

Faculté de santé publique

L'intégration de l'assistant en soins infirmiers dans les structures de soins : Etude qualitative

Mémoire réalisé par
Adrien Nieblas Ramirez

Promoteur·rice(s)
Vincent Lorant

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'intégration de l'assistant en soins infirmiers dans les structures de soins : Etude qualitative

Mémoire réalisé par
Adrien Nieblas Ramirez

Promoteur·rice(s)
Vincent Lorant

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

Dans le processus de réalisation de ce mémoire, j'ai pu bénéficier des contributions de plusieurs personnes, auxquelles je souhaite témoigner mes remerciements.

Tout d'abord, mon promoteur de mémoire, le professeur Vincent Lorant, pour ses conseils avisés, l'encadrement dont j'ai pu bénéficier, ainsi que la patience dont il a fait preuve tout au long de ce processus.

Ensuite, Madame Cecilia Scacchitti de la cellule d'accompagnement au tfe, dont l'aide m'a été précieuse dans l'analyse des résultats des entretiens.

Je souhaite aussi remercier l'ensemble des répondants ayant participé aux entretiens, sans lesquels mon travail n'aurait jamais eu de substance.

Enfin, je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de la Faculté de Santé Publique, qui m'a non seulement apporté de nouvelles compétences, mais a également changé ma perception du système de soins de santé belge.

Le plagiat :

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

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

Liste des abréviations :

AESI : Assistant en soins infirmiers

AS : Aide-soignant

AS 150 heures : Aide-soignant disposant de la formation complémentaire aux 5 actes infirmiers.

ASH : Assistant en soins hospitaliers

ETP : équivalent temps-plein (mesure du temps de travail).

IRSG : Infirmier responsable de soins généraux

MR : maisons de repos

Table des matières :

Introduction.....	6
1) Revue de la littérature.....	7
1.1) Contexte politique.....	7
1.2) Processus Politique.....	9
1.3) Différentes professions de l’art infirmier en Belgique francophone.....	11
1.4) Champs d’application de la pratique infirmière.....	11
1.5) Utilisation de personnel de soutien.....	15
1.6) Complémentarité VS substitution.....	15
1.7) Concept de Délégation.....	16
1.8) Champ d’application de la délégation.....	17
1.9) Responsabilité et obligation de rendre compte.....	18
1.10) Description des rôles.....	19
2) Problématisation.....	21
Méthode.....	22
1) Protocole de recherche.....	22
1.1) Type d’étude.....	22
1.2) Population de l’étude.....	22
1.2.1) Stratégie d’échantillonnage.....	22
1.2.2) Recrutement.....	23
2) Collecte des données.....	23
2.1) Méthode de collecte des données.....	23
2.2) Elaboration du guide d’entretien.....	24
2.3) Analyse des données.....	25
Résultats.....	25
1) Description de l’échantillon.....	25
2) Résultats des entretiens.....	27

Thème 1 : Perception de la pénurie infirmière.....	28
Thème 2 : Partie de travail commun.....	29
Thème 3 : Perception des répondants de la place de l'AESI.....	30
3.1) Champs de compétences.....	30
3.2) Aide-soignant amélioré vs infirmier.....	30
3.3) Evolution de la formation de brevet en soins infirmiers.....	32
3.4) Jugement clinique/expertise.....	33
3.5) Qualité des soins.....	34
3.6) Assistant en soins hospitaliers.....	34
3.7) Clarté pour les patients/résidents.....	35
Thème 4 : Influence sur le métier d'infirmier.....	35
4.1) Horaires inconfortables.....	35
4.2) Nature du travail des infirmiers.....	36
Thème 5 : Déplacement du travail des aides-soignants.....	38
5.1) 5 actes délégués de l'aide-soignant.....	38
5.2) Impact de l'AESI sur la réalisation des 5 actes.....	39
Thème 6 : Formation, passerelles et migration.....	40
6.1) Formation et passerelles.....	40
6.2) Migration professionnelle.....	41
Thème 7 : Substitution vs Complémentarité.....	42
7.1) Différence de fonctions.....	42
7.2) Nombre d'infirmiers en service et équilibre des compétences.....	42
7.3) Autonomie et glissement de tâches.....	44
7.4) Salaire et financement.....	45
Thème 8 : Organisation des services.....	46

8.1) Réorganisation des effectifs.....	46
8.2) Fonctionnement et structuration des équipes.....	47
8.3) Binôme-trinôme.....	48
8.4) Services préférentiels.....	48
Discussion.....	50
1) Synthèse des résultats et mise en perspective avec la littérature.....	50
2) Limites.....	54
3) Perspectives.....	55
Conclusion.....	57
Bibliographie.....	59
Annexes.....	72

Introduction

Les pénurie de personnel de santé sont un problème dans le monde entier, le déficit en personnel infirmier est estimé à 6,2 millions dans le monde en 2020 selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS dans son rapport « *La situation du personnel infirmier dans le monde* », en 2020, signale un risque de pénurie élevée au sein de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) d'ici 2030 (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2020 as cited in De Vries et al., 2023; World Health Organisation [WHO], 2025).

Dans de nombreux pays de l'OCDE, on s'inquiète de plus en plus des pénuries futures d'infirmières, étant donné que la demande d'infirmières devrait augmenter dans un contexte de vieillissement de la population, mais aussi de vieillissement et de départ à la retraite du personnel infirmier actuel (l'Organisation de coopération et de développement économique [OCDE], 2017 ; OMS, 2020 ; Centre fédéral d'expertise des soins de santé [KCE], 2019).

Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) dans son rapport « *Performance of the Belgian health system-KCE Report 313* », en Flandre comme en Wallonie, une difficulté à pourvoir les postes infirmiers vacants est présente. Le KCE (2019) évoque des enjeux de durabilité et d'accessibilité du système de soins de santé. La profession infirmière est la plus grande profession de santé, la pénurie infirmière peut donc causer des problèmes en matière d'accessibilité aux soins et de qualité des soins (KCE, 2019).

Selon Abraham et al. (2025), le manque de personnel génère une augmentation de la charge de travail, ce qui augmente la pénibilité physique de la profession infirmière. Une partie des infirmiers signale l'importance de réduire la charge de travail en augmentant les effectifs en personnel au chevet des patients (Abraham et al., 2025). De plus, d'après Lindqvist et al. (2014), plus la charge de travail des infirmières est importantes, moins la satisfaction au travail est élevée et plus l'intention de partir augmente. Ce qui peut conduire à un cercle vicieux.

A travers les années, différents profils de fonction ont existé, certains afin d'aider les infirmières dans la réalisation de leur tâches, tel que les Assistants en soins hospitaliers (ASH) dont le brevet n'est plus délivré depuis 1995-1996, ou les aides-soignantes dont le métier a été ajouté à la liste des personnels de la santé le 10 août 2001 (Berckmans et al., 2008 ; Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement., 2001).

Depuis 1957, deux filières de formation pour accéder à la profession infirmière coexistent en Belgique, celle du brevet en soins infirmiers obtenu dans l'enseignement secondaire

professionnel et celle de bachelier en soins infirmiers obtenu dans l'enseignement supérieur non-universitaire (Berckmans et al., 2008)

D'autres initiatives, telles que le Projet 600 ont été mises en place en vue de pallier au manque d'infirmières. Le Projet 600 consistant soit dans le fait de permettre à des travailleurs du secteur des soins de santé d'effectuer des études d'infirmier, soit dans une passerelle pour les infirmiers détenteur du brevet vers le diplôme de bachelier en soins infirmiers.

Enfin, en 2023, une nouvelle fonction a été créée, l'Assistant en soins infirmiers, qui sera abordé dans la suite de ce travail.

1) Revue de la littérature :

La présente revue de la littérature a été élaborée entre le 08/10/2024 et le 10/06/2025. A la fois dans la littérature scientifique et la littérature grise. Nous allons tout d'abord commencer par une explication du contexte politique dans lequel l'assistant en soins infirmiers vient s'insérer, ainsi que du processus politique ayant mené à sa création.

1.1) Contexte politique :

En 2006, le déficit de postes infirmiers occupés dans les hôpitaux belges était de 811, ce chiffre a augmenté en 2011 pour passer à 1755 postes vacants. Ensuite, le nombre de postes vacants est descendu à 116 en 2014. En 2016, les hôpitaux belges déclaraient un déficit de 1274 postes infirmiers occupés avec une répartition de 708 postes inoccupés pour la Flandre, 290 pour la région wallonne et 276 pour la région de Bruxelles-Capitale. Le nombre de postes infirmiers vacants a augmenté en 2017 pour passer à 1844 (KCE, 2019).

En 2022, il manquait entre 25.000 à 30.000 infirmiers en Belgique (De Rynck & Dispa, 2023 ; Lavergne & Janssens, 2024). Belfius, dans l'étude « *MAHA* » de 2024 signale que la pénurie de personnel soignant continue à constituer une préoccupation pour les hôpitaux généraux (Belfius, 2024). Dans son « *Communiqué de presse* » du 08 novembre 2024, Belfius précise que les hôpitaux belges comptent 4000 postes vacants, dont 2700 concernent le personnel soignant. Cette pénurie ayant pour conséquence la fermeture d'entre 2500 et 5000 lits hospitaliers (De Rynck & Dispa, 2023 ; Lavergne & Janssens, 2024), amenant même certains hôpitaux à fermer des services ne serait-ce que temporairement (Belfius, 2024; Belfius 2023b). Ce qui montre une augmentation progressive du nombre de postes infirmiers vacants dans les

hôpitaux belges. Selon Belfius (2023b), le nombre de postes vacants augmente et il devient de plus en plus difficile de trouver du personnel pour les combler.

