux. Il n'y a pas eu de mots qui sont sortis, je le sentais, je voyais sa façon d'être avec moi, j'étais transparente. Je trouve que c'est même parfois plus dur que lorsque les choses sont clairement dites. J'avais rencontré un patient qui, quand je suis rentrée dans sa chambre, m'a dit : « Il fait tout à coup noir ici », là ça donne la possibilité de réagir et moi je suis partie sur l'humour, je lui ai dit : « Heureusement que vous êtes là pour éclairer cette journée ».

Josy, étudiante en quatrième année.

Des pistes sont suggérées par les acteurs de terrain et par la littérature internationale pour

mettre fin à l'omerta et impulser un renversement des logiques agressives en **stratégies bienveillantes et inclusives**.

1

RENFORCER LES CAPACITÉS DE COMPRÉHENSION ET DE DÉCISION DES ÉTUDIANTS ET DU PERSONNEL SOIGNANT

Je me souviens d'une patiente qui m'a posé la question : « Pourquoi m'a-t-on fait ça ? » et moi je dis quoi ? J'ai le gynéco en face qui me regarde avec des yeux qui disent je vais te tuer si tu dis la vérité, la sage-femme à côté qui fait le fantôme, et moi j'ai la patiente avec qui j'ai passé toute la journée qui me demande pourquoi on lui a fait du mal... que puis-je lui dire ? Je ne sais pas...

Floriane, étudiante sage-femme de troisième année.

La réalité ne doit pas être occultée. Toute personne témoin ou sujet de faits de violence, de harcèlement, de maltraitance, d'incivilité, de racisme et d'intimidation

horizontale et/ou verticale durant son travail ou son stage de la part de soignants, de collègues, de responsables hiérarchiques, d'enseignants, de patients, de visiteurs, etc. devrait **pouvoir nommer les faits et agir sans se sentir menacée**.

Notre recherche relève l'importance de :

- **Promouvoir la consultation et la participation active des étudiantes et étudiants, des soignants, des représentantes et représentants infirmiers**, sur le plan politique, à l'élaboration de stratégies, de codes de conduite et de programmes pour lutter contre toute forme de violence et de maltraitance dans les lieux de soins.
- **Élaborer**, au sein de chaque institution et de chaque école, **des codes de conduite** pour lutter contre toute forme de violence, de discrimination, de harcèlement ou de maltraitance dans l'environnement d'apprentissage et le milieu de travail.

Ces plans devraient être connus de chacun, quelle que soit sa fonction. Chacun devrait être amené à y **adhérer activement**,

c'est-à-dire à intégrer la prévention, la détection et la gestion de la violence et de la maltraitance dans sa pratique de travail et d'apprentissage.

Ces plans pourraient s'appuyer sur des outils permettant de développer une connaissance réelle et active des comportements inadéquats, violents, intimidants, harcelants, racistes, discriminants et des incivilités. Ils amèneraient les étudiants, les enseignants, le personnel soignant et les cadres à **pouvoir reconnaître et nommer explicitement ces comportements** révélateurs de violence ou de maltraitance en milieu de travail **ainsi que les personnes qui en sont responsables**.

Ces plans pourraient inclure le rapport systématique des plaintes ou incidents concernant un travailleur ou un étudiant et leur analyse pour éviter qu'ils se reproduisent.

Lors de mon second stage, quelques minutes après le début d'un soin, un soignant est entré dans la chambre. Les ricanements ont alors commencé, venant de sa part, puis une insulte prononcée dans une langue étrangère a fusé. Manque de chance pour lui, j'ai compris ce que cela signifiait.

Je me suis fait traiter de "pédé". Je ne savais pas quoi faire, j'étais figé intérieurement. Après réflexion, j'ai opté pour la solution de l'autruche... J'ai par la suite tout raté ! Tout. J'ai pensé à porter plainte pour homophobie, mais l'insulte n'étant pas clairement dirigée, cela n'était qu'un acte isolé. De plus, les soignants présents étaient tous amis. C'était ma parole contre la leur. Des amis de faculté m'ont conseillé de ne pas entreprendre une telle démarche, mais d'avertir mon école, ce que j'ai fait. Ma référente pédagogique à l'école m'a donc rencontré ainsi que l'infirmière coordinatrice des stages et la directrice. Après avoir écouté ma version des faits, elles m'ont informé qu'une "enquête" allait être faite et que le responsable serait "sanctionné". Je n'en ai pas su plus... Par la suite, j'ai donc passé mes dernières semaines à éviter ces soignants.

Mike, infirmier diplômé depuis 5 ans.

- **Assurer la présence, dans chaque institution, de personnes de confiance** à qui peuvent s'adresser rapidement, y compris en urgence, tant les membres du personnel des institutions de soins et des écoles que les étudiantes et étudiants en souffrance. Les personnes de confiance seront officiellement nommées et

formées à l'écoute bienveillante et au secret professionnel. Elles ne pourront en aucun cas être suspectées d'être juges et parties.

- **Mettre en place le soutien par les pairs après un incident** de violence horizontale ou verticale, facteur de protection atténuant les effets de la violence et limitant les risques de burn-out et d'abandon (Nielsen et al., 2016).
- **Donner la possibilité réelle de porter plainte dans l'école ou l'établissement de soins et/ou en dehors de celui-ci.**

Il est important les personnes puissent porter plainte, par exemple dans un commissariat, lorsque les faits graves sont suspectés, sans qu'elles ne subissent d'autres formes de stigmatisation. Pour que l'étudiant ou le travailleur de la santé concerné par un incident dont il est témoin ou sujet se sente soutenu, il est nécessaire que **les institutions de soins et d'enseignement encouragent et soutiennent cette démarche**. La reconnaissance **a priori** par les directions, les cadres, les collègues, les enseignants – et non pas la mise en doute – de la souffrance exprimée participe

activement à la reconstruction identitaire et de l'estime de soi bafouée par les traitements vécus comme dégradants (Angharad *et al.*, 2018; Strandmark & Rahm, 2014; Cashmore *et al.*, 2016; Johnson *et al.*, 2015). Cette reconnaissance permet aussi une **analyse dédramatisée** de la

situation et une **mise en perspective positive** y compris comme apprentissage. La **mise en œuvre d'un processus officiel de dépôt de plainte et d'examen immédiat des incidents** afin de comprendre en détail ce qui s'est produit et pourquoi permettra d'affiner davantage les stratégies

de prévention. Ce dépôt de plainte devrait être facilité par la mise en place en parallèle d'une démarche compréhensive plutôt que répressive. La discussion de l'incident doit être menée d'une façon délicate qui ne blâme *a priori* ni l'étudiant ni le travailleur de la santé qui se dit victime, ni la



personne qui est mise en cause. Ceci est valable aussi pour des plaintes finalement non fondées. **La recevabilité est un critère essentiel** relevé par nos acteurs de terrain. Cette recevabilité de toute plainte **permet de dire sans craindre** un rabrouement ou des pressions qui sinon amèneraient au silence. Attention, plusieurs études démontrent que la tolérance zéro ne favorise pas une amélioration des situations. Au contraire, elle induit le développement plus insidieux de formes de violence et de harcèlement dont les effets restent très délétères (Egues & Leinung, 2014). Il est important de **garantir un accompagnement bienveillant tant de la victime que de l'agresseur** après la reconnaissance de l'incident.

Les étudiants, ICANES, enseignants et professionnels de la santé que nous avons rencontrés demandent :

- **De mettre en œuvre des programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence et de la maltraitance dès le début des études en santé** ainsi que durant la formation continue du personnel et en particulier des cadres de santé (Hogan et al., 2018).

Ces formations systématiques pourraient inclure le visionnage de vidéos et des exercices de simulation au sein des écoles utilisant une approche interactive et une communication guidée. Ces exercices de simulation pourraient faire partie intégrante des programmes d'apprentissage et commencer avant les premiers stages (Egues & Leinung, 2014 ; Ulrich *et al.*, 2017). Ils pourraient également être intégrés **dans les programmes de formation continue des professionnels**. Le débriefing de ces séances de simulations devrait être organisé dans un environnement sûr afin que les participants puissent réfléchir en sécurité à leurs pensées et à leurs sentiments par rapport à leur vécu durant l'activité et qu'ils puissent être en mesure de définir des stratégies à mettre en œuvre lorsqu'ils sont confrontés à ce type d'incidents (Clark, 2019).

C'est bien d'avoir les lieux de parole, on y va, on se décharge, on se dit : « Tu n'es pas nulle » et tu entends d'autres qui vivent aussi des moments difficiles, tu te dis : « Tu n'es pas la seule en fait » et ça aide beaucoup.

Josy, étudiante en quatrième année.

- **D'organiser et d'intégrer dans les programmes de formation de moments prévus pour l'expression et l'analyse des vécus en stages**, de préférence par petits groupes d'étudiants. Une prise de recul guidée pourrait aider les étudiantes et étudiants à relever précisément ce qui a permis qu'un stage se passe bien et à se situer en termes de responsabilités et de capacité d'agir lors de situations vécues comme pénibles en stage.
- **D'instaurer un mentorat personnalisé** sur les terrains de stages et à l'école. Une personne de référence précise serait désignée pour chaque étudiant sur le terrain de stage et dans les écoles de formation.

Quand le prof est parti, le personnel m'a demandé avec bienveillance comment c'était passé mon activité et m'a encouragée, car j'étais une bonne élève qui avait la volonté (d'après leurs dires). Ça m'a vraiment touchée que toute l'équipe me remonte le moral et m'encourage à continuer mes efforts.

Julie, étudiante en deuxième année.

- **D'enseigner les principes du travail d'équipe, de l'entraide, de la vigilance amicale et du souci de « l'autre » comme fondement du travail de soin**

2

PROMOUVOIR LE RÔLE DES INSTITUTIONS DE SOINS ET DE FORMATIONS

Les étudiants et les professionnels suggèrent :

- **De développer la formation des cadres, des soignants et des enseignants**

Il est important que ceux-ci puissent **davantage repérer les risques et les déclencheurs de comportements violents ou inadéquats** afin d'agir autant que possible de façon préventive. Les formations comprendront entre autres l'enseignement de techniques de désamorçage des tensions et des stratégies de communication non violente ainsi que des informations concernant l'incidence du harcèlement, de l'intimidation, du racisme, des discriminations, de la maltraitance et de la violence. **La prévention et**

la gestion de toute forme de violence et de maltraitance au travail devraient être une priorité. Cette **priorité** devrait être particulièrement évidente pour les cadres et les enseignants.

Pour les lieux de stages où les équipes sont maltraitantes, il serait judicieux qu'il y ait un suivi plus régulier de l'école envers l'étudiant afin d'évaluer comment se sent le stagiaire, car oui, un stagiaire, ça a des sentiments aussi ! Et éventuellement prendre des décisions par rapport au lieu de stage afin de protéger l'étudiant.

Axel, étudiant en troisième année.

La compréhension des flux de travail, des pressions et des sources potentielles et/ou réelles de conflit devrait aussi être **au centre des préoccupations des administrateurs et les directions** y compris financières, des ressources et organisationnelles. Pour permettre cette compréhension, leur présence récurrente et leur dialogue auprès

des soignants et des étudiants sont décrits comme essentiels pour que les politiques de prévention des violences soient efficaces (Coursey *et al.*, 2013 ; Alberta Health Services, 2014). Il est à noter que l'absence des directions et des cadres sur le terrain et **l'absence relative de réaction** suite à des comportements dégradants sont perçues par les stagiaires et par les travailleurs comme une **aggravation de la violence** (Bloom, 2019).

- **Favoriser la logique d'interpellation bienveillante entre collègues et de professionnel par les étudiants**

Il s'agit d'un apprentissage à « dire » de manière à pouvoir être entendu en évitant d'agresser la personne interpellée. Celui-ci pourrait être le sujet de cours et d'exercices, par exemple traitant de la communication non violente.





Soigner, un projet de société

Les soins augmentent en MRS suite à la suppression des services chroniques et la dérivation des patients vers les MRS. Cela veut dire réaliser plus de soins, des pansements post-opératoires par exemple. Le profil des résidents change : certains viennent en convalescence un mois puis rentrent chez eux lorsqu'ils ont retrouvé de l'autonomie. C'est donc un travail d'unité de revalidation ou un travail qui était autrefois fait dans les unités

QUATRIÈME PARTIE

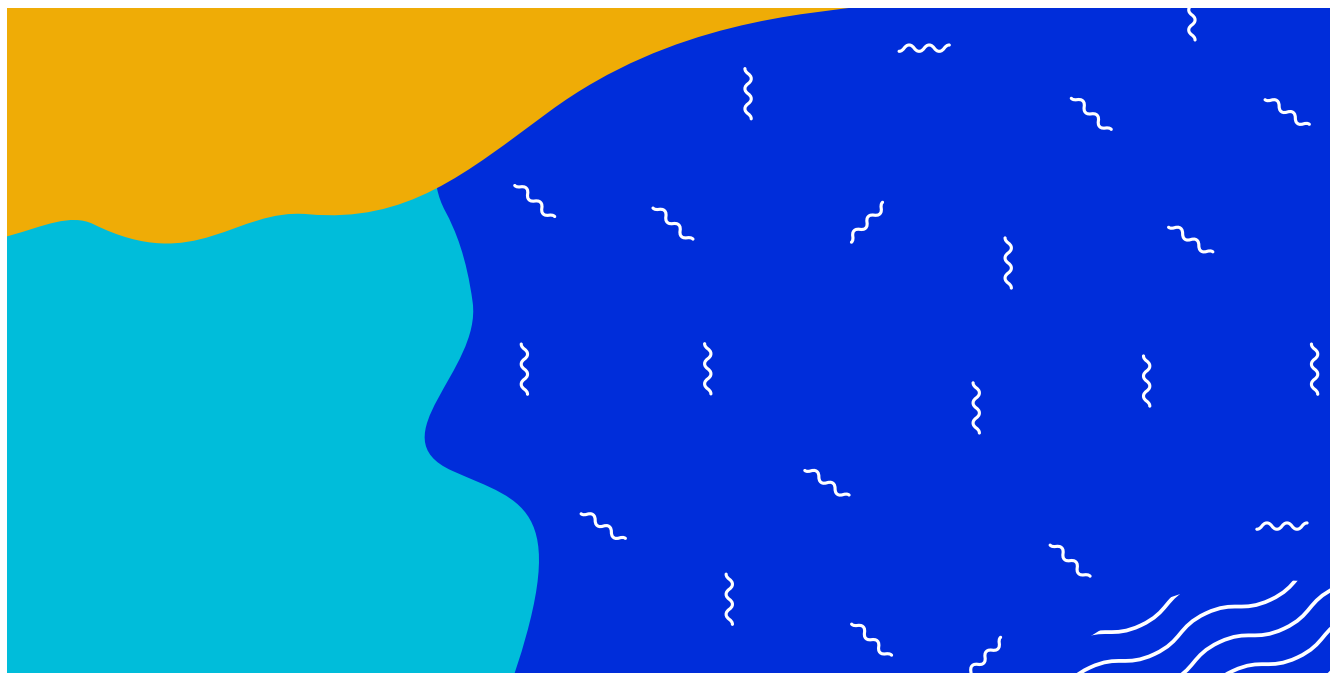
Quelles formations pour répondre aux défis socio-sanitaires ?

hospitalières chroniques qu'il nous faut faire. La psychiatrie a aussi vidé ses services chroniques. Nous avons beaucoup plus de personnes avec des handicaps mentaux, des pathologies psychiatriques lourdes, certaines avec des effets secondaires importants suite à leur pathologie de départ, ou suite aux traitements, par exemple aux antipsychotiques pris depuis des années. Nombre d'entre eux ont moins de soixante ans. Ils ne sont pas à l'aise avec des personnes très âgées et se

demandent pourquoi ils ont été mis là. Les personnes âgées, elles non plus, ne se sentent pas toujours à l'aise avec des personnes "jeunes" au comportement vu comme étrange. La structure et les activités ne sont pas adaptées pour eux et il n'y a pas de personnel d'animation permettant l'épanouissement des uns et des autres ni un travail d'intégration. Le vieillissement de la population fait aussi que nous avons de plus en plus de patients déments et désorientés. Les accompagner correctement demande

du temps et des compétences techniques et relationnelles en psychogériatrie et en psychiatrie. Or peu de personnes sont formées en ce sens. [...] Nous avons un projet de société à revoir autour du prendre soin, pas seulement au niveau des soins infirmiers, mais dès l'immersion à l'école maternelle, tous nos programmes de formations doivent être revus.

Françoise, infirmière diplômée depuis 25 ans.



