

Faculté de santé publique

L'intérim indépendant au bloc opératoire : vécu et perceptions des infirmiers salariés

Une étude qualitative

Mémoire réalisé par
Aït Taleb Luiza

Promoteur
Gobert Patrice

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'intérim indépendant au bloc opératoire : vécu et perceptions des infirmiers salariés

Une étude qualitative

Mémoire réalisé par
Ait Taleb Luiza

Promoteur
Gobert Patrice

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier sincèrement mon promoteur, Monsieur Patrice Gobert, pour la qualité de son accompagnement, ses conseils précieux et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à remercier chaleureusement les infirmiers des deux hôpitaux ayant accepté de participer à ce travail de recherche, ainsi qu'à leurs responsables, pour leur disponibilité et le temps précieux qu'ils m'ont accordé. Leur contribution a été essentielle à la réalisation de ce travail.

Merci aux différents lecteurs pour leur relecture attentive et leurs conseils avisés qui m'ont aidée à améliorer la clarté et la qualité de ce travail.

Enfin, mes derniers remerciements, mais pas les moindres, reviennent à mon entourage. À mes ami(e)s pour leur soutien tout au long de ce master. Vous avez été ma bouffée d'oxygène pendant ces trois années prenantes. Je remercie profondément Zidane, mon époux, ainsi que mes deux enfants, Iness et Anis, qui ont été mes piliers durant ce périple. Leur amour, leur grande patience et leurs encouragements m'ont portée dans les moments de fatigue, de doute et de découragement. Sans eux, ce mémoire et ce master n'auraient pas été les mêmes. Je leur en suis infiniment reconnaissante.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Je déclare avoir eu recours à un outil d'intelligence artificielle (ChatGPT) à des fins de correction orthographique et de reformulation de certains passages de ce mémoire. Je précise toutefois que la réflexion, le contenu et les interprétations développées dans ce travail me sont propres.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

HSPA	Performance of the Belgian health system
ETP	Equivalent temps plein
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
FOREM	Service public de l'emploi et de la formation professionnelle en Wallonie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
UGIB	Union générale des infirmiers de Belgique
GIBBIS	Gezondheidinstellingen Brussel Bruxelles institutions de santé
CII	Conseil international des infirmières
TPP	Titre professionnel particulier
GHdC	Grand hôpital de Charleroi
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
AFISO	Association francophone des infirmiers de salle d'opération
SIEP	Service d'information sur les études et les professions

Table des matières

1. Introduction	10
2. Cadre théorique	12
2.1. Contexte global de la profession infirmière en Belgique	12
2.1.1. <i>La pénurie infirmière</i>	12
2.1.1.1. <i>Ampleur du phénomène</i>	12
2.1.1.2. <i>Causes identifiées</i>	13
2.1.1.2.1. <i>La charge de travail</i>	14
2.1.1.2.2. <i>La rémunération</i>	15
2.1.1.2.3. <i>La charge émotionnelle</i>	15
2.1.1.2.4. <i>La charge physique</i>	16
2.1.1.2.5. <i>Le soutien de la hiérarchie</i>	17
2.1.1.3. <i>Conséquences</i>	17
2.1.1.3.1. <i>Sécurité et qualité des soins</i>	18
2.1.1.3.2. <i>Turnover</i>	19
2.1.2. <i>Réponses institutionnelles et managériales à la pénurie</i>	20
2.1.3. <i>Les différents statuts des infirmiers en Belgique</i>	22
2.1.3.1. <i>Infirmiers salariés</i>	22
2.1.3.2. <i>Infirmiers indépendants</i>	23
2.1.3.3. <i>Infirmiers intérimaires</i>	23
2.2. Organisation générale du bloc	25
2.2.1. <i>Le bloc opératoire et ses spécificités</i>	25
2.2.2. <i>Description des différentes fonctions infirmières au sein du quartier opératoire.</i>	25
2.2.2.1. <i>Infirmier circulant</i>	26
2.2.2.2. <i>Infirmier instrumentiste</i>	26
2.2.2.3. <i>Infirmier aide anesthésiste</i>	27
2.2.3. <i>Valorisation symbolique des rôles.</i>	27
2.3. Recours aux infirmiers intérimaires	28
2.3.1. <i>Intérimaires salariés et intérimaires indépendants : enjeux de la fidélisation.</i>	28
2.3.2. <i>Logiques managériales aux recours à l'intérim et conséquences organisationnelles</i>	29
2.4. Conclusion du cadre théorique	29
3. Méthodes	30
3.1. Question de recherche et objectifs	30
3.2. Introduction méthodologique et ancrage contextuel	31
3.3. Méthode de collecte des données	32

3.3.1.	<i>Revue de la littérature</i>	32
3.3.2.	<i>Critères de sélection et échantillonnage</i>	33
3.3.3.	<i>Collecte des données</i>	34
3.3.4.	<i>Méthodes d'analyse des données</i>	34
4.	Résultats	35
4.1.	Présentation de l'échantillon	35
4.2.	Présentation des résultats	37
4.2.1.	<i>Entretiens des infirmiers de bloc opératoire</i>	37
4.2.1.1.	<i>Répartition des rôles et des tâches</i>	37
4.2.1.1.1.	<i>Organisation de la répartition</i>	38
4.2.1.1.2.	<i>Choix des intérimaires</i>	39
4.2.1.1.3.	<i>Sentiment d'injustice</i>	39
4.2.1.2.	<i>Dynamique d'équipe et collaboration</i>	40
4.2.1.2.1.	<i>Fragilisation du fonctionnement d'équipe</i>	40
4.2.1.2.2.	<i>Intégration</i>	40
4.2.1.2.3.	<i>Perception de différences dans les pratiques</i>	41
4.2.1.2.4.	<i>Tensions liées aux avantages</i>	42
4.2.1.3.	<i>Effets organisationnels perçus</i>	42
4.2.1.3.1.	<i>Réponse au manque d'effectifs</i>	42
4.2.1.3.2.	<i>Fluidité/ efficacité</i>	43
4.2.1.3.3.	<i>Implication</i>	44
4.2.1.4.	<i>Ressenti personnel</i>	44
4.2.1.4.1.	<i>Partage d'expérience</i>	44
4.2.1.4.2.	<i>Tensions relationnelles liées aux rôles/ statuts</i>	45
4.2.1.4.3.	<i>Responsabilité</i>	46
4.2.1.4.4.	<i>Investissement</i>	46
4.2.1.4.5.	<i>Charge de travail</i>	47
4.2.1.4.6.	<i>Valorisation</i>	47
4.2.1.4.7.	<i>Reconnaissance</i>	48
4.2.1.4.8.	<i>Émotion</i>	48
4.2.1.5.	<i>Représentation de la hiérarchie</i>	49
4.2.1.5.1.	<i>Incompréhension</i>	49
4.2.1.5.2.	<i>Dialogue</i>	50
4.2.2.	<i>Entretiens des chefs et adjoints</i>	50
4.2.2.1.	<i>Pénurie de personnel</i>	50
4.2.2.1.1.	<i>Intensité</i>	50
4.2.2.1.2.	<i>Absences</i>	51

4.2.2.1.3.	<i>Évolution</i>	51
4.2.2.2.	<i>Recours à l'intérim</i>	51
4.2.2.2.1.	<i>Condition de continuité/ Nécessité</i>	51
4.2.2.2.2.	<i>Sélection</i>	52
4.2.2.2.3.	<i>Coûts</i>	52
4.2.2.2.4.	<i>Choix managériaux</i>	53
4.2.2.2.5.	<i>Incidences sur l'équipe</i>	53
4.2.2.3.	<i>Organisation de la répartition de travail</i>	54
4.2.2.3.1.	<i>Attribution des tâches</i>	54
4.2.2.3.2.	<i>Attribution des rôles</i>	54
4.2.2.3.3.	<i>Valorisation des équipes</i>	55
4.2.2.4.	<i>Perception des équipes</i>	55
4.2.2.4.1.	<i>Désaccords</i>	55
4.2.2.4.2.	<i>Intégration/ Collaboration</i>	56
4.2.2.4.3.	<i>Surcharge de travail</i>	57
4.2.2.5.	<i>Vision à long terme</i>	57
4.2.2.5.1.	<i>Évolution de l'intérim</i>	57
5.	Discussion	58
5.1.	Mise en perspective au regard du cadre théorique	59
5.2.	Limites de l'étude	62
5.3.	Implications et recommandations	63
6.	Conclusion	65

1. Introduction

Évoluant dans le monde du bloc opératoire depuis plus de 20 années, j'exerce ma profession d'infirmière avec une réelle implication et une envie perpétuelle de faire évoluer les pratiques professionnelles. Travailler au bloc opératoire, c'est exercer dans un environnement exigeant où la précision technique, la collaboration interprofessionnelle et la relation de confiance entre les membres de l'équipe ont une incidence directe sur la sécurité du patient. Dans ce contexte de rigueur, la stabilité des équipes et leurs cohésions constituent des éléments essentiels au bon déroulement des interventions chirurgicales et à la qualité des soins donnés aux patients.

Depuis de nombreuses années, les établissements de soins subissent de plein fouet la pénurie de personnel infirmier et font face à des difficultés croissantes de recrutement et de fidélisation de leur personnel. Les blocs opératoires ne sont évidemment pas épargnés par ce phénomène. Pour y faire face, les hôpitaux développent diverses stratégies pour maintenir l'activité chirurgicale au sein de leur bloc opératoire et recourir à du personnel temporaire en est une. Procéder à l'engagement d'infirmiers intérimaires pour pallier les manques d'effectifs n'est pas nouveau. Mais depuis quelques années, nous devons composer avec une réalité nouvelle : la présence croissante d'infirmiers intérimaires indépendants au sein des salles d'opération. Bien que leur présence soit essentielle pour la continuité de l'activité opératoire, elle soulève des questions quant aux conséquences sur l'organisation, les équipes et leur ressenti. Ce statut d'indépendant au bloc opératoire, assez récent et de plus en plus répandu, est-il sans conséquence sur les infirmiers salariés des hôpitaux ?

C'est à partir de mon propre vécu professionnel d'infirmière spécialisée en soins péri-opératoires au GHdC que la réflexion autour de ce mémoire s'est construite. Quotidiennement, j'ai pu observer des tensions récurrentes autour de la répartition des rôles d'instrumentation, d'attribution de tâches ou de telle ou telle spécialité. Témoin au quotidien des dynamiques qui se jouent entre infirmiers salariés permanents et intérimaires indépendants, j'ai pris conscience que ce phénomène de recours à l'intérim était souvent abordé sous un angle de continuité organisationnelle ou budgétaire. Mais l'introduction de ce nouveau statut dans les blocs est porteuse de ressentis profonds qui sont rarement exprimés et peu documentés. C'est donc naturellement que mes observations m'ont poussée à vouloir comprendre les enjeux collectifs et organisationnels que recouvre réellement le recours à l'intérim, en recueillant le ressenti des infirmiers salariés de terrain.

Dans le cadre de ce mémoire, nous poserons, dans la première partie, le cadre théorique basé sur une recherche documentaire des différents éléments constitutifs de mon questionnement. Nous développerons ensuite les choix méthodologiques et contextuels retenus. Nous exposerons nos résultats et procéderons à leurs discussions en les confrontant à la littérature consultée dans le cadre théorique. Nous terminerons ce travail de recherche en précisant ses limites, et nous envisagerons les implications et les recommandations.

2. Cadre théorique

2.1. Contexte global de la profession infirmière en Belgique

2.1.1. La pénurie infirmière

2.1.1.1. Ampleur du phénomène

La gestion des effectifs de santé représente l'un des enjeux les plus importants auxquels le système de santé belge sera confronté dans les prochaines années. La pénurie infirmière, en particulier, demeure un défi central pour garantir un accès équitable et sécurisé aux soins de santé. Selon l'OMS, il manquera 4,5 millions d'infirmiers dans le monde d'ici à 2030 (World Health Organization, 2025). En Belgique, la problématique de la pénurie se manifeste également de manière notable. En 2021, selon le rapport sur la performance du système de santé belge (KCE, 2024), le nombre de diplômés infirmiers s'élevait à 5 304. Ce chiffre marque une baisse significative par rapport à 2018 (avant la pandémie de covid-19), où l'on recensait 6 446 diplômés. Baisse qui s'expliquerait par l'allongement de la durée des études d'infirmiers ainsi qu'à la pandémie du covid-19. Toujours selon les projections de ce rapport KCE 2024, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé devait progresser de 4,6% entre 2023 et 2028 (soit l'équivalent de 5 198 ETP supplémentaires). Bien que cette progression soit positive, elle ne suffira pas pour atteindre un ratio de sécurité hospitalier patients/infirmiers sûr et durable, comme recommandé dans le rapport 325 du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE, 2020). Toujours dans cette trajectoire, selon une étude menée conjointement par l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes et la mutualité chrétienne (2024), il est projeté que le nombre d'infirmiers augmente pour la période 2021-2046 (annexe 1). Cette étude met en avant le fait que les densités pondérées¹ diminueront. Ce qui indique l'équilibre précaire entre le nombre d'infirmiers et les besoins croissants en matière de soins de santé de la population belge. Ces données chiffrées témoignent de l'ampleur de la pénurie infirmière actuelle et future dans le domaine des soins de santé, ainsi que le déséquilibre grandissant entre l'offre et la demande de soins. À ce déséquilibre viennent

¹ Chiffres qui reflètent l'évolution du nombre d'infirmiers par rapport aux besoins en santé de la population.

s'ajouter des conditions de travail à la fois difficiles et exigeantes, entraînant un épuisement progressif des professionnels en activité et le turnover du personnel.

Dès lors, il apparaît essentiel d'identifier les causes fondamentales de ce phénomène afin de mieux comprendre les origines de cette pénurie.

2.1.1.2. Causes identifiées

Le métier d'infirmier s'inscrit dans la liste des métiers dits des fonctions critiques et en pénurie en Wallonie. Une fonction critique est un métier où le délai de recrutement est plus long. Alors qu'une fonction en pénurie fait face à un manque de candidats. Le métier d'infirmier fait partie des 11 fonctions en pénurie dans le secteur des soins de santé, au côté des pharmaciens et des aides-soignants entre autres (Le Forem, 2025)². Cette pénurie, reconnue par les pouvoirs publics, est le reflet d'un secteur en souffrance. La persistance et l'aggravation de la pénurie infirmière en Belgique résultent d'une dynamique aux multiples causes.

« C'est une belle profession, mais beaucoup trop exigeante physiquement et mentalement et assurément sous-évaluée. Les infirmières sont des personnes qui ont une famille et une vie sociale. Nous ne sommes plus des religieuses qui n'avaient rien d'autre à faire. Dommage que cette profession soit tuée par une charge de travail trop importante, un salaire trop bas, une valorisation trop faible, des horaires imprévisibles, Je conseille à tout le monde d'étudier autre chose. C'est dommage car je suis la prochaine génération qui aura besoin de soins. Je m'en inquiète. »³

Ce témoignage reflète à lui seul une partie des difficultés auxquelles la profession infirmière est confrontée, et probablement certaines raisons de la pénurie.

Selon l'étude dont ce témoignage est extrait, près d'un infirmier sur quatre en Belgique se dit insatisfait de sa profession (annexe 2). Les entretiens ont mis en avant que les conditions et la charge de travail rendent difficile l'exercice de la profession. Aussi, près de la moitié déclare être insatisfait de son environnement de travail (annexe 3). Si l'insatisfaction liée aux

² <https://www.leforem.be/documents/chiffres-et-analyses/analyses/analyse-liste2025-fonctions-critiques.pdf>

³ Témoignage provenant de l'étude d'Abraham & al., de février 2025 commandée par le SPF santé publique, *Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, DG Soins de Santé, Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé.*

perspectives professionnelles et l'utilisation des compétences professionnelles s'avère être un facteur d'intention de quitter l'hôpital (Enea & al., 2024), l'insatisfaction globale est un déterminant significatif de l'intention de quitter la pratique professionnelle (Enea & al., 2024). On peut donc comprendre que l'insatisfaction des conditions globales de travail est un facteur de fuite du personnel. Selon Abraham & al. (2025), les cinq conditions qui satisfont le moins les infirmiers sont : la charge de travail, le salaire, la charge émotionnelle du travail, la charge physique du travail et le soutien de la hiérarchie.

2.1.1.2.1. La charge de travail

La charge de travail constitue une notion complexe à définir et à évaluer. Elle comprend le volume de tâches assignées par l'employeur, mais aussi une dimension plus subjective du ressenti des travailleurs (INSPQ, s.d.). L'augmentation de la charge de travail des infirmiers serait liée à l'association de plusieurs facteurs parmi lesquels : la croissance des tâches administratives, l'accroissement des attentes des patients, les avancées techniques nécessitant adaptation et formation, la rotation importante des patients par lit et le manque d'effectifs lié à la pénurie et à l'absentéisme (Abraham & al., 2025).

Le suivi de la charge de travail dans les établissements de soin repose, en partie, sur le suivi d'indicateurs de performances. L'un de ces indicateurs est le ratio patients/soignants. En Belgique, des recommandations encadrent les normes de dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux aigus, afin d'assurer une pratique professionnelle sécurisée et de garantir la qualité des soins. Le nombre moyen de patients par infirmier est de 10,7 en Belgique. La moyenne européenne, elle, se situe à 8,3 (Van den heede & al., 2020). On estime que la prise en charge de plus de 8 patients par infirmier constitue l'indicateur d'un environnement de soin peu sûr (Van den heede & al., 2019, p. 2 in Lavergne & Janssens, 2024). Nous nous trouvons donc largement au-dessus de cette moyenne. Il est démontré qu'un ratio patients/infirmier faible est positif pour le patient (diminution de la mortalité, amélioration des outcomes et des expériences rapportées par le patient). Il est également bénéfique pour les soignants car cela améliore leur bien-être (Van den heede & al., in Lavergne & Janssens, 2024). À contrario, un nombre de patients par infirmier élevé expose notamment à un risque d'épuisement professionnel et renforce l'intention du personnel soignant de quitter la profession (Bruyneel & al., 2023, in Lavergne & Janssens, 2024).

2.1.1.2.2. La rémunération

Si nous nous référons à l'étude sur les activités, la carrière et l'évolution de la profession infirmière (Abraham & al., 2025), 48 % des infirmières estiment que réduire leur charge de travail améliorerait leurs conditions de travail. Mais en premier lieu, les infirmiers pointent la revalorisation salariale comme l'élément le plus favorable à une meilleure condition de leur profession (tableau en annexe 4). Valorisation salariale qui doit être, selon eux, en accord avec la pénibilité de leur profession (Abraham & al., 2025). Le décalage entre l'intensité du travail fourni et la rémunération apparaît comme un élément déterminant dans la décision de quitter la profession infirmière (Enea & al., 2024). D'autres études convergent vers des conclusions similaires : de manière générale, l'insatisfaction salariale est étroitement associée à l'intention de quitter la profession (Domagała & Dubas-Jakóbczyk, 2019 ; Karlsson & al., 2019 ; in Enea & al., 2024).

2.1.1.2.3. La charge émotionnelle

Un emploi dit à charge émotionnelle élevée renvoie à un métier où l'on est exposé de manière régulière à des situations poignantes. Ces situations sont souvent vécues par les professionnels des soins de santé (le guide social, 2014). L'exercice de la profession infirmière ne se limite pas aux seules compétences techniques et aux responsabilités qui en découlent, mais comporte une dimension émotionnelle particulièrement marquée. D'ailleurs, selon le témoignage de 48 % des infirmiers (annexe 5), cette charge émotionnelle fait partie des critères d'insatisfaction dans la profession (Abraham & al., 2025). Les éléments mis en avant par ceux-ci comme contribuant à ce fardeau émotionnel sont :

- Une qualité de travail non conforme aux attentes, qui fait naître un sentiment de culpabilité et une « peur de mal faire ».
- L'augmentation de la charge et du stress au travail.
- Les exigences croissantes des patients et de leurs familles, ce qui rend les relations plus conflictuelles qu'auparavant.
- Des tâches éloignées de leur cœur de métier qui s'ajoutent à leur charge de travail et qui deviennent particulièrement éprouvantes au quotidien (tâches administratives, par exemple). La difficulté à concilier le « prendre soin » avec les exigences administratives

et la surcharge de travail entraîne une déshumanisation des actes (Cors, 2023 in Lavergne & Janssens, 2024).