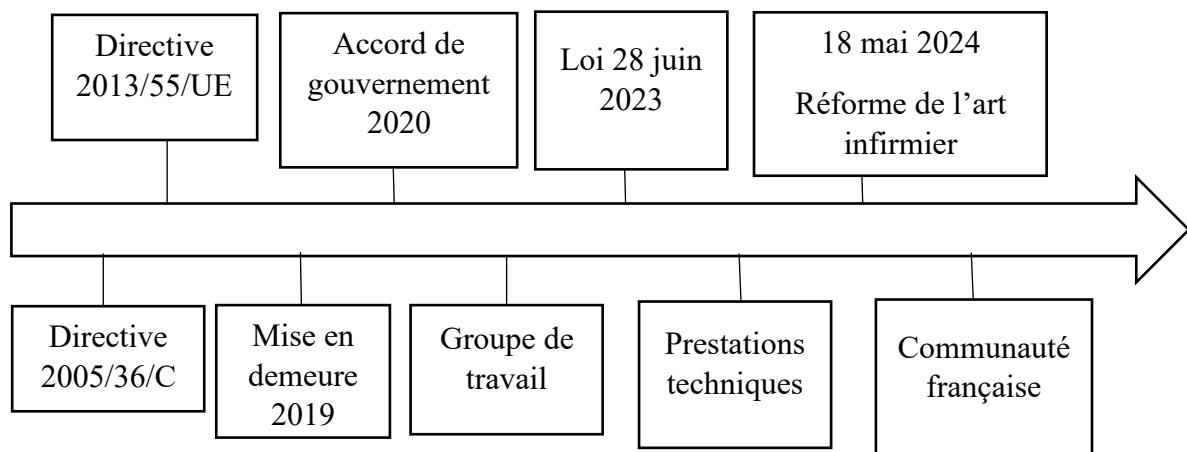
En 2021, le nombre de professionnels habilités à exercer la profession d'infirmier est de 223624. En 2022, en Communauté française, 18% de ces professionnels possèdent une nationalité non belge, principalement la nationalité française. En Communauté flamande, seulement 3% des professionnels sont de nationalité non-belge (Cellule Planification des professions de soins de santé, 2024). Parmi les 228251 infirmiers en droit d'exercer en 2022, 154010 sont professionnellement actifs en Belgique. 18% des infirmiers en droit d'exercer sont en prépension et 14% sont inactifs en Belgique. 1379 infirmiers sont des travailleurs frontaliers, et n'exercent donc pas sur le territoire belge. **Le nombre d'infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé en 2022 est de 134.496, soit 59% des infirmiers en droit d'exercer** (Cellule Planification des professions de soins de santé, 2024). En 2023, le nombre de professionnels habilités à exercer la profession d'infirmier est de 232882 et en 2024 de 236 977 (Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, 2024 ; Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, 2025). En 2024, sur les 236977 infirmiers en droit d'exercer, 143219 ont leur domicile sur le territoire de la Région flamande, 63434 en Région wallonne et 9992 en Région de Bruxelles Capitale (Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, 2025). Cependant le nombre d'infirmiers actif dans les soins de santé en 2024 n'est pas précisé.

En ce qui concerne la pyramide des âges des infirmiers en droit d'exercer et la proportion d'infirmiers se rapprochant de l'âge de la retraite, le nombre d'infirmiers en activité de 50 ans et plus a augmenté entre 2004 et 2018, passant de 14% à 32,1% (KCE, 2024). Selon les chiffres de Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé (2025), en 2024, 30,7% des infirmiers en droit d'exercer en Belgique ont entre 50 et 64 ans, 11.2% se situent entre 60 et 64 ans et 21.1% ont 65 ans ou plus. Une évolution est survenue et l'âge légal de la pension passera à 67 ans à partir de 2030.

Ensuite, concernant la situation économique des hôpitaux belges, Belfius dans son « *Communiqué de presse* » du 15 novembre 2023 signale que celle-ci est problématique. Par exemple, l'endettement est en augmentation alors que la solvabilité est mise à mal. Cette augmentation est particulièrement marquée en Wallonie avec 38,3% d'endettement sur le total du bilan et à Bruxelles avec 41,1%. L'endettement en Flandre est lui de 26,1% du total du bilan (Belfius, 2023b).

1.2) Processus politique :

Nous allons ensuite parcourir une illustration du processus ayant mené à la création de la fonction d'Assistant en soins infirmiers, il s'agit d'une synthèse non-exhaustive des étapes. Le point de départ choisi dans ce travail est la directive « 2005/36/CE » du Parlement Européen et du Conseil de l'Union Européenne de 2005, en vue de se diriger vers la mise en demeure de la Commission Européenne concernant les exigences de formation pour l'obtention du titre d'infirmier responsable de soins généraux.



En 2005, le Parlement Européen et le Conseil de l'Union Européenne émettent la directive « 2005/36/CE », relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, elle sera ensuite modifiée par la directive « 2013/55/UE » de 2013 qui stipule que la formation d'infirmier responsable de soins généraux au niveau européen doit comprendre « *au moins trois années d'études, qui peuvent en outre être exprimées en crédits ECTS équivalents et représentent au moins 4 600 heures d'enseignement théorique et clinique* » (Parlement Européen et Conseil de l'Union Européenne, 2013, p.151). En 2019, la Commission Européenne émet une mise en demeure, « *Lettre de mise en demeure complémentaire - Infraction n° 2018/2283* » estimant que les programmes de brevet en soins infirmiers des communautés flamande et germanophone ne répondent pas aux exigences minimales européennes donnant accès à la profession d'infirmier responsable de soins généraux (IRSG). Le 30 septembre 2020, l'« *Accord de gouvernement* » du nouveau Gouvernement fédéral de Belgique est publié et prévoit une révision de la loi de 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, précisant l'objectif de favoriser une exécution des actes infirmiers la plus efficace et qualitative possible. Suite à l'accord de gouvernement fédéral, une task force « Soins & santé » est mise en place.

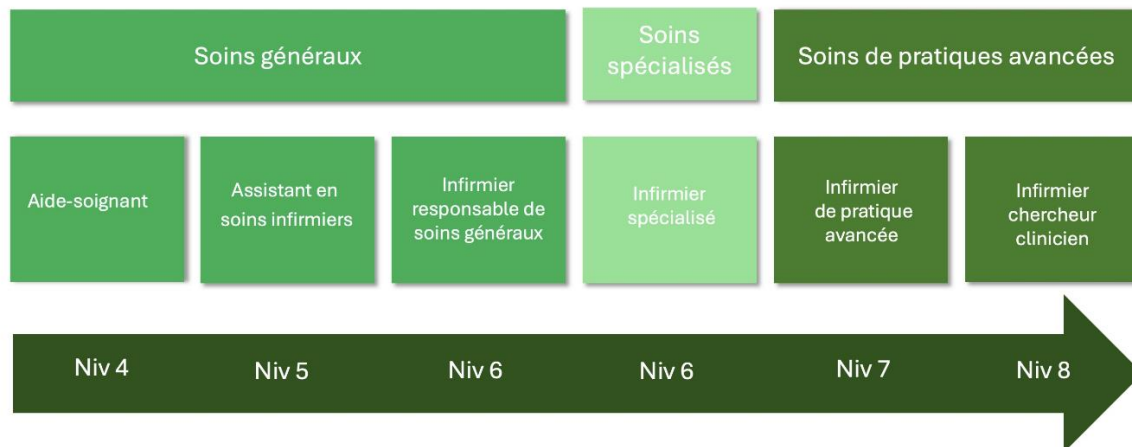
Le 25 avril 2023, le Service Public Fédéral publie un communiqué, dans le contexte de pénurie d'infirmiers diplômés sur le marché du travail, un projet de loi est porté par le ministre des affaires sociales et de la Santé publique Frank Vandenbroucke avec la collaboration d'un groupe de travail en vue d'établir des recommandations sur les possibilités de différenciation, de délégation et de transfert des tâches. Selon ce communiqué, les infirmiers consacrent beaucoup de temps à des tâches qui pourraient être accomplies par du personnel de soutien, tel que des soins d'hygiène ou des tâches administratives. Cependant, ce groupe a envisagé de modifier la répartition des tâches entre les professionnels déjà présents sur le terrain plutôt que de créer une nouvelle profession de soins centrée sur l'aide (Archie et al., 2023).

Ensuite, la loi du 28 Juin 2023 du Service Public Fédéral Sécurité sociale (SPF), vient modifier la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 afin d'y insérer le titre d'IRSG ainsi que la nouvelle fonction d'assistant en soins infirmiers. Cependant, elle ne précise que très peu son contenu. Le 20 septembre 2023, un arrêté royal, « [C – 2023/45525] », est établi par le SPF Santé Publique fixant la liste des prestations techniques relative à l'assistant en soins infirmiers, mettant un premier cadre à cette nouvelle fonction. La loi du 18 mai 2024 « [C – 2024/005082] » viendra ajuster le nouveau profil de fonction (SPF Santé publique, 2023 ; SPF Santé publique, 2024).

Le 11 janvier 2024, un recours est introduit devant la Cour Constitutionnelle par un ensemble d'ASBL en lien avec la profession infirmière, ce recours sera rejeté en 2025 par l' « Arrêt n° 24/2025 » de la Cour Constitutionnelle. Enfin, le 16 juillet 2024, dans sa « *Déclaration de politique communautaire* », le Parlement de la Communauté française précise sa volonté d'examiner le paysage des formations en soins infirmiers et de conserver une seule filière, le bachelier en soins infirmiers. Ceci mettant en question l'avenir de la formation de brevet en soins infirmiers francophone.

Au point suivant, nous allons aborder les différentes professions de l'art infirmiers présentes en Belgique francophone.

1.3) Différentes professions de l'art infirmier en Belgique francophone :



Nous pouvons voir dans le modèle ci-dessus la présence de l'aide-soignant (AS), de l'assistant en soins infirmiers (AESI), de l'infirmier responsable de soins généraux (IRSG), de l'infirmier spécialisé, de l'infirmier de pratique avancée (IPA), ainsi que de l'infirmier chercheur clinicien. Dans le cadre de mon travail, les fonctions qui seront abordées sont celles d'aide-soignant, d'assistant en soins infirmiers et d'infirmier responsable de soins généraux. Le nouveau modèle de fonction contient donc désormais une nouvelle fonction intermédiaire entre l'aide-soignant (AS) et l'infirmier dont l'appellation est devenue infirmier responsable de soins généraux (IRSG). Le nom francophone de cette nouvelle fonction est l'Assistant en soins infirmiers (AESI).