Former pour répondre aux besoins de la population et donner une perspective de carrière et de vie aux soignants

Les compétences s'affirment et se forgent au fil de l'exercice de la profession, par l'intérêt qui pousse à acquérir des compétences pratiques et théoriques

supplémentaires, ainsi que par l'accompagnement et le dialogue au sein d'une équipe bienveillante, avec des collègues et avec d'autres professionnels.

Des constats

1

LA PROFESSION INFIRMIÈRE OU PLUS EXACTEMENT LES PROFESSIONS INFIRMIÈRES SE DÉCLINENT SOUS UNE MULTITUDE DE FORMES ET DE COMPÉTENCES

Les formations infirmières répondent chacune à des objectifs spécifiques appelés à se modifier en fonction des besoins en soins de la population et de la complexité des situations⁴⁸. Les connaissances et les expériences qui permettent d'y répondre sont à la fois générales et spécifiques en fonction des écoles et des profils attendus. Nos acteurs de terrain affirment que les nouveaux diplômés, quelle que soit la formation suivie, ont un **socle de compétences** suffisant pour prendre place dans une équipe soignante, mais **toujours incomplet**. En règle générale, dans

les lieux de soins généraux, au bout d'une année, dans de bonnes conditions d'encadrement, la toute grande majorité des infirmiers et des infirmières aura compensé ses points faibles. Certains ont des connaissances théoriques de haut niveau qui leur permettent de réaliser des analyses approfondies de problèmes biomédicaux, mais moins de connaissances psychosociales indispensables à l'adaptation des soins. D'autres ont plutôt des capacités organisationnelles ou techniques. D'autres encore ont des connaissances psychosociales très adaptées au terrain pour réaliser des soins adéquats en contexte, trouver les mots pour informer, expliquer, réconforter, mais manquent de repères pour affronter des situations de santé délicates et instables. Entre ces pôles schématiquement décrits, **les connaissances et les compétences des soignants se déclinent sous de nombreuses formes en fonction de**

2

LA DÉFINITION DE LA PROFESSIONNALITÉ INFIRMIÈRE EST HISTORIQUEMENT EN TENSION

Durant la première moitié du XX^e siècle, les leaders infirmières prônent la **reconnaissance du « prendre soin »** comme contribution spécifiquement féminine. Sous l'influence des organisations professionnelles, la profession tente ensuite de désenclaver le travail du féminin en tentant de faire reconnaître les soins et le prendre soin comme des **fondements non genrés** (Cohen, 2012). Au XXI^e siècle force est de constater que **la profession reste très majoritairement féminine** et subit toujours un déficit de reconnaissance. La compassion, le « prendre soin » sont certes des valeurs partagées et reconnues par l'ensemble de la société, mais, dans la pratique du quotidien, les soins

48 Dans son livre blanc, l'équipe Be.Hive définit cette complexité comme « l'incertitude et l'imprévisibilité que représente une situation suite à l'interaction entre des éléments relatifs à la santé physique, psychique et aux conditions de vie, sociales et économiques » (Be.Hive, 2020, p. 6).

aux autres sont massivement réalisés par les femmes, que ce soit par un travail rémunéré ou domestique et gratuit. **Le « prendre soin » est au cœur du questionnement contemporain sur la division sociale du travail** et sur l'équité dans les rapports entre les hommes et les femmes (Rothier Bautzer, 2013).

Pour obtenir la reconnaissance de sa valeur, **la profession se circonscrit dès lors de plus en plus au paradigme biomédical**, reconnu comme scientifique, entre autres par le corps médical. Cette référence première au biomédical, aux données probantes considérées comme universelles et marqueurs de professionnalité, **induit une logique très hiérarchisée de classification et de mise en concurrence des soignants** en fonction de leurs connaissances. **La partie artistique, créatrice et relationnelle** des pratiques soignantes **passse au second plan**. Le débat est aussi influencé et mis en tension par « ceux qui souhaitent **préserver des privilèges**, même s'ils ne sont pas en mesure de leur permettre d'accomplir leurs activités dans les meilleures conditions » (Rothier Bautzer, 2014, § 10).

● **Dès le début de leur formation, les étudiantes et les étudiants vivent des injonctions paradoxales (Juliens, 2016)**

Les enseignements oscillent entre des **dimensions objectivables et rationnelles**, l'aspiration à valoriser les aspects scientifiques et intellectuels de la profession, et des **dimensions non mesurables ni paramétrables, affectives, sensibles, reliées à l'émotion** (Moliner *et al.*, 2009). Les discours des enseignants se partagent entre les revendications féministes et la volonté de dégenrer les soins et la profession ; entre l'affirmation de la place de l'infirmière et de l'infirmier au chevet des patients, et les discours militants qui désirent placer l'infirmière et l'infirmier en haut d'une **hiérarchie de soignants**.

● **Ces multiples tensions percolent et troublent la réflexion sur les profils des études**

Elles compliquent la possibilité de mener une réflexion sereine sur les **contours à donner aux formations à partir des besoins de la population**.

3

DES DÉFIS POUR LE SYSTÈME DE SOINS

● **La complexification des situations de soins**

Le vieillissement de la population, sa multiculturalité grandissante, les crises sociales, économiques et environnementales, l'accès aux soins, le développement de technologies médicales de pointe mais onéreuses et le raccourcissement des séjours hospitaliers représentent de **multiples défis pour nos systèmes de santé**. Ces défis sont considérés sur les plans politiques et managériaux, d'abord comme **financiers**. Si l'on considère ces paramètres du point de vue des soignants, les défis concernent la possibilité de **donner les meilleurs soins** possibles en réponse à des situations de plus en plus complexes et particulières : multimorbidité, multiculturalité, multiples façons de se soigner, vulnérabilité sociale et économique, problèmes de logement et d'alimentation, souffrance psychique. Cette multiplicité constitue, pour les soignants désireux de considérer les patients et leurs entourages

comme des partenaires, **une épreuve culturelle et organisationnelle**. Ils se heurtent aux discours qui tendent à circonscrire au domaine biomédical **des problèmes qui ont des frontières poreuses avec d'autres domaines**, comme le social, l'emploi ou le logement, etc. (Walker & Thunus, 2020, cité par Be.Hive, 2020).

● **L'augmentation du risque de crises sanitaires**

Différents facteurs socio-écologiques⁴⁹ relevés dans de nombreuses enquêtes scientifiques actuelles⁵⁰ permettent d'affirmer que des crises sanitaires liées à des organismes pathogènes ou en conséquence de catastrophes climatiques vont survenir à un rythme accéléré. **Des urgences sanitaires de grande ampleur et des pandémies sont à prévoir**. La santé est aussi à penser comme environnementale dans un monde appelé à vivre avec les pandémies.



DES DIRECTIVES EUROPÉENNES FIXENT UN CADRE ET LE SOCLE MINIMUM DE FORMATION

Les directives européennes, et en particulier la directive 2013/55/UE, jouent un rôle essentiel dans la détermination des profils de formation en Wallonie et à Bruxelles. **Elle fixe le cadre et le socle commun minimum de connaissances, d'aptitudes et de compétences** que doivent avoir les infirmières et les infirmiers pour être reconnus comme tels au niveau européen. Ces attendus peuvent être acquis dans le cadre d'une formation générale dispensée à l'université ou dans un établissement d'enseignement supérieur, ou dans le cadre d'une formation professionnelle.

L'enjeu est de **permettre aux professionnels de circuler entre États membres**. La formation

d'infirmier responsable de soins généraux doit comprendre un total d'au moins trois années d'études.

- Les études doivent compter au moins 4 600 heures d'enseignement théorique et clinique, ou l'équivalent en ECTS.
- L'enseignement théorique doit représenter au moins un tiers de la durée minimale de la formation. Il doit amener à une connaissance étendue des sciences qui sont à la base des soins infirmiers généraux⁵¹.
- L'enseignement clinique doit comprendre au moins 2 300 heures de formation au chevet des patients. Il a pour but la réalisation d'une expérience clinique adéquate, choisie pour sa valeur formatrice et acquise sous le contrôle d'un personnel infirmier qualifié dans des lieux où l'importance du personnel qualifié et l'équipement sont appropriés aux soins infirmiers à dispenser aux patients.

49 « [...] le refus des limites dans l'exploitation des ressources naturelles et dans l'agriculture industrielle, la concentration urbaine de la population, et l'intensité de la circulation mondiale des marchandises et des personnes. Les excès qui menacent la santé humaine en perturbant durablement les équilibres naturels entre hôtes animaux ou végétaux et parasites sont les mêmes que ceux qui détruisent définitivement des ressources précieuses en biodiversité et qui contribuent au réchauffement climatique global » (Lesne *et al.*, 2021, p. 239).

50 Centers for Diseases Control and Prevention, 1994; Reingold 2000; Antia *et al.*, 2003; Conseil Supérieur de la Santé, 2021; Toutut-Picard, 2022, etc.

51 Une connaissance suffisante de l'organisme, des fonctions physiologiques et du comportement des personnes en bonne santé et des personnes malades, des relations existant entre l'état de santé et l'environnement physique et social de l'être humain; une connaissance de la nature et de l'éthique de la profession et des principes généraux concernant la santé et les soins infirmiers.

- Les étudiantes et étudiants doivent aussi acquérir la capacité d'accompagner d'autres étudiants, de participer à la formation pratique de leurs pairs.

Il n'existe pas pour les infirmières et infirmiers en Europe d'épreuve commune standardisée d'aptitude à pratiquer la profession certifiant les connaissances et les compétences minimales attendues.

5

REGARD DEPUIS LA FORMATION PRATIQUE

● Un apprentissage technique à l'école est limité

Le matériel nécessaire aux exercices pratiques coûte cher⁵² et est souvent limité au minimum par étudiant. Il est pourtant important que les étudiantes et étudiants puissent être mis en situation, en salle technique, aussi près que possible des réalités de soins auprès de patients. Certaines écoles possèdent du bon matériel, performant et de qualité, en nombre tel que des petits groupes sont possibles. D'autres écoles par contre, disposent de peu de

moyens et de matériel limité. Le temps disponible pour des exercices sur mannequins expliqués et supervisés par un enseignant est aussi relativement faible. Pour permettre à chacun de réaliser les techniques au moins une fois sur un mannequin, il faudrait idéalement, pour chaque technique enseignée, pouvoir répartir les étudiantes et étudiants par petits groupes entre plusieurs enseignants. Ce n'est pas possible, d'une part parce qu'il n'y a souvent **pas assez de mannequins et de matériel** et d'autre part **pas assez d'enseignants** pour réaliser cet encadrement. Pour y faire face, dans certaines écoles, des salles techniques sont mises à la disposition des étudiantes et étudiants pour qu'ils puissent s'entraîner en autonomie.

Des exercices de simulation sont aussi mis en place. Ce sont des modes particuliers de mises en situation des étudiantes et des étudiants aussi proches que possible de la réalité concrète des soins. Ils se passent dans les écoles, classiquement dans un local qui reproduit une chambre d'un malade, celui-ci étant soit un mannequin robotisé et parlant

dirigé par une enseignante depuis une cabine de contrôle d'où elle peut voir la scène, soit un acteur qui joue le rôle du patient. Un ou plusieurs étudiants sont mis en situation et tentent d'y répondre tandis que le reste des étudiants observent la scène et la commente. Une analyse est réalisée ensuite. Didactiquement intéressante, cette méthode ne permet pas non plus à tous les étudiantes et étudiants d'être en situation.

● Un manque de concordance existe entre ce qui est enseigné et la réalité de la pratique sur le terrain

Dans les écoles, on nous voile la face, on nous apprend le métier idéal, comment il faut piquer, comment il faut faire ceci, comment il faut faire cela, mais on ne nous montre peut-être pas la réalité du terrain malgré le fait qu'on sait qu'être infirmière, ce n'est pas un métier facile. Quand on quitte l'école, on ne se rend pas compte de ce qui nous attend, ça non.

Rosie, infirmière diplômée depuis deux ans.

Les étudiantes et les étudiants rapportent que **les techniques** qui leur sont enseignées à l'école sont

52 Il s'agit par exemple : de seringues, d'aiguilles de sets à pansement, de désinfectants, de compresses, de pinces, de ciseaux, de perfusions, de sondes, d'ampoules de médicaments, mais aussi de mannequins plus ou moins perfectionnés suivant les soins à enseigner, de lits médicalisés, de literie, de tensiomètres, de stéthoscopes, etc.

parfois remises en doute par les membres de l'équipe qui les supervise. Ils disent aussi que **ce qui est enseigné à l'école ne correspond pas toujours à la réalité de terrain**. Ils peinent parfois à s'adapter. Certains se décrivent en porte-à-faux et insécurisés à l'idée d'être évalués par une enseignante qui va exiger la technique vue à l'école alors qu'ils n'auront pas pu l'appliquer telle quelle en stage.

On n'a pas le temps, on passe d'une chambre à l'autre, on nous enseigne le relationnel, mais je peux vous garantir qu'actuellement le relationnel passe au second plan.

Ingrid, infirmière diplômée depuis 10 ans.

Les **compétences relationnelles**, prônées dans les discours des formateurs, **n'ont pas ou peu de place dans les évaluations** des étudiantes et des étudiants. Dans la pratique, les stagiaires sont pris dans un système déterminé par le financement des soins à l'acte qui ne laisse pas de place au temps nécessaire au déploiement des compétences relationnelles (Be. Hive, 2020). La rapidité, la réalisation d'un nombre maximum d'actes, est ce qui est d'abord attendu.

● Les formations et les évaluations sont centrées sur les compétences individuelles

C'est parfois difficile en tant qu'étudiant, on a l'impression qu'on doit savoir tout faire, très bien le faire et quand on dit : « Je n'ai pas encore fait ça, j'aimerais d'abord regarder comment vous vous le faites », la façon dont les professionnels nous répondent n'encourage pas. Donc certains étudiants se disent : « Ok, je me lance, parce que je ne veux pas être mal vu par l'équipe ». Il y a toujours cette épée de Damoclès, si on n'agit pas comme eux veulent on sera sanctionné. On est en formation, on a le regard de l'école, on a le regard de l'équipe.

Josy, étudiante en quatrième année.

Si dans les formations l'importance du travail en équipe, collaboratif, est de plus en plus affirmée, dans la pratique, **les évaluations certifiantes, restent individuelles**, sur le modèle d'infirmières et d'infirmiers capables de **gérer seuls les situations** auxquelles ils sont confrontés. La capacité de collaboration est rarement prise en compte.

● Le droit à l'erreur est dénié

Dans certains stages, nous nous sentons jugées du matin au soir. La moindre erreur nous met en échec.

Cette pression, en plus de la fatigue, est la cause de nombreux abandons.

Dana, étudiante en troisième année.

Les stagiaires sont des apprenants, mais de façon paradoxale, **il est attendu d'eux qu'ils réalisent d'emblée un travail rapide et qui tende à la perfection** sans leur laisser le droit à la lenteur et à l'imperfection qui peuvent pourtant être sources d'apprentissages. Les erreurs commises par des étudiantes et des étudiants secouent les soignants et les enseignants qui y voient d'abord un risque pour le patient. En cas d'erreur, y compris en début de stage, l'étudiant est souvent qualifié d'incapable, de dangereux, de non fiable et relégué dans des tâches qui ne lui permettent plus d'apprendre. Le stage est souvent déjà jugé insuffisant, quelle qu'en soit la suite. Or l'erreur est source de réflexion et d'apprentissage. La peur de « rater le stage en commettant une erreur » est présente chez tous les étudiantes et étudiants. Source de vigilance, c'est aussi une **source de stress** qui amène nombre d'entre eux à se limiter à un travail où il n'y a pas de risque.

La question fondamentale n'est sans doute pas celle de comment

éviter les erreurs commises par les étudiantes et les étudiants mais bien de **comment assurer que ces erreurs ne surviendront que sous une supervision efficace** qui permettra de les détecter avant qu'elles n'aient des conséquences.

6

REGARD SUR LES ENSEIGNANTES ET LES ENSEIGNANTS

La motivation des enseignantes et des enseignants est souvent grande. Elle dépasse largement le travail attendu. Aux heures officiellement travaillées (cours, correction, supervision de stage, réunions) s'additionnent les heures de **rencontres informelles** et de **rendez-vous** avec des étudiantes et des étudiants. En stage, pour pouvoir réaliser un bon accompagnement, faire avec l'étudiant un bilan de ses compétences et de ses lacunes, décoder les données avec lui, lui apprendre concrètement à les analyser, mettre en perspective le travail réalisé, et tracer des pistes d'amélioration, **il faut bien plus que les quelques heures payées par semaine et par étudiant.**

L'objectif premier des enseignantes et des enseignants est de former



des infirmières et des infirmiers compétents. **Les postures pédagogiques** pour y arriver **sont très variables.** Elles oscillent entre la considération des étudiantes et des étudiants comme des « tous pareils » par souci d'équité ou leur considération comme des personnes différentes à traiter selon les particularités de leurs situations; entre le droit fondamental des étudiantes et étudiants à l'erreur et les sanctions

graves en cas d'erreur par peur de la mise en danger du patient; entre le droit à la progression et l'attente d'un travail parfait d'emblée. La grande variété de postures pédagogiques complique l'apprentissage des étudiants qui doivent s'adapter à différentes exigences. Cette grande variété permet aussi que, *in fine*, tous les étudiantes et les étudiants trouvent l'un ou l'autre enseignant qui leur convient.