Nous abordions dans le paragraphe précédent le sujet de la rémunération. Bien que celle-ci soit un facteur déterminant dans l'intention de quitter la profession, l'aspect psychologique n'est pas à négliger. L'attractivité salariale ne peut, à elle seule, garantir la satisfaction que l'on éprouve dans l'exercice de sa profession. « *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). La charge émotionnelle est un facteur majeur d'intention de quitter la profession. Plus précisément, l'épuisement professionnel des infirmières, qui se manifeste par une fatigue émotionnelle et une dépersonnalisation⁴, est un facteur déterminant dans la décision de quitter son emploi (Sasso & al, 2019). Conscient des enjeux qui se jouent autour de cette charge émotionnelle, elle est devenue le cheval de bataille des syndicats et autres associations représentant les infirmiers. L'union générale des infirmières de Belgique (UGIB), qui a pour objectif de promouvoir les intérêts des praticiens de l'art infirmier, mentionne dans son mémorandum 2024⁵ qu'il est essentiel d'améliorer l'attractivité de la profession avec comme solutions proposées pour atteindre cet objectif : l'amélioration de la santé et du bien-être au travail, un bon équilibre vie professionnelle et vie privée et l'amélioration des conditions de travail.

2.1.1.2.4. La charge physique

Associée à la charge émotionnelle que nous venons d'aborder, la profession infirmière est également confrontée à une série de tâches physiques particulièrement exigeantes. La charge physique est le 4^{ème} critère d'insatisfaction que partage 45 % des infirmiers⁶ (Abraham & al., 2025). Les tâches physiques associées à ce métier sont nombreuses et contraignantes : manutention et mobilisation des patients, adoption de postures pénibles, déplacements fréquents au sein du service ou de l'hôpital, manipulation de matériels lourds, ainsi que les contraintes physiques liées aux horaires irréguliers, entre autres. Les infirmiers rapportent que cette pénibilité physique a des répercussions notamment sur le dos et les épaules (Abraham &

⁴ Insensibilité au monde environnant, déshumanisation de la relation à l'autre (INRS, 2024). Composante du burnout, avec l'épuisement émotionnel et la réduction de l'accomplissement personnel. (Maslach, 1981)

⁵ https://issuu.com/w247/docs/memorandum_fr

⁶ Diagramme en annexe 5

al., 2025). Ces constatations sont corroborées par la littérature scientifique qui met en avant que le personnel infirmier est le personnel de santé le plus à risque de souffrir de troubles musculosquelettiques liés au travail (Soylar & Ozer, 2018). Selon cette revue de la littérature (Soylar & Ozer, 2018), il est mentionné que les douleurs dorsales sont identifiées comme la plainte la plus fréquemment rapportée. Par ailleurs, les troubles musculosquelettiques pourraient avoir un impact sur la qualité de vie, créer des contraintes professionnelles, provoquer de l'absentéisme et, dans certains cas, aller jusqu'à un désir de changer d'emploi.

2.1.1.2.5. Le soutien de la hiérarchie

Le dernier point que l'on abordera dans ce chapitre relatif aux causes possibles de la pénurie est le soutien hiérarchique. De nombreuses infirmières témoignent de l'insuffisance de soutien de leur hiérarchie. En Belgique, toujours selon l'étude de 2025 (Abraham & al., 2025), 41 % des infirmières sont insatisfaites du soutien de leur hiérarchie (annexe 7). Les infirmières interrogées pointent l'absence de formation en management de leurs responsables, dont la fonction repose davantage sur l'ancienneté que sur les compétences réellement acquises. La littérature met, par ailleurs, en évidence que l'efficacité, la qualité et le style du leadership jouent un rôle déterminant (De Vries & al., 2023). Il est précisé, dans cette revue systématique, que le soutien hiérarchique ainsi que la confiance verticale sont des éléments qui favorisent la rétention du personnel. À l'inverse, un style de leadership plus paternaliste semble conforter les infirmiers dans l'idée de quitter leur emploi (De Vries & al., 2023). Dans la même perspective, les gestionnaires d'équipe qui managent en adoptant un leadership fondé sur une vision commune, la confiance, l'inspiration et la défense de leurs groupes sont perçus comme plus efficaces que ceux dont la pratique managériale s'axe sur les tâches (Alluhaybi & al., 2023). Toutes ces études confirment que le soutien de la hiérarchie constitue un facteur important dans la satisfaction du personnel infirmier et de rétention de celui-ci.

2.1.1.3. Conséquences

Tout au long du précédent chapitre, nous avons abordé les causes possibles de la pénurie infirmière. Mais les frontières entre causes et conséquences sont souvent très poreuses. Elles se rejoignent étroitement pour créer un cercle vicieux. Les causes de la pénurie n'agissent pas de

manière isolée, mais s'entremêlent avec les conséquences dans un engrenage où chaque élément renforce ce cycle difficile à rompre.

2.1.1.3.1. Sécurité et qualité des soins

Le patient est au centre des préoccupations des professionnels de la santé. Ils attachent une importance particulière à la sécurité de celui-ci et à la qualité des soins prodigués. La pénurie ne se limite pas exclusivement à un problème de ressources humaines, mais a des répercussions directes sur le patient. Un infirmier sur quatre perçoit la qualité des soins de sa structure de travail comme moyenne, voire mauvaise (annexe 8). Selon les infirmiers questionnés, la qualité des soins s'est progressivement altérée au cours des dernières années (Abraham & al., 2025). Le manque de personnel infirmier contribuant à la dégradation de la qualité de leur travail et compromet la sécurité du patient. Dans le rapport du KCE qui traite de la dotation infirmière pour des soins plus sûrs, plus de la moitié des infirmières estiment la sécurité du patient compromise (Van den Heede & al., 2020). Dans ce même rapport, la notion de soins non effectués est abordée. Il est mentionné que lorsque la charge des infirmiers est trop élevée, ils priorisent certains soins au risque de ne pas dispenser l'ensemble de ceux-ci, pourtant indispensables. En effet, plus de 80 % des infirmiers déclarent, dans l'enquête d'Abraham & al., de 2025, qu'ils n'ont pas pu effectuer toutes les activités nécessaires au chevet du patient lors de leur dernier shift. Ces soins non réalisés sont un critère de qualité des soins qui a une importance particulière, les études scientifiques démontrant que ceux-ci ont un lien, notamment, avec la mortalité des patients. Cette approche de soins non prodigués serait un mécanisme clé par lequel les infirmiers influenceraient négativement les résultats pour le patient (Van den Heede & al., 2020). En termes de mortalité, les données montrent qu'un effectif infirmier important permet une diminution de celle-ci (Dall'Ora & al., 2022). Mais aussi, que le lien est évident entre la mortalité chez les patients et les « soins manqués » (He & al., 2025).

La pénurie infirmière n'impacte pas seulement les professionnels de la santé sur le terrain, les patients en subissent directement les effets et sont aux premières loges de ses conséquences.

2.1.1.3.2. Turnover

Le turnover peut être défini comme : une rotation de personnel dans une entreprise⁷. Ce phénomène de renouvellement de personnel est à la fois une conséquence directe de la pénurie, mais également un facteur qui l'aggrave. Au niveau mondial, le taux global de turnover chez les infirmiers est de 16 % (Ren & al., 2024). Tendence confirmée au niveau national, car 16 % du personnel infirmier envisagerait de quitter la profession. Ce turnover peut prendre différentes formes, comme des mobilités internes à une institution (changement de service par exemple) ou externes (vers d'autres établissements ou d'autres secteurs de soins). Il est tout de même important de noter que parmi ces 16 %, 39 % de ceux-ci abandonneraient totalement le secteur des soins de santé (Abraham & al., 2025).

Une association forte existe entre le turnover et la satisfaction au travail (Li & al., 2023). Quand on observe les chiffres de satisfaction des infirmiers vis-à-vis de leur emploi (Abraham & al., 2025), mentionnés tout au long des points précédents de ce mémoire, il est essentiel de rester vigilant au maintien d'un environnement de travail favorable. Plusieurs études mettent en avant que la profession infirmière a un taux de turnover plus élevé que les autres professionnels de la santé, et qu'il est par conséquent urgent de s'en préoccuper sérieusement pour éviter d'aggraver l'épuisement du corps infirmier (Ren & al., 2024).

En conclusion de ce chapitre sur la pénurie infirmière, on peut dire que cette pénurie est un phénomène complexe et difficile à cerner. On ne peut, en effet, difficilement isoler les causes et les conséquences, tant celles-ci sont étroitement liées et entretiennent un mécanisme d'influence réciproque, créant un véritable cercle vicieux. La surcharge mentale et physique constante abîme les infirmiers au quotidien et diminue leur bien-être au travail, ce qui augmente l'absentéisme, les démissions et le turnover qui eux-mêmes accentuent la surcharge, aggravant un peu plus la pénurie. Cette spirale menace la profession infirmière mais avant tout, elle détériore la qualité et la sécurité des soins du patient.

Ce qui est préoccupant, c'est qu'un infirmier sur deux ne referait pas le même choix d'orientation professionnelle, si c'était à refaire. Aussi, plus d'un tiers des infirmiers ne conseilleraient pas à leur entourage de choisir cette profession (Abraham & al., 2025). Il y a donc du travail pour améliorer la perception de ce métier, pour ainsi espérer une meilleure promotion

⁷ Définition provenant du Larousse en ligne.

de celui-ci et susciter de nouvelles vocations. Quelques recommandations du KCE, pour rendre plus attractif le milieu de travail des infirmiers et améliorer la sécurité du patient, seraient de libérer des budgets supplémentaires (pour notamment garantir un ratio patient/infirmier plus sûr), d'avoir une réflexion avec les acteurs concernés sur l'exploitation correcte de l'expertise des infirmiers (délégation des tâches non liées aux soins), que les hôpitaux veillent « à créer un environnement de travail attractif, sécurisant et agréable pour les infirmiers. Ceci implique, en plus d'une dotation suffisante, un investissement dans le leadership, une participation à la politique hospitalière, de bonnes relations avec les médecins et une bonne qualité des soins » (Van den Heede & al., 2020).

2.1.2. Réponses institutionnelles et managériales à la pénurie

Face aux difficultés liées à l'ampleur de la pénurie, les institutions de santé développent des stratégies visant à maintenir leurs ressources en personnel soignant. Selon l'OMS, les pays européens doivent miser sur l'accroissement des inscriptions dans les écoles de nursing et la fidélisation du personnel (OMS, 2025). Il nous apparaît donc essentiel d'aborder le recrutement de nouveaux professionnels, tout juste sortis des bancs de l'école, et la fidélisation du personnel déjà en poste.

Dans ce contexte de manque flagrant de main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé, ce ne sont plus les candidats qui doivent convaincre, mais bien les recruteurs qui doivent soigner leur attractivité et leur compétitivité (Dancot & Giraud, 2025). Divers événements sont régulièrement organisés afin d'offrir aux employeurs l'opportunité de mettre en avant leurs meilleurs arguments dans l'espoir d'attirer de futurs collaborateurs. Des événements tels que les jobdays, forums des étudiants et autres, sont organisés par les écoles, les associations infirmières ou par les employeurs eux-mêmes. Les recruteurs sont confrontés à une énorme concurrence et se doivent d'être inventifs dans ce qu'ils proposent aux étudiants. Conscients de la conjoncture, ceux-ci sont plus enclins à être sélectifs et voir leurs exigences à la hausse (Dancot & Giraud, 2025). Les services de ressources humaines proposent une variété d'avantages, tels que : des primes à l'engagement, des chèques-repas, des assurances-groupe, des jours de congé supplémentaires, ristournes dans les commerces, activités sportives et de bien-être... Les institutions de soins en quête de nouveaux talents sont conscientes de l'importance de cette relève précieuse, qu'il convient de valoriser et d'accompagner avec

attention au cours de leur formation. En effet, quand on sait qu'un étudiant sur deux est à risque de burn-out académique (UGIB, 2022), il est pertinent de renforcer l'accompagnement des étudiants durant leur cursus académique. Et plus particulièrement, lors des stages qui composent la moitié du temps de la formation d'un étudiant infirmier (Grard & al., 2023). La première expérience de stage a été difficile pour presque un étudiant sur deux (Grard & al., 2023). Les stagiaires sont souvent considérés comme une main-d'œuvre supplémentaire pour effectuer les tâches quotidiennes du planning de soins. Ils font partie intégrante des équipes et participent au fonctionnement des institutions de soins, en soutenant et en allégeant le travail des professionnels sur le terrain (Le Bezvoët, 2007 in Grard & al., 2023). Pour éviter que ces expériences de stage ne se transforment en cauchemar pour certains étudiants, il convient de soigner leur accueil et leur accompagnement. D'ailleurs, différentes recommandations d'action sont faites (GIBBIS, 2023), comme : un meilleur accompagnement des stagiaires et une revalorisation de leur référent, et une proposition d'indemnisation des stages de la 4^{ème} année d'études pour rendre plus attractive la formation infirmière. Les accompagner correctement évite un abandon de la formation ou du secteur. Il faut qu'ils se sentent plus soutenus et entourés lors de leurs débuts (GIBBIS, 2023).

Outre la volonté de prendre soin de la formation des futurs professionnels, les employeurs se tournent également vers le recrutement de main-d'œuvre venant de pays étrangers. En Belgique, 4,2 % des infirmiers sont de nationalité étrangère (KCE, 2024). Ce pourcentage faible peut s'expliquer par les démarches administratives difficiles. Quelques actions sont proposées par les représentants des institutions de soins pour faciliter l'arrivée des infirmiers étrangers en Belgique, comme la simplification de l'obtention d'une équivalence de diplôme ou d'un titre de séjour et de travail (GIBBIS, 2023). Néanmoins, cette migration mondiale infirmière, qui apparaît comme une solution à la pénurie en Belgique, devient une préoccupation mondiale. En effet, selon le rapport annuel de 2024 du Conseil International des Infirmières (CII), la migration du personnel infirmier favoriserait les pays les plus riches en favorisant l'exode de personnel des pays à revenus intermédiaires et faibles, ce qui augmenterait les inégalités sociales mondiales entre les pays les plus riches et les plus pauvres (CII, 2024).

Selon l'OMS (2025), la priorité en Europe est de se focaliser sur la fidélisation du personnel infirmier dans le but de compenser les départs à la retraite et de limiter le recours aux recrutements internationaux. Contrairement au recrutement, qui consiste à augmenter le nombre de travailleurs, la fidélisation vise à maintenir des conditions de travail propices à inciter les travailleurs à rester en poste. En matière de pérennisation de personnel, le secteur des soins de

santé déploie ainsi un bon nombre d'efforts. Différents projets sont mis en place pour offrir cet environnement favorable. On peut, par exemple, citer les projets d'accompagnement des nouveaux engagés, qui reposent sur des systèmes de tutorat assumés par des infirmiers expérimentés. Ces programmes de suivi et de formation des nouveaux engagés diminuent le turnover et tendent à fidéliser le jeune personnel infirmier (Södergård & al., 2025).

Plus largement, les directions infirmières devraient s'atteler à offrir un environnement qui favorise la satisfaction au travail, le développement de carrière et l'équilibre vie professionnelle/vie privée de ses employés. Ces trois facteurs sont considérés comme essentiels à la fidélisation (De Vries & al., 2023).

2.1.3. Les différents statuts des infirmiers en Belgique

En Belgique, les travailleurs ont la possibilité d'exercer le métier d'infirmier sous différents statuts d'exercices. Ils peuvent pratiquer leur profession comme salariés ou indépendants. Parfois, les travailleurs combinent ces deux statuts. En 2023, on comptait 9,84 % d'infirmiers travaillant à la fois comme salariés et comme indépendants (PlanCad infirmiers 2023, 2025). Chacun de ces statuts offre des avantages divers, ainsi que des conditions de travail et de rémunérations différentes.

2.1.3.1. Infirmiers salariés

La proportion d'infirmier salarié exclusif est d'un peu plus de 77 % en Belgique. La grande majorité de ces salariés (58 %) travaillent en milieu hospitalier (PlanCad infirmiers 2023, 2025). Un travailleur salarié est lié par un contrat de travail à son employeur, ce contrat engage le travailleur à effectuer un travail moyennant rémunération sous l'autorité de son employeur. Les éléments essentiels du contrat sont : le contrat (convention bilatérale), le travail, la rémunération et le lien d'autorité (SPF emploi, travail et concertation sociale, s.d.). Les infirmiers salariés ont une certaine stabilité de leur emploi, avec des conditions réglementées par les commissions paritaires et les conventions collectives de travail. Celles-ci rassemblent les conditions de travail et de rémunération des infirmiers⁸.

⁸ Pour exemple, CP330 : <https://www.cgsib.be/fr/cp-330-conditions-de-travail-et-de-remuneration>

2.1.3.2. Infirmiers indépendants

La distinction entre un travailleur salarié et un travailleur indépendant est liée à l'existence ou non d'un lien de subordination (SPF emploi, travail et concertation sociale, s.d.). Un travailleur indépendant est autonome dans l'exercice de son métier sans être lié par un contrat de travail (Inasti, s.d.). Le travailleur indépendant est aussi considéré comme autonome vis-à-vis de la sécurité sociale (Belgium.be, s.d.). Les infirmiers indépendants doivent, pour commencer leur activité, s'affilier à une caisse d'assurance sociale. Ils devront s'acquitter des cotisations de sécurité sociale, qui correspondent à un pourcentage du revenu professionnel net, lesquelles ouvrent le droit à une protection sociale de base (tels que la pension ou l'assurance maladie invalidité, par exemple). S'ils souhaitent une protection sociale plus large, ils doivent recourir à la souscription d'assurances complémentaires (Belgium.be, s.d.). En Belgique, 13 % des professionnels actifs de l'art infirmier ont le statut d'indépendant exclusif (PlanCad infirmiers 2023, 2025). Travailler en tant qu'indépendant, c'est organiser son travail seul, choisir ses horaires et développer un projet professionnel personnalisé (Wallonie.be, s.d.). Ces perspectives poussent de plus en plus d'infirmiers exerçant à l'hôpital à se diriger vers une carrière d'indépendant (Abraham & al., 2025). Les infirmiers déclarent vouloir être maître de leur charge de travail, de leur rémunération et de leur manière d'effectuer leur métier (Abraham & al., 2025).

2.1.3.3. Infirmiers intérimaires

Un infirmier intérimaire est un infirmier engagé par une société de travail intérimaire, qui le met ensuite à disposition d'entreprises utilisatrices afin d'y exécuter des missions de nature temporaire (SPF emploi, travail et concertation sociale, s.d.). Le contrat de travail d'un intérimaire se distingue de celui d'un salarié par le fait qu'il repose sur un engagement en tripartite, impliquant le travailleur, l'entreprise d'intérim et l'entreprise utilisatrice (SPF emploi, travail et concertation sociale, s.d.). Le recours à des infirmiers intérimaires est en augmentation depuis 2019. Au sein des hôpitaux généraux, les intérimaires constituaient 3,6 % du personnel soignant en 2023 (Cour des comptes, 2025).

Globalement, un infirmier intérimaire a un coût plus élevé qu'un infirmier salarié. Le coût journalier d'un infirmier intérimaire est estimé entre 35 % et 50 % supérieur à celui d'un infirmier salarié. Ce recours à l'intérim représente une charge financière non négligeable pour

les établissements de soins (Cour des comptes, 2025). D'ailleurs, la Cour des comptes (2025, p.81) recommande de « suivre le surcoût du travail intérimaire dans les hôpitaux pour en maîtriser l'incidence financière globale ».

Les avantages de choisir ce statut de travail d'intérimaire sont de bénéficier d'avantages extra-légaux plus nombreux et de pouvoir organiser son emploi du temps plus facilement (Cours des comptes, 2025). En effet, les contrats d'intérimaires permettent une plus grande liberté dans l'organisation de l'horaire de travail et de choisir quand travailler ou pas. L'infirmier en intérim dispose d'un meilleur contrôle de son temps de travail (Rigoulot, 2013). L'intérimaire en temps plein peut aussi effectuer des heures qui excèdent son temps de travail afin de compléter ses revenus (Le guide social, 2023). La pénurie de personnel infirmier est telle, dans les établissements de soins, que les intérimaires ont la liberté de pouvoir choisir où travailler. Plusieurs agences d'intérim proposent des missions dans les soins infirmiers, y compris dans des services plus spécialisés tels que le bloc opératoire. On observe également l'existence de sociétés de mise en relation d'infirmiers indépendants spécialisés pour le bloc opératoire⁹. Ces sociétés proposent des professionnels expérimentés pour l'ensemble des fonctions propres aux infirmiers de bloc opératoire.

Suite à l'analyse des différents statuts des infirmiers en Belgique et à la lumière des sources consultées tout au long de ce travail de recherche, le tableau¹⁰ suivant propose un récapitulatif des avantages et des inconvénients associés à ceux-ci.