Ensuite, nous allons découvrir la pratique infirmière, le concept de délégation et l'utilisation de personnel de soutien au travers de la littérature internationale ainsi que de littérature produite dans le contexte belge. Les différents thèmes abordés seront « Champs d'application de la pratique infirmière », « Utilisation de personnel de soutien », « Complémentarité VS substitution », « Concept de Délégation », « Champs d'application de la délégation », « Responsabilité et obligation de rendre compte », pour finir par une « Description des rôles » des praticiens de l'art infirmier.

1.4) Champs d'application de la pratique infirmière :

Une première question qu'on peut se poser concernant les professions de l'art infirmier est celle du champs d'application de la pratique infirmière, quel type de tâches sont effectuées par celles-ci.

La tâche principale d'une infirmière ne consiste-t-elle pas à prodiguer les soins infirmiers adéquats au patient pendant le temps que celui-ci passera au sein du service ? C'est en tout cas ce qui est mis en avant par Nieuwerth (2013), dans son travail réalisé aux Pays-Bas.

Je vais tout d'abord fournir ci-dessous un aperçu de différentes tâches effectuées par les praticiens de l'art infirmier, cependant, cette description n'est pas spécifique au contexte belge. Les valeurs citées proviennent essentiellement de Suisse, correspondent aux tâches effectuées par le personnel infirmier en Belgique, mais peuvent différer un peu quant au temps réel occupé par chacune de ces tâches, tout comme des variations peuvent être observées en fonction des unités de soins, elles ne constituent pas une norme universelle et sont présentes ici à titre d'illustration.

Pour décrire et aperçu, j'ai utilisé les dimensions mises en avant par Müller et al. (2020), dans leur étude "*Scope of nursing practice on a surgery ward: A time-motion Study*". Ces descriptions contiennent pour certaines des valeurs mesurées en minutes ou en pourcentage de temps de travail, dans l'objectif de donner un aperçu de la proportion de chaque type de tâche dans la journée de travail d'une infirmière.

1.4.1) Planification des soins et documentation:

Le travail infirmier comporte une partie de planification et de documentation électronique. Dans le contexte belge, les infirmiers signalent un manque de temps pour documenter le dossier patient, cependant, ils déclarent passer une part importante de leur temps de travail sur des tâches de documentation du dossier patient (Abraham et al., 2025). Selon Müller et al. (2020), les infirmières ayant participé à leur étude "*Scope of nursing practice on a surgery ward: A time-motion Study*", « *passaient en moyenne plus de deux heures à effectuer cette activité au cours de leur shift de jour de 12 heures* » (traduit de Müller et al., 2020, p.11). Lavergne & Janssens (2024) ont fait une constatation similaire, dans l'étude « *Pénurie des infirmier-es et crise du 'prendre soin'* » réalisée par l'Institut pour l'égalité entre femmes et hommes et la Mutualité Chrétienne. Cependant, cette étude n'est pas spécifique au milieu hospitalier. Les auteurs ont précisé qu'il n'y avait pas de grandes variations en fonctions des différents secteurs d'activité, à l'exception de la santé communautaire qui n'est pas abordée dans ce travail.

Une partie importante du personnel interrogé (68% dans le secteur hospitalier belge et 63% dans les MR et MRS) considérait que dans l'ensemble des tâches effectuées par les infirmières, l'accent était trop mis sur l'aspect administratif (Lavergne & Janssens, 2024). Ce qui peut mener à de la frustration, en particulier dans un contexte de manque de personnel et charge de

travail élevée. Donnant aux infirmiers l'impression que leurs ressources infirmières pourtant limitées ne sont pas utilisées de manière optimale. La réduction du temps de travail administratif afin de passer plus de temps au chevet du patient est perçue comme un moyen d'augmenter l'attractivité de la profession infirmière (Abraham et al., 2025).

On peut aussi se demander si ces tâches administratives se répartissent de manière équivalente parmi les différents praticiens de l'art infirmier. Il a été rapporté par Michel, Garcia Manjon, Pasquier et Bucher (2021) que les infirmières effectuaient davantage de planification que le personnel de soutien.

1.4.2) Soins aux patients :

Dans une analyse de la charge de travail des infirmières effectuée en France par Ravat et al. (2014), le temps consacré aux soins aux patients (tels que les soins des plaies, les soins d'hygiène des patients, surveillance des signes vitaux, la vérification du matériel, la préparation et l'administration des traitements,...) représente plus de la moitié du temps de travail total (59 %).

On peut diviser le temps consacré aux soins directs au patient en plusieurs catégories. Afin d'établir un parallèle avec la partie « Résultats » de ce travail, nous utiliserons ici les « *procédures techniques et soins médicaux délégués* » qui peuvent s'apparenter aux actes techniques infirmiers (tels que le sondage vésical à demeure ou la pose d'une voie veineuse périphérique), la « *préparation et l'administration de médicaments* » et les « *activités de la vie quotidienne* » (traduit de Müller et al., 2021, p.11) comme les soins d'hygiène. Les valeurs précisées dans l'étude de Müller et al. (2021), réalisée en Suisse, indiquent que les infirmières mentionnées dans cette étude passent nettement plus de temps à réaliser des actes techniques et de la gestion des médicaments, qu'à participer par exemple aux soins d'hygiène des patients.

Concernant les activités de la vie quotidienne (soins d'hygiène,...), le personnel de soutien semble y consacrer plus de temps que les infirmières (Michel et al., 2021).

Le temps de travail infirmier consacré à chaque tâche peut bien sur varier en fonction des services, comme le montre l'étude de Schenk et al. (2017), réalisée aux Etats-Unis. Dans cette étude, le temps de travail infirmier consacré aux interventions liées à l'administration des médicaments dans des unités de médecine et de chirurgie (11,1 %) est supérieur à celui des unités de soins intensifs (6,7%).

1.4.3) Communication et coordination des soins :

La communication et la coordination des soins sont aussi des aspects importants du métier d'infirmier. La communication peut concerner aussi bien la communication professionnelle que vis-à-vis des patients. On peut se demander quelle place est occupée par ces actions. L'ensemble de ces actions de communication pouvant occuper plus d'une heure (Michel et al., 2021) ou même, « *plus de deux heures et demie* » par shift de jour pour les infirmières (traduit de Müller et al., 2020, p.11).

On peut aussi se demander quelle était la balance entre la communication professionnelle et la communication relationnelle au patient. Ces deux études ont montré un temps de travail consacré aux échanges d'informations entre professionnels et à la coordination des soins supérieur au temps de travail consacré à la communication aux patients (Müller et al., 2020 ; Michel et al., 2021). Ce qui signale une communication en grande partie professionnelle.

1.4.4) Hors soins :

Une partie du temps de travail des infirmiers et des aides-soignants concerne des tâches qui ne correspondent pas à des actes infirmiers ou des activités de soins. Les tâches hors soins peuvent consister en des tâches ménagères, des tâches logistiques, de gestion, de transfert de patients ou administratives (Michel et al., 2021). Par exemple, une tâche nécessaire dans le contexte des soins hospitaliers consiste dans le fait de gérer l'environnement de soins aux patients.

Cependant, cette activité peut être plus réalisée par le personnel de soutien (aides-soignants ou assistants-logistique dans ce cas-ci) que par les infirmiers (Müller et al., 2020; Michel et al., 2021).

1.4.5) Évaluation du patient :

Enfin, un autre élément qui fait partie du champ d'action des praticiens de l'art infirmier est l'évaluation de l'état clinique du patient. Michel et al. (2021), mettent en avant le fait que cette dimension peut contenir par exemple, des entrevues d'admission, ainsi que des évaluations physiques et mentales du patient (Michel et al., 2021). L'observation et l'exercice du jugement clinique de l'infirmier correspondent à cet aspect désigné comme évaluation du patient.

Le temps de travail infirmier consacré à l'évaluation du patient peut-être court comparé au reste des tâches effectuées par le personnel infirmier durant un shift, allant d'une moyenne de 38 minutes par shift de jour à moins d'une heure avec une moyenne de 10 minutes par patient

(Michel et al., 2021 ; Müller et al., 2020). Ces évaluations étaient en majeure partie, de type physique. Le personnel de soutien semblait aussi accorder peu de temps aux évaluations mentales, mais un temps de travail supérieur aux évaluations de type physiques que les infirmières (Michel et al., 2021).

1.5) Utilisation de personnel de soutien :

L'échelle de soins comprenant des infirmiers responsables de soins généraux, des assistants en soins infirmiers et des aides-soignants, ainsi que la description des domaines d'activités ci-dessus indique que les infirmières ne travaillent pas toutes seules, mais qu'un personnel de soutien pouvant effectuer certaines tâches peut être utilisé.

Selon Müller et al. (2021), les assistants infirmiers utilisés en Suisse, qui correspondent à du personnel de soutien, peuvent fournir des soins de base ou administrer des médicaments, mais ne peuvent pas établir de plan de soins ou effectuer des actes médicaux délégués. En Australie, les assistants infirmiers, en plus des soins de base tels que les soins d'hygiène ou l'aide à l'alimentation, peuvent effectuer certains actes qui dans le contexte belge sont des actes délégués, comme la prise des paramètres ou la contrôle de la glycémie (Roche, Glover, Luo, Joyce et Rossiter, 2021).

Dans ces deux pays, les assistants infirmiers travaillent sous la supervision d'une infirmière (Müller et al., 2021 ; Roche et al., 2021). Cependant, malgré que l'assistant infirmier est supposé travailler sous la supervision et la coordination d'une infirmière, selon Blay & Roche (2020), dans certains environnements, il peut arriver que cette supervision soit minimale ou nulle .