7

REGARD SUR L'ÉVENTAIL DE FORMATIONS DE SOIGNANTS

● Une richesse de propositions

Il existe de nombreuses formations en santé. Elles permettent aux étudiantes et aux étudiants d'acquérir les compétences minimales attendues selon leurs sensibilités et leurs parcours antérieurs. En Wallonie, il existe deux filières de formation en soins infirmiers correspondant aux attendus européens.

Le baccalauréat est une formation professionnalisante **en école supérieure dépendante du ministère de l'Enseignement supérieur**. Elle construit la réflexion et l'analyse des étudiants au départ d'un **apport théorique important** pour mieux les préparer à comprendre les situations qu'ils vont rencontrer. **Les stages ne commencent qu'en fin de première année ou en deuxième année** suivant les écoles. Cette formation comporte **4 600 heures de théorie et de pratique** et est

étalée sur quatre années. Pour y avoir accès, il faut avoir obtenu un certificat d'enseignement secondaire supérieur (CESS) ou avoir réussi l'examen du jury central y donnant accès. Le baccalauréat **peut être prolongé par des spécialisations, un master** en sciences infirmières ou en santé publique qui peuvent être suivis d'un doctorat.

Le brevet est une formation professionnalisante, de quatrième degré du secondaire et dépendante du ministère de l'Éducation. Cette formation construit **la réflexion et l'analyse** des étudiantes et des étudiants **sur base de la pratique professionnelle**. Les étudiantes et étudiants sont confrontés aux réalités du travail via **des stages dès le premier semestre** de la première année. Cette formation de **4 600 heures de théories et de pratiques est étalée sur trois ans et demi**. Pour y avoir accès, il faut, avoir obtenu soit un diplôme de fin de secondaires générale, technique ou professionnelle, soit avoir réussi l'examen du jury central y donnant l'accès. Les étudiantes et étudiants

qui n'ont pas de CESS l'obtiennent après la réussite de la première année. Le brevet **ne donne pas accès aux spécialisations ni aux masters**. Un complément d'études correspondant à la moitié du parcours en baccalauréat⁵³ est prévu pour obtenir le titre de bachelier et pouvoir accéder aux spécialisations. Le programme du brevet a été complètement revu avec la réforme⁵⁴, il semble que la passerelle actuelle n'ait pas encore été adaptée à ce nouveau programme. Lors de nos enquêtes, les infirmières et infirmiers brevetés qui ont réalisé le complément de formation ont dit avoir apprécié certains cours d'approfondissement, mais aussi avoir vécu comme humiliant et comme une perte de temps l'imposition de certains cours et certains stages reprenant des matières et des pratiques déjà connues, car faisant partie du programme du brevet.

Dans les deux filières, la réussite avec fruit de la première année octroie à l'étudiant le titre d'aide-soignant pour autant qu'il ait réalisé le nombre d'heures de stage requis.

53 Ce parcours en Wallonie n'est organisé qu'en promotion sociale et est étalé sur trois années. Il comprend des cours et de stages. Pour plus d'informations, cf. la note de bas de page n°19.

54 Réforme décrite dans le décret du 18 janvier 2018 avec effet rétroactif à partir de la rentrée scolaire de septembre 2017. Elle vise à rendre les études d'infirmier breveté conformes aux exigences européennes (Ministère de la communauté française, 2018).

Des pistes

Pour sortir de l'ornière, les acteurs de terrain que nous avons rencontrés tracent des pistes. Ils mettent en avant l'importance du **travail d'équipe**, de la **complémentarité**, de l'échange d'information, de la reconnaissance des apports de chacun, de la volonté de se former continuellement et de la possibilité de **progresser professionnellement** pour permettre à chaque soignant de réaliser un travail optimal et de garder le goût de le réaliser. Ceci nous semble être un axe majeur à prendre en compte lorsque l'on parle de formations tournées vers le futur et de la pérennisation de la profession. Leurs difficultés, leurs attentes et aussi leurs expériences

positives tracent des lignes directrices pour une formation de qualité et plus largement pour un modèle de société plus inclusif.

1

PENSER À DES FORMATIONS QUI RÉPONDENT AUX BESOINS DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS ET DE LA POPULATION ICI ET MAINTENANT, ET EN PERSPECTIVE

Le travail déjà réalisé par la chaire de première ligne Be.Hive est éclairant à ce sujet : « L'enjeu

primordial est de bâtir de manière interprofessionnelle **une vision de la personne qui soit la plus holistique possible** et de garantir au mieux une forme de continuité et de complémentarité dans l'accompagnement des personnes » (Be.Hive, 2020, p. 99).

Cette proposition rejoint celle de nombreux soignants de terrain que nous avons rencontrés : il faut amener les futurs soignants à prendre en compte les objectifs de vie de la personne soignée, l'autogestion et la **collaboration interdisciplinaire** comme ingrédients essentiels pour des soins de qualité. Ils devront aussi être amenés à une **polyvalence fondamentale** et à une plus grande flexibilité, c'est-à-dire à développer la **capacité de s'inclure dans n'importe quelle équipe pluridisciplinaire** pour réaliser les surveillances et les **soins courants**. Le corollaire est que la personne nouvellement diplômée ne doit pas tout savoir, mais doit être d'emblée capable de gérer une situation courante et avoir acquis la **logique de travail en équipe**, de coordination, de **complémentarité** et de **recherche d'information** auprès de collègues au moindre doute. Cela signifie aussi que, face à la multiplication des situations complexes, les



formations devraient davantage **insister sur les pratiques collaboratives** et la capacité de **collégialiser les compétences** au sein d'un groupe et les considérer comme des compétences essentielles.

Il faut aujourd'hui penser **une formation pratique qui tient compte de potentielles crises sanitaires et sociales** ainsi que des enjeux et défis institutionnels, politiques et pédagogiques et qui puissent prendre soin des étudiantes et étudiants et leur **donner le goût du métier et du travail d'équipe**, même dans un contexte de crise.

2

PRÉPARER L'ÉTUDIANT À LA RÉALITÉ DU TERRAIN

La désillusion des étudiantes et étudiants est fréquente lorsqu'ils se retrouvent sur les terrains de stages. Le défi est de taille pour l'enseignement avant les stages, dans la situation actuelle généralisée de manque de soignants : donner à la fois **l'impulsion du travail idéal, motivant et préparer les étudiantes et les étudiants à la rencontre d'une réalité de terrain**

parfois compliquée. Les étudiantes et étudiants relèvent tous l'importance de prévoir **systématiquement des moments de débriefing** sur le vécu, les ressentis, les émotions, les impressions, les incompréhensions, pendant le stage et suite à celui-ci, **surtout lors des premiers stages.** Cela permettra aux étudiants après une analyse des situations vécues, de **se positionner éthiquement clairement**, de mettre leur image professionnelle **dans une perspective positive.**

3

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES EN PRÉVENTION ET EN ÉDUCATION, NOTAMMENT EN PREMIÈRE LIGNE

Bien au-delà de la réalisation de soins techniques, une part importante du travail, celle qui donne sens au métier, est l'accompagnement et l'écoute de ces personnes. Derrière ces termes souvent utilisés se cachent des compétences professionnelles essentielles : la compréhension d'une situation, l'évaluation de sa modification, la prévention des problèmes de santé ou de leurs complications, l'éducation et la

promotion de la santé. Elles demandent des connaissances théoriques, mais aussi socioculturelles et communicationnelles qui permettent de trouver les attitudes, les conseils et les mots aidants.

Les soignants y sont amenés à coordonner avec de nombreux acteurs professionnels et non professionnels. C'est aussi la ligne de soins la plus vulnérable face aux épidémies et catastrophes naturelles. L'infirmière et l'infirmier y sont souvent au chevet des personnes limitées dans leur autonomie ou malades. Ce sont parfois les seuls à les voir durant la journée.

Il est donc essentiel de **former** tous les étudiantes et étudiants **à une approche de santé publique** incluant la promotion, la prévention, l'éducation **et l'action communautaire en santé** dès le cursus de base. La spécialisation en santé communautaire pourrait compléter logiquement ce cursus. Il s'agit de **former** les étudiantes et les étudiants **à un travail collaboratif** avec les différentes professions de l'accompagnement socio-sanitaire et à s'adapter aux variations démographiques, technologiques, sociales, culturelles. Des modules de

formations continues et d'approfondissement de ces vastes sujets pourraient être proposés. Ils pourraient amener à une gestion et à une responsabilité toujours plus grande des patients par des infirmières et des infirmiers et à une reconnaissance officielle de différents profils de soignants.

4

SORTIR DES DUALITÉS RAISON/ÉMOTION, OBJECTIVITÉ/PERCEPTION POUR RENFORCER LA RÉSILIENCE DES (FUTURS) SOIGNANTS

Le travail d'une infirmière est souvent décrit par des actes, mais pour moi ce qui fait le cœur du travail, c'est d'accompagner la personne dans ce qu'elle vit, que ce soit une maladie ou des expériences de vie. [...] Derrière une sonnette intempestive, il y a quelque chose, mais ça prend du temps, de l'énergie, de l'amour, et du spirituel.

Véronique, infirmière diplômée depuis 25 ans.

La profession infirmière au **carrefour des sciences médicales et sociales** ne peut être réduite à l'un de ces deux piliers, ce serait la

rendre bancal. Elle est à la fois l'un et l'autre. Elle est faite de raison, de données probantes, objectives et d'émotions, de ressentis comme facteurs essentiels de compréhension des situations de soins en contexte. C'est en croisant ces données très complexes lorsqu'elles sont mises ensemble que les infirmières et les infirmiers agissent. **Les deux aspects doivent** donc intrinsèquement **faire partie de la formation**, être travaillés durant celle-ci. La grande majorité de nos acteurs, confirme ce que les participants des ateliers de la chaire Be.Hive avaient déjà relevé en 2020⁵⁵ : l'importance de l'écoute des patients, de leurs proches et des relations interpersonnelles ont un impact positif sur la santé et sur la prévention de complications liées aux problèmes de santé ou aux traitements (Be.Hive, 2020). L'absence concrète de ce temps de dialogue avec les patients dans les lieux de stages tend à réduire le travail et l'enseignement pratique de la profession à ses aspects techniques et rapidement probants.

Pour un apprentissage de qualité, le fossé entre la réalité de travail et l'idéal de soin, à ce sujet, ne peut être comblé seulement à partir de

l'enseignement. C'est **la réalité de travail des soignants qui doit être améliorée**. Il est essentiel que les soignants aient le temps d'accompagner professionnellement les patients.

5

APPRENDRE À TRAVAILLER EN ÉQUIPE

Pour moi c'est un métier à double facette, on est bienveillant avec les patients, mais pas entre nous parce que c'est une profession avec une pression psychologique tout le temps, tout le temps, tout le temps et de ce fait on n'est pas solidaire. La formation est basée sur une pression constante et non sur la solidarité, on ne devrait pas former un infirmier, mais un ensemble d'infirmiers, des infirmiers, des équipes.

Emilio, étudiant en troisième année.

Le travail en équipe n'est pas ou peu enseigné, pas ou peu évalué. Les observations en stage des étudiantes et des étudiants et le peu de place que leur laisse la majorité des équipes soignantes ne leur permet souvent pas



55 Mais aussi dans plusieurs articles, dont le rapport du KCE en 2019 (Van den Heede et al., 2019).

de saisir l'aspect l'importance ce travail d'équipe. Or la qualité du **travail en équipe**, que ce soit à l'hôpital, en MRS ou à domicile est une **clé essentielle du bien-être des soignants, de la qualité des soins**, du suivi des personnes soignées et de l'accompagnement des stagiaires. Les membres d'une équipe, par leur énergie et leurs idées, coopèrent à en faire un lieu de travail fonctionnel, efficace. Ce système d'organisation est par sa nature démocratique. Tous sont responsables de ce qui se fait et du climat qui a cours dans le groupe. Ce travail suppose un investissement collectif et la convergence des efforts (Phaneuf, 2012). La capacité de travailler en équipe, d'investir dans le collectif, **facteur de résilience** essentiel, devrait faire partie des **compétences attendues** d'un étudiant en fin d'études.



6

APPRENDRE À TRAVAILLER EN CONTEXTE MULTICULTUREL

Les personnes soignées sont de plus en plus souvent issues de contextes socioculturels multiples. Leurs visions de la santé, de ce qui pour eux « fait soin », mais aussi l'expression de malaises, de difficultés sont ancrées dans des habitudes, des injonctions éducatives et des logiques sociales parfois très différentes. Les étudiantes et les étudiants y sont confrontés.

Accroître les compétences culturelles dans le domaine de la santé permettra d'améliorer les échanges entre patients, leurs proches et le personnel soignant, d'obtenir une meilleure adhérence aux traitements, et donc de réaliser une prise en charge plus efficace, moins coûteuse et surtout plus adaptée (Coune *et al.*, 2020). Il apparaît comme important que les formations de base en soins infirmiers comprennent, dès les premières années, des **notions de diversités culturelles et de multiplicité des perceptions de la santé**. L'enjeu est d'apprendre aux étudiantes et aux étudiants à bâtir une vision de la personne en

tenant compte de ses contextes pour qu'ils soient plus à l'aise et adéquats dans l'approche des patients.

7

FORMER LES FUTURS SOIGNANTS À PENSER DES SOINS NON HÉGÉMONIQUES

C'est parce qu'il y a une bonne entente, un travail bien fait dans le respect de tout un chacun, une bonne organisation et une bonne gestion de l'institution que nous nous y sentons bien.

Marie, infirmière diplômée depuis 5 ans.

Promouvoir un enseignement contextualisé qui tienne compte des complexités culturelles, sociales et économiques tant des soignés que des soignants permettra aussi de développer une formation en soins infirmiers soucieuse de comprendre, de mettre en perspective et de questionner les priorités sociales, le sens de la pratique infirmière ainsi que les profils de soignants qui seront nécessaires à l'avenir et la manière de les faire advenir. Il s'agit de développer la capacité des futurs professionnels à entendre, reconnaître et **prendre en compte les expériences et connaissances des personnes, des aidants**

proches, de tous les soignants et acteurs, quels qu'ils soient. Ceci induit une déhiérarchisation de la vision des soins, la reconnaissance des multiples compétences d'acteurs diversifiés, le tout étant plus que la somme des individualités.

8

DÉVELOPPER LA CAPACITÉ DE DIALOGUE ET DE CONFRONTATION NON VIOLENTE

Je rencontre de plus en plus d'étudiants voulant arrêter leur cursus, ils ont de mauvais souvenirs en stage ou même en cours. Notre but est de leur redonner confiance et de leur montrer de quoi ils sont capables, de les suivre durant leurs stages ou leur cursus, en leur montrant leur évolution, en tenant compte de leurs objectifs. L'envie d'aller de l'avant est favorisée par l'ambiance de l'équipe et par l'esprit critique constructif du personnel. Ceci permet des remises en question régulières dont la finalité est de pouvoir atteindre les objectifs visés.

Mélanie, infirmière cheffe de service.

Durant nos enquêtes, la **méfiance** des étudiantes et étudiants, leur **crainte de parler**, d'opiner, de dire ce

qui les choquait, d'être mal jugés, étaient récurrentes. Ce sont des **entraves à l'apprentissage** et à la construction d'une identité professionnelle positive. Un climat de **confiance** entre les stagiaires et les professionnels est une condition importante de reconnaissance mutuelle en tant que personne et de compréhension des limites du cadre. Il participe à **créer un climat bienveillant et d'accompagnement réciproque** profitable à tous.

9

PENSER DES ÉTUDES QUI FAVORISENT UNE ÉVOLUTION DE CARRIÈRE

Je trouverais intéressant qu'on puisse construire entièrement son diplôme avec plusieurs formations, plusieurs spécialisations afin de pouvoir anticiper pour plus tard. Ainsi on se donnerait la possibilité d'être formé pour pouvoir se diriger vers autre chose si on en a l'envie ou le besoin.

Mohammed, étudiant en troisième année.