	Avantages		Désavantages	
Statut	Equipes	Ressources humaines	Equipes	Ressources humaines
	Equipes	Ressources humaines	Equipes	Ressources humaines
Salariés	• Connaissances du terrain • Cohésion d'équipe • Communication fluide	• Adhésion à la culture d'entreprise • Engagement mutuel avec fidélisation plus facile	• Charges de travail supplémentaires en cas d'absentéisme	• Gestion difficile de l'absentéisme • Recrutement compliqué • Flexibilité relative lors de modifications horaires
intérimaires salariés ou indépendants	• Soulagement temporaire de la charge de travail • autonomie • efficacité technique	• Maintien de l'activité opératoire • Flexibilité plus grande des horaires • Possibilité (relative) de recrutement des profils adaptés	• Intégration parfois difficile • Sentiment d'injustice salariale • Sentiment d'injustice dans la répartition des rôles • Peu d'implication dans l'organisation générale	• Coût élevé • Dépendance aux agences • Risque de fragilisation des dynamiques de groupe • Fidélisation faible

⁹ Exemples : Hands4Surgery (<https://www.hands4surgery.be/>), Surgical Help (<https://www.surgical-help.be/>).

¹⁰ Tableau élaboré par mes soins à partir principalement des sources suivantes : Bourquin (2023), Durieux (2023), Hallez (2020), Van Cauwenberge (2025), Federgon (2022).

2.2. Organisation générale du bloc

2.2.1. Le bloc opératoire et ses spécificités

On peut définir les soins infirmiers au bloc opératoire comme « la somme des prestations de soins qui tendent à identifier et à combler les besoins du patient en chirurgie »¹¹. L'infirmier de bloc opératoire organise, d'une part, le suivi du patient dès son arrivée au quartier opératoire jusqu'à sa sortie de la salle de réveil ; et d'autre part, la gestion globale des instruments et appareillages spécifiques, sans oublier l'assistance aux médecins (Afiso, s.d.). Pour exercer en tant qu'infirmier au bloc opératoire, un diplôme d'infirmier gradué ou bachelier en soins infirmiers est nécessaire, ainsi que l'obtention du visa de ce diplôme délivré par le SPF Santé Publique. Il existe cependant une spécialisation en soins péri-opératoires qui ouvre l'accès à l'agrément d'infirmiers spécialisés en soins péri-opératoires (Moniteur belge, 2014). Ce titre professionnel particulier (TPP) n'est pas indispensable pour l'exercice de la profession infirmière au bloc opératoire, mais il constitue une reconnaissance des acquis d'apprentissage de cette année de spécialisation. La reconnaissance de ce titre ouvre le droit de bénéficier d'un complément salarial annuel (SIEP, 2019). Pour prétendre au maintien de cette spécialisation, les infirmiers en soins péri-opératoires sont tenus de justifier d'une formation permanente de soixante heures tous les quatre ans et d'une pratique de mille cinq cents heures auprès de patients en consultation préopératoire, au quartier opératoire, en salle de réveil ou en chirurgie ambulatoire, ou dans les services hautement spécialisés pour interventions invasives, diagnostiques et thérapeutiques¹² (Moniteur belge, 2014).

2.2.2. Description des différentes fonctions infirmières au sein du quartier opératoire.

L'infirmier de bloc opératoire est amené à déployer des compétences multiples pour assumer alternativement plusieurs rôles distincts : infirmier circulant, infirmier instrumentiste et infirmier aide anesthésiste. Ces différentes fonctions s'articulent parfaitement comme une pièce de théâtre bien orchestrée. Elles sont chacune indispensable au bon déroulement des différentes procédures.

¹¹ Source: https://www.afiso.be/L-infirmier-e-de-Salle-d-operation-qui-est-elle-il--que-fait-elle-il_a15.html (p.1)

¹² Arrêté ministériel du 26 mars 2014, p.35870.

2.2.2.1. Infirmier circulant

L'infirmier circulant au bloc opératoire joue un véritable rôle de coordinateur dans l'organisation de l'intervention chirurgicale. Il synchronise l'ensemble des activités de l'équipe, assure l'enchaînement de toutes les étapes de la prise en charge du patient pour son intervention chirurgicale. Il anticipe et maîtrise les aléas susceptibles d'arriver lors de l'intervention (Duhamel, 2024). Son champ d'action se situe au plus proche du patient et de l'équipe chirurgicale (Afiso, s.d.). Il joue un rôle à toutes les étapes du passage du patient en salle d'opération. Il ne porte pas de tenue stérile (SIEP, 2019) et se déplace librement dans la salle d'opération, ce qui lui donne l'opportunité de pouvoir jouer un rôle de liaison entre la salle et les services extérieurs à celle-ci (Afiso, s.d.). L'infirmier de salle d'opération (Afiso, s.d.) :

- S'assure de la disponibilité et du contrôle du matériel nécessaire à l'acte chirurgical.
- Collecte, analyse et partage les données en vue de la dispensation optimale des soins infirmiers au patient opéré.
- Veille au respect des règles d'hygiène, d'asepsie et de sécurité.
- Anticipe et prévoit les besoins de l'équipe médicale (chirurgiens et anesthésistes) et de l'instrumentiste.

2.2.2.2. Infirmier instrumentiste

L'infirmier instrumentiste est l'infirmier qui, au bloc opératoire, se trouve au cœur de la zone stérile. Il collabore étroitement avec le chirurgien (Carrez, 2024). Il fait partie intégrante de l'équipe chirurgicale (Afiso, s.d.). L'instrumentiste veille scrupuleusement à l'asepsie et au maintien de la stérilité durant toute la procédure chirurgicale (Carrez, 2024). Sa maîtrise des techniques chirurgicales lui permet de prévoir les différentes étapes opératoires (et les difficultés éventuelles), ainsi que d'anticiper et de contrôler les ressources en matériels nécessaires pour que l'intervention puisse se réaliser dans les meilleures conditions. L'infirmier instrumentiste joue un rôle essentiel aussi dans la communication et fait la liaison entre l'équipe chirurgicale de la zone stérile et les autres professionnels de la salle d'opération (Afiso, s.d.). Lorsque l'organisation l'exige, l'infirmier se trouvant dans la zone stérile peut assurer une fonction d'aide opératoire. Cela veut dire qu'il assiste directement le chirurgien dans ses gestes

opératoires, par exemple en maintenant des écarteurs ou en aspirant les liquides qui gênent au bon déroulement de l'intervention.

2.2.2.3. Infirmier aide anesthésiste¹³

Lors de l'aide à l'anesthésie, l'infirmier est le bras droit de l'anesthésiste. Il prend en charge le patient au bloc opératoire avant son anesthésie, pendant celle-ci lors de l'intervention et lors du réveil du patient. Il collecte les données pertinentes pour effectuer une prise en charge efficace et pour élaborer une stratégie d'anesthésie en collaboration avec le médecin. L'infirmier joue un rôle important dans la préparation et la vérification du matériel et des médicaments d'anesthésie nécessaires à la stratégie discutée. Il accueille le patient et fait les vérifications d'identité. Il accompagne le médecin dans toutes les phases de l'anesthésie et participe à la surveillance des constantes du patient lors de l'intervention. En cas de besoin, il est capable d'effectuer les gestes nécessaires à une réanimation.

2.2.3. Valorisation symbolique des rôles.

Le bloc opératoire est un environnement clos où les gestes d'une haute technicité font partie du quotidien. Chaque infirmier, indépendamment de la fonction qu'il occupe en salle d'opération, collabore parfaitement avec les autres membres de l'équipe. Chacune des fonctions de l'infirmier est indispensable au bon déroulement de l'intervention (Carrez, 2024). Néanmoins, de manière implicite, un certain élitisme des rôles existe. Dans l'immense pièce de théâtre qu'est la salle d'opération, les rôles sont pris très au sérieux et chaque acteur le joue avec une grande volonté d'asseoir son « pouvoir ». Le chirurgien donne souvent le ton dans la salle d'opération et se reconnaît comme le leader (Lin & al., 2023). C'est son « cas », son patient (Genest, 2003). Il existe une sorte de hiérarchisation technologique entre l'anesthésie et la chirurgie. Le bistouri du chirurgien semble se positionner en tête face au laryngoscope de l'anesthésiste (Richardson-Tench, 2008). Par analogie, il semble également exister un élitisme par procuration chez les infirmiers de bloc opératoire. Plus ceux-ci s'éloignent du contact direct avec le patient et se rapprochent de la technologie, à travers la collaboration étroite avec le chirurgien, plus la perception de leur statut est élevée (Richardson-Tench, 2008). En d'autres

¹³ Rédaction basée sur SIEP (2019) et Afiso (s.d.)

termes, l'infirmier instrumentiste se positionne dans un rôle de reconnaissance forte par sa fonction qui le positionne au plus près du pouvoir symbolique accordé au chirurgien. Ce rôle est très apprécié des infirmiers (Richardson-Tench, 2008). La fonction d'infirmier circulant est, elle, souvent considérée comme moins technique et, de ce fait, comme moins valorisante (Duhamel, 2024).

La gestion quotidienne de la répartition des tâches par les managers au bloc opératoire est un exercice souvent complexe. Elle implique de tenir compte à la fois du manque de personnel quotidien, des qualifications et du rôle de chacun des infirmiers de bloc. Trouver un équilibre à la fois juste et efficace dans la répartition quotidienne, tout en prévenant l'apparition de tension dans le groupe liée à la représentation symbolique des fonctions, constitue un véritable exercice d'équilibriste pour les chefs de bloc opératoire.

2.3. Recours aux infirmiers intérimaires

2.3.1. Intérimaires salariés et intérimaires indépendants : enjeux de la fidélisation.

Comme abordé précédemment, l'engagement de travailleurs intérimaires dans les hôpitaux est un phénomène qui prend de l'ampleur depuis quelques années et qui devient, pour certains services, un besoin pour la continuité des soins. Mais ceci représente un coût important pour les institutions de soins (Cours des comptes, 2025). Il convient donc, pour mieux contrôler le budget des hôpitaux, de privilégier le recrutement de nouveaux infirmiers plutôt que le recours à l'intérim. Engager des infirmiers intérimaires permet de faire face au manque de personnel permanent, mais c'est aussi une belle opportunité d'opérer une stratégie de séduction envers ces professionnels temporaires. Ceci, dans le but de potentiellement les fidéliser et les engager en tant que collaborateurs permanents. L'attractivité salariale n'est pas le facteur déterminant pour un passage d'une activité d'infirmier intérimaire vers un poste d'infirmier salarié à l'hôpital (Manias & al., 2003). Selon Manias & al. (2003), seulement 39 % des intérimaires seraient susceptibles d'accepter un emploi de salariés permanents si on leur proposait une rémunération plus élevée. Le facteur le plus communément invoqué pour le choix d'un emploi d'infirmier intérimaire est la flexibilité des horaires de travail (Braddy & al., 1991 ; Manias &

al., 2003). C'est peut-être sur ce point que les hôpitaux devraient se concentrer afin d'envisager de convertir certains contrats d'intérimaires en emplois permanents.

2.3.2. Logiques managériales aux recours à l'intérim et conséquences organisationnelles

La pénurie de personnel infirmier n'épargne pas les blocs opératoires, le recours à l'intérim devient indispensable pour assurer la continuité de l'activité opératoire et, par conséquent, la rentabilité de celui-ci. Bien que les dépenses du quartier opératoire soient importantes, ses recettes représentent la plus grosse partie du chiffre d'affaires des hôpitaux, environ 40 % (Durant, 2011 ; Wang & Demeulemeester, 2025). Les hôpitaux ne peuvent donc se permettre d'annuler des programmes opératoires pour cause de manque de personnel. C'est tout naturellement que les managers de bloc opératoire se tournent vers l'engagement d'intérimaires pour maintenir l'activité opératoire au quotidien. Cependant, cela ne semble pas sans conséquences sur les dynamiques de groupe au sein des équipes infirmières et sur le plan organisationnel. La liberté de l'intérimaire de pouvoir organiser ses horaires contraint les chefs de service à ajuster les horaires de l'équipe en fonction de ceux-ci, ce qui peut mener à des conflits relationnels (Durieux, 2023). On voit apparaître, dans les blocs opératoires, une tendance en augmentation de recours à des infirmiers indépendants. Ils négocient leur horaire et leur rémunération, qui est souvent plus élevée que celle des salariés, ce qui peut engendrer jalousie et frictions (Durieux, 2023). La gestion managériale autour de ces ressentiments est importante, d'autant que les institutions de soins se retrouvent face à une sorte de concurrence indirecte exercée par les sociétés d'intérim. Les responsables des ressources humaines craignent ainsi un exode de leur personnel, qui serait attiré par des conditions perçues comme plus attrayantes (Durieux, 2023).

2.4. Conclusion du cadre théorique

En conclusion, l'ampleur de la pénurie infirmière en Belgique n'est plus sujet à débat. Elle touche tous les secteurs des soins de santé et n'épargne pas les services spécialisés tels que le bloc opératoire. La distinction entre causes et conséquences s'avère délicate, celles-ci s'intègrent dans un processus où les éléments à l'origine de cette pénurie se transforment eux-mêmes en facteurs exacerbant la problématique. Les causes identifiées contribuent à une détérioration des

conditions de travail, qui engendrent des répercussions préoccupantes sur la qualité des soins et la sécurité du patient, renforçant un peu plus le turnover des infirmières.

Dans ce contexte tendu d'insuffisance de main d'œuvre, les institutions de soins essayent de se renouveler sans cesse pour être plus attractives et recruter du personnel. Une des solutions temporaires, privilégiées pour assurer la continuité des soins, est le recours à l'intérim. Dans l'environnement spécialisé des blocs opératoires, les intérimaires deviennent essentiels pour l'organisation et le maintien des programmes opératoires. Néanmoins, même si cela apparaît comme l'une des solutions au manque d'infirmiers, cette stratégie n'est pas sans conséquence pour les finances des institutions de soins, pour la gestion managériale et pour le personnel en place. Elle soulève des enjeux humains, économiques et organisationnels.

Les infirmiers, au sein des institutions de soins, sont majoritairement salariés. On remarque, cependant surtout dans les blocs opératoires, l'engagement d'intérimaires avec un statut d'indépendant. La coexistence de ces différents statuts favorise les échanges et les comparaisons, pouvant générer un sentiment d'iniquité susceptible de créer des tensions au sein des équipes, allant jusqu'à susciter des envies de quitter son emploi. La gestion organisationnelle devient un vrai défi pour les chefs de bloc opératoire qui doivent jongler entre les compétences des intérimaires et celles de leurs salariés, sans créer de frustration dans l'attribution des rôles et tâches quotidiennes.

L'analyse théorique développée nous amène à aller au-delà et confronter ces éléments théoriques aux pratiques observées sur le terrain du bloc opératoire du Grand Hôpital de Charleroi (GHdC). C'est dans cette perspective que s'inscrit la suite de ce travail avec pour objet de ce mémoire la question de recherche suivante : « **Comment les infirmiers salariés, au GHdC, perçoivent-ils la répartition des rôles et des tâches au bloc opératoire en présence d'infirmiers intérimaires indépendants, et quels effets cette situation engendret-elle sur l'organisation ?** »

3. Méthodes

3.1. Question de recherche et objectifs

Pour rappel, ce travail s'articule autour de la question de recherche : « **Comment les infirmiers salariés, au GHdC, perçoivent-ils la répartition des rôles et des tâches au bloc opératoire**

en présence d’infirmiers intérimaires indépendants, et quels effets cette situation engendre-t-elle sur l’organisation ? »

La présente recherche se propose d’atteindre plusieurs objectifs :

- Identifier la perception des infirmiers salariés concernant la répartition des rôles et des tâches au sein du bloc opératoire.
- Comprendre le ressenti et les représentations des infirmières de bloc opératoire face au recours à l’intérim.
- Identifier les situations vécues comme injustes ou source de tensions par le personnel soignant en place.
- Évaluer l’impact de cette cohabitation professionnelle sur l’organisation générale.
- Comprendre comment les chefs de service perçoivent les enjeux organisationnels et managériaux autour de la présence d’intérimaires indépendants au bloc opératoire.

3.2. Introduction méthodologique et ancrage contextuel

Afin de trouver des réponses à notre question de recherche et de mieux cerner la perception des infirmières de bloc opératoire, l’approche qualitative a été retenue. Selon Fortin et Gagnon (2022), « Elle s’avère particulièrement utile pour comprendre les perceptions et les sentiments des personnes. Elle vise à faire ressortir la signification que le phénomène étudié revêt pour les personnes ». À cet égard, l’approche de recherche envisagée nous paraît pertinente.

Le contexte de cette recherche s’axera autour du quartier opératoire du GHdC. Le GHdC est un des plus grands hôpitaux de Wallonie. Le bloc opératoire assure la prise en charge d’environ 100 interventions chirurgicales en moyenne par jour. Il comprend vingt-cinq salles d’opération. Actuellement, le recours à l’intérim est quotidien, en moyenne neuf équivalents temps plein d’intérimaires sont présents chaque jour (hors salle de réveil) au sein du bloc opératoire. Au sein de ce bloc opératoire, la fonction exercée par les infirmiers peut revêtir différentes formes. Elles peuvent être : exclusivement circulante, exclusivement instrumentiste ou jouer un rôle mixte d’instrumentiste et de circulante.

Afin de donner un peu plus de perspective à ce travail, il nous apparaît pertinent d’étendre notre contexte de recherche à un autre hôpital et à un autre bloc opératoire ayant recours à

l'engagement d'intérimaire. Cette démarche vise à enrichir la collecte et l'analyse des données qualitatives, ainsi que d'examiner si les enjeux observés se vérifient dans un autre contexte organisationnel et faire, ainsi, un premier pas vers des résultats plus transférables. L'autre bloc opératoire sélectionné¹⁴ est un bloc de capacité similaire à celui du GHdC. Il comprend une vingtaine de salles d'opération. Le recours aux intérimaires indépendants y est quotidien également. Comme les infirmiers du quartier opératoire du GHdC, les infirmiers de ce bloc peuvent aussi bien exercer une fonction de circulant pur, d'instrumentiste pur ou de jouer un rôle mixte.

3.3. Méthode de collecte des données

3.3.1. Revue de la littérature

Les bases de données consultées, pour la réalisation du cadre théorique, sont principalement PubMed et Cinahl. Celles-ci ont été consultées d'octobre 2025 à décembre 2025. Les recherches sur les bases de données ont été effectuées avec l'utilisation de langage contrôlé de type MESH et de langage naturel.

Les mots-clés suivants ont été introduits : *operating theatre, operating rooms, operating room nurses, nurses, shortage, nursing shortage, nurse's role, intention to leave, leadership, job satisfaction, retention, turnover, scrub nurse, circulating nurse, conflict, travel nurses, temporary nurses, temporary staff, agency nurses*.

Les articles scientifiques sélectionnés ont été complétés par des recherches d'articles sur la plateforme cairn.info, ainsi que de sources provenant de sites de références dans le domaine de la santé (nationales et internationales) tels que : le SPF santé publique, le Moniteur belge, le KCE, l'OMS, la Cour des comptes, l'INRS, l'INSPQ. Ainsi que de données provenant d'organismes « plus généraux » comme le Forem, les associations professionnelles et syndicales et articles de presse.

¹⁴ Je ne nommerai volontairement pas l'hôpital par respect de la confidentialité demandé lors de l'entretien du chef de ce bloc opératoire.

3.3.2. Critères de sélection et échantillonnage

Pour atteindre les différents objectifs visés par cette recherche, les participants recrutés sont des infirmiers de bloc opératoire, où le recours à l'intérim est régulier. Comme mentionné précédemment, les terrains de recherche seront le bloc opératoire du GHdC et un autre bloc opératoire de la région de Bruxelles-Capitale.

L'échantillon sera constitué d'au minimum 12 infirmiers. Il sera composé d' :

- Infirmiers ayant comme fonction d'être purement circulant.
- Infirmiers ayant comme fonction d'être purement instrumentiste.
- Infirmiers ayant une fonction mixte de circulant et d'instrumentiste.
- Infirmiers en chef et/ou adjoint de bloc opératoire.

Pour recueillir une diversité plus grande d'informations, nous inclurons dans la sélection des infirmiers nouvellement engagés (depuis moins de dix-huit mois).

Par le choix de ces critères de sélection, posés en corrélation avec les objectifs de la recherche à atteindre, l'échantillonnage est intentionnel. « Cette technique est basée sur le choix conscient du chercheur d'inclure dans l'échantillon certains éléments en fonction de leurs caractères typiques. Le chercheur sélectionne les sujets de son échantillon » (Formarier, 1992). Fortin et Gagnon (2022) ajoutent que « les éléments de la population sont choisis sur base de critères précis, afin qu'ils soient représentatifs du phénomène à l'étude ».