Blay & Roche (2020) signalent que la supervision des assistants infirmiers peut prendre du temps, et augmenter la charge de travail des infirmiers. Cela pose selon moi question quant à la manière de mettre en place le personnel de soutien et l'optimalisation de son utilisation.

1.6) Complémentarité VS substitution :

L'utilisation de personnel de soutien peut amener une réflexion concernant la manière d'inclure ce personnel dans les équipes.

Duffield et al. (2018) dans leur article "*Adding unregulated nursing support workers to ward staffing: exploration of a natural experiment*", évoquent 2 manières d'inclure le personnel de

soutien. La première étant un modèle de substitution dans lequel le personnel de soutien remplace des infirmières enregistrées, la seconde étant un modèle complémentaire, dans lequel le personnel de soutien est ajouté aux effectifs infirmiers déjà présents.

Le modèle de **substitution** a un effet négatif sur les résultats des patients en diminuant la combinaison des compétences, des effectifs infirmiers étant remplacés par du personnel de soutien (Duffield et al., 2018).

Le modèle **complémentaire**, quant à lui, permet de réduire la charge de travail des infirmières tout en maintenant le niveau de soins fournis par les infirmières. Les soins devant être faits par des infirmiers étant toujours faits par des infirmiers, mais le personnel de soutien intervenant en plus du personnel déjà présent. L'ajout de personnel de soutien peut contribuer à un environnement doté d'un personnel favorable dans lequel les infirmières n'effectuent pas de tâches non infirmières et moins d'actes infirmiers ne sont pas réalisés, favorisant ainsi la qualité des soins (Duffield et al., 2018).

L'augmentation de la charge de travail occasionne une diminution de la satisfaction. En effectuant par exemple des tâches telles que les soins d'hygiène ou le soutien émotionnel du patient, le personnel de soutien peut soulager les infirmiers d'une partie de leur charge de travail, et leur permettre d'accorder plus de temps à des activités thérapeutiques, administratives ou de gestion de la médication (Duffield et al., 2018).

Cependant, la mise en place de personnel de soutien, ainsi que les modèles de complémentarité ou de substitution peuvent poser la question de la combinaison de compétences. Kushemererwa, Davis, Moyo, Gilbert et Gray (2020) désignent la combinaison de compétences comme faisant référence au nombre, au niveau de formation, ainsi qu'à l'expérience de travail des infirmières travaillant dans un milieu clinique, correspondant ici à une équipe infirmière. Cette réflexion incluant ici à la fois les infirmières IRSG, les assistants en soins infirmiers, ainsi que les aides-soignants.

1.7) Concept de Délégation :

Ensuite, l'utilisation du personnel de soutien par les infirmiers implique la délégation des actes infirmiers.

La délégation des tâches est définie comme « *le transfert de la responsabilité de l'exécution d'une activité d'un individu à un autre tout en conservant la responsabilité du résultat* » (traduit de American Nurses Association 1992, as cited in Magnusson et al., 2017, p.2).

La personne qui délègue une tâche est responsable de s'assurer que l'autre personne à qui elle délègue cette tâche est correctement formée, compétente et expérimentée concernant cette tâche (Crevacore, Jacob, Coventry et Duffield, 2022 ; Abraham et al., 2025). Cependant, la personne qui reçoit la délégation a aussi une responsabilité, celle d'effectuer cette tâche de manière appropriée (Crevacore et al., 2022).

Pour que la délégation soit sécuritaire, cinq conditions doivent être réunies, la tâche doit être effectuée par la bonne personne, dans les bonnes conditions, sous la bonne supervision et la bonne direction ou coordination et avec la bonne communication (Crevacore et al., 2022). Archie et al., (2023), dans « *Groupe de travail : Différenciation des tâches, délégation de tâches et transfert de tâches* » insistent sur la possibilité de contrôle liée à la supervision et l'intervention éventuelle de la personne qui délègue. Abraham et al. (2025), signalent l'importance d'une communication parfaite lors de la délégation, afin d'éviter des pertes d'informations qui pourraient avoir des conséquences négatives pour les patients.

Enfin, une délégation inadéquate représente un risque de résultats sous-optimaux pour les patients ainsi que d'effets négatifs en terme de sécurité des patients (Magnusson et al., 2017). Le rôle de l'infirmière étant aussi de défendre les intérêts des patients (Crevacore et al., 2022).

Nous allons ensuite nous intéresser à l'utilisation de la délégation dans le cadre de la pratique infirmière au travers du champs d'application de la délégation.

1.8) Champs d'application de la délégation :

Selon Müller et al. (2021), les infirmières effectuent beaucoup de tâches de soutien qui pourraient être déléguées à du personnel de soutien.

On peut se demander quelles activités effectuées par le personnel infirmier pourraient être déléguées à du personnel de soutien, afin de soulager la charge de travail de celui-ci. Afin de fournir une base de réflexion, nous allons utiliser un système composé de 6 catégories d'actes mis en avant par Blay & Roche (2020), dans leur étude « *A systematic review of activities undertaken by the unregulated Nursing Assistant* ». Cependant, le classement des activités varie en fonction des auteurs. Par exemple, Kramer et al. (2023) considèrent les réunions multidisciplinaires concernant le plan de soins d'un patient comme étant des soins indirects alors que dans le classement de Blay & Roche (2020, p.8), selon mon analyse, cela ferait plutôt partie de la catégorie « *Communication* ».

Les 6 catégories établies par Blay & Roche (2020), sont les soins directs aux patients, les soins indirects, la communication (que ce soit vis-à-vis des autres professionnels ou membres de l'équipe soignante ou avec le patient), la documentation qui à mon sens contient aussi une part de planification des soins, les tâches administratives et d'autres tâches non mentionnées.

On va ici à titre d'exemple essentiellement s'intéresser aux soins directs et indirects, même si d'autres activités peuvent probablement être déléguées à du personnel de soutien.

Kramer & al., (2023) décrivent les soins directs aux patients comme étant des soins effectués en présence du patient, comme par exemple, les soins d'hygiène ou l'aide à l'alimentation. Certaines activités de soins directs pourraient être effectuées par du personnel de soutien, telles que les soins d'hygiène, le repositionnement ou la mobilisation des patients, ou la prise des paramètres vitaux (Blay & Roche, 2020).

Farquharson et al. (2013, p.3) désignent les soins indirects comme des « *activités indirectement liées aux soins aux patients* ». Certaines de ces activités peuvent elles aussi être déléguées à du personnel de soutien, comme le nettoyage de l'environnement du patient et du matériel,... (Blay & Roche, 2020). Dans le contexte belge, ces tâches seraient plus confiées à du personnel logistique ou d'entretien, ou à des aides-soignants, mais il peut arriver que ces tâches soient faites par des infirmiers.

Ensuite, comme mentionné au point « 1.7 », l'application de la délégation, qu'elle concerne par exemple les soins directs ou indirects, contient aussi une part de responsabilité de la part de la personne qui délègue la tâche.

1.9) Responsabilité et obligation de rendre compte :

Le fait de conserver la responsabilité lors de la délégation peut avoir un impact sur la décision des infirmières de déléguer des tâches ou non (Crevacore et al., 2022). Certaines infirmières peuvent éviter de déléguer des tâches à du personnel de soutien lorsqu'elles n'ont pas une confiance suffisante dans les compétences de celui-ci à les mener à bien (Walker, Ball, Cleary et Pisani, 2021).

Le risque de porter la responsabilité dans des cas où des erreurs ont été commises peut représenter un frein à la délégation (Johnson et al., 2015). De plus, pour certaines infirmières, le temps passé à vérifier que les actions du personnel de soutien sont correctement effectuées peut annuler le gain de temps de la délégation (Magnusson et al., 2017).

Cependant, une bonne compréhension de la délégation, des environnements où le personnel de soutien est bien ancré dans l'équipe et que la confiance est présente favorisent la délégation. Dans certains environnements, la pratique de la délégation de l'infirmière vers le personnel de soutien fait partie de la « *routine quotidienne* » (Walker et al., 2021, p.7).

Enfin, nous allons aborder une description des différents rôles infirmiers ciblés dans le cadre de ce travail.

1.10) Description des rôles:

Il peut être pertinent de comprendre le rôle de l'assistant en soins infirmiers et son champs de pratique, et savoir si ce champs de pratique est bien clairement délimité. Des fonctions d'infirmier de second niveau sont décrites au Québec et au Royaume-Uni, les caractéristiques de ces différentes fonctions peuvent bien entendu varier entre les pays et servent à donner une première illustration des différences entre fonctions qui seront abordées dans la suite de ce travail.

Kusi-Appiah, Dahlke et Stahlke (2018) dans l'étude "*Nursing Care Providers' Perceptions on Their Role Contributions in Patient Care: An Integrative Review*", réalisée au Canada, ont mis en évidence des difficultés de la part des membres composant une équipe de praticiens de l'art infirmier de décrire leur rôle.

En dehors de leur propre rôle, les différents membres de l'équipe infirmière peuvent aussi ne pas très bien comprendre le rôle de chacun. Cependant, une mauvaise compréhension et délimitation des rôles respectifs peut nuire à la collaboration (Kusi-Appiah et al., 2018).

1.10.1) Rôle des infirmières de premier niveau :

Le rôle des infirmières de premier niveau qui s'apparenterait chez nous aux infirmières responsables de soins généraux, englobe une grande variété d'activités de soins, comme des actes techniques, mais aussi des activités de nature administrative et de planification des soins, ainsi que la supervision d'autres travailleurs tels que les aides-soignants ou les infirmiers de second niveau et la communication avec d'autres professionnels. De plus, leurs connaissances et leur jugement clinique leur permet d'évaluer l'état clinique du patient et de détecter des anomalies afin d'empêcher la survenue de certaines complications (Kusi-Appiah et al., 2018; WHO, 2025).

Cependant, les infirmières de premier niveau n'arrivent pas toujours à définir clairement les limites de leur champs de responsabilités (Kusi-Appiah et al., 2018).