Pour les professionnels et étudiantes et étudiants rencontrés, il est essentiel d'avoir **des possibilités réelles et raisonnables d'évolution** de leur formation et **de leur carrière**.

Je trouve aussi qu'il est important de pouvoir participer durant sa carrière à des formations, à des conférences afin de rester à la page et d'évoluer avec les nouvelles découvertes, les nouveaux progrès. Le fait de se documenter constamment, c'est ce qui permet de rester motivée et passionnée par ce métier.

Sophie, infirmière diplômée depuis 10 ans.

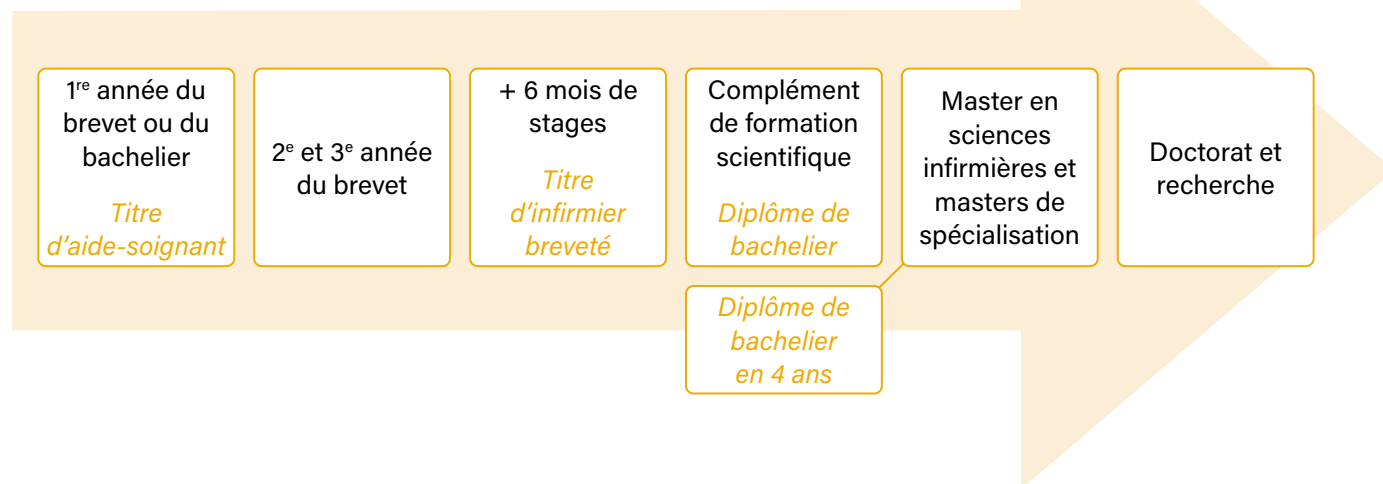
Pour **répondre aux besoins en soins de la population**, il est indispensable d'avoir des acteurs bien formés au chevet des patients.

Ces deux attentes amènent à insister sur l'importance de :

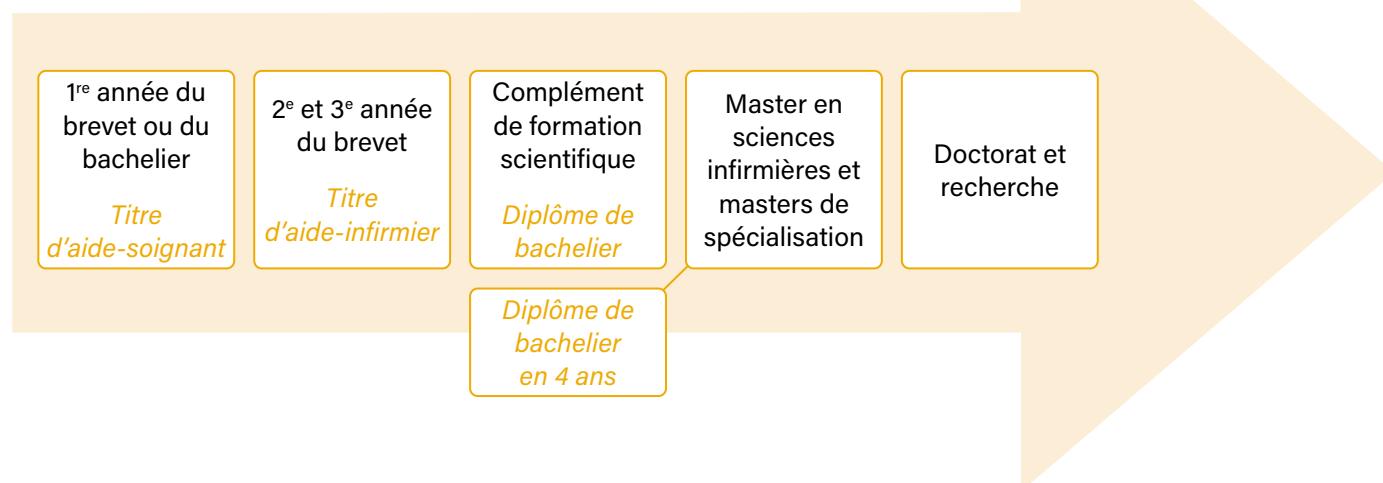
- **Reconnaître la pluralité des acteurs nécessaires pour assurer les soins à la population.**
- **Trouver des schémas permettant une évolution de la formation avec des niveaux intermédiaires répondant aux besoins du terrain et des évolutions de carrière de chaque soignant, quelle que soit sa qualification de départ.**

Sur base de multiples entretiens avec des étudiants, des infirmiers de terrains, des cadres infirmiers et des enseignants apparaissent les propositions de schémas suivantes.

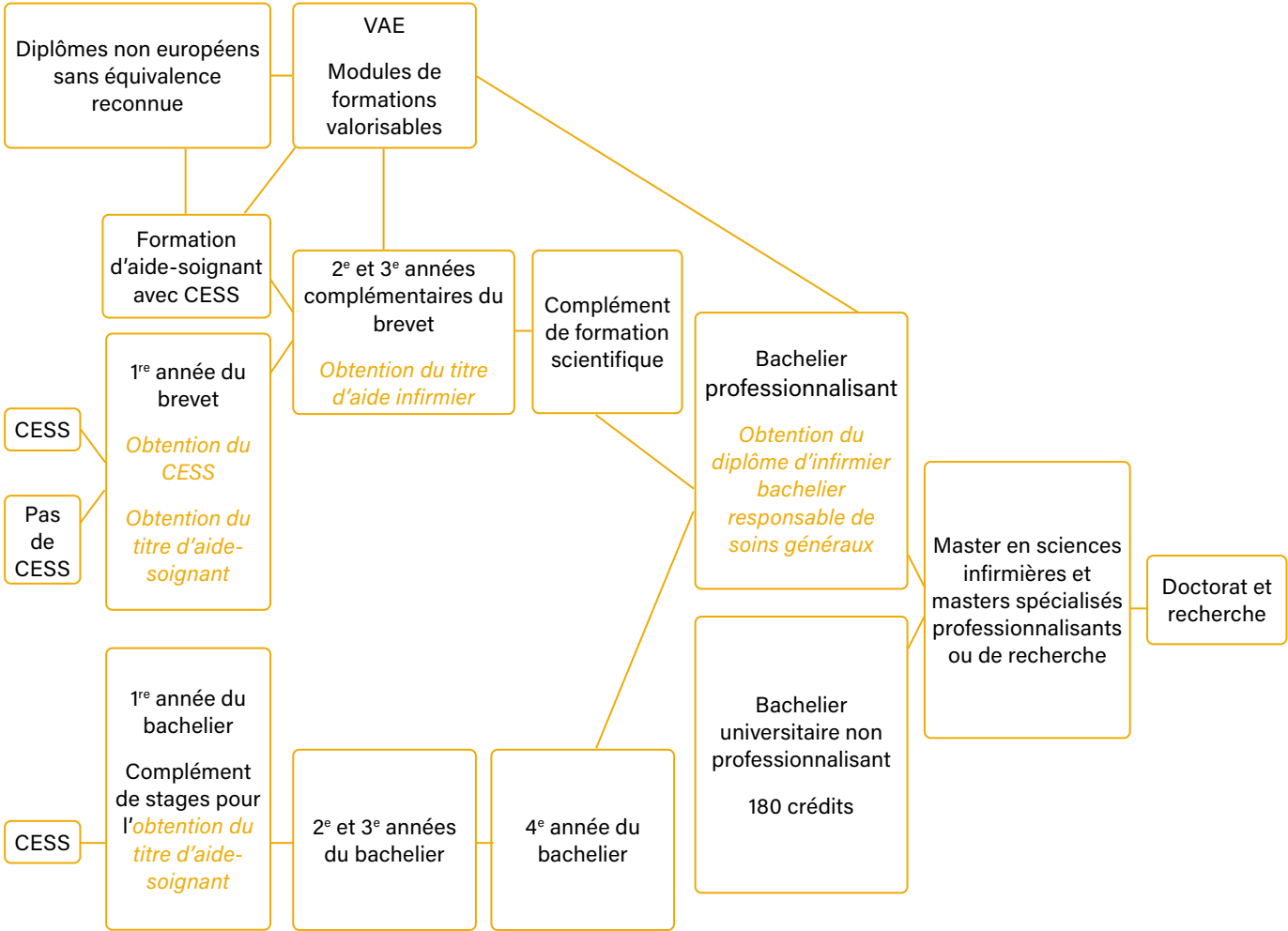
Proposition 1. Situation actuelle



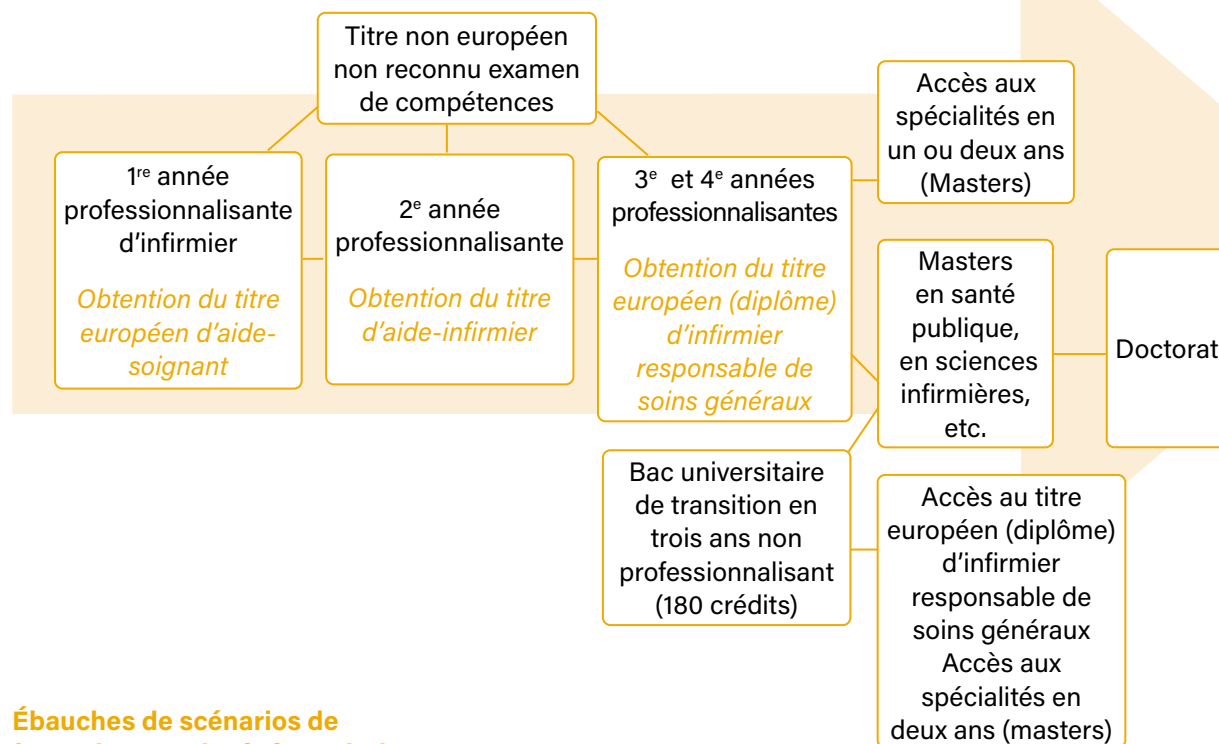
Proposition 2. Suppression du brevet et remplacement par une formation d'aide-infirmier aux actes limités



Proposition 3. Schéma inclusif aux multiples entrées



Proposition 4. Une filière professionnalisante et une filière universitaire



Ébauches de scénarios de formation esquissés à partir des apports de nos actrices et acteurs de terrain.

1. La situation reste inchangée
(cf. schéma de la proposition 1)

Le manque de soignants va continuer à s'aggraver jusqu'à atteindre un niveau où les soins ne seront plus assurés dans des conditions minimales de sécurité pour les patients et pour les soignants.

2. Le brevet est supprimé au profit d'une formation d'aide-infirmier en 3 ans (cf. schéma de la proposition 2)

La formation d'aide infirmier, raccourcie de 6 mois, n'est plus aux normes européennes. Cette nouvelle **formation est longue et fatigante pour peu de**

reconnaissance (statut subalterne, perte du titre infirmier et du titre européen), un **salaire bas** et peu de perspective d'évolution de carrière. Elle attire peu d'étudiantes et d'étudiants. La **chute du nombre d'étudiantes et d'étudiants** inscrits provoque la fermeture de plusieurs écoles anciennement de brevet. Un

complément de formation de 2 300 heures de théorie et de pratique permet d'obtenir en deux années supplémentaires un diplôme de bachelier responsable de soins généraux.

De nombreux bacheliers et bacheliers continuent de se tourner vers des masters et des spécialisations. **Le déficit de soignants disposés à travailler au chevet des patients dans les services ordinaires chute plus encore⁵⁶.**

3. Deux filières sont clairement instaurées pouvant mener à un même parcours universitaire
(cf. schéma de la proposition 3)

La première filière est destinée aux étudiantes et étudiants qui préfèrent **envisager leur formation à partir de la pratique**, en s'assurant d'obtenir des **certificats** qualifiants échelonnés en cours de formation, qui leur permettent d'interrompre leurs études et de **travailler si nécessaire**. Elle commence depuis la formation d'aide-soignant en une année (formation spécifique ou première année du brevet), puis d'aide infirmier en deux années supplémentaires (l'équivalent du HBO5 flamand), puis d'infirmier

breveté (6 mois supplémentaires et réussite d'un TFE), puis d'infirmier bachelier responsable de soins généraux en une année ou une année et demie supplémentaire (complément de théorie, approfondissement de la démarche scientifique, stages spécifiques, sur le modèle existant en Région flamande). **Beaucoup d'étudiants pourraient se tourner vers cette formation plus longue d'un an que la filière du baccalauréat via les hautes écoles, pour la sécurité de trouver un travail de soignant même à un niveau intermédiaire.** Cette formation ancrée dans une mise en pratique rapide orientera davantage les étudiantes et étudiants **dans une logique de travail de terrain** lorsqu'ils seront diplômés. Elle devrait participer à motiver des jeunes à réaliser un travail de soin au chevet des patients.

La deuxième filière suit le **schéma actuel du baccalauréat** qui amène au diplôme d'infirmier responsable de soins généraux en quatre années. Elle donne un accès direct à différents masters y compris de spécialités, puis au **doctorat et à la recherche. Axé d'emblée sur des réflexions théoriques et analytiques, elle oriente**

d'avantage les étudiantes et étudiants vers une poursuite d'études et des formations spécialisées.

Dans cette proposition 3, une voie supplémentaire pourrait être envisagée. Un bachelier en trois ans (180 crédits) universitaire, non professionnalisant donnant accès à différents masters, par exemple à un master en santé publique ou en sciences infirmières, à un master professionnalisant d'infirmier responsable de soins généraux ou à des masters de spécialisations.

4. Proposition proche de la précédente : Deux filières sont clairement instaurées pouvant mener à un même parcours universitaire (cf. schéma de la proposition 4)

L'une est pensée d'emblée comme professionnalisante de façon échelonnée : première année d'infirmier menant au titre d'aide-soignant. Après une année supplémentaire, obtention du titre wallon d'aide-infirmier aux actes limités et agissant sous la supervision et les conseils d'un infirmier responsable de soins généraux. Après 2 années supplémentaires, obtention du

56 Pour plus de détails, voir Rothier Bautzer, 2012.

diplôme d'infirmier responsable des soins généraux. Ceci signifie revoir tant les programmes de brevet que ceux du baccalauréat pour penser d'une part une formation d'emblée professionnalisante incluant rapidement des stages et une montée progressive en difficultés théoriques.