Nous avons choisi, dans le cadre de cette étude, de procéder au recrutement par l'envoi de mails ou de messages téléphoniques aux personnels répondant à nos critères de sélection. Ce courrier électronique ou message précisait l'objet de la recherche, les informait de la réalisation d'un entretien individuel et la date approximative de celui-ci (fin février/fin mars 2026). La méthode de recrutement se fera sur base volontaire, en garantissant l'anonymat. Les mails et messages ont été envoyés entre le 13 et le 23 février 2026. Les infirmiers contactés étaient invités endéans les dix jours à donner une suite favorable. Nous avons, par la suite, fixé la date et la modalité des entretiens (présentiel, Teams ou appel téléphonique).

3.3.3. Collecte des données

La méthode retenue de collecte des données pour notre recherche est l'entretien individuel. Il « permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné » (Baribeau & Royer, 2013). Les entretiens individuels seront des entretiens de type semi-dirigés qui auront pour but « de recueillir des données auprès des participants quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés » (Fortin & Gagnon, 2022).

Ces entretiens ont été structurés autour de guides d'entretiens semi-dirigés, qui constituent le fil conducteur de chaque interview. Le guide d'entretien est un « outil qui facilite la communication, grâce à l'enchaînement logique des questions portant sur différents aspects du sujet » (Fortin & Gagnon, 2022). Un guide a été élaboré pour l'interview des infirmiers de bloc opératoire et un autre est conçu à l'attention des chefs et de leurs adjoints. Ils se composent, d'abord, par des questions relatives à leur profil professionnel, et ensuite, par des questions plus ouvertes axées sur leur vécu et leur ressenti pour pouvoir s'exprimer pleinement sur la question qui nous occupe. Les deux guides d'entretien se trouvent en annexe 9 et 10.

3.3.4. Méthodes d'analyse des données

Chaque entretien a été enregistré avec l'accord des participants. Dans un second temps, la conversion des entretiens audio en texte a été opérée grâce à un outil de retranscription « TurboScribe ». Une relecture soigneuse de ceux-ci a été réalisée afin de corriger les éventuelles erreurs et de garantir une restitution fidèle des verbatims des participants.

Après la relecture des entretiens, l'analyse des données s'est principalement inscrite dans une logique déductive, les thèmes de départ ayant été établis à partir du cadre théorique et des objectifs de la recherche. La grille d'analyse initiale, composée des thèmes définis au départ, a été la colonne vertébrale de notre analyse, tout en permettant l'émergence de nouveaux éléments lors de l'analyse des entretiens. Ainsi, lorsque certains verbatims faisaient apparaître des dimensions inédites, la grille d'analyse initiale a été enrichie en conséquence par les sous-thèmes émergents. En s'appuyant sur les éléments émergents des données recueillies, l'analyse ne s'est pas limitée à une logique déductive, mais a également intégré une dimension inductive

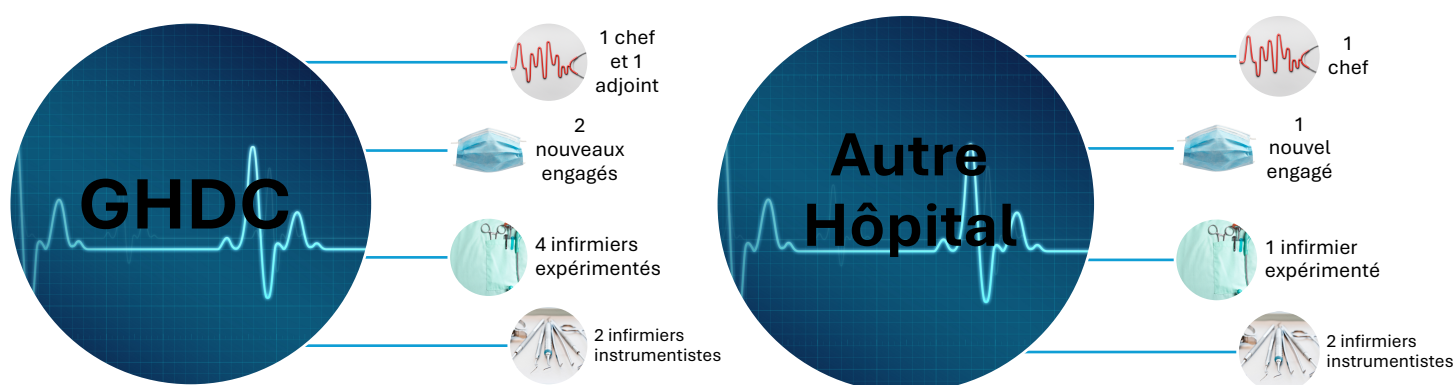
qui contribuent à affiner et à enrichir l'analyse. Les tableaux thématiques de notre analyse sont présentés dans la partie résultats en figure 2 et 3.

4. Résultats

4.1. Présentation de l'échantillon

Au total, quinze infirmiers ont répondu à notre demande. Dix infirmiers au sein du GHdC et cinq dans l'autre hôpital. La figure 1 reprend la répartition des entretiens effectués selon le profil des infirmiers interrogés en fonction de l'hôpital, en accord avec les critères de sélection et d'échantillonnage établis lors de notre méthodologie.

Figure 1 : répartition des infirmiers interrogés en fonction de l'hôpital



Les quinze entretiens ont été effectués entre le 20 février 2026 et le 27 mars 2026. Dix d'entre eux se sont déroulés en présentiel sur leur lieu de travail, trois en Teams et deux par appel téléphonique. Les entretiens ont duré 20 min 10 pour le plus court, et jusqu'à 1 h 04 pour le plus long.

Pour préserver la confidentialité des participants, chaque infirmier interviewé a été identifié, dans les tableaux thématiques, par une lettre et un chiffre, attribués en fonction du rôle occupé au sein du bloc opératoire :

- Pour les chefs et adjoint : la lettre C a été attribuée (C1*, C2, C3)

- Pour les nouveaux engagés : la lettre N (N1, N2, N3*)
- Pour les infirmiers expérimentés : la lettre E (E1, E2, E3, E4, E5*)
- Pour les infirmiers instrumentistes : la lettre I (I1, I2, I3*, I4*)

La combinaison lettre et chiffre suivie d'un astérisque représente les infirmiers interrogés de l'autre hôpital sélectionné.

Afin de structurer et de rendre compte des données recueillies, les tableaux thématiques suivants synthétisent les principaux thèmes et sous-thèmes, construits à partir du cadre théorique et des objectifs de la recherche, puis enrichis par les éléments émergents issus des entretiens. Le premier tableau se réfère aux entretiens des infirmiers et le deuxième à ceux des chefs et adjoints.

Figure 2 : tableau thématique émanant des entretiens des infirmiers de bloc opératoire

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims
Dynamique d'équipe et collaboration	Fragilisation du fonctionnement d'équipe	N1, N2, E1, E2, I2
	Intégration	N1, E1, E2, E3, I2, I4*, E5*
	Perception de différences dans les pratiques	N1, E3
	Tensions liées aux avantages	N1, N3*, I3*
Répartition des rôles et des tâches	Organisation de la répartition	N1, N3*, E1, E2, E3, E4, I1, I2, I3*, E5*
	Choix des intérimaires	N1, N3*, E2, E3, E4, I2, I3*
	Sentiment d'injustice	N2, E2, E3, E4
Effets organisationnels perçus	Réponse au manque d'effectifs	N1, N2, E2, E3, E4, I1, I2, I3*, E5*
	Fluidité/Efficacité	N2, E1, E2, I1, I2, I3*, E5*
	Implication	N3*, E1, E4, I2, I3
Ressenti personnel	Partage d'expérience	N1, N2, N3*, E1
	Tensions relationnelles liées aux rôles/statuts	N1, N2, E1, E2, E3, I1, I2, I3*, I4*
	Responsabilité	N1, N2, N3*, E1, E2, E4, I1, I2, I3*, E5*
	Investissement	N2, N3*, E1, E2, E4, I1, I2
	Charge de travail	N2, N3*, E1, E2, E3, E4, I1, I2, I3*, E5*
	Valorisation	E1, E3, I2, E5*
	Reconnaissance	E1, E2, I1
	Émotion	E1, E3, E4, I1, I2, I3*, E5*
Représentation de la hiérarchie	Dialogue	N1, E1, I2, E5*
	Incompréhension	E1, E4

Figure 3 : tableau thématique émanant des entretiens des chefs et adjoints au bloc opératoire

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims
Pénurie de personnel	Intensité	C1*, C2, C3
	Absences	C1*
	Évolution	C1*, C2
Recours à l'intérim	Condition de continuité/Nécessité	C1*, C2, C3
	Sélection	C1*, C2, C3
	Coûts	C1*, C2, C3
	Choix managériaux	C1*, C2, C3
	Incidences sur l'équipe	C2, C3
Organisation de la répartition de travail	Attribution des tâches	C1*, C2, C3
	Attribution des rôles	C1*, C2
	Valorisation des équipes	C1*, C2, C3
Perception des équipes	Désaccords	C1*, C2, C3
	Intégration/Collaboration	C1*, C3
	Surcharge de travail	C1*, C2
Vision à long terme	Évolution de l'intérim	C2, C3

4.2. Présentation des résultats

Les entretiens menés auprès des infirmiers des quartiers opératoires ont permis de faire émerger une série d'axes thématiques principaux qui seront détaillés et illustrés dans ce chapitre. Nous présenterons nos résultats en deux temps. Premièrement, nous exposerons les résultats issus des entretiens avec les infirmiers de terrain. Deuxièmement, nous présenterons ceux des chefs et adjoint. Ce découpage vise à mettre en perspective les différents points de vue et d'en dégager les éventuelles complémentarités.

4.2.1. Entretiens des infirmiers de bloc opératoire

4.2.1.1. Répartition des rôles et des tâches

Les premières questions de mon guide d'entretien (après les questions plus générales relatives à leur profil socio-professionnel) visaient à explorer et à comprendre comment l'organisation journalière était perçue par les infirmiers.

4.2.1.1.1. Organisation de la répartition

Les infirmiers perçoivent presque unanimement que la répartition de travail est organisée en donnant la priorité aux intérimaires, avant les membres de l'équipe :

- « *Je pense vraiment que les chefs, eux, se focalisent d'abord sur les intérimaires. Ils les positionnent selon leurs compétences, et puis après, ils comblent le reste de la répartition avec le reste de l'équipe* » (E2)
- « *Les boîtes d'intérim donnent les profils disponibles, et on doit faire avec ! Les chefs adaptent la répartition selon eux, car nous sommes plus malléables* » (I1).

Certains utilisant des termes plus forts, avec le sentiment d'être mobilisés de manière opportuniste :

- « *Je pense qu'il met les intérimaires où elles ont envie d'aller. Et puis, ceux qui travaillent là depuis des années, ils bouchent les trous* » (E4).
- « *Ça veut dire qu'il y a une instrumentiste qui est là, qui elle va peut-être être mise sur la touche parce que l'intérimaire est prioritaire* » (I2).

En ce qui concerne les infirmiers du second hôpital, leurs propos mettent en évidence une organisation plus encadrée dans la manière dont les intérimaires sont intégrés dans la répartition :

- « *On évite de leur donner les postes trop techniques, surtout s'ils ne connaissent pas le service* » (E5*).
- « *Les chefs, ce qu'ils font en général, (...) ils essaient toujours d'avoir un intérimaire régulier et de mettre toujours les mêmes personnes avec les mêmes personnes pour le même type d'intervention* » (I3*).

4.2.1.1.2. Choix des intérimaires

Encore une fois de manière presque unanime, les infirmiers salariés des deux blocs opératoires expriment le sentiment que les intérimaires ont une marge de manœuvre dans le choix de leur affectation dans la répartition :

- « *On a l'impression que les intérimaires choisissent un peu là où ils veulent aller* » (E2).
- « *Même si les chefs décident sur la répartition de travail que les intérimaires doivent circuler, ils font du forcing pour changer* » (E3).
- « *Ils choisissent un peu ce qu'ils font, ils choisissent leurs horaires, ...* » (I2).

Au-delà du fait qu'ils pensent que les intérimaires choisissent ce qu'ils veulent faire, un infirmier soulève le sentiment qu'ils imposent implicitement leurs préférences sous peine de ne plus accepter de missions pour l'hôpital :

- « *Si on ne leur donne pas ce qu'ils veulent, ça ne va pas. La mentalité des indépendants, c'est : s'ils n'ont pas ce qu'ils veulent, ils iront chercher ailleurs* » (I3*).

4.2.1.1.3. Sentiment d'injustice

Près d'un quart des infirmiers interrogés expriment qu'ils ressentent une certaine injustice dans les choix organisationnels de leurs chefs. Ces propos étant exclusivement rapportés par des infirmiers du GHdC :

- « *Du coup, nous, on trouve cela injuste de devoir changer de salle* » (E3).
- « *Je ressens un vrai sentiment d'iniquité dans la répartition* » (E4).

Ce sentiment d'injustice est souvent lié au rôle d'instrumentiste des infirmiers de bloc opératoire, comme le relatent deux infirmiers :

- « *Le fait qu'une instrumentiste intérimaire soit mise en tant qu'instrumentiste en salle, et qu'une instrumentiste de chez nous soit marquée en tant que circulante. Je trouve cela injuste. Et ça, ça pose des soucis !* » (N2).

- « *Les instrumentistes sur place sont plus légitimes dans leur travail d'instrumentiste au sein de l'institution. Et si on les met en tant que circulants, ça peut créer des frustrations. Ce n'est pas juste, et ça peut engendrer de la démotivation et peut-être des départs* » (E2).

4.2.1.2. Dynamique d'équipe et collaboration

Les questions suivantes de mon guide d'entretien ont progressivement amené les participants à évoquer des éléments liés à la collaboration avec les intérimaires et ses impacts sur le groupe.

4.2.1.2.1. Fragilisation du fonctionnement d'équipe

Plusieurs personnes ont mentionné que la présence des intérimaires indépendants au sein des blocs opératoires perturbait la dynamique du groupe :

- « *Pour avoir une équipe qui travaille ensemble dans la même dynamique, avoir des intérimaires n'est pas top, parce que ça casse le roulement de cette dynamique* » (E1).
- « *En fait, moi, je travaille beaucoup avec les intérimaires et je ne suis plus beaucoup avec mes collègues, (...) et quand tu passes ta journée avec les intérimaires, tes collègues, tu ne les vois plus. Tu as l'impression de ne plus faire partie d'une équipe à proprement dite* » (E2).

Certains participants soulignent également qu'au-delà de perturber la dynamique d'équipe, leurs présences impactent négativement l'ambiance générale :

- « *Ça met des petites tensions dans l'équipe* » (N2).
- « *Je pense que ça ne met pas une bonne ambiance dans l'équipe en général* » (I2).

4.2.1.2.2. Intégration

Près de la moitié des infirmiers estiment que les intérimaires ne manifestent pas de volonté particulière de s'intégrer à l'équipe. Un infirmier expérimenté rapporte :

- « *Ils viennent travailler, ils viennent prester leurs heures et puis voilà, c'est tout. Ils ne cherchent pas à intégrer l'équipe.(...) Tu ne vas pas ressentir ça avec un de tes collègues qui va être plus sensible au relationnel, il va s'investir pour créer du lien. L'intérimaire indépendant, non !* » (E2).

D'autres propos recueillis rejoignent celui-ci :

- « *Dans l'organisation de l'équipe, ils n'interviennent pas et ça les importe peu de toute façon* » (I4*).
- « *En termes de congés, eux, ils donnent leur disponibilité, ils s'organisent dans leur coin et quand ils ne sont pas là, on doit faire avec. L'équipe, ils ne s'en soucient pas* » (I2).

Les verbatims, cités ci-dessus, indiquent un sentiment que ce sont les intérimaires qui manquent de volonté pour s'intégrer. Cependant, certains interviewés soulignent que ce sont eux-mêmes qui ne les considèrent pas comme des membres de l'équipe :

- « *Les intérimaires, ils sont là pour nous aider, oui, mais ce ne sont pas mes collègues* » (E1).
- « *Je n'ai pas le sentiment qu'ils fassent réellement partie de l'équipe* » (E3).

4.2.1.2.3. Perception de différences dans les pratiques

Ce sous-thème de la perception de différences dans les pratiques a été peu évoqué par les infirmiers salariés. Seules deux personnes indiquent ne constater aucune différence lorsqu'il collabore avec un intérimaire qui vient régulièrement ou un collègue de l'équipe :

- « *Je ne vois pas vraiment de différence, tu vois, entre ma collègue qui est circulante et qui est fixe ici, et une intérimaire habituée* » (N1).
- « *Je n'ai pas forcément l'impression quand je travaille avec des habituées que c'est une étrangère du bloc. Je ne vois pas de différences avec mes collègues* » (E3).

4.2.1.2.4. Tensions liées aux avantages

Les déclarations, relatives aux avantages présumés du statut d'intérimaire indépendant, portent principalement sur l'attractivité salariale et la flexibilité des horaires de travail, ceci provoquant des tensions et de l'envie. Voici les paroles d'un nouvel engagé qui résumant l'ensemble des déclarations :

- « *Parce qu'en discutant avec les intérimaires, on se rend compte : qu'ils gagnent mieux leur vie, qu'ils choisissent leurs horaires, qu'ils tarifient comme ils veulent, qu'ils choisissent leurs jours de congés. Et ça, je pense que ça crée de l'envie ici au sein du bloc, et parfois des tensions dans l'équipe* » (N3*).

D'autres propos rendent compte qu'en plus de choisir leurs horaires, les intérimaires presteraient parfois des heures de travail supplémentaires, même si cela n'est pas forcément nécessaire :

- " *Ils sont intérimaires et ont un peu plus d'avantages financiers. Ils vont, tu vois, parfois forcer un peu les choses et rester, même si on n'a plus besoin d'eux. Ça peut énerver parfois!* » (N1).

4.2.1.3. Effets organisationnels perçus

Les différents entretiens ont permis de dégager la perception des infirmiers quant aux effets du recours à des intérimaires sur l'organisation.

4.2.1.3.1. Réponse au manque d'effectifs

L'avis largement partagé par les participants est qu'avoir recours aux intérimaires permet de pallier le manque d'effectifs, et ainsi pouvoir assurer les programmes opératoires et maintenir l'activité. À ce titre, voici les propos de certains d'entre eux :

- « *Avoir des intérimaires, ça fait un peu plus de monde au bloc opératoire* » (N2).

- « *L'absentéisme se ressent un peu moins grâce à eux. Donc, c'est vrai qu'on a quand même besoin d'eux. Il faut être objectif* » (N1).
- « *Je veux dire dans l'organisation du bloc opératoire, grâce à leur présence, on peut faire tourner plus de salles* » (E4).

Une nuance est apportée par certains en soulignant que les avantages du recours aux intérimaires bénéficient avant tout à l'hôpital, et non aux équipes :

- « *C'est grâce à eux qu'on arrive à maintenir une activité plus élevée. Là, on parle de quelque chose de plus institutionnel et de faire tourner la boutique, on va dire ça comme ça* » (I3*).
- « *J'ai mon propre ressenti par rapport aux intérimaires où j'estime qu'ils ne devraient pas être là, que c'est juste un mal nécessaire parce qu'il faut que ça tourne. Ils ne sont pas là pour nous aider nous, contrairement à ce qu'on nous dit toujours. Ils sont là pour faire tourner la boutique, pas nous aider* » (I2).

4.2.1.3.2. Fluidité/ efficacité

Ce sous-thème regroupe les propos des infirmiers mettant en avant une collaboration avec les intérimaires manquant de fluidité, nécessitant plus d'explications et de vigilance, ainsi qu'une qualité de travail parfois perçue comme inférieure :

- « *Avec les collègues fixes, on se comprend directement, il y a des automatismes. Avec les intérimaires, faut expliquer, surveiller un peu plus* » (E5*).
- « *Je dirais qu'il y a plus de fluidité quand tu travailles avec quelqu'un de chez nous qu'un intérimaire* » (I1).
- « *On accepte d'avoir du personnel temporaire qui connaît « à peu près » les habitudes. On ne tolérerait pas « l'à peu près » pour un nouvel engagé chez nous. Alors pourquoi, sous couvert de la rentabilité, on le tolère. Pour le patient, ce n'est pas bien du tout* » (E1).

Malgré cet avis majoritaire, une personne interrogée a exprimé que le travail de certains intérimaires habitués était plus efficace que le travail de certains de ses collègues :

- « *Les intérimaires habitués, par rapport même à certains collègues, c'est peut-être parfois plus efficace. Oui, clairement ! Parce que mine de rien, elles travaillent, elles charbonnent* » (I2).