Dahlke & Baumbusch (2015), précisent que le travail des infirmières de premier niveau contient les patients qui leurs sont assignés, mais aussi certains actes infirmiers lorsque ceux-ci dépassent le champs de compétences des infirmières de second niveau.

Ce qui les place plus dans un rôle de réflexion clinique, d'application d'actes techniques et de coordination des soins.

1.10.2) Rôle des infirmières de second niveau :

Le rôle des infirmières de second niveau contient quant à lui une part d'évaluation de l'état clinique du patient, l'aide aux soins personnels et la réalisation de soins infirmiers de base tels que certains pansements ainsi que d'autres actes techniques, généralement effectués sous la responsabilité et la supervision de l'infirmière de premier niveau et en fonction du plan de soins établi par celle-ci (Berckmans et al., 2008 ; WHO, 2025). L'intégration récente d'une fonction d'infirmière de second niveau a permis d'envisager ce rôle comme pouvant aussi permettre aux infirmières de premier niveau de se concentrer sur les soins complexes (Khan & Gurbutt, 2024).

Cette description semble être plus axée sur les soins effectués au chevet du patient que celle des infirmières de premier niveau, mais contenir aussi une part de jugement clinique.

Au Royaume-Uni, ce rôle a été décrit comme pouvant offrir une voie alternative aux études d'infirmière déjà existantes, un « *tremplin* » vers les soins infirmiers (Lucas et al., 2021, p.9 ; King, Ryan, Wood, Tod et Robertson, 2020 ; Kessler et al., 2021), par exemple pour le personnel de soutien, pouvant donc constituer un rôle de passerelle, une progression de carrière, une opportunité professionnelle (Lucas et al., 2021 ; King et al., 2020).

Cependant, une perception de menace a aussi été signalée, certaines infirmières ont vu dans la fonction d'assistant infirmier, la possibilité d'un substitut prenant la place de l'infirmière de premier niveau (Khan & Gurbutt, 2024 ; King et al., 2020).

1.10.3) Rôle des assistants de soins :

Berckmans et al. (2008, p.56) signalent l'existence d'une troisième catégorie, désigné comme « *PAB* » qui signifie « préposé aux bénéficiaires », qui s'occupe de la logistique, et participe aux soins d'hygiène des patients. Un profil de fonction existe en Belgique pour des personnes centrées sur les soins d'hygiène, celui de l'aide-soignant, bien que cette fonction ait en partie subi une évolution récente qui sera abordée dans la suite du travail.

2) Problématisation :

Nous avons pu constater que la question de la pénurie de personnel infirmier actif dans les soins de santé était un phénomène présent que ce soit au niveau mondial ou dans le contexte belge, au travers par exemple de la difficulté à remplir les postes infirmiers vacants (KCE, 2019 ; OMS, 2020 as cited in De Vries et al., 2023 ; Belfius, 2024 ; Belfius, 2023b ; Cellule Planification des professions de soins de santé, 2022).

Nous avons aussi pu constater que cette pénurie pouvait générer une augmentation de la charge de travail du personnel infirmier, cette augmentation nuisant à la satisfaction du personnel et augmentant à son tour la pénurie déjà présente (Abraham et al., 2025 ; Lindqvist et al., 2014 ; Duffield et al., 2018).

Une des méthodes utilisées pour compenser cette pénurie et réduire la charge de travail infirmière est la mise en place de personnel de soutien, pouvant décharger les infirmiers de certaines tâches (Duffield et al., 2018). Ceci au travers de la délégation des tâches (Magnusson et al., 2017 ; Crevacore et al., 2022).

Comme personnel de soutien, les structures de soins belges contiennent actuellement, parmi les praticiens de l'art infirmier, la fonction d'aide-soignante (Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, 2001 ; SPF, 2006). Certains pays ont introduit des rôles d'infirmière de second niveau (Khan & Gurbutt, 2024 ; King et al., 2020). Un rôle d'infirmier de second niveau a été introduit dans la législation belge, cependant, ce rôle n'a pas encore été mis en place dans les structure de soins belges (SPF Santé publique, 2023 ; SPF Santé publique, 2024).

On peut donc se demander comment ce nouveau profil de fonction qu'est l'assistant en soins infirmiers viendra s'insérer parmi les professionnels de l'art infirmier déjà présents dans les structures de soins et quelle place sera prise par celui-ci. Ce travail s'intéressera donc à la

perception d'acteurs de terrain tels que des infirmiers chefs de services, des cadres intermédiaires infirmiers et des membres de la direction infirmière quant à l'introduction de ce nouvel acteur et à la place que celui-ci prendra parmi les professionnels de l'art infirmier déjà présents. Le focus sera mis sur les différents praticiens de l'art infirmier et ce dans le contexte de la Belgique francophone, avec la question de recherche suivante :

« Comment la nouvelle fonction d'assistant en soins infirmiers (I), viendrait-elle s'insérer parmi les professions de l'art infirmier déjà présentes (P) ? »

Méthode

1) Protocole de recherche :

1.1) Type d'étude :

Afin de répondre à ma question de recherche : **« Comment la nouvelle fonction d'assistant en soins infirmiers, viendrait-elle s'insérer parmi les professions de l'art infirmier déjà présentes ? »**, j'ai décidé de m'orienter vers une étude qualitative. Afin de me centrer sur les réflexions et perceptions présentes dans les secteurs hospitalier et des maisons de repos. La perception de l'intégration future d'un nouvel acteur étant de nature subjective. Cette méthode a favorisé la survenue de sous-thématiques qui n'avaient pas été envisagées dans mon cadre théorique de départ, celui-ci s'étant plus axé sur des questions de fonctionnement prenant comme base la littérature internationale, dont tout ne correspond pas toujours au contexte belge.

1.2) Population de l'étude :

1.2.1) Stratégie d'échantillonnage :

L'échantillon des répondants est un échantillon intentionnel et sélectif. Il se base sur des critères d'inclusion mentionnés ci-dessous. Mon objectif était de recueillir les perceptions d'acteurs ayant des positions managériales et de gestion des équipes, cela allant de la fonction d'infirmier chef de services à celle de direction du département infirmier, celles-ci pouvant revêtir plusieurs formes en fonctions des structures et de la taille des structures. Dans un premier temps, mon objectif concernait surtout les structures hospitalières, cependant, la question s'est vite élargie au secteur des maisons de repos, aussi fort concerné par cette thématique. Pour des

raisons de compétences linguistiques, j'ai dû me limiter à des intervenants parlant le français. J'ai aussi voulu recueillir le positionnement d'acteurs politiques, caractérisés ici par un membre d'un organisme de représentation du secteur des soins de santé et un membre d'un pouvoir public.

Critères d'inclusion des intervenants des structures de soins :

- Secteur d'activité : Travaillant dans le secteur hospitalier ou des maisons de repos.
- Fonction : Infirmier chef de service, cadre intermédiaire, chef de département infirmier.
- Zone d'activité : Région wallonne ou région Bruxelles-Capitale.

Critères d'inclusion des acteurs politiques :

- Fonction de l'organisme a un lien avec la question de recherche et est partie prenante dans le processus d'intégration de l'AESI.
- Zone d'activité : Belgique francophone.

1.2.2) Recrutement :

Dans un premier temps, je me suis appuyé sur une infirmière présente dans mon réseau pour obtenir l'adresse mail de sa chef de service. Ensuite, j'ai utilisé les adresses mails professionnelles figurant sur les sites internet des institutions, et certaines obtenues au sein de l'institution dans laquelle je travaille, ce qui peut représenter un biais, cependant, il n'y a eu qu'un seul intervenant que je connaissais avant la réalisation du mémoire. Puis, j'ai procédé à un échantillonnage par « boule de neige » en m'appuyant sur les réseaux des différents intervenants. Ces deux mécanismes d'échantillonnage par « boule de neige » et de recherches de nouvelles adresses mails, complétés cette fois-ci par l'utilisation de numéros de téléphones des institutions (maisons de repos) ont été menés simultanément.

2) Collecte des données :

2.1) Méthode de collecte des données :

Pour récolter les données de mon étude, j'ai réalisé des entretiens semi-dirigés. Au vu du choix d'effectuer une étude qualitative, l'entretien semi-directif semble être un outils pertinent. En effet, l'étude qualitative a pour visée de comprendre une action, en s'intéressant

particulièrement aux expériences personnelles, perceptions des intervenants et à expliquer certains phénomènes sociaux. La recherche qualitative cherche par exemple à comprendre le développement et la manière dont un phénomène varie en fonction des contextes (Kohn & Christiaens, 2015). L'entretien individuel semi-structuré convient lorsqu'aucune interaction entre les intervenants n'est nécessaire, ou lorsque le sujet investigué est sensible et qu'il y a un risque que par exemple les intervenants ne s'expriment pas avec le même degré de liberté en présence de leur hiérarchie (Kohn & Christiaens, 2015).

Concernant les modalités pratiques des entretiens, j'ai proposé de les réaliser en présentiel ou en distanciel via visio-conférence, j'ai laissé le choix du lieu aux intervenants tout en précisant une préférence de ma part pour le présentiel, me permettant de mieux percevoir les réactions des intervenants et semblant inviter d'avantage à la réflexion.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits afin d'en permettre l'analyse, grâce à un logiciel informatique. Une réécoute et une correction de la retranscription a été effectuée pour chaque entretien. Un formulaire de consentement a été rempli pour chaque entretien.

Les entretiens ont été réalisés entre le 18 février 2025 et le 13 juin 2025. Seize entretiens ont été réalisés en présentiel sur le lieu de travail des intervenants et six entretiens ont réalisés en visioconférence. Vingt et un entretiens ont été réalisés en individuel et un entretien dans le secteur des maisons de repos a été réalisé en présence de deux répondants de même niveau hiérarchique. La durée des entretiens fut variable, le plus court ayant duré trente-deux minutes et le plus long une heure et dix minutes.