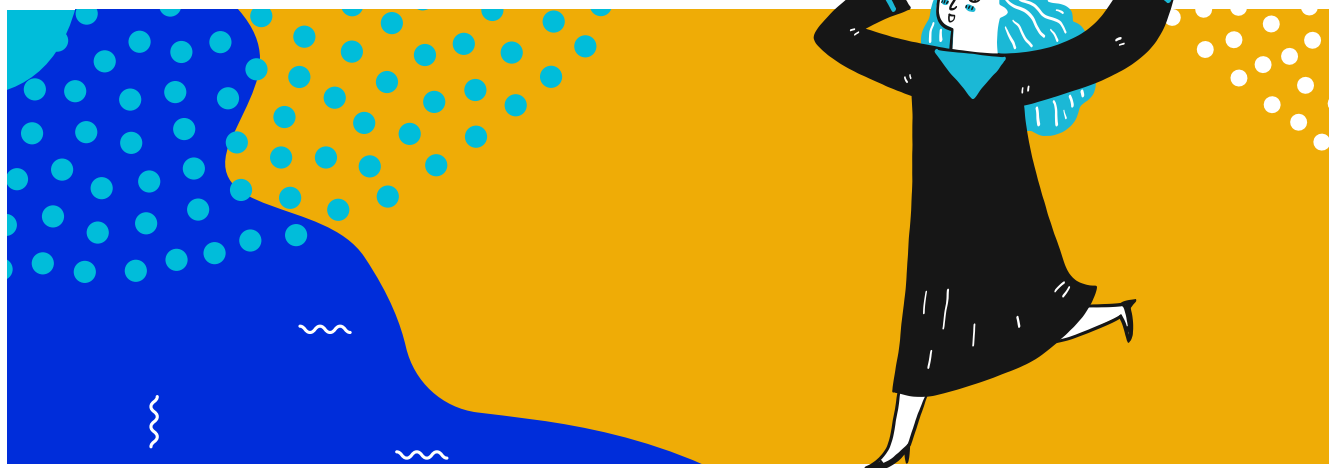
Une autre filière pourrait être établie (déjà présentée dans le schéma 3). Il s'agit d'établir un baccalauréat universitaire non professionnalisant, en trois ans, dans lequel la théorie a une place majeure. Ce baccalauréat comporterait peu de stages. En troisième baccalauréat, un stage choisi en option permettrait aux étudiants d'orienter leurs choix de

master. Ce baccalauréat pourrait mener à divers masters en santé, puis à des doctorats et de la recherche. Il pourrait aussi amener à des masters professionnalisants, de spécialités, très ancrés dans les stages et la pratique.

Les propositions 3 et 4 offrant des entrées différenciées correspondent à la fois aux aspirations de reconnaissance scientifique des formations infirmières et de mise en perspective vers une évolution de carrière. Elles amènent aussi une plus grande possibilité d'avoir des acteurs soignants aux tâches bien définies sur le terrain auprès des patients. Ces propositions permettraient d'intéresser un large éventail

d'étudiants en fonction de leurs parcours d'études de leurs sensibilités et de ce qu'ils recherchent et en évitant la concurrence entre les filières, concurrence qui nuit à la profession

À ces propositions devraient aussi être ajoutées des **possibilités de reconnaissance des compétences via une valorisation de l'expérience acquise**, ici entendue comme une expérience attestée de travail de terrain et via des modules de formation auxquels toutes les infirmières et les infirmiers, quels que soient leurs titres auraient accès.



10

FACILITER L'OBTENTION D'ÉQUIVALENCE DE DIPLÔMES

De nombreux soignants qualifiés ne sont pas reconnus en Belgique, car ils **n'ont pas obtenu d'équivalence de diplôme**. Leur diplôme ne correspond pas à une formation en Belgique, ils ne l'ont pas avec eux, ou un doute est émis sur la véracité de celui-ci. À l'heure actuelle, ils sont contraints de reprendre une formation complète pour pouvoir travailler en tant qu'infirmier.

Pour les infirmières et les infirmiers formés hors de l'Union européenne et qui ne bénéficient pas d'une reconnaissance automatique de leurs compétences, la Wallonie pourrait **procéder à une vérification de leurs qualifications professionnelles à travers une épreuve d'aptitudes théoriques et pratiques** (cf. schéma de la proposition 3). En fonction de l'expérience acquise, des diverses formations réalisées et d'examens modulaires réussis, mais aussi des lacunes de formation, **un accès limité à la profession pourrait être octroyé. Il s'agirait alors d'établir au cas par cas un programme adapté de**

compléments d'étude et de pratiques à réaliser pour obtenir un accès plein et entier à la profession. Cet accès limité protégerait les patients et permettrait à la personne soignante d'être rapidement engagée sur le terrain. Cela permettrait ainsi à cette personne d'apprendre à comprendre, à connaître et à s'habituer aux logiques soignantes wallonnes. Avec un accord explicite de la structure où elle travaillerait, la personne pourrait être accompagnée pour réaliser, sous surveillance, les soins qu'elle doit encore apprendre et ainsi compléter peu à peu sa formation, tout en étant déjà utile dans le domaine des soins.

11

VALORISATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

La valorisation de l'expérience acquise pourrait également être **une piste intéressante de promotion et de stabilisation d'infirmières et d'infirmiers, au départ non spécialisés**, mais qui, par des modules de formation et par l'expérience de travail, pourrait acquérir des compétences spécialisées.



Nous, étudiants infirmiers, ressentons la détresse du système de santé, mais nous sommes souvent impuissants. Cela doit être entendu par des personnes ayant de l'influence afin que les choses changent. De meilleures conditions de travail motiveraient de nouvelles personnes à faire ce métier et les équipes en seraient renforcées.

Grégory, étudiant en troisième année.



Conclusion

Les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers sont la relève qui assurera les soins dans le futur. La qualité de leur formation, leur motivation et leur nombre sont déterminants pour garantir le maintien d'un système de soins de santé accessible à tous. Or ils sont fréquemment mis en difficulté dans des lieux de stages, bien au-delà des difficultés inhérentes à leur apprentissage.

Ces difficultés sont directement liées à un contexte plus global, de longue date, de fatigue, de perte de sens et de désenchantement des infirmières et des infirmiers. La pandémie de la COVID-19 qui a surgi sur ce terrain déjà en souffrance a aggravé la situation. Elle a déclenché une **spirale de démissions**, d'arrêts de travail, d'épuisements, etc. Le **sentiment de ne pas pouvoir faire son travail en son âme et conscience semble en être le principal motif**. Il entraîne frustrations, révoltes, démotivations et *burn-out*. De nombreuses et nombreux jeunes infirmières et infirmiers quittent les lieux de soins et parfois le métier

quelques années, voire quelques mois, après avoir commencé à travailler. Le métier est en pénurie, les candidats se font rares malgré un nombre national important de personnes qualifiées.

Moins de trois ans après le début de la pandémie de la COVID-19, **la Belgique n'est plus en capacité d'affronter une crise sanitaire de l'ampleur de la première vague épidémique de 2020**. Le personnel est partout en sous-nombre. De nombreux hôpitaux ont été contraints de fermer des lits et des services entiers par manque d'infirmières et d'infirmiers. Les défections massives de soignants provoquent une augmentation de la lourdeur de travail pour ceux qui restent et la spirale de démissions devient infernale.

En réponse au manque chronique de soignants, **les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers sont de plus en plus souvent considérés comme de la main-d'œuvre mobilisable** et non plus en surnombre de l'équipe. Le personnel débordé n'a plus le

temps de les former. Ils sont **relégués dans des tâches peu intéressantes sur le plan de l'apprentissage** technique, et parfois exploités et maltraités. C'est la qualité des futurs diplômés qui est en danger. Des étudiantes et des étudiants choisissent d'arrêter leur formation, dégoûtés par une profession qui ne correspond pas à leur idéal de soignant, découragés par ce qu'ils vivent ou par ce dont ils sont témoins en stage.

La qualité des soins et la capacité de répondre aux besoins de la population sont déjà compromises. Affronter de futures épidémies de grande ampleur semble un défi impossible. Nous sommes arrivés au-delà de la phase critique : **l'urgence est de prendre les mesures qui permettront d'enrayer la spirale de démissions pour ensuite rétablir peu à peu une situation plus en rapport avec des soins de qualité pour tous**.

Les solutions ne sont pas nombreuses, mais les discours des acteurs que nous avons rencontrés les tracent clairement : il est primordial d'offrir un cadre de travail décent et bien traitant aux travailleurs de la santé. Ils doivent pouvoir prendre en charge les patients conformément à leurs codes éthiques et aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Ceci

inclut un temps indispensable pour l'écoute professionnelle, le dialogue, la promotion de la santé, l'éducation et la prévention des complications.

Il faut rétablir des équipes stables et complètes, où les travailleurs pourront se connaître et s'entraider. Les enquêtes que nous avons menées montrent que, bien plus qu'une augmentation de salaire, le bien-être au travail et le plaisir de faire son travail sont les facteurs majeurs de stabilité. **Le bien-être du soignant dépend du sentiment de satisfaction qu'il peut éprouver en pensant au travail qu'il a effectué.** Il doit pouvoir le réaliser correctement et complètement sans stress inutile et en sécurité, en ayant la possibilité de contrôler ce qui est à faire et ce qui est fait et de faire référence à des collègues et des documents au moindre doute. Or actuellement, les soignants terminent leur journée insatisfaits, sans avoir pu réaliser tout leur travail à faire (c'est-à-dire en ayant dû choisir entre les soins à effectuer), sans avoir pu écouter un malade en détresse, sans avoir pu s'arrêter pour investiguer une plainte, sans avoir donné un coup de main à une collègue qui pourtant le demandait, sans avoir

montré un soin à un étudiant, etc. L'image de soi en est affectée. Les soignants démissionnent et se tournent vers un travail où ils auront le temps de prendre soin comme ils désirent le faire⁵⁷.

La question centrale ne devrait pas être de savoir comment continuer à faire fonctionner les structures soignantes avec le peu de personnel disponible, elle devrait être : **qu'est-il encore possible de faire avec le personnel disponible sans le surcharger ?** Cette question est difficile à résoudre, car de nombreuses structures de soins sont financées à l'acte, leur équilibre budgétaire est précaire et le personnel y est considéré comme « une dépense ». Les questions sont donc aussi celles de la reconnaissance de la valeur, en soi, du travail infirmier et celle du financement des structures de soins par l'État.

Cette question des possibilités de soigner en tenant compte du personnel disponible peut se formuler de la sorte : comment fermer partiellement des structures, hospitalières entre autres, pour qu'elles puissent relancer le travail dans de bonnes conditions ? Il semble aussi important de **penser**

une organisation moins hospitalo-centrée, plus inquiète de favoriser la première ligne de soins, la prévention et la promotion de la santé, là où se trouve la majorité des patients.

En temps de crise, comme celle liée à la pandémie de la COVID-19, mais aussi dans des situations d'urgence comme celle provoquée par les inondations en Wallonie en juillet 2021, **les soins de santé primaires ont montré leur capacité à grande échelle** à limiter la propagation du virus et à répondre au plus vite aux besoins parfois vitaux des personnes et des familles, pour les mettre en sécurité et détecter celles qui pourraient être en danger. Ce sont aussi **ces réseaux de soins de proximité qui se sont montrés les plus efficaces** pour entamer un suivi régulier des personnes fragiles, isolées par les mesures sanitaires durant les confinements ou les destructions conséquentes des inondations. Ce travail réalisé par les acteurs de santé primaire qui ont accompagné les populations touchées lors de ces deux crises sanitaires majeures vécues en Wallonie trace des pistes pour penser un système de soins démocratique.

57 Dans les soins à domicile qui permettent d'adapter plus facilement les horaires aux besoins des personnes soignées, en psychiatrie, dans les soins palliatifs où l'importance du travail relationnel est reconnue, etc.

Cette question de la priorisation dans le système de soins est éminemment politique. C'est aussi celle de la répartition des budgets.

Des décisions sans doute drastiques devront être prises face à l'ampleur de la crise du système de soin. Ces défis urgents ne pourront être relevés qu'en dialogue avec les travailleurs du terrain, les directions, les managers, les économistes, les associations, les différents niveaux de pouvoir, etc., et avec l'adhésion de la population consciente du problème.

Une formation pratique, de terrain et de qualité, telle que l'exige l'Europe, ne pourra se faire qu'au sein d'équipes soignantes stables et complètes, capables de libérer du temps pour former et intégrer les futurs collègues. Ce n'est aussi qu'**en observant des équipes qui fonctionnent bien**, en y étant inclus le temps d'un stage, que les étudiants et les étudiantes assimileront **des modèles participatifs, démocratiques et bienveillants** comme des normalités de fonctionnement. C'est là qu'ils prendront plaisir à travailler, à collaborer, à s'investir, à potentialiser leurs apprentissages. **Ce cadre de qualité humaine, technique et scientifique les rendra solides en tant que diplômés.**

Cette évidence du travail d'équipe, dans le respect de tous les acteurs et la bienveillance, devrait être enseignée dans l'ensemble des formations en soins infirmiers. **Il s'agit d'apprendre aux étudiantes et aux étudiants l'importance de la complémentarité dans le travail, du dialogue multidisciplinaire et de se situer dans des contextes pluriculturels.** Une formation ainsi orientée vers un travail d'équipe participera à rendre les infirmières et les infirmiers du futur aptes à travailler ensemble, à s'adapter à des situations changeantes, mouvantes, capables d'une grande réactivité coordonnée avec d'autres. Dans ce sens, les formations de base doivent **d'emblée ouvrir des perspectives de progression et de mobilité** de carrière via des modules de formation et la valorisation de l'expérience acquise sur le terrain.

Confrontés à la fragilité humaine, à leur propre vulnérabilité, enthousiasmés par des rencontres bouleversantes et révoltés par des maltraitements dont ils sont témoins ou sujets, **les étudiants et les étudiantes, les infirmières et les infirmiers soulèvent la question du choix de société dans laquelle nous désirons vivre.** Par leur abandon d'une profession qu'ils ne peuvent plus effectuer en leur âme et conscience, **les soignants réclament que soit donné priorité à l'humain, au prendre soin, à la reconnaissance de nos vulnérabilités.** Ils suggèrent de développer une société bienveillante, inclusive, qui ne laisse personne de côté ou dans l'ombre, qui reconnaisse les multiples acteurs qui participent à prendre soin de la société et de l'environnement, une société du *care* non utopique (Tronto, 2009).



Annexes

1

ANNEXE 1 : LES NORMES D'ENCADREMENT EN MRS

Arrêté royal du 21 septembre 2004 modifié par arrêté royal du 9 mars 2014 : Région wallonne (in : WALLEX<https://wallex.wallonie.be> > 2004.022.802 > 2015/01/01)

c) La norme de personnel doit s'élever, par 30 résidents, à :

- au moins 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, dont un infirmier en chef; au-delà des 30 premiers résidents, un infirmier en chef supplémentaire est obligatoire lorsque l'établissement dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 résidents;
- au moins 5 équivalents temps plein personnel soignant ou aides-soignants, dont au minimum 95 % d'aides-soignants; à dater du 1^{er} janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération;

- un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier peut être remplacé, au prorata de maximum 1 équivalent temps plein par 30 résidents, et pour autant que la permanence visée au f) soit respectée par une personne disposant de préférence d'une des qualifications suivantes :
 graduat ou baccalauréat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, licence ou master en psychomotricité, licence ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social, de « sociaal

werker of in de sociale gezondheidszorg », d'infirmier(ère) social(e) ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire, graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur ou, à défaut, par du personnel soignant dont le ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut fixer le minimum de formation requis.

2 > 7

ANNEXES 2 À 7

Nous reprenons dans les annexes suivantes – les annexes 2 à 7 – des tableaux de répartition des infirmiers diplômés en Belgique selon les régions, l'âge et les types d'activités réellement pratiquées

Ces tableaux sont issus du document : PlanCad Infirmiers 2004-2018, 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, février 2021. © 2021, SPF Santé

publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. La reproduction partielle de ce document est permise avec citation adéquate. Ces documents sont également disponibles sur le

site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : www.health.belgium.be/hwf (=> Publications). Dépôt légal : D/2021/2196/8.

Données de contact : Directeur-général Soins de santé Service Publique Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement Service Center Santé : plan.team@health.belgium.be.