4.2.1.3.3. Implication

Nombreux sont les infirmiers interrogés qui mentionnent le manque d'implication dans le fonctionnement du bloc opératoire, ainsi que dans l'équipe. Voici les propos relevés :

- « *Pour moi, c'est un handicap d'avoir des intérimaires. Quand ils sont nouveaux, c'est une charge de travail en plus pour nous. Ça demande un investissement énorme parce qu'il faut les guider. Et quand ils sont habitués, comme ils sont indépendants, ça crée de la frustration dans l'équipe parce que leur investissement dans l'équipe est limité. Pour moi, c'est double peine* » (I3*).
- « *Dans l'organisation de l'équipe, elles n'interviennent pas et ça les importe peu de toute façon* » (I2).
- « *Sauf que quand les intérimaires viennent, ils ne s'occupent de rien. Oui, ils ont un peu le beau rôle, entre guillemets. Ils sont indépendants, ils n'ont que le bon côté du boulot. Mais tous les aspects autour, ils ne prennent pas* » (E1).

4.2.1.4. Ressenti personnel

4.2.1.4.1. Partage d'expérience

Le recours aux intérimaires présente, selon l'avis de quelques infirmiers (quatre), une opportunité d'échanges et de partage des expériences. Ces dires viennent principalement des personnes nouvellement engagées qui voient l'expérience des indépendants comme une opportunité d'apprentissage supplémentaire :

- « *Comme ça ne fait pas si longtemps que je suis là et qu'elles viennent depuis plus longtemps que moi, il y a des choses qu'elles savent, que moi je ne sais pas encore* » (N2).

- « *Pour moi qui suis novice et qui commence, c'est un avantage dans le sens où parfois, quand c'est une personne qui a plus d'expérience (...), j'apprends beaucoup* » (N1).

4.2.1.4.2. Tensions relationnelles liées aux rôles/ statuts

Cette thématique a été largement commentée lors des différents entretiens. Les principales tensions évoquées par les participants sont en relation avec l'attribution du rôle d'instrumentiste à des intérimaires indépendants, au détriment des infirmiers en place :

- « *Encore une fois, retirer son rôle d'instrumentiste à une de mes collègues, ça peut provoquer des remous, des ressentiments. Et du coup, une mauvaise ambiance* » (E2).
- « *Je pense que les gens ne sont pas d'accord quand on donne aux intérimaires les plus beaux rôles au bloc et ça, ça crée des tensions inutiles dans le groupe. Je parle par exemple de l'instrumentation* » (E4).
- « *Je ne trouve pas bien pour mes collègues qui travaillent et qui s'investissent ici, de devoir laisser leur place en instrumentation. C'est juste pas correct, en fait* » (I1).

Certains parlent même du sentiment que les intérimaires pourraient prendre leur place :

- « *Donc au début, c'était difficile, parce que c'est le fait de sentir en fait comme si elles étaient plus importantes que ce que j'étais. C'est vraiment ce sentiment-là que j'ai, c'est qu'elles pourraient prendre ma place* » (E1).

En plus des tensions liées aux rôles, c'est le statut des intérimaires qui a été soulevé à plusieurs reprises comme sources de tensions ou de frustration :

- « *C'est un peu tendu parce que forcément, quand on les entend se vanter de leur statut d'intérimaires indépendants plus avantageux, on se fait tout de même la réflexion que ce sont des personnes qui font moins que toi, mais qui sont mieux payées que toi. Donc oui, c'est tendu* » (I1).
- « *Pour moi, personnellement, les deux statuts ne devraient pas pouvoir cohabiter dans l'hôpital. Parce que ça crée d'office une concurrence déloyale. Une concurrence, de l'envie, de la frustration* » (I2).

- « On favorise des gens qui ne sont pas salariés et donc ça n'aide pas à « fidéliser » le personnel pour qu'il soit, je dirais, bien heureux au travail » (I4*).

4.2.1.4.3. Responsabilité

La quasi-majorité des interrogés parle d'une responsabilité ressentie beaucoup plus importante en présence d'intérimaires :

- « J'ai l'impression d'avoir plus de responsabilités justement (...) c'est effectivement une charge que je ressens peser sur moi » (N3*).
- « Il faut faire attention à tout ce qu'ils font. En fait, tu te sens responsable d'eux » (E1).
- « Ma responsabilité est plus lourde, clairement. Plus intense. L'esprit travaille à mille à l'heure ! » (E2).
- « Tu as un peu l'impression de devoir assurer un double rôle et donc d'endosser sa responsabilité. En cas de souci en salle, c'est vers moi que l'on va se tourner » (E5*).
- " On a le sentiment que notre responsabilité est quand même plus engagée. On ressent la pression des chirurgiens, de l'anesthésiste. On nous sous-entend que : tu es l'infirmier le plus habitué de la salle, donc tu dois pallier ! » (I3*).

4.2.1.4.4. Investissement

En termes d'investissement, il a été relevé pour la moitié des infirmiers que les intérimaires en manquent cruellement :

- « Les trois quarts (NDLR : des intérimaires) ne s'investissent pas vraiment et que c'est à nous de tenir les rênes » (E4).
- « Ces intérimaires, qui sont tous indépendants chez nous, tu as un peu l'impression que pour certaines choses, c'est un peu pris plus à la légère. Ils ne sont pas impliqués comme nous » (N2).

4.2.1.4.5. Charge de travail

Autre sous-thème très largement commenté, celui de la charge de travail. À l'exception de deux personnes, tous sont unanimes pour dire que celle-ci est beaucoup plus grande en travaillant avec des intérimaires :

- « *Je dois travailler plus, parce que je dois vraiment penser à beaucoup plus de choses. Je dois penser pour deux !* » (E1).
- « *Ça demande un effort supplémentaire, parce qu'il faut expliquer énormément de choses* » (E3).
- « *Ma charge mentale et ma charge de travail, à proprement dite, sont plus conséquentes que si j'étais avec une de mes collègues* » (E4).
- « *Ma charge de travail : elle augmente clairement, même si on est plus nombreux sur le papier* » (E5*).
- « *Elles ne nous soulagent pas, parce que ce n'est pas comme si ça diminuait notre charge de travail. Ça nous permet juste de faire fonctionner les salles. Je dois expliquer pas mal de choses qu'ils ne savent pas dans la salle et donc moi, ça me donne, entre guillemets, du travail supplémentaire* » (I2).

4.2.1.4.6. Valorisation

Lors des entretiens, cette dimension de valorisation a été exprimée sous différents angles. Pour certains, être valorisé passe notamment par l'attribution des rôles d'instrumentation au personnel infirmier des blocs opératoires :

- « *Le fait d'instrumenter, tu as l'impression de plus participer à l'intervention. (...) Tu es vraiment au cœur de l'intervention. Tu te sens plus utile en fait. Plus utile, plus valorisée* » (E1).
- « *Je trouve plus logique que les rôles les plus valorisants et les plus techniques, comme l'instrumentation, nous soient réservés. C'est plus logique et c'est une question de sécurité aussi* » (E5*).

Pour d'autres, la valorisation du personnel en place serait insuffisante, au profit des intérimaires qu'ils estiment comme davantage mis en avant :

- *« Personnellement, je trouve que l'on devrait privilégier son personnel, avant de privilégier les sociétés intérimaires » (E3).*
- *« Tout le monde n'est pas sur le même pied d'égalité. On a l'impression que les intérimaires, évidemment, on les chouchoute un peu plus. Plutôt que de chouchouter le personnel qui reste » (I2).*

Une des personnes interrogées revient sur le rôle d'instrumentiste qui est plus valorisé, au sein du bloc opératoire, que les circulants :

- *« Il y a certains intérimaires qui se disent instrumentistes, mais qui ne le sont pas réellement. Je remarque leur inexpérience. En tant que circulante, tu as un rôle un peu plus de « petite main ». Parce que le statut d'instrumentiste est plus valorisé, ils prétendent savoir le faire, pour être mieux vu et mieux perçu » (E2).*

4.2.1.4.7. Reconnaissance

Deux infirmiers ont évoqué le manque de reconnaissance de leur expertise ou de considération pour leur implication au travail, ce qui selon eux peut conduire à de la démotivation :

- *« En fait, je pense que je me suis voilée la face en pensant que mon expérience et mon expertise avaient de l'importance aux yeux de mes responsables et des chirurgiens avec qui je travaille... Mais non, leur priorité est juste d'opérer leur cas avec moi ou un intérimaire, peu importe » (E1).*
- *« Si l'on ne considère pas les personnes qui se donnent pour ce bloc, si on ne leur fait pas sentir qu'elles ont une expertise spécifique, ça ne motive pas » (I1).*

4.2.1.4.8. Émotion

Travailler avec des intérimaires fait naître, chez nos infirmiers de bloc opératoire, une série d'émotions qu'ils ont exprimées à plusieurs reprises. Les différentes émotions mises en avant

de façon répétée sont : le stress, la peur, l'énervement, la frustration ainsi que de la lassitude. Voici les verbatims qui illustrent ces émotions ressenties :

- « *Ça me stresse de travailler avec des intérimaires* » (E1).
- « *Je ressens de la peur aussi, parce que tu as peur forcément qu'ils fassent une erreur* » (II).
- « *Ma charge de travail est plus élevée, ma journée est plus fatigante et tu es plus énervée* » (E3).
- « *Quand je suis en salle avec les intérimaires, je ressens du stress surtout, et parfois de la frustration, parce que t'as l'impression de devoir compenser, de devoir faire le travail de deux personnes* » (E5*).
- « *C'est très déprimant de devoir répéter tous les jours les mêmes choses* » (I3*).

4.2.1.5. Représentation de la hiérarchie

À travers les questions de mon guide d'entretien, les personnes interrogées ont régulièrement parlé de la perception de leur chef ainsi que de l'organisation mise en place.

Les deux sous-thèmes suivants ont été des sujets émergents des différents propos recueillis.

4.2.1.5.1. Incompréhension

Même si l'incompréhension face aux choix organisationnels de leur hiérarchie transparaissait de manière implicite lors des interviews, seules deux personnes l'ont explicitement évoquée :

- « *Nous, infirmières, on ne comprend pas toujours les choix opérés par les chefs en termes de répartition* » (E1).
- « *Je pense que le chef privilégie la voix des intérimaires et il fait passer son personnel après. Et ça, j'ai du mal à le comprendre* » (E4).

4.2.1.5.2. Dialogue

Quatre infirmiers ont mis en avant la volonté des chefs d'être à l'écoute et d'ajuster l'organisation afin de mieux prendre en compte leurs attentes. Voici quelques-uns des propos qui reflètent l'ouverture au dialogue :

- « *Maintenant, à force de râler, à force d'aller voir les chefs, en leur disant qu'il n'est pas normal de me retirer l'instrumentation au profit des intérimaires, ils comprennent. Et puis, le fait que je leur ai laissé transparaître que si je n'instrumentais plus, je partais. Cela les fait réfléchir et maintenant, on me laisse de nouveau instrumenter* » (E1).
- « *Mais après, faut être honnête, la chef fait ce qu'elle peut pour que ça reste équilibré. Par exemple, pour l'instrumentation, elle essaie clairement de nous faire passer avant les intérimaires, et ça, c'est important* » (E5*).
- « *Il y a eu de la part des chefs une prise de conscience sur le fait de nous valoriser en nous laissant instrumenter* » (I2).

4.2.2. Entretiens des chefs et adjoints

4.2.2.1. Pénurie de personnel

L'un des premiers sujets abordés, dans mon guide d'entretien, concernait l'état des lieux des effectifs. L'objectif visait à explorer si le service manque d'infirmiers, l'impact des absences ou encore la manière dont le recours à l'intérim était envisagé initialement.

4.2.2.1.1. Intensité

Les deux chefs et l'adjointe interrogés sont unanimes pour dire que leur service est en grande pénurie d'infirmières :

- « *On est en pénurie majeure* » (C1*)
- « *Il nous manque encore entre 10 et 12 équivalents temps plein* » (C2).
- « *Actuellement, il manque 12 équivalents temps plein* » (C3).

4.2.2.1.2. Absences

Outre la pénurie systémique de personnel infirmier, les absences ponctuelles ainsi que celles de plus longue durée accentuent la mobilisation de personnel intérimaire :

- « *Il suffit qu'il y ait des absences pour maladies, des écartements, des congés, des récupérations. Nos besoins en intérim sont plus élevés* » (C1*).

4.2.2.1.3. Évolution

Le recours à l'intérim devait, au départ, être une solution de courte durée, comme souligné par un des chefs :

- « *Au départ, c'était la solution temporaire, sauf que la situation de terrain ne fait que s'aggraver* » (C1*).

-

Bien que cette situation de pénurie perdure et s'aggrave, le souhait des chefs est d'essayer de se sevrer de cette aide en essayant de procéder à des engagements :

- « *On aimerait bien engager plus, pour avoir moins d'intérims* » (C2).

4.2.2.2. Recours à l'intérim

4.2.2.2.1. Condition de continuité/ Nécessité

La principale raison de recourir à du personnel temporaire, au sein des blocs opératoires, est de pouvoir continuer à assumer le programme opératoire théorique. Au vu du manque de personnel dans les différents blocs, il est difficile de maintenir celui-ci. L'emploi d'intérimaires est une nécessité pour la continuité du quartier opératoire :

- « *Et aujourd'hui, le constat fait que si on n'a pas d'intérim, on ne sait pas faire tourner nos salles. Moi, j'ai des jours où je n'ai que des intérimaires* » (C1*).

- « *C'est bien parce que ça permet de faire avancer le programme et donc que toutes les salles puissent tourner tout le temps* » (C2).
- « *Ça permet quand même de maintenir une certaine activité au sein du bloc parce que, si on ne prenait pas d'intérimaire, on tournerait moins, on ramènerait moins d'argent* » (C3).

4.2.2.2.2. Sélection

Le choix des intérimaires engagés se fait, pour les deux hôpitaux sélectionnés, essentiellement via des boîtes d'intérim proposant des indépendants.

Cette sélection se fait pour le GHdC principalement en privilégiant les indépendants déjà venus au sein de l'hôpital :

- « *on essaie de travailler avec des gens qui finalement viennent souvent, qu'on connaît, qui connaissent nos habitudes* » (C3).

Concernant l'autre hôpital, les intérimaires sélectionnés ont tous pour point commun de ne faire que circuler. La politique managériale étant d'attribuer les rôles d'instrumentation exclusivement aux infirmiers salariés :

- « *Alors, on ne prend pas d'intérimaire pour instrumenter. C'est notre limite, parce que c'est la seule chose un peu attractive qui nous reste dans notre métier. Malheureusement, on préfère en arriver à dire aux chirurgiens qu'on n'a pas d'instrumentiste plutôt que de dévaloriser nos infirmiers* » (C1*).

4.2.2.2.3. Coûts

Très rapidement, les chefs ont évoqué les coûts importants inhérents à l'engagement des intérimaires :

- « *Par contre, mon cadre n'hésite pas à me transmettre les factures pour me montrer à quel point ça coûte cher. Effectivement, ça pourrait payer ma maison* » (C1*).

- « C'est un gros coût financier pour l'hôpital. Donc, quand on paye des intérimaires pour venir compléter le staff, effectivement, c'est de l'argent qu'on ne peut pas investir dans autre chose » (C3).

4.2.2.2.4. Choix managériaux

Malgré les coûts conséquents, le nombre d'intérimaires ne semble pas être bridé par les directions :

- « Étant donné qu'ils ouvrent tout un tas de salles et de programmes, il a fini par accepter que je puisse augmenter mes demandes. Alors maintenant, mon cadre ne me met plus de limites, mais il veut quand même que je gère ça entre guillemets en bonne mère de famille » (C1*).
- « On n'est jamais limité en termes de nombre d'indépendants. Le principal, c'est de faire le programme, d'assumer le programme opératoire » (C2).

4.2.2.2.5. Incidences sur l'équipe

La collaboration avec les intérimaires entraînerait, selon les responsables, des effets contrastés sur les équipes. Les verbatims suivants reprennent les répercussions sur l'esprit d'équipe et le manque d'implication pouvant générer des frustrations :

- « J'ai l'impression que ça scinde un peu l'équipe en deux » (C2).
- « Ce sont des personnes qu'on voit moins souvent, qui ne font pas partie de l'équipe, qui n'ont pas les mêmes objectifs que nous.(...) Donc ça, je pense qu'effectivement, ça peut générer des frustrations » (C3).

La différence de statut entre les intérimaires, qui sont indépendants, et les infirmiers en place, qui eux sont salariés, engendrerait des crispations à cause notamment des différences en matière de salaire :

- « Un indépendant ne gagne pas forcément le même salaire que l'infirmière qui est en place. Donc, effectivement, ça peut créer, je vais dire, des petites jalousies » (C3).

L'un des aspects positifs pointés par les chefs est l'opportunité, bien que peu fréquente, de fidéliser les intérimaires et de pouvoir ainsi les engager au sein des équipes afin de les renforcer :

- « *On recrute de temps en temps des intérimaires aussi pour qu'ils viennent compléter notre staff. Donc, ça, c'est plutôt cool* » (C3).

4.2.2.3. Organisation de la répartition de travail

4.2.2.3.1. Attribution des tâches

Les chefs expriment tous qu'ils organisent le travail des intérimaires en les affectant directement dans une salle, en évitant cependant de leur attribuer des programmes opératoires trop pointus. Ils reconnaissent, également, ne pas leur attribuer les tâches organisationnelles du service, telles que les commandes de matériels, ou encore la formation des nouveaux engagés et des étudiants :

- « *Les intérimaires ne font rien d'autre que circuler. Ils ne font pas : les préparations matérielles, les commandes de matériel, toutes les interventions nécessitant le plus d'expertise, ...* » (C1*)
- « *On essaye de ne pas leur confier des étudiants et les nouveaux engagés* » (C2).

4.2.2.3.2. Attribution des rôles

Au moment d'effectuer les répartitions de travail, tous les chefs s'accordent à dire qu'ils privilégient leur personnel en organisant le travail selon le rôle de leurs infirmiers, ceci en leur donnant la priorité pour l'instrumentation. Les postes restants sont ensuite comblés par les intérimaires :

- « *Normalement, on essaie vraiment de placer notre personnel en premier et de combler ce qui reste avec l'intérim* » (C2).

- « *Quand on a fait les horaires, on fait la répartition. Et du coup, sur la répartition, on va remplir les « trous » avec les intérimaires. Mais on ne prend pas d'instrumentiste intérimaire, c'est la seule chose qui est encore un peu attractive* » (C1*).

4.2.2.3.3. Valorisation des équipes

La valorisation des équipes est un sous-thème qui a été largement détaillé par les responsables d'équipe. Valoriser son personnel passe principalement par le fait de donner la priorité de l'instrumentation aux infirmiers salariés, rôle important à leurs yeux. On note également dans leur propos une disponibilité à l'écoute de leurs équipes et une volonté d'ajuster leur organisation selon leurs besoins. Tout ceci, dans le but de créer un environnement de travail plaisant et ainsi espérer pouvoir fidéliser son équipe :

- « *Mes infirmiers voient à quel point on est attentifs à eux. Ils savent qu'on les favorise. Tout ce qui est instrumentation, c'est pour eux ! On sait que c'est un rôle qui leur tient à cœur...* » (C1*).
- « *Donc on a été très clair qu'il n'y aurait pas d'instrumentation par les intérimaires. Ça, c'est quelque chose qu'on défend et qu'on protégera. On fait vraiment barrage par rapport à ça, face aux chirurgiens* » (C1*).
- « *J'ai surtout l'impression de manager des intérimaires plutôt que de manager mon équipe, entre guillemets. Alors, heureusement que j'ai encore quelques ressources, c'est vrai que mon équipe est petite et je ne vais pas dire que je les couve comme une mère, mais c'est presque ça. J'essaie de bichonner ceux qui restent pour les garder* » (C1*).
- « *Nous avons ajusté notre manière de fonctionner avec les intérimaires. Le but, c'est vraiment de donner un environnement de travail agréable pour les gens qui travaillent ici* » (C3).