2.2) Elaboration du guide d'entretien :

En vue de réaliser des entretiens semi-dirigés auprès des différents acteurs concernés, j'ai élaboré avec l'aide de mon promoteur de mémoire un guide d'entretien composé de questions ouvertes. Les guides d'entretien semi-directifs permettent de laisser une liberté de parole relative, afin de favoriser l'émergence de nouvelles données et de recueillir des réactions ou perceptions des répondants tout en mettant l'entretien dans un cadre défini par le chercheur (Aujoulat, 2021). Le guide d'entretien se trouve en annexe de ce travail. Il a été construit sur base de la question de recherche et des différents thèmes identifiés lors de la revue de littérature, Ensuite, ce guide d'entretien étant prévu pour des acteurs travaillant dans le contexte de structures de soins, j'ai dû en rédiger deux autres pour les intervenants du monde politique,

spécifiques à chacun, cependant, par soucis d'anonymisation des personnes concernées, je n'ai pas pu joindre les deux guides d'entretien concernés.

2.3) Analyse des données :

Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits avec l'accord des répondants. La retranscription a été réalisée à l'aide du logiciel Vook, chaque entretien a ensuite été corrigé manuellement, associé à une écoute de l'enregistrement. Une analyse descriptive a été effectuée sur base de catégories thématiques et de thèmes émergents du contenu des entretiens. Pour des raisons techniques, la structuration des thèmes et sous-thèmes a été élaborée après la réalisation et la récolte des données des entretiens, malgré qu'un processus itératif est recommandé (Aujoulat, 2021). Enfin, des verbatims des intervenants sont mis en évidence dans les résultats, chacun précédé du code attribué à l'intervenant dans le processus d'anonymisation des données obtenues.

Résultats

1) Description de l'échantillon :

Les propos des participants sont anonymisés conformément au consentement éclairé qu'ils ont signé et ils seront de ce fait nommés comme suit dans la présentation des résultats : PH1-PH12. « PH » correspondant à « participant travaillant dans le secteur hospitalier ». Le même système d'identification est utilisé pour les participants des maisons de repos (MR) et va de PM1 à PM9.

Douze personnes travaillant dans le secteurs hospitalier ont participé aux entretiens et neuf dans les MR. Tous les entretiens dans le secteur hospitalier ont été réalisés en individuel et un des entretiens dans les MR a été réalisé avec deux intervenants ayant le même niveau hiérarchique. La distribution de l'échantillon se trouve dans la table suivante

Un représentant d'un groupe d'intérêt du secteur des soins de santé a aussi participé à un entretien, il sera désigné par « RS », ainsi qu'un représentant d'un cabinet ministériel, qui sera désigné comme pouvoir publique, « PP ».

Secteur hospitalier et MR:

Variables	Hopital N=12	MR N=10
Sexe :		
Homme	4	1
Femme	8	9
Fonction :		
Infirmier chef de service	6	4
Mix infirmier et responsable de soins		1
Cadre intermédiaire	2	
Responsable département infirmier/de soins	4	4
Direction		1

2) Résultats des entretiens :

Les résultats des entretiens seront abordés à travers 8 thématiques. Six d'entre-elles contiennent des sous-thématiques.

Thème 1 : Perception de la pénurie infirmière	
Thème 2 : Partie de travail commun	
Thème 3 : Perception des répondants de la place de l'AESI	Champs de compétences
	Aide-soignant amélioré vs infirmier
	Evolution de la formation de brevet en soins infirmiers
	Jugement clinique/expertise
	Qualité des soins
	Assistant en soins hospitaliers (ASH)
	Clarté pour les patients/résidents
Thème 4 : Influence sur le métier d'infirmier	Horaires inconfortables
	Nature du travail des infirmiers
Thème 5 : Déplacement du travail des aides-soignants	5 actes délégués de l'aide-soignant
	Impact de l'AESI sur la réalisation des 5 actes
Thème 6 : Formation, passerelles et migration	Formation et passerelles
	Migration professionnelle
Thème 7 : Substitution vs Complémentarité	Différence de fonctions
	Nombre d'infirmiers en service et équilibre des compétences
	Autonomie et glissement de tâches
	Salaire et financement
Thème 8 : Organisation des services	Réorganisation des effectifs
	Fonctionnement et structuration des équipes
	Binôme-trinôme
	Services préférentiels

Thème 1 : Perception de la pénurie infirmière :

La pénurie est considérée comme un vieux problème (PM1, PM5 et PH4). Cependant, la pénurie n'est pas un problème partout, grâce par exemple à la stabilité et la fidélité des équipes, et au fait que les infirmiers trouvent dans leur service les raisons pour lesquelles ils se sont lancés dans la profession, tel qu'un engagement patient. Certaines équipes ont même une liste d'attente (PH2). De plus, ce n'est pas parce qu'une structure hospitalière présente une pénurie en personnel que tous les services de cette structure subissent cette pénurie (PH10 et PH5). Certaines structures présentent néanmoins des déficits en personnel, ce qui impacte le travail des équipes, et la capacité des structures de soins à maintenir leurs unités ouvertes (PH7 et PH9). De plus, le nombre de nouveaux infirmiers entrants sur le marché du travail ne sera pas suffisant pour compenser la pénurie actuelle (PH8). La pénurie de personnel influe sur la charge de travail (PH6) et la charge de travail influe sur la pénurie (PH2). Dans certains cas, la charge de travail ne permet plus de travailler dans le calme et le personnel passe son temps à répondre à des urgences (PH2), passe moins de temps auprès de chaque patient/résident (PM2) et n'a pas toujours le temps de consulter les dossiers des patients (PH6). Enfin, la nouvelle formation d'AESI est mise en place dans l'objectif de répondre à une pénurie, mais rien ne garantit qu'elle ne sera pas elle-aussi en pénurie (PM5).

A titre d'exemple :

PM3 : « Pour nous, ça ne nous impacte pas en fait. On a des équipes assez stables, assez solides et fidèles, donc je veux dire, ça ne vit pas la pénurie comme ça. Alors je ne dis pas qu'on a des périodes un peu plus compliquées, qu'on a des malades de longue durée, mais sinon, que ce soit pour le recrutement ou pour la stabilité des équipes, on n'a pas de soucis ».

PM10 : « cette pénurie nous impacte fortement. Parce que là, avec nos 99 résidents, il manque en équivalent de temps plein, disons, deux temps plein. Et ça se ressent, en fait, sur le taux. Là, je ne parle que des infî. Ça se ressent vraiment sur le terrain et tout, sur moi, sur mes collègues ».

PM5 : « Moi, ce que je crains, c'est qu'en fait, on crée des ASI et qu'on ait le même problème avec les ASI qu'on a avec les infirmiers, c'est-à-dire qu'il y a pénurie ».

Thème 2 : Partie de travail commun :

L'art infirmier ne limite pas chaque acte à l'une des fonctions. Certains actes infirmiers peuvent être effectués par l'infirmier comme par l'aide-soignant, tels que les soins de base comme les soins d'hygiène. Dans certains services, le grand nombre de soins de base à réaliser peut amener à ce que le travail des infirmières ressemble plus à un travail d'aide-soignant qu'à un travail d'infirmier (PH6 et PM5). De plus, la pénurie de personnel ou l'absentéisme peut aussi toucher les aides-soignantes. Amenant parfois **les infirmières à remplacer le personnel de soutien** et faire le travail de l'aide-soignante (PM2 et PM7). La mise en place de l'AESI créerait une cascade de possibilités de différents acteurs pouvant réaliser certains actes (PM9). Parmi l'infirmier IRSG, l'AESI et l'aide-soignant, l'IRSG a le champ d'action le plus large et peut effectuer l'ensemble des actes infirmiers, celui de l'AESI est plus restreint et celui de l'AS est le plus limité.

A titre d'exemple, les passages suivants témoignent du chevauchement des compétences entre ces différents rôles :

PH6 : *« il y a tellement de soins de base que souvent aussi, je dis à mes infirmières, mais vous n'êtes pas des aides-soignantes, vous êtes des infirmières. Et parfois, je trouve que leur travail ressemble parfois plus à un travail d'aide-soignante qu'à un travail d'infirmière ».*

PM2 : *« C'est vrai qu'ici, nous avons un certain quota d'infirmières, parce qu'on est obligé de respecter un certain quota d'infirmières et un certain quota d'aides-soignantes. Le problème, c'est que j'ai un taux d'absentéisme énorme au niveau de mes aides-soignantes. Donc, du coup, ce sont les infirmières qui vont pallier au manque de personnel soignant, ce qui n'est pas logique ».*

Thème 3 : Perception des répondants de la place de l'AESI :

3.1) Champs de compétences :

Le champ de compétences de l'AESI, est estimé comme se situant entre celui de l'aide-soignant et de l'infirmier (PH12), il peut ainsi être comparé à un lien entre ces deux professions (PM6), assurant la transmission des informations provenant de l'aide-soignante et communiquant ses propres observations à l'infirmier (PM6). L'AESI reprendrait le rôle pratique de l'infirmier sur certaines tâches (PH6), et effectuerait l'ensemble des actes infirmiers dans des situations simples (PH3). Ce serait un transfert des rôles, l'AESI serait plus sur le terrain au chevet du patient (PM3). L'AESI suivrait le protocole que l'infirmier aura planifié (PH6).

La fonction de l'AESI est estimée par les répondants comme manquant de clarté (PH1). Cependant, certains intervenants mettent en avant que la fonction se précisera une fois qu'ils y seront confrontés sur le terrain (PH9, PH10). L'AESI a aussi été comparé à une étudiante de 4ème année de soins infirmiers (PM7), gérant son étage seule en maison de repos avec une infirmière joignable si besoin.

A titre d'exemple :

PH10 : « Moi, c'est vraiment pas clair. Tant que je ne dois pas me frotter à ça, c'est pas clair du tout. Effectivement, oui »

PM3 : « Maintenant, l'autre personne (AESI), je la verrais plus sur le terrain, vraiment plus alors en contact avec les habitants. Ce que font nos infirmières aujourd'hui, ce serait décalé quoi ».