ANNEXE 2 : RÉPARTITION EN 2018 DES INFIRMIERS AUTORISÉS À EXERCER (LTP), EN ACTIVITÉ (PA) ET ACTIFS DANS LES SOINS (PR) SELON LES RÉGIONS ET LEURS ÂGES

		LTP		PA		PR	
Communauté	Nationalité + origine du diplôme	N	% N	N	% N	N	% N
Communauté flamande	nat BE + dip BE	122.694	96,67	89.202	97,56	74.755	97,43
	nat BE + dip N-BE	596	0,47	463	0,51	392	0,51
	nat N-BE + dip BE	1.343	1,06	778	0,85	694	0,90
	nat N-BE + dip N-BE	2.283	1,80	988	1,08	886	1,15
		<u>126.916</u>	<u>100,00</u>	<u>91.431</u>	<u>100,00</u>	<u>76.727</u>	<u>100,00</u>
Communauté française	nat BE + dip BE	69.701	79,72	49.340	86,03	42.458	85,31
	nat BE + dip N-BE	1.011	1,16	799	1,39	736	1,48
	nat N-BE + dip BE	10.710	12,25	4.845	8,45	4.435	8,91
	nat N-BE + dip N-BE	6.014	6,88	2.367	4,13	2.140	4,30
		<u>87.436</u>	<u>100,00</u>	<u>57.351</u>	<u>100,00</u>	<u>49.769</u>	<u>100,00</u>
Total	nat BE + dip BE	192.395	89,76	138.542	93,12	117.213	92,66
	nat BE + dip N-BE	1.607	0,75	1.262	0,85	1.128	0,89
	nat N-BE + dip BE	12.053	5,62	5.623	3,78	5.129	4,05
	nat N-BE + dip N-BE	8.297	3,87	3.355	2,25	3.026	2,39
		<u>214.352</u>	<u>100,00</u>	<u>148.782</u>	<u>100,00</u>	<u>126.496</u>	<u>100,00</u>

Source : Infirmiers sur le marché du travail - Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession infirmière - Publication de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé

Ce tableau montre qu'en Wallonie, seulement 56,5% des infirmiers travaillent dans les soins. En Flandre, c'est le cas de 60,4%.

ANNEXE 3 : ÉVOLUTION DU NOMBRE D’INFIRMIERS ACTIFS DANS LES SOINS ENTRE 2004 ET 2018

Ces tableaux montrent que :

- La profession reste fortement féminine durant les 15 années comparées.
- Le pourcentage d’infirmiers de moins de 35 ans diminue d’année en année tandis que celui d’infirmiers de plus de 50 ans actifs dans les soins de santé (PR) augmente d’environ 2,5 fois en Région flamande et double en Région wallonne.
- La jeune génération semble moins attirée par la profession que les générations précédentes.

Un peu plus de la moitié des infirmières actives dans les soins sont issues de la filière bachelière. En Wallonie, leur proportion n’évolue pas significativement entre 2004 et 2018.

RF	PR	Sexe	Diplôme	Age					Nationalité	
	N	% femme	% Bachelier	% <35	% 35<50	% 50+	% 55+	% 60+	% N-Bel	% diplôme N-Bel
'04	59.356	85,17	50,52	36,37	49,97	13,66	4,61	0,48	0,33	0,35
'05	60.903	85,26	49,90	35,27	49,83	14,90	5,36	0,52	0,39	0,38
'06	62.090	85,30	49,17	34,16	49,43	16,41	6,08	0,59	0,44	0,45
'07	63.116	85,37	48,21	33,34	48,52	18,14	6,67	0,66	0,50	0,51
'08	61.676	85,28	47,57	32,57	47,45	19,99	7,22	0,80	0,54	0,54
'09	64.462	85,42	47,34	30,86	46,95	22,19	8,20	1,13	0,62	0,63
'10	65.329	85,40	47,89	30,11	46,01	23,88	9,07	1,41	0,76	0,76
'11	66.203	85,49	48,55	29,18	45,22	25,60	10,14	1,69	0,89	0,91
'12	67.393	85,48	49,23	28,75	43,99	27,26	11,44	1,92	1,15	1,24
'13	68.697	85,53	49,77	28,63	42,71	28,66	12,56	2,11	1,43	1,52
'14	70.827	85,48	50,15	28,74	41,27	29,99	13,83	2,36	1,72	1,75
'15	72.540	85,38	50,62	28,77	40,08	31,16	15,15	2,76	1,86	1,80
'16	74.122	85,36	51,16	29,04	38,96	32,00	16,62	3,60	1,93	1,77
'17	75.392	85,45	51,58	29,40	38,10	32,50	17,79	4,41	1,99	1,76
'18	76.613	85,47	52,24	29,96	37,26	32,78	18,93	5,28	2,14	1,78

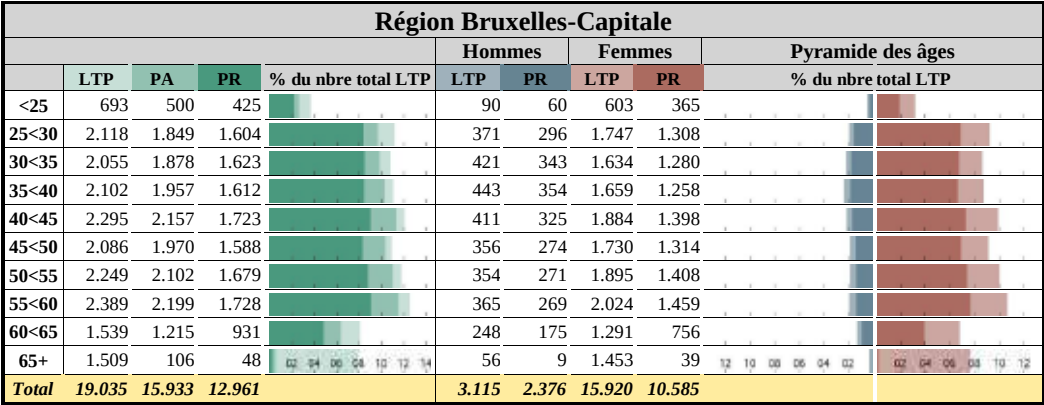
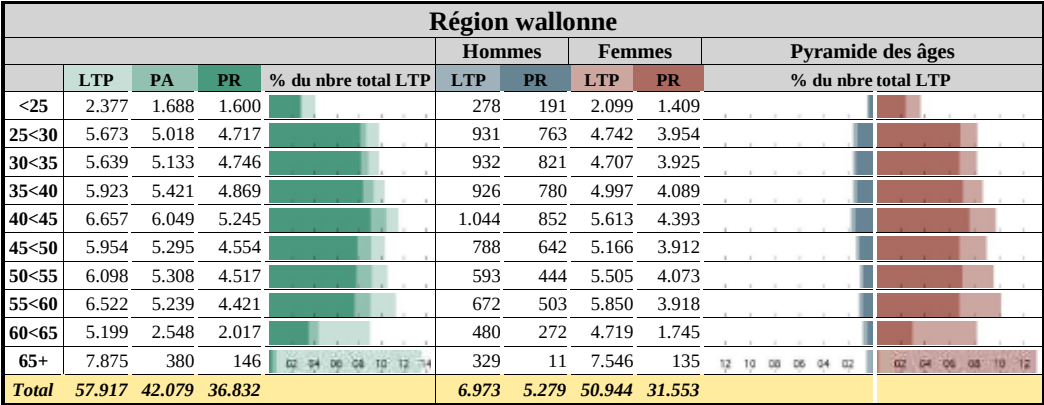
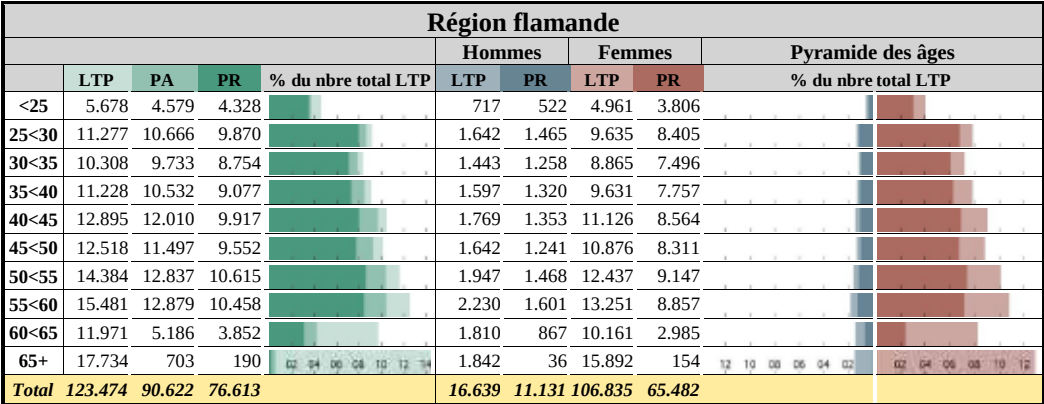
Source : Infirmiers sur le marché du travail - Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession infirmière - Publication de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé

RW	PR	Sexe	Diplôme	Age					Nationalité	
	N	% femme	% Bachelier	% <35	% 35<50	% 50+	% 55+	% 60+	% N-Bel	% diplôme N-Bel
'04	25.147	88,06	57,12	38,42	47,35	14,23	5,01	0,64	4,78	0,76
'05	25.808	88,10	55,82	38,01	46,79	15,20	5,76	0,74	5,06	0,84
'06	26.593	87,95	54,17	36,68	46,59	16,73	6,70	0,88	5,42	0,94
'07	27.217	87,83	53,89	35,50	46,15	18,34	7,54	1,19	5,90	1,13
'08	27.357	87,62	53,91	35,07	45,17	19,77	7,95	1,35	6,40	1,39
'09	29.196	87,56	53,58	33,11	44,86	22,03	9,12	1,83	6,69	1,65
'10	29.820	87,30	54,00	32,61	43,96	23,43	9,74	2,15	7,08	2,08
'11	30.255	87,06	54,01	31,81	43,44	24,75	10,55	2,56	7,79	2,47
'12	30.905	86,94	53,86	31,06	43,14	25,80	11,50	2,78	8,69	3,17
'13	31.678	86,69	53,78	30,73	42,61	26,66	12,54	2,91	9,65	3,62
'14	33.276	86,37	54,42	30,26	42,06	27,67	13,81	3,22	10,24	3,87
'15	33.894	86,15	54,68	29,92	41,54	28,55	14,98	3,64	10,76	3,85
'16	34.624	86,03	55,16	29,82	41,00	29,17	16,24	4,37	11,16	3,94
'17	36.230	85,88	55,93	29,76	40,48	29,76	17,12	5,04	11,39	3,86
'18	36.832	85,67	56,30	30,04	39,82	30,14	17,88	5,87	11,89	3,85

RBC	PR	Sexe	Diplôme	Age					Nationalité	
	N	% femme	% Bachelier	% <35	% 35<50	% 50+	% 55+	% 60+	% N-Bel	% diplôme N-Bel
'04	11.184	85,64	69,10	32,31	52,50	15,18	6,55	1,23	4,35	1,71
'05	11.605	85,07	68,50	30,98	52,55	16,47	7,31	1,35	4,54	1,95
'06	11.902	84,84	66,29	30,19	51,39	18,43	7,76	1,64	4,88	2,54
'07	12.135	84,52	65,56	29,48	50,09	20,44	8,31	1,93	5,34	3,26
'08	12.156	84,30	64,50	29,36	48,44	22,20	8,75	2,18	5,79	3,85
'09	12.601	83,90	64,88	28,88	46,61	24,51	9,50	2,52	6,22	4,67
'10	12.919	83,85	64,77	28,63	45,25	26,12	10,09	2,64	6,81	5,33
'11	13.098	83,59	64,70	28,06	44,17	27,77	11,43	2,87	7,50	6,31
'12	13.463	83,34	64,24	28,39	42,73	28,88	12,53	2,95	8,87	7,60
'13	13.684	83,07	63,81	28,13	42,04	29,83	13,99	3,30	10,50	8,88
'14	12.266	82,54	64,33	28,34	40,98	30,68	15,98	3,66	11,99	9,82
'15	12.395	82,26	64,66	28,32	39,40	32,28	17,70	4,15	13,17	10,21
'16	12.522	82,20	65,18	27,89	38,88	33,23	19,03	5,26	13,78	10,15
'17	12.706	81,80	65,69	27,91	38,40	33,69	20,21	6,42	15,08	10,29
'18	12.961	81,67	66,34	28,18	37,98	33,84	20,89	7,55	16,03	10,55

Source : Infirmiers sur le marché du travail - Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession infirmière - Publication de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé

ANNEXE 4 : PYRAMIDES DES ÂGES



Les pyramides tronculaires et non pas largement évasées dans les populations les plus jeunes montrent un problème de remplacement.

Si l'on observe par tranche d'âge les infirmières et les infirmiers professionnellement actifs dans les soins de santé (PR) en Wallonie, la jeune génération (25-35 ans) couvre à peine plus que le remplacement de la génération qui va quitter le métier dans les 10 années à venir (50-60 ans). En Flandre et à Bruxelles, le départ des infirmières à la pension ne sera pas compensé par la jeune génération.

Source : Infirmiers sur le marché du travail - Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession infirmière - Publication de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé

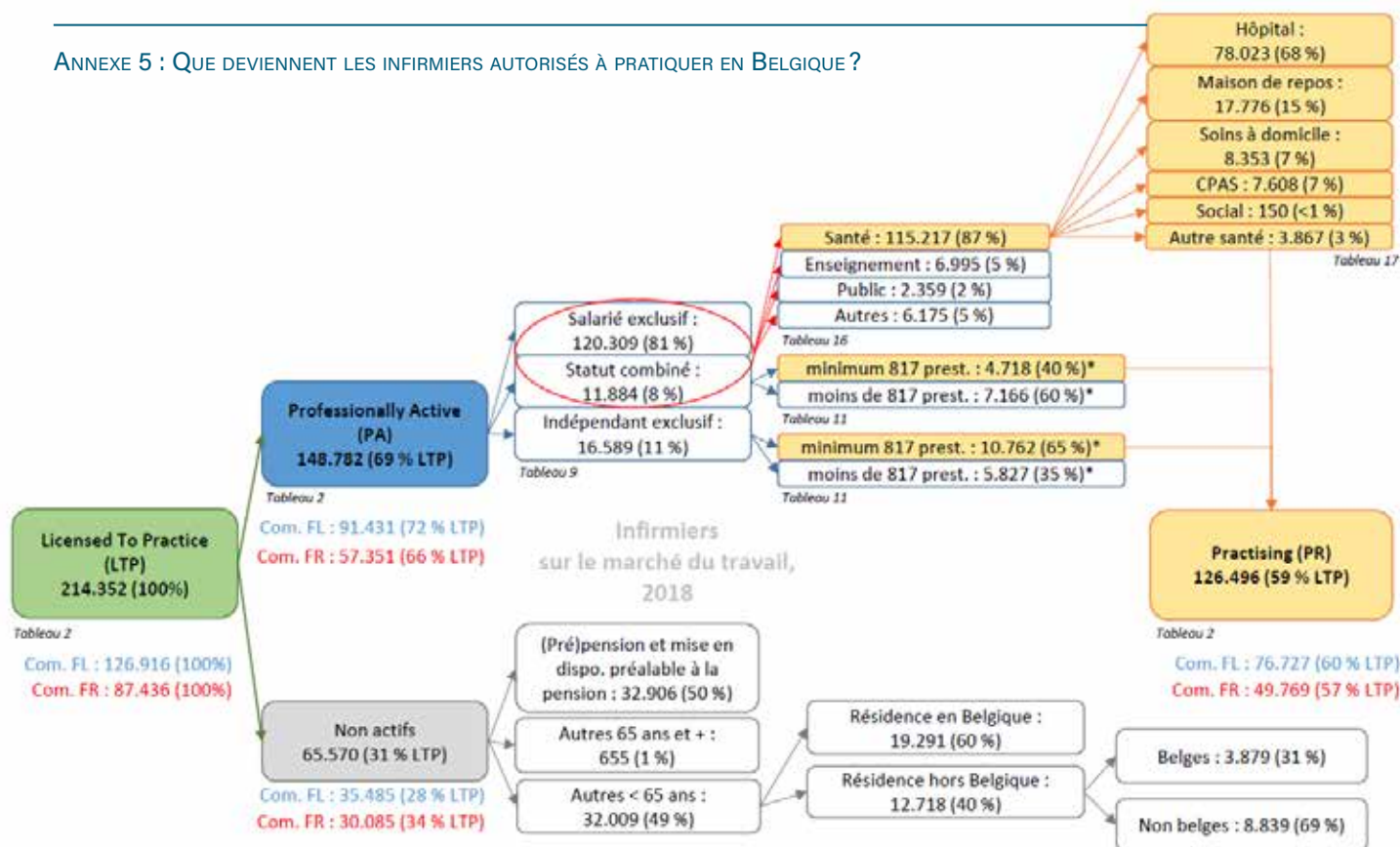
Avant la pandémie de la COVID-19 (lors de l'établissement de ce tableau), le problème était déjà sérieux, même en considérant que la jeune génération va effectuer une carrière complète (ce qui n'est pas toujours le cas).