4.2.2.4. Perception des équipes

4.2.2.4.1. Désaccords

Les responsables ont exprimé le sentiment d'intrusion ressenti par leurs infirmiers face à l'arrivée des intérimaires, ainsi qu'une crainte de voir leur rôle ou leur place remis en question :

- *« Au début, c'était compliqué parce qu'évidemment, l'équipe s'est sentie d'un coup un peu envahie. Ils voyaient, c'était un peu pris en mode, ils vont venir nous prendre notre travail. Ils vont instrumenter. C'était un peu mal vu » (C1*).*
- *« Il y en a qui sont, je pense, tout à fait hostiles à ça, qui prennent ça pour des personnes qui viennent voler leur travail » (C3).*

Un autre ressenti ressortit des entretiens concerne les différences de statuts entre les infirmières de terrain et les intérimaires. La présence d'indépendants dans les blocs opératoires étant perçue assez négativement :

- *« Il y en a qui m'ont déjà dit que ce n'était pas juste d'avoir une indépendante alors qu'on était tous des salariés ici à l'hôpital. Ce que j'entends et je comprends, c'est un peu de la concurrence déloyale » (C2).*

4.2.2.4.2. Intégration/ Collaboration

En termes d'intégration, tout le monde est d'accord pour dire que les intérimaires qui viennent régulièrement font partie de la vie du bloc opératoire, cependant on ne les considère pas comme faisant partie de l'équipe :

- *« Étant donné que ce sont des intérimaires qui sont venus et qui ont fait un peu leurs preuves, et qu'on essaie globalement de toujours prendre les mêmes, ils commencent à faire partie, je ne vais pas dire des meubles, mais voilà ! (...) Les gens commencent à les connaître et donc, évidemment, ils ne font pas partie de l'équipe dans le sens où ce n'est pas qu'on va les inviter à un resto d'équipe, mais ça commence à être normal, ça commence à aller mieux » (C1*).*

Les propos recueillis rapportent même une fragilisation du sentiment d'appartenance à cette équipe :

- *« Dans les faits, finalement, mes infirmiers ont plus l'habitude de travailler avec des intérimaires plutôt que de travailler entre collègues.(...) Ils sont chacun dans des salles*

différentes avec des intérim, donc ils ne se côtoient plus. Le sentiment d'appartenir à une équipe devient fragile » (C1).*

Si l'on aborde l'aspect de la collaboration, les responsables admettent que leur personnel peut ressentir du stress supplémentaire et être plus déconcentré en présence d'intérimaires :

- *« Si c'est une intérimaire qui n'a pas forcément l'habitude de la chirurgie, du chirurgien ou de l'hôpital, il faut souvent la guider. C'est du temps où l'instrumentiste ne va pas forcément être concentré sur l'intervention, et ça va générer un peu de stress pour l'infirmière » (C3).*

4.2.2.4.3. Surcharge de travail

La hiérarchie des infirmières de bloc opératoire est consciente qu'elles ressentent une surcharge de travail lors de la collaboration avec des intérimaires :

- *« Quand on est instrumentiste, je pense que ça peut être une contrainte d'avoir un intérimaire en tant que circulant. Il y a probablement une surcharge de travail pour les infirmiers à aider les intérimaires » (C2).*

4.2.2.5. Vision à long terme

Pour terminer les entretiens, une question relative à leur vision de l'avenir des blocs opératoires a été posée. Par celle-ci, je souhaitais dépasser le simple constat actuel et explorer les perspectives d'évolution, perçues par les chefs, du recours à l'intérim, et ainsi pouvoir mieux percevoir les enjeux à plus long terme.

4.2.2.5.1. Évolution de l'intérim

Deux visions complètement opposées sont ressorties des interviews. D'un côté, une perspective sur le long terme où l'objectif est de diminuer le nombre d'intérimaires, voire de ne plus en avoir :

- « *L'objectif, nous, il est assez clair et je pense qu'il est assez cohérent, c'est de diminuer tout doucement le nombre d'intérimaires et finir par ne plus en avoir* » (C3).
- « *Il n'y en aura plus, parce que ça a aussi un coût très important. Pour l'institution, je sais que c'est énormément d'argent. Donc, ils vont privilégier un maximum l'embauche, le recrutement* » (C2).

De l'autre côté, la vision est tout à fait différente, avec un paysage du bloc opératoire qui change complètement. L'attrait des salariés à basculer vers des statuts d'indépendants obligerait les hôpitaux à engager eux-mêmes des indépendants ; le statut de salariés dans les quartiers opératoires disparaîtrait complètement :

- « *Il y a de plus en plus de salariés qui s'investissent dans des sociétés d'infirmiers indépendants. Je me dis que d'ici dix à quinze ans, ça ne m'étonnerait pas que nous n'ayons que des indépendants au quartier opératoire. Alors peut-être des indépendants fixes engagés par l'hôpital. Voilà, peut-être pas des sociétés, mais je pense vraiment qu'on va perdre le statut d'employés au quartier opératoire* ».

5. Discussion

Pour rappel, ce travail de recherche avait pour ambition de rendre compte de la vision des infirmiers de bloc opératoire sur la répartition des rôles et des tâches lors de la présence d'intérimaires indépendants, ainsi que des effets organisationnels perçus. Cette étude vise à répondre aux objectifs suivants :

- Identifier la perception des infirmiers salariés concernant la répartition des rôles et des tâches au sein du bloc opératoire.
- Comprendre le ressenti et les représentations des infirmières de bloc opératoire face au recours à l'intérim.
- Identifier les situations vécues comme injustes ou source de tensions par le personnel soignant en place.
- Évaluer l'impact de cette cohabitation professionnelle sur l'organisation générale.

- Comprendre comment les chefs de service perçoivent les enjeux organisationnels et managériaux autour de la présence d'intérimaires indépendants au bloc opératoire.

Au travers de cette partie, nous dégagerons les principaux résultats des données collectées que nous analyserons conjointement avec la littérature consultée. Nous présenterons également les limites de cette étude, et nous terminerons par discuter des implications.

5.1. Mise en perspective au regard du cadre théorique

Le recours à l'engagement d'intérimaires au sein des blocs opératoires trouve sa genèse, selon les propos des infirmiers interrogés et des responsables, dans la pénurie de personnel. Ces observations abondent dans le sens des chiffres mondiaux de l'OMS (2025) qui évalue la pénurie infirmière à 4,5 millions d'infirmiers d'ici à 2030. En Belgique, cette notion de manque est également bien présente, le métier d'infirmier étant caractérisé de métier en pénurie selon les pouvoirs publics (Le Forem, 2025). Ce recours à du personnel externe à l'hôpital devient, selon eux, une nécessité pour la poursuite des activités opératoires. L'engagement d'intérimaires dans les blocs opératoires ne semble pas, sur le terrain, être bridé par les cadres supérieurs. La nécessité d'effectuer les programmes opératoires apparaît comme prioritaire, malgré les coûts conséquents de l'intérim. Nous n'avons malheureusement pas pu accéder aux chiffres exacts des coûts relatifs au recours aux infirmiers intérimaires dans les blocs opératoires concernés par cette étude, ni ceux concernant les rentrées financières engendrées par l'activité du quartier opératoire. Les recettes des blocs opératoires représentant environ 40 % du chiffre d'affaires des hôpitaux (Durant, 2011 ; Wang & Demeulemeester, 2025), il semble qu'il est plus rentable de procéder à l'engagement d'intérimaires plutôt que de ne pas ouvrir certaines salles d'opération faute de personnel. La prudence reste toutefois de mise, au regard des recommandations de la Cour des comptes (2025) qui préconise de « suivre le surcoût du travail intérimaire dans les hôpitaux pour en maîtriser l'incidence financière globale ».

En plus de pouvoir continuer à faire fonctionner les blocs opératoires, la perspective de pouvoir engager les intérimaires en tant que salariés a été évoquée par les chefs. Cette possibilité reste cependant marginale, l'engagement au GHdC d'un seul intérimaire indépendant a été effectivement abouti. Selon Braddy & al. (1991) et Manias & al. (2003), c'est la flexibilité des horaires qui pousse les infirmiers à choisir un emploi en intérim. Un avantage que les hôpitaux peinent à offrir à leurs employés, ce qui limite considérablement la possibilité de procéder à des

engagements. Cette liberté des intérimaires à choisir leurs horaires, mais aussi de négocier leurs salaires, serait source de conflits relationnels, de jalousie et de frictions au sein des équipes (Durieux, 2023). Ceci se vérifie sur le terrain, les infirmiers interrogés soulignent que des tensions et de l'envie naissent à cause de ces différents avantages liés aux statuts d'indépendants.

Outre le statut, l'attribution des rôles en salle d'opération est également source de discorde. Comme abordé dans le cadre théorique, les infirmiers au bloc opératoire peuvent se voir attribuer différentes fonctions. Dans nos entretiens, les personnes questionnées étaient soit circulantes, soit instrumentistes. Le point d'orgue des entretiens concerne l'attribution de l'instrumentation, qui constitue le principal point de tension dans l'organisation. Pour la majorité des infirmiers questionnés, l'instrumentation des interventions chirurgicales devrait leur être réservée. L'attribuer à des intérimaires est injuste et aussi peu sécuritaire selon certains. On comprend, au travers de cette étude, que cette fonction d'instrumentiste revêt une dimension particulièrement symbolique. La littérature consultée va dans ce sens également. Selon Richardson-Tench (2008), c'est un rôle fortement apprécié des infirmiers car il positionne l'infirmier dans un rôle de reconnaissance forte, puisque positionné au plus près du pouvoir symbolique du chirurgien. Duhamel (2024) précise que la fonction d'infirmier circulant a moins été sujette à discussion lors des entretiens, probablement en raison d'une valorisation moindre de ce rôle. La notion de valorisation a d'ailleurs été souvent associée par nos participants au rôle d'instrumentiste. Les responsables des deux blocs sondés sont tout à fait conscients de cette réalité de terrain, puisque tous les chefs interrogés mentionnent vouloir mettre en avant leur personnel et les valoriser. Selon eux, l'instrumentation est l'un des seuls aspects du métier qui reste attractif pour les infirmiers au bloc opératoire. Il est donc tout naturel pour les responsables de réserver ce rôle à leurs salariés. Cependant, il est à noter qu'au GHdC, le personnel infirmier rapportait davantage un sentiment d'injustice dans la gestion organisationnelle de l'instrumentation. Dans l'autre bloc opératoire sélectionné, les infirmiers paraissaient plus sereins et leur responsable tout à fait catégorique sur l'attribution du rôle d'instrumentiste aux infirmiers salariés. Le sentiment d'injustice exprimé, au GHdC, semble s'inscrire dans la continuité des pratiques organisationnelles antérieures. Les récents changements de responsables, au GHdC, se traduisant par une volonté plus affirmée de réserver l'instrumentation au personnel en place ; il serait dès lors intéressant de suivre l'évolution de cette situation et observer si ces choix contribuent à améliorer le ressenti des infirmiers.

Les chefs de bloc opératoire semblent être sensibles à la satisfaction de leur personnel et manifestent une volonté de les privilégier et de les valoriser. Par nos recherches effectuées lors de la rédaction du cadre théorique, on note l'importance du soutien de la hiérarchie, qui est jugée plus efficace, si le leadership est axé sur une vision commune, la confiance, l'inspiration et la défense de leurs groupes (Alluhaybi & al., 2023). Cette volonté de mettre en avant leurs équipes s'inscrit dans une dynamique plutôt positive, d'autant plus que, comme le souligne De Vries & al. (2023), le soutien hiérarchique contribue à favoriser la rétention du personnel. Cette orientation managériale de promotion d'une gestion prônant la satisfaction des infirmiers serait bénéfique pour limiter le turnover (Li & al., 2023).

Outre le soutien de la hiérarchie, comme énoncé par Abraham & al. (2025), la charge de travail est aussi une condition d'insatisfaction du personnel infirmier. Presque l'entièreté de l'échantillon questionné manifestait le sentiment d'une charge de travail plus conséquente lors de la collaboration avec les intérimaires. Les chefs se rendent bien compte de cette surcharge, ceux-ci l'ayant verbalisée lors des entretiens. Une tentative de réponse de la part des chefs, à cette charge de travail plus élevée, serait de procéder préférentiellement à l'engagement d'intérimaires "habituels" qui faciliterait le quotidien des infirmiers salariés par leur meilleure connaissance des lieux et de l'organisation. La charge émotionnelle est également une autre des cinq conditions d'insatisfaction d'Abraham & al. (2025). Les infirmiers ont, en effet, rapporté ressentir des émotions plutôt négatives en travaillant avec les intérimaires, tels que du stress ou de l'énervement. Cette charge émotionnelle est, selon Sasso & al. (2019), un facteur déterminant dans la décision de quitter son emploi. Peu mentionnée par les responsables, la charge émotionnelle n'en demeure pas moins ressentie par leur personnel. Elle mériterait d'être davantage prise en compte afin de limiter les conséquences et favoriser le maintien des équipes. Un autre point, que les infirmiers ont fréquemment mentionné, est la liberté des intérimaires à organiser leur planning, et donc à concilier une vie professionnelle et privée plus harmonieuse. Cela en dépit de l'organisation et de la cohésion de l'équipe. Cette liberté, qui est liée au statut d'indépendant, est souvent jalousée par les infirmiers interrogés. Bien que les chefs aient conscience de l'attractivité du statut d'intérimaire, il est compliqué pour eux d'offrir à leur personnel des conditions similaires. Toujours dans cette dynamique de favoriser la rétention du personnel, les directions hospitalières devraient réfléchir à favoriser un équilibre plus important entre la vie privée et professionnelle de leurs employés (De Vries & al., 2023).

Dans l'organisation quotidienne, la question de la non-attribution de certaines tâches a été posée aux responsables. Outre les tâches organisationnelles, ils ont mis en avant la non-prise en

charge, dans la mesure du possible, des nouveaux engagés et des étudiants. En effet, une attention particulière est à donner à la formation de ce personnel débutant. Car selon Södergård & al. (2025), une formation plus encadrée des nouveaux engagés, celle-ci prise en charge par du personnel expérimenté, favoriserait la fidélisation de ces infirmiers nouvellement recrutés et diminuerait le turnover. La gestion de la formation, par les chefs, des nouveaux arrivants dans leur bloc va complètement dans le sens de cette revue. Il en va de même pour la prise en charge des étudiants que la hiérarchie ne confie pas (ou peu) aux intérimaires. Les recommandations du GIBBIS (2023) soutenant un meilleur accompagnement des stagiaires pour éviter qu'ils abandonnent la profession ou le secteur.

Toujours concernant l'organisation quotidienne, les infirmiers pensent que les chefs organisent la répartition de travail en fonction de la disponibilité des intérimaires. Les choix opérés par les chefs leur semblent être effectués en donnant la priorité aux indépendants. Le personnel en place ajoute que ces intérimaires choisiraient leur horaire et ce qu'ils veulent faire sous peine de ne plus revenir si on n'accède pas à leur demande. C'est d'ailleurs pour cette flexibilité en matière d'horaire que, selon Rigoulot (2013), les intérimaires choisissent ce statut de travail, ils peuvent ainsi organiser leur horaire à leur convenance. Pourtant, si l'on analyse les dires des chefs, ceux-ci déclarent qu'ils organisent le travail en dispatchant leur personnel avant de prévoir les intérimaires nécessaires en conséquence. Il serait intéressant de creuser cette question pour comprendre ce décalage. Par ailleurs, le guide social, en 2023, expliquait que les intérimaires avaient la possibilité d'effectuer des heures supplémentaires au-delà de son temps plein pour compléter leurs revenus. Certains propos d'infirmiers exprimaient justement une forme d'excès de zèle des intérimaires à effectuer des heures supplémentaires, même si cela n'était pas forcément nécessaire. Situation qui créerait au sein des équipes du bloc opératoire de l'énervement. Une plus grande vigilance des responsables sur ces situations permettrait de limiter les abus et prévenir l'apparition de telles tensions.

5.2. Limites de l'étude

Une des limites de cette recherche se situe dans le fait de la proximité de l'auteure avec la majeure partie du public cible étudié. Bien que cette familiarité avec le terrain ait facilité l'accès à celui-ci, cette proximité soulève la question de la subjectivité et d'un biais de désirabilité sociale. L'appartenance de la chercheuse au groupe cible a pu, d'une part, influencer consciemment ou pas le déroulement des entretiens. Ceci en orientant, peut-être implicitement,

les échanges avec les collègues ou en réduisant la spontanéité des réponses. D'autre part, l'interprétation des propos a pu manquer de distance critique à cause de cette proximité avec le contexte de l'étude. Malgré une grande volonté de maintenir une certaine neutralité, il est important de noter qu'il a été difficile de maintenir le détachement adéquat avec les collègues et limiter l'influence sur ceux-ci.

Une autre limite était la difficulté de recrutement de candidats dans le second hôpital. L'étude visait à recueillir le ressenti des infirmiers de deux blocs opératoires distincts, le recrutement s'est montré plus compliqué pour l'un des deux établissements. Ce déséquilibre a pu engendrer une expression plus grande du point de vue des infirmiers du GHdC, qui ont été surreprésentés en termes de nombre d'entretiens. Les dynamiques propres au second bloc opératoire qui est moins représenté sont donc potentiellement sous-explorées dans cette étude.

Ces limites, loin de remettre en cause les résultats obtenus, permettent d'en préciser les fondements et ouvrent des pistes pour d'éventuelles futures recherches, notamment en élargissant l'échantillon ou en explorant d'autres contextes.

5.3. Implications et recommandations

Pour les recherches futures

Cette étude visait à identifier le ressenti des infirmiers salariés de bloc opératoire face au recours à des intérimaires indépendants. Elle constitue une contribution à la compréhension des dynamiques d'équipes engendrées par leur présence, en termes de répartition de travail et de répartition des rôles d'instrumentation notamment. Ce travail ouvre des questions qui appellent à être approfondies lors de recherches futures complémentaires. Il serait intéressant dans le cadre d'une approche plus longitudinale d'analyser certains aspects mis en évidence lors des entretiens. A titre d'exemple, la mesure dans laquelle ce recours à l'intérim influence les dynamiques collectives, le sentiment d'appartenance à l'équipe ou encore la qualité des soins au patient. Il serait également intéressant d'envisager des études à plus large échelle mixant différents contextes de soins, pour mesurer plus précisément l'influence sur les équipes de l'intérim dans les blocs opératoires.

Pour le management :

Les responsables des quartiers opératoires jouent un rôle central dans l'organisation de la répartition de travail et l'organisation relative aux intérimaires indépendants. Ils occupent par ailleurs une position importante dans la régulation des tensions liées au recours à l'intérim. Il leur revient donc de veiller à être les plus transparents possibles vis-à-vis des décisions organisationnelles prises, pour clarifier auprès de leurs personnels la direction managériale adoptée. Cette transparence permettrait d'éviter les incompréhensions entre la perception des infirmiers en place et les intentions managériales. Nous avons, lors de cette recherche, mis en évidence que les changements récents de responsables, dans l'un des deux hôpitaux, ont significativement eu un impact sur le ressenti des équipes. Si les objectifs des nouveaux chefs ne sont pas clairement communiqués, l'incertitude qui en découle exacerbe les tensions préexistantes et peut fragiliser la cohésion de groupe. Cela met en évidence l'importance d'une communication de qualité qui est une condition sine qua non pour un climat de travail serein, surtout en période de transition. Une attention particulière devrait être donnée à un accompagnement au changement systématique et organisé. Celui-ci devrait être pensé comme une priorité, non comme accessoire.

Sur la question de la répartition des rôles d'instrumentation, il semblerait judicieux de réserver, en priorité, ce rôle au personnel permanent, en reconnaissance de leur expertise de terrain, de leur investissement dans l'organisation du bloc opératoire et pour leur engagement à garantir la continuité des soins. Cette orientation, une fois intégrée de manière plus formelle dans les pratiques du bloc, enverrait selon moi un signal clair de valorisation des infirmiers salariés et contribuerait à rééquilibrer le sentiment d'injustice exprimé lors des entretiens. Dans ce contexte de pénurie infirmière profonde, un management attentif aux conditions de travail, aux aspirations professionnelles et aux frustrations accumulées constituent une solution concrète de fidélisation à ne pas négliger. Il convient, dès lors, que les institutions hospitalières pensent le recours aux intérimaires indépendants dans une stratégie cohérente des ressources humaines, et pas juste comme une variable de maintien budgétaire. Les directions sont invitées à mieux évaluer les effets négatifs sur les équipes des blocs opératoires et à développer une politique d'attractivité du statut de salarié, pour être capable de mieux faire face au creusement des inégalités ressenties au sein des équipes.

6. Conclusion

Ce mémoire s'est intéressé au vécu des infirmiers salariés de bloc opératoire face à la collaboration de plus en plus régulière avec des intérimaires indépendants. En effet, le contexte de pénurie infirmière systémique oblige les institutions hospitalières à avoir recours à ce personnel temporaire pour assurer la continuité des soins au patient. Si ce recours à l'intérim permet de maintenir l'activité opératoire, l'impact sur les équipes n'est pas neutre. Cette démarche qualitative avait pour ambition de donner la parole aux infirmiers de blocs opératoires confrontés au quotidien à ce recours croissant à des intérimaires indépendants, vécu qui reste assez peu documenté dans la littérature. À travers les différents entretiens semi-directifs effectués auprès d'infirmiers de deux blocs opératoires et de leurs responsables, ce travail a tenté de saisir la complexité des ressentis et les dynamiques d'équipe qui se jouent.