3.2) Aide-soignant amélioré vs infirmier :

Plusieurs intervenants (PH4, PH7, PH2 et PM10) ont comparé l'AESI à un aide-soignant ayant plus de compétences, un **aide-soignant amélioré** (PH2, PM10). Certains indiquant qu'ils lui confieraient la tâche d'aide-soignant (PH2), et d'autres précisant que l'AESI n'étant pas un infirmier IRSG complet, il restait un aide-soignant (PM8). Un élément qui m'a semblé intéressant est que lorsque les répondants étaient questionnés sur les actes que pourrait faire l'AESI, ces actes correspondaient globalement aux actes de l'aide-soignant formé aux 5 actes (prise de glycémie, aide à l'alimentation, administration d'injections sous-cutanées d'anticoagulants,...) et avec comme acte technique permettant une différenciation, les

pansements (PM8, PH10). L'une des intervenantes (PH6) a différencié les fonctions d'AESI et d'AS en parlant de « soins de base infirmiers » (médicaments, pansements,...) et de « soins de base » (laver les gens, donner à manger, raser, coiffer,...). La différence entre l'AESI et l'aide-soignant a été perçue comme fine et dépendant surtout du fait que l'aide-soignant ait été formé aux 5 actes ou non (PM9).

L'autre point de vue fut que l'AESI était **un infirmier, mais avec moins de compétences** (PM5). Qu'il y ait en fait deux sortes d'infirmiers (PP), l'AESI et l'IRSG faisant donc tous les deux partie du monde des infirmiers (PP). Que les AESI s'occupent par exemple des soins plus chroniques, des soins d'hygiène, et de l'administration des médicaments (PP), soient plus proches du patient mais puissent poser toute une série de gestes techniques (PP). L'AESI correspondrait à une infirmière avec un champs de compétences plus restreint (PM3), ce serait un infirmier, mais avec un titre différent (PM10). La différence entre AESI et IRSG pourrait aussi soit ne jamais exister dans la pratique (PH2), soit disparaître avec le temps (PH1). Cependant, certains intervenants précisent qu'ils ne confieraient pas la décision d'administration de la médication si nécessaires (PM1) ni le calcul de dose aux AESI (PM7).

Nous pouvons donc voir que ces deux visions décrivent l'AESI dans une position différente, tantôt comme un aide-soignant, tantôt comme un infirmier.

PP : « ça reste quelque part une sorte d'infirmier qui va être le plus proche du patient, mais qui va pouvoir poser toute une série de gestes techniques et de prises en soins avec une analyse, avec le travail d'un raisonnement clinique qui ne va pas être celui de l'aide-soignant ».

PM9 : « C'est très fragile, je pense, parce que ça dépend si c'est une aide-soignante qui a suivi ses actes délégués ou pas. Parce que déjà ça, ça donne aussi déjà la nuance. Du coup, à mon avis, elle peut faire la même chose que l'aide-soignante avec des actes délégués. Comme tu dis, pas d'insuline jusqu'à un suivi de soins de plaie en plus. Donc à mon avis, la barrière n'est pas énormément grande ».

3.3) Evolution de la formation de brevet en soins infirmiers :

Plusieurs intervenants ont comparé la mise en place de cette nouvelle fonction avec l'ancienne différence qui existait entre infirmiers A1 et A2 et l'ont prise comme élément de référence pour élaborer leur réflexion. L'infirmière dite A1, était l'infirmière « intellectuelle » et l'infirmière A2 était plus « centrée sur les soins » (PM2). Ces deux types de formation infirmière ayant évolué en bachelier et brevet. La formation de brevet était au départ provisoire, mais est devenue définitive (PH9). Cependant, la présence de ces deux formations infirmières sur le terrain implique déjà une différence entre les infirmiers. Une différence entre les formations de breveté et de bachelier évoquée par PH12 est l'aspect scientifique de la formation (PH12). Cependant, certaines répondantes ont questionné l'utilité de n'avoir que des infirmières intellectuelles en service (PM9, PM2). Plusieurs répondants ont signalé qu'en pratique, les infirmiers issus de ces deux formations effectuaient le même travail, mais que leur salaire est différent (PH6). Plusieurs participants ont envisagé le fait qu'il y ait une volonté de supprimer la formation de breveté (PH12, PM10, PM2). Cependant, si la fonction d'AESI devenait suffisamment claire et qu'elle permettait de ne plus avoir deux types d'infirmiers par la suppression de la formation d'infirmier breveté, cela pourrait constituer un avantage (PH4), notamment en permettant une meilleure lisibilité des différents niveaux de compétence. Ensuite, la suppression des brevetés est perçue comme pouvant augmenter la pénurie infirmière. D'un côté les AESI n'auraient pas leur place dans certains services (PH2) et d'un autre, ne pouvant pas se limiter à une seule filière, la mise en place d'un second acteur tel que l'AESI serait nécessaire pour compenser cette pénurie (RS). Les fonctions d'infirmier IRSG et d'AESI ont été envisagées comme étant des infirmiers de niveau 1 et des infirmiers de niveau 2 (PM1).

PH4 : « Si on arrive avec cette fonction, d'arriver à un moment donné dans une situation où on parle infirmière, assistant, aide logistique, pour mieux comprendre tous les niveaux de compétences, ça c'est vraiment une plus-value, si cette fonction nous va aider, disons, pour arrêter les 2 fonctions ou les 2 niveaux, infirmiers, aide-soignante, super aide-soignante, assistantes, stagiaires, aide-logistique, il faut qu'on arrive qu'il y a maximum 3, 4 niveaux soignants dans une unité ».

RS : « Il y a une pénurie sur le terrain qui est telle qu'on ne peut pas se limiter à une seule filière pour avoir des personnes qui viennent renforcer le terrain...il faut effectivement mettre en place la formation d'AESI,

comme c'est prévu par la loi, pour pouvoir faire en sorte qu'on ait une double filière, en fait, pour atteindre le métier d'infirmière ».

3.4) Jugement clinique/expertise :

Les besoins en soins infirmiers ne sont pas uniquement des besoins en actes techniques mais nécessitent aussi certaines capacités de réflexion (PH3), oublier l'aspect réflexif développé dans la formation semble représenter un danger. Les compétences en termes de jugement clinique (PM6) et l'expertise des AESI sont envisagées comme inférieures à celle des infirmiers (PH1). A titre d'exemple, en raison de sa formation, différente de celle des infirmiers, est-ce que, l'AESI lors d'un soin de plaie présentant une odeur imprévue, aurait le réflexe de faire un frottis de plaie ou de signaler l'anomalie à l'infirmière (PH1) ? Cependant, il a été envisagé que des connaissances pourraient s'acquérir au fur et à mesure du temps, par l'expérience et la pratique et que l'expertise pourrait ainsi se développer (PH1).

Une autre manière d'envisager la question du jugement clinique, fut dans la différenciation entre l'AESI et l'aide-soignant, quant aux observations que l'AESI serait capable de faire (PH6). Le jugement clinique et le bagage théorique qu'aurait l'AESI serait supérieur à celui de l'aide-soignant (PH12). Les aides-soignants, dans leur rôle de soutien, ne détecteraient peut-être pas, par exemple, un problème au niveau d'un pansement et ne pourraient donc pas transmettre cette observation à l'infirmier (PH6), l'AESI étant envisagé comme étant plus apte que l'aide-soignant à faire cette observation-là. Les compétences de l'AESI en matière de jugement clinique viendraient donc se situer entre l'aide-soignant et l'infirmier IRSG.

A titre d'exemple :

PH1 : « Si on a décidé de faire des études, ben, c'est pour avoir, justement, tout le sens réflexif, pour avoir toute la réflexion, pour avoir tout le jugement clinique. Parce que faire les choses pour le faire de façon mécanique et de ne pas avoir la réflexion derrière, ben, je trouve ça un...Pardon, mais je trouve ça un peu... Je trouve ça un peu ridicule... Et hormis le fait que ce soit ridicule, je trouve ça dangereux ».

PH6 : « Oui, parce que ça, ça va être en effet la différence aussi entre l'AESI et l'aide-soignante. Selon leur formation, ils vont faire attention à d'autres choses pendant leurs observations ».

3.5) Qualité des soins :

Un des enjeux signalé par les répondants est la qualité des soins, s'il y a moins de ressources infirmières, il est plus difficile d'administrer des soins de qualité (PH9). Certains envisageant que l'AESI pourrait compléter les équipes et **améliorer la qualité des soins** (PM4). En diminuant par exemple le nombre de soins non administrés, certains services ont des difficultés à effectuer l'ensemble des tâches (PM10). Cependant, certains intervenants posent aussi la question de la mise en place de ce nouvel acteur comme permettant de compenser la pénurie en amenant plus de personnel en service, mais ayant moins de compétences, comme risquant potentiellement de **diminuer la qualité des soins administrés** (PH1), ainsi que de diminuer la qualité des soins à long terme (PH1).

PH9 : « les enjeux, c'est-à-dire c'est la viabilité de nos unités. C'est aussi pouvoir continuer à donner des soins de qualité et sécuritaires à nos patients...si tu as moins de ressources infirmières. Enfin, je veux dire, tu as beaucoup plus difficile à administrer des soins de qualité. Et donc, ça, c'est vraiment un enjeu majeur ».

PH1 : « L'aspect négatif aussi, c'est que ça va un peu fausser, ça va un peu cacher la réalité dans le sens où je pense qu'en termes de prise en charge, je l'espère, il y aura assez de personnel pour prendre en charge les patients, mais maintenant, il faudrait peut-être faire une étude pour voir en termes de qualité de soins ».

3.6) Assistant en soins hospitaliers (ASH) :

Des répondants ont fait référence à la fonction d'ASH, qui était un intermédiaire entre l'infirmier et l'aide-soignant. Cette fonction était détenue par exemple par des personnes ayant fait deux ans d'études infirmières quand les études d'infirmière étaient de trois ans (PM2, PM8), l'une des participantes ayant elle-même été ASH. Une des participantes a signalé que sa structure contenait encore une ASH (PM8).