Depuis l'établissement de ce tableau, la pandémie et sa gestion ont entraîné de nombreuses démissions définitives et des maladies de longue durée (dus à la COVID, à l'extrême fatigue, au *burn-out*, etc.). Les prévisions de

remplacement doivent être pensées à la baisse.

Les Région flamande et de Bruxelles-Capitale sont plus touchées par ce problème que la Région wallonne, mais le problème est national.

ANNEXE 5 : QUE DEVIENNENT LES INFIRMIERS AUTORISÉS À PRATIQUER EN BELGIQUE ?



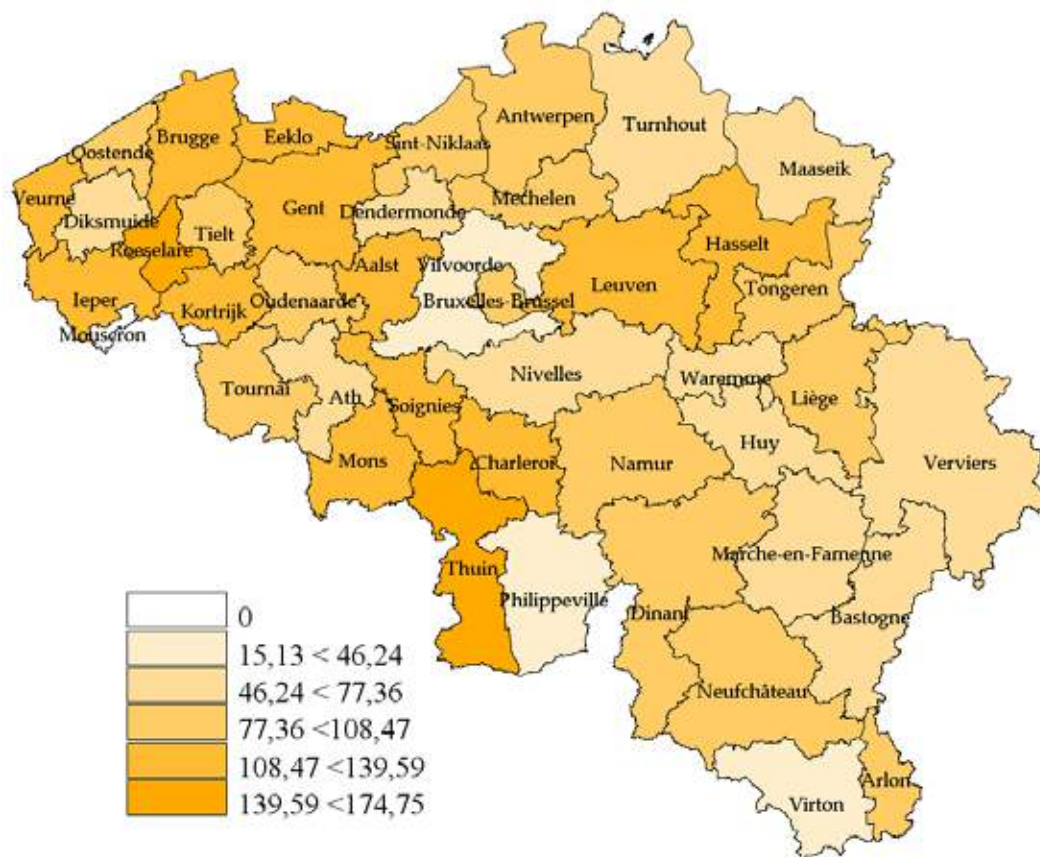
* prestations dans l'article 8 de la nomenclature INAMI en 2018

ANNEXE 6 : OÙ TRAVAILLENT LES INFIRMIERS SALARIÉS ACTIFS DANS LES SOINS ?

		ONSS													
		Secteur de soins de santé													
		Hôpital		MR(S)		Soins à domicile		CPAS		Aide		Autre santé		Total santé	
	Age	N	ETP Moy.	N	ETP Moy.	N	ETP Moy.	N	ETP Moy.	N	ETP Moy.	N	ETP Moy.	N	ETP Moy.
Région d'activité															
Région flamande	<30	9.467	0,94	1.758	0,87	1.470	0,81	304	0,87	243	0,80	253	0,90	13.246	0,91
	30<45	15.923	0,81	4.315	0,79	2.368	0,72	1.312	0,78	825	0,73	852	0,78	24.759	0,80
	45<60	16.335	0,78	5.190	0,77	2.588	0,68	3.073	0,76	1.187	0,71	941	0,70	28.055	0,77
	60+	2.243	0,74	595	0,68	218	0,61	456	0,72	204	0,63	135	0,57	3.641	0,72
	Tot	43.968	0,83	11.858	0,79	6.644	0,72	5.145	0,77	2.459	0,72	2.181	0,75	69.701	0,81
Région wallonne	<30	4.637	0,93	635	0,83	373	0,81	177	0,90	236	0,81	110	0,76	5.915	0,91
	30<45	9.402	0,84	2.051	0,83	582	0,73	716	0,85	497	0,76	390	0,76	13.068	0,84
	45<60	8.721	0,81	1.642	0,82	485	0,69	868	0,83	388	0,73	347	0,74	11.992	0,81
	60+	1.416	0,77	184	0,71	44	0,63	140	0,72	60	0,67	59	0,60	1.842	0,76
	Tot	24.176	0,84	4.512	0,82	1.484	0,73	1.901	0,84	1.181	0,76	906	0,74	32.817	0,84
Région Bruxelles-Capitale	<30	1.703	0,92	126	0,88	51	0,90	17	0,84	57	0,78	112	0,85	2.008	0,92
	30<45	3.745	0,84	608	0,84	86	0,75	198	0,89	142	0,78	294	0,86	4.849	0,86
	45<60	3.696	0,82	588	0,83	82	0,75	283	0,89	139	0,74	307	0,82	4.891	0,84
	60+	735	0,79	84	0,78	6	0,93	64	0,84	41	0,73	67	0,74	951	0,80
	Tot	9.879	0,84	1.406	0,84	225	0,79	562	0,88	379	0,76	780	0,84	12.699	0,86
Communauté															
Communauté flamande	<30	9.726	0,94	1.740	0,87	1.476	0,81	303	0,87	247	0,80	299	0,91	13.539	0,91
	30<45	15.654	0,82	3.872	0,79	2.088	0,72	1.223	0,79	807	0,74	908	0,79	23.746	0,81
	45<60	17.233	0,78	5.173	0,77	2.563	0,68	3.086	0,76	1.224	0,71	1.087	0,73	29.069	0,77
	60+	2.502	0,75	607	0,69	218	0,61	470	0,72	219	0,63	167	0,61	3.961	0,73
	Tot	45.115	0,83	11.392	0,79	6.345	0,72	5.082	0,77	2.497	0,72	2.461	0,76	70.315	0,81
Communauté française	<30	6.081	0,93	779	0,85	418	0,82	195	0,90	289	0,81	176	0,78	7.630	0,91
	30<45	13.416	0,84	3.102	0,82	948	0,72	1.003	0,85	657	0,75	628	0,78	18.930	0,83
	45<60	11.519	0,81	2.247	0,82	592	0,70	1.138	0,85	490	0,73	508	0,75	15.869	0,82
	60+	1.892	0,77	256	0,71	50	0,65	190	0,75	86	0,69	94	0,63	2.473	0,77
	Tot	32.908	0,84	6.384	0,82	2.008	0,73	2.526	0,84	1.522	0,75	1.406	0,76	44.902	0,84
Total															
Belgique	<30	15.807	0,93	2.519	0,86	1.894	0,81	498	0,88	536	0,80	475	0,86	21.169	0,91
	30<45	29.070	0,83	6.974	0,81	3.036	0,72	2.226	0,81	1.464	0,75	1.536	0,79	42.676	0,82
	45<60	28.752	0,79	7.420	0,78	3.155	0,69	4.224	0,79	1.714	0,72	1.595	0,73	44.938	0,79
	60+	4.394	0,76	863	0,70	268	0,62	660	0,73	305	0,65	261	0,62	6.434	0,74
	Tot	78.023	0,83	17.776	0,80	8.353	0,73	7.608	0,80	4.019	0,73	3.867	0,76	115.217	0,82

Source : Infirmiers sur le marché du travail - Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession infirmière - Publication de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé

ANNEXE 7 : RÉPARTITION TERRITORIALE DES INFIRMIERS ACTIFS DANS LES SOINS EN BELGIQUE



Source : Infirmiers sur le marché du travail - Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession infirmière - Publication de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé

Les provinces des Brabants et les provinces de Liège et de Luxembourg apparaissent comme peu desservies. Ceci est d'autant

plus interpellant que la population, dans les provinces de Liège et de Luxembourg, est dispersée. La logique serait que le nombre de

soignants/10000 habitants y soit plus élevé que dans les régions densément peuplées si l'on veut pour y assurer des soins de même qualité.

Bibliographie

ARTICLES

Ahn, Y.-H. & Choi, J. (2019). Incivility experiences in clinical practicum education among nursing students. *Nurse Education Today*, 73, 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.015>

Angharad Ashton, R., Morris, L. & Smith, I. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing*, 39, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>

Antia, R., Regoes, R. R., Koella, J. C. & Bergstrom C. T. (2003). The role of evolution in the emergence of infectious diseases. *Nature*, 426, 658-661. <https://doi.org/10.1038/nature02104>

Bloom, E. M. (2019). Horizontal violence among nurses : experiences, responses, and job performance. *Nursing Forum*, 54(1), 77-83. <https://doi.org/10.1111/nuf.12300>

Bouffartigue, P. & Bouteiller, J. (2003). *Jongleuses en blouses blanches. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières*. [Communication]. IX journées de sociologie du travail « Contraintes, normes et compétences au travail : les régimes de mobilisation », Atelier 1 « Évaluation des situations de travail », Centre Pierre Naville, Travail et mobilités, Paris. <https://shs.hal.science/halshs-00007507>

Bouffartigue, P. & Bouteiller, J. (2006). *Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières*

hospitalières. Temporalités, 4. <https://doi.org/10.4000/temporalites.334>

Bouvot, C., Lefrançois, D., Galbany Estragués, P. & Grard, C. La colère des infirmières : fin de l'omerta sur la dégradation des conditions de soins en Europe. In J. Hermesse & O. Servais (Eds.), *Déconfiner l'Europe*, Paris : Karthala [à paraître].

Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J. & Pirson, M. (2021). Prevalence of burn-out risk and factors associated with burn-out risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103059>

Bruyneel, A., Tack, J., Droguet, M., Maes, J., Wittebole, X., Reis, M. & Di Pierdomenico, L. (2019). Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS) : A prospective study in 16 hospitals in Belgium. *Journal of Critical Care*, 54, 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.08.032>

Cashmore, A. W., Indig, D., Hampton, S. E., Hegney, D. G., & Jalaludin, B. B. (2016). Factors influencing workplace violence risk among correctional health workers : Insights from an Australian survey. *Australian Journal of Primary Health*, 22(5), 461-465. <https://doi.org/doi:10.1071/PY15071>

Castle, N. G. (2008). Nursing home caregiver staffing levels and quality of care : a literature review. *Journal of Applied Gerontology*, 27(4), 375-405. <https://doi.org/10.1177/0733464808321596>

Castle, N. G., Furnier, J., Ferguson-Rome, J. C., Olson, D., & Johs-Artisensi, J. (2015). Quality of care and long-term care administrators' education : does it make a difference ? *Health Care Management Review*, 40(1), 3545. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000007>

Castle, N.G., Engberg, J., & Men, A. (2007). Nursing home staff turnover : impact on nursing home compare quality measures. *Gerontologist*, 47(5), 650661. <https://doi.org/10.1093/geront/47.5.650>

Centers for Diseases Control and Prevention (1994). Addressing emerging infectious disease threats : A prevention strategy for the United States. Executive summary. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Recommendations and reports*, 43(5), 1-18. PMID : 8164632.

Chanial, P. (2010). Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin. *Revue du MAUSS*, 35, 135-150. <https://doi.org/10.3917/rdm.035.0135>

Chanial, P. (2014). Don et care : une perspective anthropologique. *Recherche et formation*, 76, 51-60. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2232>

Chen, M. M. & Grabowki, D. C. (2015). Intended and Unintended Consequences of Minimum Staffing Standards for Nursing Homes. *Health Economics*, 24(7), 822-839. <https://doi.org/10.1002/hec.3063>

Clark, C. M. (2019). Combining cognitive rehearsal, simulation, and evidence-based scripting to address incivility. *Nurse Educator*, 44(2), 64-68. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000563>

Cohen, Y. (2012). Du nursing au care : le genre d'une profession. *Aporia*, 4(1), 42-50. <https://doi.org/10.18192/aporia.v4i1.2930>



Cooper, R., Junginger, S. & Lockwood, T. (2009). Design thinking and design management : a research and practice perspective. *Design Management Review*, 20(2), 46-55. <https://doi.org/10.1111/j.1948-7169.2009.00007.x>

Coursey, J. H., Rodriguez, R. E., Dieckmann, L. S. & Austin, P. N. (2013). Successful implementation of policies addressing lateral violence. *AORN Journal*, 97(1), 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.09.010>

D'Amour, D., Dubois, C.-A., Tchouaket, É., Clarke, S. & Blais, R. (2014). The occurrence

of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units : Cross sectional record review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 882-891. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.017>

Degueldre, B. & Lobet, M.-P. (2022). La mise en oeuvre d'une unité d'enseignement favorisant l'autoformation de futurs infirmiers : le « Projet rêve » : Les défis de l'accompagnement d'apprenants en période de crise (2022). *Perspective soignante*, 74, 73-85.

Desmet, M., De Bodt, G., & Fruyt, P. (2016). *Tour d'horizon du travail social :*

développement d'une méthode et d'un outil de mesure de la charge de travail dans le travail social en hôpital. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_un_tour_dhorizon_du_travail_social_2016.pdf

Egues, A. L. & Leinung, E. Z. (2014). Antibullying workshops : Shaping minority nursing leaders through curriculum innovation. *Nursing Forum*, 49(4), 240-246. <https://doi.org/10.1111/nuf.12083>

Estry-Behar, M., Négri, J.-F. & Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession

infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit, Déontologie & Soins*, 7(3), 308-327. <https://doi.org/10.1016/j.ddes.2007.08.007>

Fagerström, L. (2009). Evidence-based human resource management : A study of nurse leaders' resource allocation. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 415-425. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01010.x>

Fassin, D. (2001). La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. In B. Hours (Ed.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie* (pp. 24-40). Paris : Karthala.

Fouquet, A. (2001). Chapitre 5. Le travail domestique : du travail invisible au « gisement » d'emplois. In J. Laufer, C. Marry & M. Maruani (Eds.), *Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme* (pp. 99-127). Paris : Presses universitaires de France.

Fuentes, S., Caetano, G. & Léger, D. (2018). Les marqueurs physiologiques et biologiques de la privation de sommeil dans le contexte du travail posté de nuit. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 79(6), 753-761. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.08.003>

Grard C., Baquet C., & Mugisha L. E. (2022). Par-dessus les épaules des étudiant(e)s infirmiers(ères) : quelle vision ont-ils (elles) de leur futur métier ? In W. Hesbeen (Ed.), *Formations en santé et crise sanitaire. Enjeux et défis éthiques pour le quotidien des apprentissages* (pp. 161-170). Paris : Seli Arslan.

Hogan, R., Orr, F., Fox, D., Cummins, A. & Foureur, M. (2018). Developing nursing and midwifery students' capacity for coping with bullying and aggression in clinical

settings : Students' evaluation of a learning resource. *Nurse Education in Practice*, 29, 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.002>

Jasseron, C., Estryn-Béhar, M., Le Nézet, O. & Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, 85, 46-64. <https://doi.org/10.3917/rsi.085.0046>

Johnson, S. L., Boutain, D. M., Tsai, J. H.-C. & de Castro, A. B. (2015). Managerial and organizational discourses of workplace bullying. *The Journal of Nursing Administration*, 45(9), 457-461. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000232>

Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older people nursing in care and nursing homes : an integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3). <https://doi.org/10.1111/opn.12146>

Kumaran, S & Carney, M. (2014). Role transition from student nurse to staff nurse : Facilitating the transition period. *Nurse Education in Practice*, 14(6), 605-611. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.06.002>

Le Bezvoët, E. (2007). L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ? *Le Journal des psychologues*, 252, 29-34. <https://doi.org/10.3917/jdp.252.0029>

Lee, I., & Wang, H.-H. (2014). Preliminary development of humanistic care indicators for residents in nursing homes : a Delphi technique. *Asian Nursing Research*, 8(1), 7581. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.03.001>

Lesne, J., Gnansia E., & Laurent, O. (2021). La santé environnementale dans un monde appelé à vivre avec les pandémies. *Environnement, Risques & Santé*, 20, 238-243.