La principale source de frustration rapportée par les infirmiers concernait l'attribution des rôles d'instrumentation. L'instrumentation, qui revêt une symbolique particulière dans les salles d'opération, apparaît comme plus valorisante. Autre objet de tension, la différence de statut des intérimaires qui engendrerait un sentiment d'injustice face aux écarts de rémunération, ainsi que la liberté d'être indépendant et de gérer leur planning sans se soucier de l'organisation du reste de l'équipe. La charge de travail a été considérée comme plus conséquente par les infirmiers lors de la collaboration avec les intérimaires. Aussi, la charge émotionnelle semble être bien présente également. Le personnel de terrain rapportant, par exemple, du stress et de l'énervement en leur présence. Du côté des responsables interrogés, ceux-ci ont insisté sur leur volonté de mettre en avant leur personnel, cependant les infirmiers pensent majoritairement l'inverse. À plusieurs reprises, les différents entretiens mettent en évidence un décalage entre la perception des infirmiers et leurs responsables face à l'organisation du travail au quotidien. Ce décalage, pouvant paraître anodin de prime abord, est révélateur d'un besoin de communication plus grand et de l'importance d'une transparence managériale.

Ce mémoire m'aura permis de prendre du recul sur mon quotidien, de lui donner plus de perspective. Cette vision plus nuancée renforce ma conviction que la parole des infirmiers de terrain mérite d'être davantage explorée lors des réflexions managériales sur l'organisation des soins. Car derrière les chiffres de la pénurie et du recours à l'intérim se jouent des expériences humaines qui, si elles font l'objet d'une attention particulière, aident à mieux comprendre et

anticiper ce qui fait tenir ou ce qui fragilise les équipes. Prendre en compte le ressenti du personnel infirmier peut constituer l'un des moyens les plus concrets pour prévenir son désengagement et réduire le turnover.

Bibliographie

- Abraham, D. E., Brolis, D. O., Rouck, E. D., Vaessen, D. J., Valsamis, D., & Bruyneel, D. A. (2025). Étude sur les activités, la carrière et l'évolution de la profession infirmière. *Commandée par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, DG Soins de Santé, Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé*. https://ideaconsult.be/wp-content/uploads/2025/06/etude_sur_la_profession_infirmiere_rapport_final.pdf.pdf
- Alluhaybi, A., Wilson, A., Usher, K., & Durkin, J. (2023). Impact of Nurse Manager Leadership Styles on Work Engagement : A Systematic Literature Review. *Journal of Nursing Management*, 2023, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2023/5090276>
- Arrêté ministériel du 26 mars 2014 relatif aux critères d'agrément autorisant les infirmiers à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins péri-opératoires, anesthésie, assistance opératoire et instrumentation (en abrégé « soins péri-opératoires »). (2014). *Moniteur belge*. https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2014/05/02_1.pdf#page=104
- Attractivité de la profession infirmière : un défi collectif. (2022). *AUVB-UGIB-AKVB*. <https://auvb-ugib-akvb.be/wp-content/uploads/2022/11/Attractivite-de-la-profession-infirmiere-un-defi-collectif-2022-UGIB.pdf>
- Baribeau, C., & Royer, C. (2013). L'entretien individuel en recherche qualitative : Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Bourquin, S. (2023). Des mesures stratégiques contre la pénurie infirmière : l'exemple de la Belgique. *Infirmiers.com*. Consulté le 27 décembre 2026 à l'adresse <https://www.infirmiers.com/profession-ide/international/des-mesures-strategiques-contre-la-penurie-infirmiere-lexemple-de-la-belgique>
- Braddy, P.K., Washburn, T.A., Carroll, L.L. (1991). Factors influencing nurses to work for agencies. *Western Journal of Nursing Research*, vol. 13 (n°3), p. 353–362.
- Burn-out : l'alarmante vulnérabilité du personnel médical face à l'intensification du travail. (2014). *Guide Social*. Consulté le 27 octobre 2025 à l'adresse <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/burn-out-l-alarmante-vulnerabilite-du-personnel-medical-face-a-l>
- Carrez, C. (2024). L'instrumentiste, garant du bon déroulement de l'intervention et de la sécurité sur le champ opératoire. *La revue infirmière*, (n°304), p. 17-18. <https://www-em-premium-com.proxy.bib.uclouvain.be:2443/showarticlefile/1694145/main.pdf>
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes : A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>

- Dancot, J., & Giraud, K. (2025). Séduire, recruter, fidéliser : les nouveaux défis des employeurs du secteur infirmier. *GuideSocial*. Consulté le 20 octobre 2025 à l'adresse <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/seduire-recruter-fideliser-les-nouveaux-defis-des-employeurs-du-secteur>
- De Vries, N., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matranga, D., & De Winter, P. (2023). The Race to Retain Healthcare Workers : A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231159318. <https://doi.org/10.1177/00469580231159318>
- Difficultés et opportunités de recrutement : Liste 2025 des métiers/fonctions critiques et en pénurie en Wallonie. (2025). *Le Forem*. Consulté le 18 octobre 2025 à l'adresse <https://www.leforem.be/documents/chiffres-et-analyses/analyses/analyse-liste2025-fonctions-critiques.pdf>
- Duhamel, F. (2024). La gestion de l'intervention et des risques par l'ibode circulant en périopératoire. *La revue de l'infirmière*, (n°304), p. 21-23. <https://www-em-premium-com.proxy.bib.uclouvain.be:2443/showarticlefile/1694147/main.pdf>
- Durant, G. (2011). L'impact financier des blocs opératoires sur la gestion des institutions hospitalières. (Diapositives powerpoint). *Congrès Afiso, Modave, Belgique*. Consulté le 6 novembre 2025 à l'adresse <https://www.afiso.be/attachment/266247/>
- Durieux, S. (2023). L'intérim hospitalier bondit, l'inquiétude aussi. *Le soir*. <https://www.lesoir.be/492088/article/2023-01-30/linterim-hospitalier-bondit-linquiétude-aussi>
- Enea, M., Maniscalco, L., De Vries, N., Boone, A., Lavreysen, O., Baranski, K., Miceli, S., Savatteri, A., Mazzucco, W., Fruscione, S., Kowalska, M., De Winter, P., Szemik, S., Godderis, L., & Matranga, D. (2024). Exploring the reasons behind nurses' intentions to leave their hospital or profession : A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100232. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100232>
- Fiche 2-A : Indicateur « Charge de travail ». (s.d.). *INSPQ*. Consulté le 6 novembre 2025 à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/recueil-de-fiches-portant-sur-les-indicateurs-de-la-grille-d-identification-de-risques-psychosociaux-du-travail/composantes-cles-de-l-organisation-du-travail/fiche-2-indicateur-charge-de-travail>
- Formarier, M. (1992). « Les échantillonnages—Petites révisions »: *Recherche en soins infirmiers*, N° 31(4), 91-98. <https://doi.org/10.3917/rsi.031.0091>
- Fortin, M-F. & Gagnon J. (2022). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (éd. 3ème édition). *Québec, Canada : Chenelière éducation*.
- Genest, S. (2003). Un, deux, trois... Bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 9-24. <https://doi.org/10.7202/015109ar>

- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., Devos, C., Scohy, A., Vlayen, A., Yaras, H., Janssens, C., & Meeus, P. (2024). Performance of the Belgian health system: Report 2024 (KCE Report 376C). *Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376C_HSPA2024_Report.pdf
- Grard, C., Baquet, C., & Mugisha, L.E. (2023). Par-dessus les épaules des stagiaires : la profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation. *UCLouvain-Laboratoire d'Anthropologie Prospective*. Consulté le 6 novembre 2025 à l'adresse <https://sites.uclouvain.be/laap-anthropologie-prospective/wp-content/uploads/2023/05/Par-dessus-les-epaules-des-stagiaires.-La-profession-infirmiere-UCLLAAP-2023.pdf>
- Hallez A. (2020). L'intérimaire est-il une bonne alternative au personnel permanent ? *Liantis*. Consulté le 27 décembre 2025 à l'adresse <https://blog.liantis.be/fr/politique-du-personnel/interimare-alternative-personnel-permanent>
- He, W., Yuan, H., Luo, W., Hou, M., Liu, M., Xue, H., & Zhang, X. (2025). The relationship between different missed care activities and patient outcomes : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 171, 105183.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105183>
- Indépendant à titre principal. (s.d.). *Belgium.be*. Consulté le 22 décembre 2025 à l'adresse https://www.belgium.be/fr/economie/entreprise/creation/independants/a_titre_principal
- Infirmier.ère spécialisé.e en soins péri-opératoires. (2019). *SIEP*. Consulté le 27 décembre à l'adresse <https://metiers.siep.be/metier/infirmier-infirmiere-specialise-soins-peri-operatoires/>
- Institut national de recherche et de sécurité. (2024). Épuisement professionnel ou burnout : Ce qu'il faut retenir. *INRS*. <https://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- Intérimaire et indépendant, ces statuts qui déstabilisent le secteur des soins. (2023). *Le guide social*. Consulté le 26 décembre 2025 à l'adresse <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/interimare-et-independant-ces-statuts-qui-destabilisent-le-secteur-du-soin>
- Larousse en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/turnover/80298>
- Lavergne, T., & Janssens, H. (2024). Pénurie des infirmier·es et crise du « prendre soin » (Étude No 179). *Institut pour l'égalité entre femmes et hommes / Mutualité Chrétienne*. <https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/192%20-%20Pénurie%20des%20infirmier·es%20et%20crise%20du%20'prendre%20soin'.pdf>

- Li, Y., Howell, J. R., & Cimiotti, J. P. (2023). Nurse practitioner job preference : A discrete choice experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104407. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104407>
- Lin, M. W., Papaconstantinou, H. T., & White, B. A. A. (2023). Moving beyond teamwork in the operating room to facilitating mutual professional respect. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 36(1), 45–53. <https://doi.org/10.1080/08998280.2022.2148987>
- Loore, F. (2012). Infirmiers et infirmières : une profession en grande souffrance et en pénurie. *Paris match*. <https://parismatch.be/actualites/sante/571256/infirmiers-et-infirmieres-uneprofession-en-grande-souffrance-et-enpenurie>
- Manias, E., Aitken, R., Peerson, A., Parker, J., & Wong, K. (2003). Agency-nursing work : Perceptions and experiences of agency nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 269-279. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00085-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00085-8)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mémorandum 2024. (2024). *Union générale des infirmiers de Belgique*. Consulté le 6 novembre 2025 à l'adresse https://issuu.com/w247/docs/memorandum_fr
- Monographie de l'infirmière de salle d'opération. (s.d.). *Afiso*. Consulté le 26 décembre à l'adresse https://www.afiso.be/L-infirmier-e-de-Salle-d-operation-qui-est-elle-il-que-fait-elle-il_a15.html
- Nursing and midwifery. (2025). *World Health Organization*. Consulté le 20 octobre 2025 à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
- Offre infirmière : Planification et mesures fédérales de soutien à la profession. (2025). *Cour des comptes*. Consulté le 22 décembre 2025 à l'adresse https://www.ccrek.be/sites/default/files/Docs/2025_45_OffreInfirmiere.pdf
- Pénurie du personnel soignant. *Plan global d'attractivité en 25 actions*. (2023). *GIBBIS*. Consulté le 20 novembre à l'adresse https://www.gibbis.be/images/our_publications/plan-attractivite/GIBBIS-PlanAttractivite_FR.pdf
- PlanCad Infirmiers 2023. (2025). *Cellule Offre et Planification, Service Professionnels des Soins de Santé, DG Soins de Santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement*. Consulté le 20 novembre à l'adresse https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers_sur_le_marche_du_travail_2023_-_final.pdf
- Qui est indépendant ? (s.d.). *Inasti*. Consulté le 22 décembre 2025 à l'adresse <https://www.inasti.be/fr/qui-est-independant>

- Rapport annuel 2024. (2024). *Conseil International des Infirmières*. Consulté le 20 novembre 2026 à l'adresse https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-07/ICN_Annual_Report_2024_FR_FINAL.pdf
- Ren, H., Li, P., Xue, Y., Xin, W., Yin, X., & Li, H. (2024). Global Prevalence of Nurse Turnover Rates : A Meta-Analysis of 21 Studies from 14 Countries. *Journal of Nursing Management*, 2024(1), 5063998. <https://doi.org/10.1155/2024/5063998>
- Richardson-Tench, M. (2008). The scrub nurse : basking in reflected glory. *Journal of advanced perioperative care*, 3 (4), 125-131. https://www.researchgate.net/publication/233391406_The_scrub_nurse_Basking_in_reflected_glory
- Rigoulot, E. (2013). L'intérim infirmier en question. *Infirmiers.com*. Consulté le 11 janvier 2026 à l'adresse <https://www.infirmiers.com/profession-ide/linterim-infirmier-en-question>
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., & the RN4CAST@IT Working Group. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946-954. <https://doi.org/10.1111/jonm.12745>
- Nature de la relation de travail : travail salarié ou travail indépendant ? (s.d.). *Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale*. Consulté le 18 decembre 2025 à l'adresse <https://emploi.belgique.be/fr/themes/contrats-de-travail/nature-de-la-relation-de-travail-travail-salarie-ou-travail-independant>
- Södergård, E., Juntunen, J., Kuivila, H., Tomietto, M., & Mikkonen, K. (2025). The Effect of Mentoring Programmes on Newly Graduated Nurses' Retention and Turnover : An Umbrella Review. *Journal of Advanced Nursing*, jan.70326. <https://doi.org/10.1111/jan.70326>
- Soylar, P., & Ozer, A. (2018). Evaluation of the prevalence of musculoskeletal disorders in nurses : A systematic review. *Medicine Science*, 7, 1. <https://doi.org/10.5455/medscience.2017.06.8747>
- State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery. (2025). *World Health Organization*. Consulté le 12 octobre 2026 à l'adresse <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4173924-a18f-49b6-8bd1-9c2a4a098980/content>
- Statut social des indépendants. (s.d). *Belgium.be*. Consulté le 22 décembre 2025 à l'adresse https://www.belgium.be/fr/economie/entreprise/securite_sociale#:~:text=Le%20travailleur%20ind%C3%A9pendant%20a%20droit,%20allocation%20d'aidant%20proche
- Travail intérimaire. (s.d.). *Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale*. Consulté le 24 décembre 2025 à l'adresse <https://emploi.belgique.be/fr/themes/contrats-de-travail/travail-interimaire>

- Travailler comme indépendant. (s.d). *Wallonie.be*. Consulté le 22 décembre 2025 à l'adresse <https://www.wallonie.be/fr/vivre-en-wallonie/travail/travailler-comme-independent#:~:text=Le%20statut%20d'ind%C3%A9pendant%20offre,et%20d%C3%A9veloppez%20un%20projet%20personnel>.
- Un plan « soins de santé ». (2022). *Federgon*. Consulté le 27 décembre 2025 à l'adresse https://federgon.be/fileadmin/media/pdf/fr/COM202071_Federgon_-_Un_plan_Soins_de_sante_.pdf
- Van Cauwenberge G. (2025). Le marché du travail à travers le prisme De Wever I. *Nextconomy*. Consulté le 27 décembre 2025 à l'adresse <https://www.nextconomy.be/fr/2025/03/le-marche-du-travail-a-travers-le-prisme-de-wever-i/>
- Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis J., Dossche, D., Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (2020). Safe nursing staffing levels in acute hospitals (KCE Report 325). *Belgian Health Care Knowledge Center (KCE)* https://efn.eu/wp-content/uploads/2023/04/Belgium-KCE_325_Safe_nurs_staffing_Report_2nd_edition.pdf
- Wang, L., & Demeulemeester, E. (2025). Simulation modeling and analysis of the inpatient surgical department in a university hospital. *Simulation Modelling Practice and Theory*, 142, 103103. <https://doi.org/10.1016/j.simpat.2025.103103>
- Zurich renonce aux soignants intérimaires : un modèle à suivre ? (2023, 11 mars). *Medinside*. Consulté le 27 décembre 2025 à l'adresse <https://www.medinside.ch/fr/zurich-renonce-aux-soignants-interimaires-un-modele-a-suivre-20250311>

Annexes

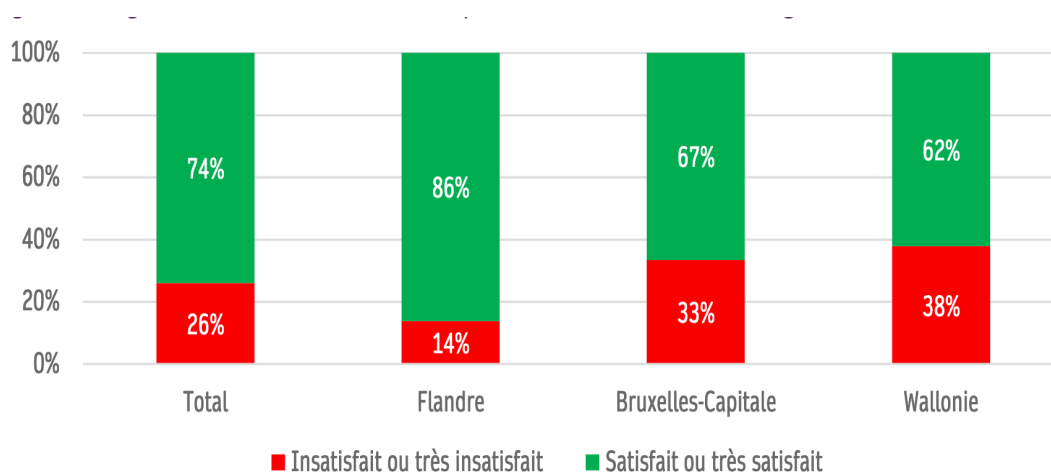
Annexe 1 : tableau évolution de la force de travail selon les communautés, nombre d'actifs et densités pondérées.

Tableau 1 : Évolution de la force de travail infirmière (densités pondérées*) entre 2021 et 2046 pour les communautés FR et FL selon les secteurs d'activité infirmiers

COMMUNAUTÉ FLAMANDE						
	Actif Santé - nombre			Actif Santé - densité pondérée		
Scénario de base	2021	2046	2021-2046 (%)	2021	2046	2021-2046 (%)
Statut professionnel	82.105	91.985	12,03	119,46	96,70	-19,05
Hôpital	46.485	48.036	3,34	67,64	56,63	-16,27
Maison de repos et de soins	14.665	18.961	29,30	21,34	15,25	-28,55
Soins à domicile	15.829	19.749	24,76	23,03	18,96	-17,68
Santé communautaire	8.351	9.113	9,12	12,15	12,03	-0,98
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE						
	Actif Santé - nombre			Actif Santé - densité pondérée		
Scénario de base	2021	2046	2021-2046(%)	2021	2046	2021-2046(%)
Statut professionnel	52.175	59.680	14,38	112,94	100,31	-11,18
Hôpital	32.235	36.392	12,90	68,78	67,05	-3,91
Maison de repos et de soins	8.942	11.358	27,02	19,36	15,26	-21,14
Soins à domicile	10.340	11.299	9,28	22,38	17,36	-22,42
Santé communautaire	5.063	5.822	14,99	10,96	11,93	8,83

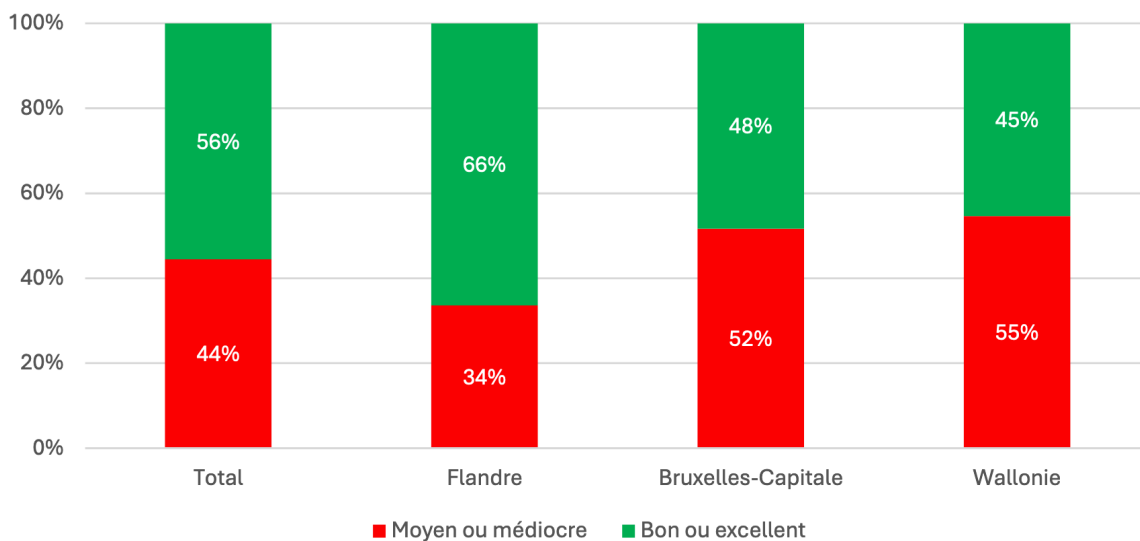
Source : SPF Santé publique, 2024b **

Annexe 2: degré de satisfaction concernant la profession infirmière selon la région.



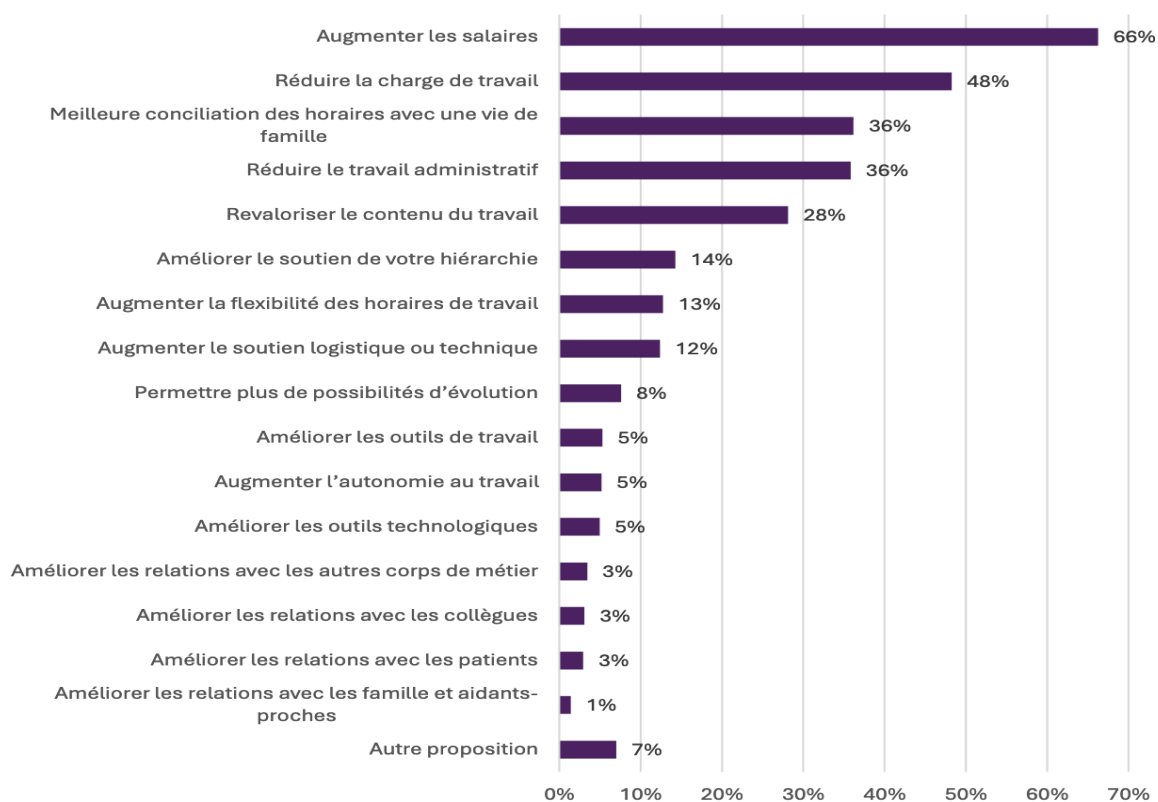
Source : IDEA Consult sur base du questionnaire auprès des infirmiers (N=5535 ; Flandre, n=2540 ; Bruxelles-Capitale, n=1010 ; Wallonie=1985)

Annexe 3 : degré de satisfaction concernant l'environnement de travail selon la région



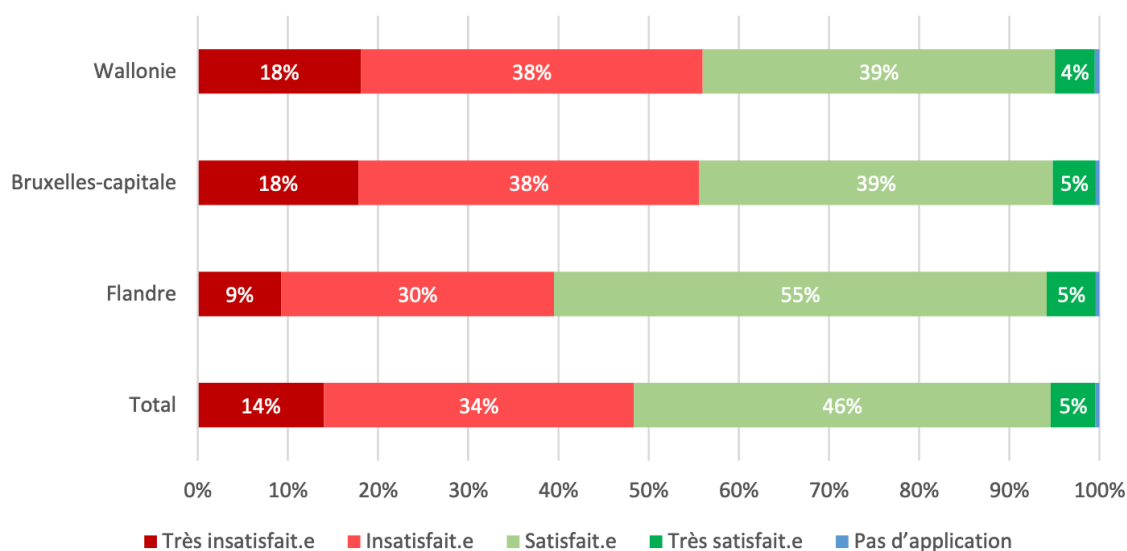
Source : IDEA Consult sur base du questionnaire auprès des infirmiers (N=5535 ; Flandre, n=2540 ; Bruxelles-Capitale, n=1010 ; Wallonie=1985)

Annexe 4: propositions d'amélioration des conditions de travail de la profession infirmière



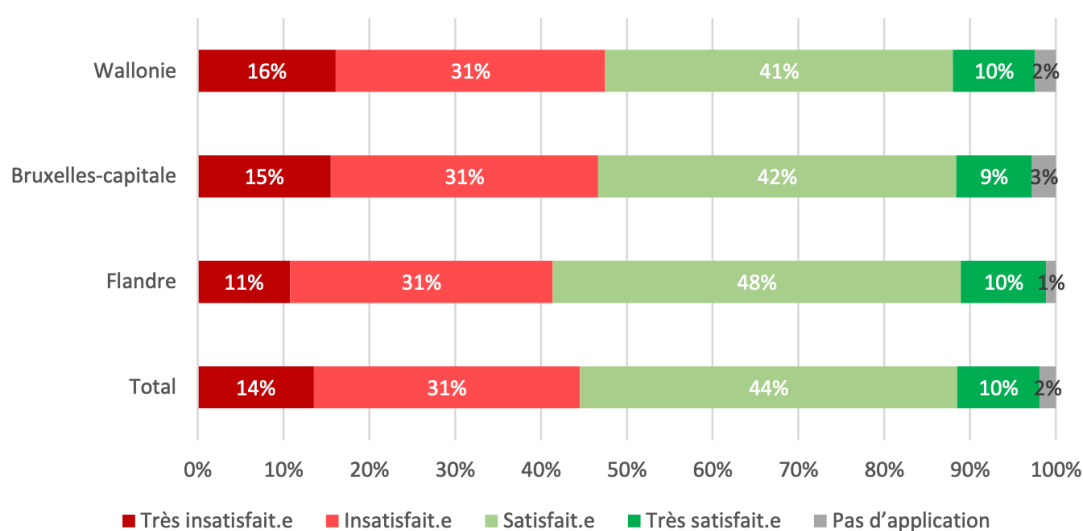
Source : IDEA Consult sur base du questionnaire auprès des infirmiers (n=5535)

Annexe 5 : La satisfaction concernant la charge émotionnelle par région



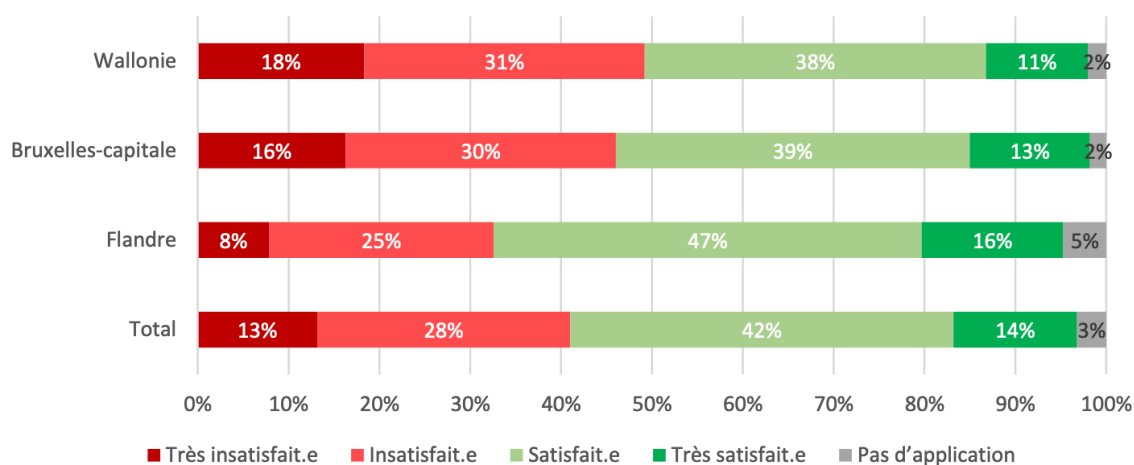
Source : IDEA Consult sur base du questionnaire auprès des infirmiers (N=5535 ; Wallonie=1985 ; Bruxelles-Capitale, n=1010 ; Flandre, n=2540)

Annexe 6 : La satisfaction concernant la charge physique du travail par région



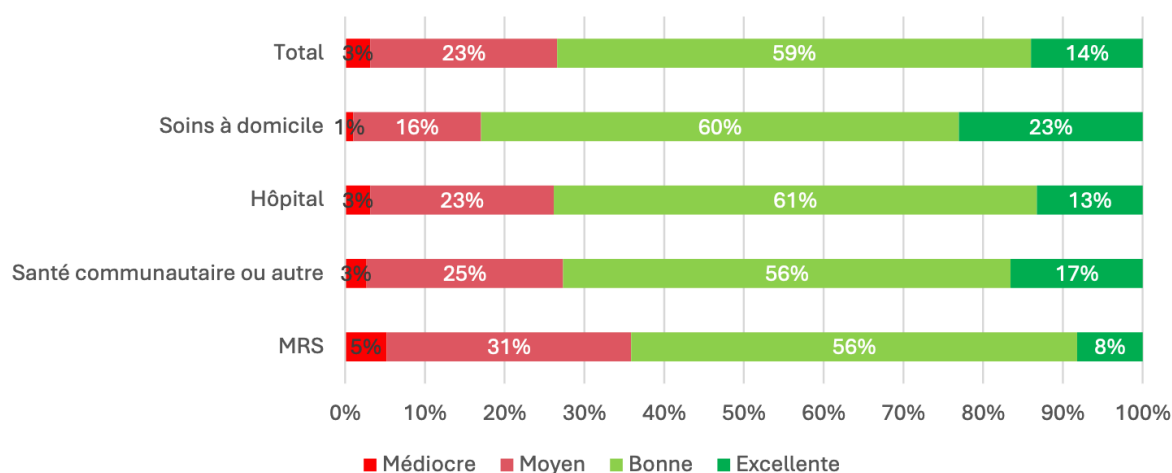
Source : IDEA Consult sur base du questionnaire auprès des infirmiers (N=5535 ; Wallonie=1985 ; Bruxelles-Capitale, n=1010 ; Flandre, n=2540)

Annexe 7 : La satisfaction concernant le soutien de la hiérarchie par région



Source : IDEA Consult sur base du questionnaire auprès des infirmiers (N=5535 ; Wallonie=1985 ; Bruxelles-Capitale, n=1010 ; Flandre, n=2540)

Annexe 8 : Description de la qualité des soins par secteur d'activité.



Source : IDEA Consult sur base du questionnaire auprès des infirmiers (N=5535 ; Soins à domicile, n=708 ; Hôpital, n=3791 ; Santé communautaire et autres, n=455 ; MRS, n=875)¹⁵

Guide d'entretien à destination des infirmiers de bloc opératoire

Bonjour,

Dans le cadre de mon master en santé publique à l'université catholique de Louvain, j'effectue mon mémoire sur le ressenti des infirmiers face au recours à des intérimaires au bloc opératoire. L'objectif est de recueillir vos perceptions et votre expérience concernant la répartition des rôles et des tâches en leur présence. C'est pourquoi, j'effectue une série d'entretiens auprès de vous, infirmier au quartier opératoire.

Cet entretien durera entre 30 min et 1h. Avec votre accord et afin de retranscrire de manière la plus fidèle possible vos dires, l'entretien sera enregistré. À tout moment, vous pouvez me notifier le souhait de mettre sur pause ou de stopper cet enregistrement. Je serai, probablement, amené à prendre quelques notes lors de notre discussion. L'entretien sera strictement anonyme et confidentiel. Tous les propos recueillis ne seront en aucun cas diffusés, ils me seront utiles pour avoir une plus grande précision dans mon travail d'analyse.

Avant de commencer, avez-vous des questions ? Avez-vous besoin de plus d'explications ?

- Contexte professionnel / Données socio-démographiques

- 1) Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
- 2) Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce bloc opératoire ?
- 3) Quelle est votre fonction au bloc (circulante, instrumentiste, ...) ?

Question de relance : Avez-vous lors de votre carrière exercé une autre fonction ?

- 4) Avez-vous déjà travaillé avec des infirmiers intérimaires ?

- Organisation générale / Répartition

- 1) Comment la répartition quotidienne de travail est-elle organisée selon vous ? (lors de l'absence d'intérimaire) → Comment les rôles et les fonctions sont répartis ?

Question de relance : Qui décide de « qui fait quoi » au bloc opératoire ?

- 2) Comment se passe l'organisation lorsque des infirmiers intérimaires sont présents ?
- 3) Comment percevez-vous la clarté de la répartition dans cette situation ?

- 4) D'après votre expérience, comment se passe la collaboration entre les infirmiers salariés et les intérimaires ?

Question de relance : Percevez-vous une différence entre le travail avec des collègues salariés et celui avec des intérimaires ?

- 5) Quelles distinctions faites-vous entre salariés et intérimaires dans votre équipe ?

Question de relance : Comment le recours à l'intérim influence-t-il la cohésion de groupe de votre équipe?

- 6) En quoi la répartition des tâches ou des rôles change-t-elle lorsqu'il y a des intérimaires ?

Question de relance : Ces adaptations vous semblent-elles pertinentes ?

- Perception et vécu professionnel

- 1) Comment vivez-vous personnellement le fait de travailler avec des intérimaires ?

Question de relance : Quelle émotions cela suscite t'il chez vous ? (stress, frustration, peur, solidarité, ...)

- 2) Comment votre manière de travailler est-elle impactée en présence d'intérimaires?

Question de relance : Comment percevez-vous votre charge de travail en présence d'intérimaire ?

- 3) Quelles difficultés avez-vous pu observer lors de la présence d'intérimaires ?

Question de relance : A l'inverse, quels sont les points positifs?

- 4) Avez-vous le sentiment d'avoir plus ou moins de responsabilité lors de votre collaboration avec les intérimaires?
- 5) Quels types de désaccords avez-vous déjà perçu ou vécu autour de la répartition de travail entre vous et les intérimaires ?

Nous arrivons à la fin de notre entretien. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Y a-t-il des points sur lesquels vous souhaiteriez revenir ou des aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent importants?

Annexe 10 : Guide d'entretien à destination des chefs/adjoints de bloc opératoire

Guide d'entretien à destination des chefs/adjoints de bloc opératoire

Bonjour,

Dans le cadre de mon master en santé publique à l'université catholique de Louvain, j'effectue mon mémoire sur le ressenti des infirmiers face au recours à des intérimaires au bloc opératoire, ainsi que sur les effets sur l'organisation du bloc opératoire. C'est pourquoi, j'effectue des entretiens auprès des responsables de service dans lesquels j'ai préalablement interrogé les infirmiers de terrain. Votre point de vue en tant que chef/adjoint est important dans ma démarche pour comprendre comment l'organisation est pensée, régulée et vécue.

Cet entretien durera entre 30 min et 1h. Avec votre accord et afin de retranscrire de manière la plus fidèle possible vos dires, l'entrevue sera enregistrée. À tout moment, vous pouvez me notifier le souhait de mettre sur pause ou de stopper cet enregistrement. Je serai, probablement, amené à prendre quelques notes lors de notre discussion. L'entretien sera strictement anonyme et confidentiel. Tous les propos recueillis ne seront en aucun cas diffusés, ils me seront utiles pour avoir une plus grande précision dans mon travail d'analyse.

Avant de commencer, avez-vous des questions ? Avez-vous besoin de plus d'explications ?

- Contexte / rôle / responsabilité

- 1) En quelques mots, expliquez-moi votre parcours professionnel ?
- 2) Pouvez-vous me parler de votre fonction actuelle (chef, adjoint, ...) et de vos principales responsabilités ?

Question de relance :

Depuis combien de temps l'exercez-vous ?

Avez-vous, déjà, exercé une activité d'infirmière de bloc opératoire : circulante, instrumentiste, autre ?

3) Pouvez-vous me décrire votre bloc opératoire ? (Taille, équipe, activités, ...)

- Organisation / recours à l'intérim

1) En matière d'effectifs, comment se situe votre service ? (Pénurie, engagement, ...)

Question de relance :

Comment essayez-vous de palier à la pénurie ?

Avez-vous recours à l'engagement d'intérimaires ? Si oui, dans quelle mesure en moyenne ?

2) Comment se passe l'organisation autour du recours à des infirmiers intérimaires dans votre bloc opératoire ? (Gestion anticipative ou recours de dernière minute)

Question de relance :

Comment décidez-vous du nombre d'intérimaires nécessaires ?

Qui valide le nombre de demandes ?

Qui effectue les demandes ?

Avec quelles sociétés intérimaires travaillez-vous ? Est-ce que ce sont des intérimaires indépendants ou salariés ?

Quelles contraintes organisationnelles (programme opératoire à assurer, gardes, spécialités non-couvertes, ...) vous amènent à une demande d'intérim ?

3) Comment sont sélectionnés les intérimaires que vous employez dans votre service ? En fonction de leurs spécialités, de leurs fonctions (circulant, instrumentiste, ...), etc.

4) Travaillez-vous avec des « intérimaires réguliers » ou cela est-il aléatoire ?

5) Comment évaluez-vous l'impact de la présence d'intérimaires dans votre bloc opératoire sur l'organisation générale ?

Question de relance :

Quelle influence pensez-vous que cette cohabitation implique sur la dynamique du groupe ?

6) Quotidiennement, comment vous organisez-vous pour la répartition des rôles et des tâches au bloc opératoire ? (Instrumentiste, circulante, mixte)

Question de relance :

Comment dispatchez-vous ceux-ci entre vos employés et les intérimaires ?

Lors de réalisation de la répartition de travail quotidienne, attribuez-vous d'abord les rôles/fonctions d'abord en plaçant votre effectif et ensuite en comblant avec les intérimaires ?

Ou plutôt l'inverse ?

- 7) Quelles sont les tâches que vous n'attribuez pas volontairement aux intérimaires ?
(Formation des nouveaux, commandes, rangement, ...)

Question de relance :

Pourquoi ?

- Perception des infirmiers

- 1) Comment pensez-vous que les infirmiers salariés perçoivent l'engagement d'infirmiers intérimaires au bloc opératoire ?

Question de relance :

Avez-vous déjà reçu des feedbacks positifs ou négatifs de leur part ?

- 2) Avez-vous connaissance du ressenti des infirmiers (salariés et intérimaires) concernant la répartition du travail ? (Équité, injustice, compétences ...)
- 3) Quels sont, selon vous, les éléments qui créent de la satisfaction ou, à contrario, de la frustration chez les infirmiers de bloc opératoire lors de la présence d'intérimaires ?

- Effets

- 1) A votre avis, y'a-t-il des conséquences positives à avoir des intérimaires dans votre service ?

Question de relance :

Des conséquences négatives ?

- 2) Pensez-vous que les infirmiers salariés compensent certains aspects lors de la collaboration avec des intérimaires ?

Question de relance :

Comment pensez-vous que votre personnel vit cette collaboration ?

- 3) Dans quelle mesure tenez-vous compte du ressenti des infirmiers salariés dans vos choix organisationnels ?

Question de relance :

Avez-vous déjà procédé à des ajustements organisationnels suite à des remarques de votre équipe ?

- 4) Dans les prochaines années, comment voyez-vous l'évolution du recours à l'intérim au sein de votre bloc opératoire ?

Nous arrivons à la fin de notre entretien. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Y a-t-il des points sur lesquels vous souhaiteriez revenir ou des aspects que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent importants?