<https://www.cairn.info/revue-environnement-risques-et-sante-2021-3-page-238.htm>

Meier-Ewert, H. K., Ridker, P. M., Rifai, N., Regan M. M., Price, N. J., Dinges, D. F. & Mullington, J. M. (2004). Effect of sleep loss on C-reactive protein, an inflammatory marker of cardiovascular risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(3), 678-683. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.07.050>

Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload : Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 463-471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>

Nielsen, M. B., Indregard, A. M. R. & Øverland, S. (2016). Workplace bullying and sickness absence : a systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(5), 359-370. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3579>

Rauhala, A., & Fagerström, L. (2007). Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors ? An analysis of the RAFAELA system. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 490-499. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00645.x>

Reingold, A. L. (2000). Infectious disease epidemiology in the 21st century : will it be eradicated or will it reemerge ? *Epidemiologic Reviews*, 22(1), 57-63. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a018024>

Rothier Bautzer, E. (2014). Rendre possible l'autonomisation, « sale boulot relationnel » ou care ? *Care et professions de santé*, 76, 9-18. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2218>

Roy, B. (2012). Le silence des agneaux. *Aporia*, 4(3), 5-11. <https://doi.org/10.18192/aporia.v4i3.2915>

Saillant, F. (2000). Identité, invisibilité sociale, altérité : expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 155-171. <https://doi.org/10.7202/015641ar>

Schreuders, L. W., Bremmer, A. P., Geelhoed, E. & Finn, J. (2015). The relationship between nurse staffing and inpatient complications. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 800-812.

Shin, S., Park J. H. & Bae, S. H. (2018). Nurse staffing and nurse outcomes : a systematic review and meta-analysis. *Nursing Outlook*, 66(3), 273-282. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.12.002>

Strandmark, M. & Rahm, G. (2014). Development, implementation and evaluation of a process to prevent and combat workplace bullying. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(15), 66-73. <https://doi.org/10.1177/1403494814549494>

Toutut-Picard, É. (2022). Une seule santé : prendre en compte les liens entre la santé humaine, la santé animale et les écosystèmes. *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 108, 119-121. <https://doi.org/10.3917/re1.108.0119>

Ulrich, D. L., Gillespie, G.L., Boesch, M. C., Bateman, K. M. & Grubb, P. L. (2017). Reflective responses following a role-play simulation of nurse bullying. *Nursing Education Perspectives*, 38(4), 203-205. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000144>

Walker, C. H., & Thunus, S. (2020). Meeting boundaries : exploring the faces of social inclusion beyond mental health systems. *Social Inclusion*, 8(1). <https://doi.org/10.17645/si.v8i1.2193>

MÉMOIRES ET THÈSES

Damman, L. (2018). *La violence verticale, dans le contexte des stages en soins infirmiers, amène-t-elle les étudiants à imaginer arrêter leurs études ? Une enquête transversale dans un devis mixte auprès d'étudiants infirmiers francophones de 3^{ème} année en bachelier infirmier responsable de soins généraux* [Mémoire de master non publié]. Université catholique de Louvain.

Dancot, J. (2022). *Contribution à l'exploration de l'estime de soi des étudiants infirmiers et de son lien avec le développement de la compétence clinique* [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Liège.

Decleire, C. (2019). *Évolution d'un malaise professionnel infirmier : entre récurrences et mutations : enquêtes auprès d'infirmières hospitalières en Belgique et en Fédération Wallonie-Bruxelles* [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Namur.

Demaegdt, C. (2012). *Apport de la clinique du travail à l'anthropologie psychanalytique du sens moral : Vers une théorie psychanalytique de l'action* [Thèse de doctorat non publiée]. Conservatoire national des arts et métiers.

Jacqmin, N. (2022). *La pratique pédagogique informée par des résultats probants d'infirmières enseignantes en Belgique francophone : une étude de cas multiples utilisant une méthode mixte* [Thèse de doctorat non publiée]. Université Laval.

Piret, A. (2004). *Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : le cas de la formation en soins infirmiers* [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Namur.

OUVRAGES

Auslender, V. (2017). *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Paris : Michalon.

Caillé, A. (2009). *Théorie anti-utilitariste de l'action, Fragments d'une sociologie générale*. Paris : La Découverte.

Fassin, D. (2011). *La force de l'ordre. Une anthropologie de la police des quartiers*. Paris : Seuil.

Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Grard, C. (2022). *Au-delà du Mur de la Honte. Ébauche d'un vivre-ensemble multiethnique et pluriculturel*. Louvain-la-Neuve : Academia.

Hénaff, M. (2002). *Le Prix de la Vérité. Le don, l'argent, la philosophie*. Paris : Seuil.

Hénaff, M. (2012). *Le Don des philosophes. Repenser la réciprocité*. Paris : Seuil.

Hesbeen, W. (Ed.) (2016). *Accompagner les étudiants infirmiers. Promouvoir des pratiques pédagogiques éthiques*. Paris : Seli Arslan.

Hesbeen, W. (Ed.) (2022). *Formations en santé et crise sanitaire. Enjeux et défis éthiques pour le quotidien des apprentissages*, Paris : Seli Arslan.

Jean-Louis, R. (2018). *Diplôme délivré(e) ! Parole affranchie d'une étudiante infirmière*. Paris : Michalon.

Juliens, C. (2016). *Le corps intime. La formation corporelle des soignants. Approches anthropologiques, éthique et pédagogique*. Paris : Seli Arslan.

Le Goff, J.-P. (1995). *Le mythe de l'entreprise : critique de l'idéologie managériale*. Paris : La Découverte.

Loriol, M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris : Anthropos.

Marquet, J., Marquis, N. & Hubert, N. (Eds.) (2014). *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*. Louvain-la-Neuve : Academia-L'Harmattan.

Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Selis Arslan.

Molinier, P. (2008). *Les Enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail*. Paris : Payot.

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris : La Dispute.

Molinier, P., Laugier, S., & Paperman P. (Eds.) (2009). *Qu'est-ce que le care ?* Paris : Payot.

Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière Éducation.

Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer France.

Rothier Bautzer, E. (2013). *Le care négligé. Les professionnels de la santé face aux malades chroniques*. Paris : De Boeck-Estem.

Sahara, N. (2022). *Hôpital. Si les gens savaient...* Paris : HarperCollins.

Simonet, M. (2018). *Travail gratuit : la nouvelle exploitation ?* Paris : Textuel.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* (H. Maury, Trad.). Paris : La Découverte. (Édition originale publiée en 1993).

RAPPORTS, SITES OFFICIELS, SITES PROFESSIONNELS ET SITES ASSOCIATIFS

Alberta Health Services. (2019). *Respectful workplaces and the prevention of harassment and violence*. <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-ahs-pol-workplace-violence-prevention-response.pdf>

ARES. (s.d). *Population étudiante : 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020 Hautes Écoles et Écoles Supérieures des Arts*. https://www.ares-ac.be/images/Indicateurs_Graphiques/Evolution-nombre-etudiant-e-entre-2014-2015-et-2019-2020.xls

AUVB-UGIB-AKVB. (2020). *Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations*. <https://auvb-ugib-akvb.be/wp-content/uploads/2021/06/Les-normes-et-la-qualite-des-soins-en-MRS-2021-.pdf>

Be.Hive. (2020). *Un livre blanc de la première ligne francophone*. https://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf

Charrière-Villien, V. (2022). *Façonnons une éthique du care. Metis, correspondances européennes du travail*. <https://www.metiseurope.eu/2022/02/25/faconnons-une-ethique-du-care/>

Commission européenne. (2008). *La Commission lance une consultation publique sur l'avenir du personnel de santé en Europe*. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/IP_08_1974

Conseil National de l'Ordre des médecins. (2008). *Livre vert relatif au personnel de santé en Europe COM (2008) 725/3*. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/cnom_fr.pdf

Conseil Supérieur de la Santé, Service

public fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement. (2021). *Aspects environnementaux et durables de la pandémie de COVID-19*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210917_css-9617_aspects_environmentaux_de_covid-19_vweb.pdf

Coune, I., Dauvrin, M. & Verrept, H. (2020). *Vers des soins de santé équitables pour les migrants et minorités ethniques : recommandations prioritaires, ETHEALTH Rapport 2020*. <https://www.unia.be/fr/publications-et-statistiques/publications/vers-des-soins-de-sante-interculturels>

FeBi asbl. (2022). *Formation*. <https://www.fe-bi.org/fr>

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Comprendre la valeur du personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives, et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider*. <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Workload-French.pdf>

Fédération Wallonie-Bruxelles. (2019). *Circulaire 7219 du 04/07/2019. L'organisation et la sanction des études du 4e degré, section soins infirmiers*. [http://www.enseignement.be/upload/circulaires/000000000003/FWB%20-%20Circulaire%207219%20\(7463_20190704_163818\).pdf](http://www.enseignement.be/upload/circulaires/000000000003/FWB%20-%20Circulaire%207219%20(7463_20190704_163818).pdf)

Fédération Wallonie-Bruxelles. (2021). *Circulaire 8199 du 20/07/2021. Enseignement supérieur : Circulaire relative à la convention-cadre de stage entre l'établissement d'enseignement supérieur et l'institution d'accueil* https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/48769_000.pdf

FNIB Fédération Nationale des Infirmières de Belgique. (s.d.). *Article(s) relatif(s) au mot-clé « Covid-19 »*. <https://fnib.be/tag/covid-19/>

Heijmans, F., & Plasschaert, S. (2022). Carte blanche. Offrons un repas quotidien aux stagiaires en soins infirmiers. *La Libre Belgique*. <https://www.lalibre.be/debats/opinions/2022/06/13/offrons-un-repas-quotidien-aux-stagiaires-en-soins-infirmiers-NLB5B3PJEJDABCKIIXMIHX2YMI/>

Journal officiel de l'Union européenne. (2013). *Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX%3A32013L0055&from=IT>

Katz, K. (2014). *Bullying in Nursing : Why Nurses Eat Their Young*. <https://www.rasmussen.edu/degrees/nursing/blog/bullying-in-nursing-nurses-eat-their-young/>

KCE Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2019). *Synthèse. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf

KCE Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2020). *Année internationale des infirmiers : il en faut davantage !* <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiquer-de-presse/annee-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>

Le Guide social. (2022). *Quel est le salaire d'un aide-soignant en Belgique ?* <https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/article/quel-est-le-salaire-d-un-aide-soignant-en-belgique>

Legrand, M. (2020). *Maud Simonet : « Les solutions qu'on nous propose aujourd'hui sont des formes de travail gratuit »*. <https://www.axellemag.be/maud-simonet-travail-gratuit/>

www.axellemag.be/maud-simonet-travail-gratuit/

Loore, F. (2012). *Infirmiers et infirmières : une profession en grande souffrance et en pénurie*. <https://parismatch.be/actualites/sante/571256/infirmiers-et-infirmieres-une-profession-en-grande-souffrance-et-en-penurie>

Ministère de la communauté française. (2018). 18 JANVIER 2018. - *Décret relatif au brevet d'infirmier hospitalier dans l'enseignement secondaire de promotion sociale du quatrième degré (1)*. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/decret/2018/01/18/2018010954/moniteur>

OMS, Bureau régional de l'Europe. (2021). *Rapport sur la santé en Europe. Le point sur les objectifs de développement durable liés à la santé à l'ère de la COVID-19, particulièrement sur le principe de ne laisser personne de côté*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352154/9789289057714-fre.pdf>

OMS, Conseil mondial de suivi de la préparation. (2019). *Un monde en péril – Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire*. https://www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/annual-reports/gpmb-2019-annualreport-fr.pdf?sfvrsn=df2c232b_3

Phaneuf, M. (2012). *Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance*. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Le-travail-d-equipe-.pdf>

Province de Luxembourg. (2020). *Le métier d'infirmière en province de Luxembourg : état des lieux et pistes de solutions pour améliorer l'attractivité de la profession et la rétention du personnel, étude qualitative*. https://aiil.be/wp-content/uploads/2020/10/2020_rapport-infirmiere-print.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Collaborative Practice Among Nursing Teams*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Collaborative_Practice_Among_Nursing_Teams.pdf

Sciensano (s.d.). *Sciensano et les données COVID-19*. <https://www.sciensano.be/fr/sciensano-et-les-donnees-covid-19>

Smith, P. & Bruyneel, A. (2020). *7 infirmiers(e) sur 10 en Belgique francophone sont à risque de burn-out*. <https://www.siznursing.be/wp-content/uploads/2020/05/Communiqu%C3%A9.pdf>

SNPI Syndicat National des Professionnels Infirmiers. (2017). *Validation des acquis de l'expérience (VAE) : ce qui change en 2017*. <https://www.syndicat-infirmier.com/Validation-des-acquis-de-l-experience-VAE-ce-qui-change-en-2017.html>

SNPI Syndicat National des Professionnels Infirmiers. (2022). *Améliorer les ratios infirmière-patient est aussi rentable !* <https://www.syndicat-infirmier.com/Ameliorer-les-ratios-infirmiere-patients-est-aussi-rentable-3087.html>

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. (2020). *Sources de financement*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement-des-hopitaux-generaux/sources-de-financement>

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. (2021). *Infirmier sur le marché du travail. Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession infirmière*. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/plancad_inf_2018_fr.pdf

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. (2022). *La force de travail des infirmiers en 2043 : projection*

future sur base de l'influx réel jusque 2020
Résultats des scénarios de base : SYNTHÈSE.
https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/tableau_de_synthese_scenario_de_base_-_infirmiers.pdf

Statbel. (2020a). *Personnels des soins de santé.* <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante>

Statbel. (2020b). *Plus de 700.000 personnes occupées actives dans le secteur du soin.* <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/plus-de-700000-personnes-occupees-actives-dans-le-secteur-du-soin>

Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C. & Sermeus, W. (2019). *Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services*

Research (HSR) Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 325, D/2019/10.273/75. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325_Safe_nurs_staffing_Report_2nd_edition.pdf

Wallex. (2004). *21 Septembre 2004 - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises – AR du 4 juin 2008, art. 1er).* <https://wallex.wallonie.be/de/contents/acts/1/1774/1.html>

WEBINAIRES

Eppe, C. co-animé par Depuydt C. (2021). *Webinaire Epsilon. Le burn-out des soignants : un conflit éthique en mal de reconnaissance.* <https://www.epsilon.be/index.php/nos-webinaires>

FNIB Fédération Nationale des Infirmières de Belgique. (2022). *Webinaire. Une identité et une posture professionnelle : quelle place pour l'infirmière dans le monde de la santé ?* https://fnib.be/wp-content/uploads/Webinaire_FNIB_17.03.2022.pdf

Sermeus, W. (2021). *Webinaire FINE Bel-Lux. Relationship of nurse staffing, nurse qualification, work environment and quality of care : What is the evidence ?* https://fine-europe.eu/wp-content/uploads/2021/12/2021_Dec16_FINE_WSermeus.pdf







Le travail des infirmières et des infirmiers est essentiel pour la société. C'est un pilier du système de soins. Mais ce système est mis en danger. Ces dernières années, et plus encore depuis la crise sanitaire de la COVID-19, nous assistons à une spirale de plus en plus rapide de désertions de soignants qui ne trouvent plus de sens dans ce qui leur est demandé de réaliser. Les équipes sont déforcées, faute de personnel, des services hospitaliers ont dû être fermés, les associations de soins à domicile peinent à recruter. Cette pénurie a un impact direct sur les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers. Nombre d'entre eux racontent apprendre techniquement peu de choses en stage et avoir été témoins ou victimes de violences et de maltraitements. Plusieurs arrêtent leurs études, déçus par la découverte d'un travail de terrain qui ne correspond pas à leurs aspirations, blessés par ce qu'ils ont vécu. La récurrence de leurs difficultés montre des failles du système de soins qui mettent en péril la pérennité de la profession infirmière et la possibilité de donner des soins de qualité à l'entièreté de la population.

Pourquoi et comment cette situation est-elle possible ? Comment rendre la profession plus attractive ?

Ce texte espère contribuer à une réflexion politique, pédagogique et managériale visant à fidéliser et renforcer les effectifs soignants.

Il pose la question de l'attention à « l'autre » et de ce que nous faisons pour rendre le monde plus habitable, plus humain, bien au-delà des métiers du soin.

Avec le soutien de