PM2 : « Parce qu'à cette époque-là, on avait les aides-soignantes, on avait les infirmières, et on avait entre les deux l'infirmière en soins hospitaliers, ASH ».

3.7) Clarté pour les patients/résidents :

Pour les patients, l'introduction d'un nouvel acteur pourrait représenter une difficulté quant aux repères, une source de confusion, notamment car toute personne qui est en uniforme similaire à celui d'un infirmier serait probablement perçue comme un infirmier. Tous les patients ou résidents ne comprendraient ainsi pas forcément les différentes fonctions présentes dans un service infirmier (PH4, PM1). Ceci pouvant nécessiter des séances de formation pour les résidents des maisons de repos (PM1).

PM1 : « C'est vraiment la question qui peut faire quoi et comment distinguer et comment faire en sorte que pour l'habitant, on a une population âgée. Nous, par exemple, ici, on a des blouses différentes pour l'infirmier et les soignants, mais parmi les soignants, ils vont peut-être voir certains qui donnent des clexanes et d'autres qui ne le font pas. Je ne pense pas qu'ils se posent des grosses questions par rapport à ça, mais si à l'avenir, il y a encore d'autres sous-couches, je pense que ça ne peut pas être évident pour eux ».

Thème 4 : Influence sur le métier d'infirmier :

4.1) Horaires inconfortables :

Certains intervenants (PM1, PH10 et PH3) ont formulé leur opposition au fait que le personnel de soutien puisse assurer la permanence de nuit. Se pose donc la question de pouvoir laisser l'AESI seul en service la nuit. Cependant, si une partie des postes infirmiers présents dans un service devenait des AESI, ceux-ci ne pourraient donc pas assurer ce travail de nuit, et la responsabilité du travail de nuit reviendrait aux infirmières IRSG du service qui devraient alors effectuer plus de nuits. La question des horaires inconfortables s'est aussi posée concernant les soirs, si moins d'infirmiers font partie des effectifs du service et qu'une répartition horaire des effectifs est nécessaire pour qu'un nombre suffisant d'infirmières IRSG soit présent lors de chaque shifts, les infirmières risqueraient de devoir effectuer plus de soirs (PH3).

PH3 : « Si on a beaucoup moins d'infirmières et beaucoup plus d'aides-soignantes, ce qu'on ce qu'on fait quand même en partie. La permanence, elle doit être infirmière, donc qui va se taper tous les nuits ? Bah c'est d'office l'infirmière, c'est pas l'aide-soignante. Donc

si je réduis mon nombre d'infirmières et que j'augmente mon nombre d'aide-soignante, même si peut être qu'on aura pas trop le choix, c'est quand même la responsabilité qui revient sur l'infirmière et les horaires inconfortables c'est quand même plus sur l'infirmière ».

4.2) Nature du travail des infirmiers :

Comme nous l'avons vu précédemment, l'AESI pourrait soulager l'infirmier de certains actes techniques (PM10, PM6, PH7, PP) tels que les soins d'hygiène. Cependant, le moment de la réalisation des soins d'hygiène peut servir à examiner le patient (PH3) et est considéré comme un moment favorable pour connaître son patient (PH7). L'infirmier pourrait aussi déléguer un soin de plaie par exemple, pour lequel l'infirmier regarderait la plaie, dirait à l'AESI quelles actions faire, mais ne prendrait pas le temps d'effectuer ce soin de plaie lui-même (PH1). L'AESI pourrait donc effectuer les soins d'hygiène avec l'aide-soignant, et effectuerait le soin de plaie si nécessaire, ce qui soulagerait la charge de travail de l'infirmière (PM6).

PH6 : « si, en effet, il faut choisir entre, il n'y a pas le temps pour faire tout, alors il faut d'abord choisir dans lequel toi tu es compétent. C'est-à-dire les administrations des médicaments, les pansements, tous les trucs stériles. C'est alors ça qu'il doivent faire et pas aller faire des toilettes et après dire, j'ai pas le temps de faire un pansement ».

La délégation permettrait de diminuer la charge de travail pratique de l'infirmière, cependant, cette délégation nécessite une supervision, perçue soit comme pouvant permettre à l'infirmier de reposer son esprit et d'organiser son travail plus sereinement (PM2), soit cette délégation peut augmenter sa **charge mentale** (PH7). De plus, l'AESI pourrait effectuer des actes techniques et ne serait ainsi pas dégagé de toute responsabilité, mais la responsabilité finale resterait une responsabilité infirmière (PH3, PH4).

PH11 : « En fait, pour moi, ça va nous alléger dans quel sens ?... Parce que déléguer, ce n'est pas laisser complètement autonome. C'est ça, en fait. Moi, si je délègue quelque part, ce n'est pas pour rester assis, en fait. Je dois surveiller, je dois avoir des résultats, en fait. Donc, c'est aussi du travail. Parce que déléguer, c'est du travail, en fait. C'est la supervision aussi, c'est l'obtention des résultats, c'est la réévaluation ».

Certains participants (PM4, PH6) ont envisagé une évolution du rôle de l'infirmière, se situant plus dans un **rôle de coordination** et de connaissance des dossiers, intervenant dans des contextes de soins « *Plus complexe et plus aiguë* » (PH6) et disposant de plus de temps pour l'aspect administratif (PM2). En fonction des services, l'infirmière réaliserait certains soins de plaies, déciderait quels produits utiliser pour tel soin de plaie, établirait les protocoles et la planification des soins (PH6), passerait dans les chambres afin de détecter les problèmes et serait callable par l'AESI et l'aide-soignante (PM5). Cependant, une première crainte formulée fut le fait que certaines infirmières ne rentrent plus dans les chambres et ne fassent qu'administrer des médicaments et faire des pansements complexes (PH7). Une seconde crainte fut que l'infirmier, en passant moins de temps au chevet du patient ressentirait un manque de contact avec celui-ci (PH5), ne se retrouverait pas dans ce rôle de coordination (PH7) et que perdre ce côté humain découragerait peut-être certains infirmiers (PH12). Ensuite, cette fonction de supervision nécessiterait que l'infirmière soit très bien organisée, car elle devrait coordonner tout le monde (AS, AS150 heures, AESI), afin d'éviter que certains soins ne soient « *pas faits, ou pas bien faits* » (PH7). Enfin, un risque envisagé fut que l'infirmier refuse désormais d'effectuer les actes que peut faire l'AESI, estimant que ce n'est plus son rôle, par exemple de laver le patient (PH6) et appelle systématiquement le personnel de soutien pour toute action (PH9). La nature du travail de l'infirmier s'en retrouverait donc modifiée, passant d'un rôle dans lequel la charge de travail pratique est désignée comme élevée à une situation où il se retrouverait dans un rôle de coordination et cette charge de travail pratique diminuerait mais la charge mentale augmenterait.

PM2 : « l'infirmière, à ce moment-là, on va dire qu'elle va un petit peu chapoter ce qui se passe avec l'aide-soignante là. Et le surplus, elle peut le faire. Mais du coup, elle a du temps pour l'administratif, parce que l'administratif devient très contraignant ».

PM3 : « Pour l'infirmière, c'est l'éloignement. On va nous demander de faire de plus en plus administratif. Ok, des actes techniques plus poussés. Peut-être que ça peut être intéressant aussi, mais ça perd un petit peu. Moi, je suis devenue infirmière pour être quand même proche des gens et pas uniquement faire un acte technique et puis je m'en vais. Il faut du contact et je pense que ça risque vraiment pour la fonction infirmière de se perdre ».

Thème 5 : Déplacement du travail des aides-soignants :

5.1) 5 actes délégués de l'aide-soignant :

Une évolution a été constatée dans le champ de compétences de l'aide-soignant : la formation aux 5 actes complémentaires. L'utilisation des 150 heures permet de réaliser plus d'actes infirmiers (PM1). Plusieurs intervenants ont déclaré qu'une partie (PM2, PM7) ou la totalité (PM10, PH1, PH6), des aides-soignants présents dans leur personnel avaient suivi la formation aux 150 heures et étaient donc formés aux 5 actes. En présence de cette délégation supplémentaire, la question de la **pertinence de rajouter un intermédiaire entre l'aide-soignant et l'infirmier peut se poser**, l'utilisation des 5 actes pouvant être considérée comme plus efficace (PM3).

PM3 : « Donc, je ne sais pas si c'est vraiment un plus, étant donné que moi je trouve que former les aides-soignantes, ça c'est déjà vraiment un plus que de rajouter une fonction. Je trouve plus intéressant ici d'avoir des aides-soignants qui peuvent déjà réagir en appelant l'infirmière et en lui donnant déjà les paramètres....Je trouve ça beaucoup plus efficace que de rajouter une fonction que je ne sais pas si elle va se servir vraiment à grand-chose ».

Cependant, certaines structures devaient organiser les soins en tenant compte qu'une partie des aides-soignants détenait cette formation et une autre partie ne la détenait pas, et cela était à prendre en compte dans l'organisation d'une unité et complexifiait la planification des soins. Ce qui engendre aussi une difficulté dans la délégation liée à **l'hétérogénéité de la formation**, les actes pouvant être délégués n'étant pas les mêmes chez tous les aides-soignants, bien que ceux-ci aient la même fonction. De plus, ces tâches viennent se rajouter aux tâches qu'elles font déjà (PH6), en effectuant ces actes complémentaires, **certaines aides-soignantes n'arrivaient plus à effectuer l'ensemble de leurs tâches** et donc, elles ne faisaient plus certains actes qu'elles faisaient de base (PH8). Ce qui peut engendrer un phénomène de cascade ou de glissement vers un autre acteur afin que ces actes normalement réalisés par l'aide-soignant continuent d'être réalisés (PH8).

PH8 : « c'était vraiment, quand on a commencé à déléguer, pardon, aux aides-soignantes, mais si on leur demandait d'en faire plus, inévitablement, il y avait... des choses qu'elles faisaient de base, de manière qu'elles ne savaient plus faire ».

5.2) Impact de l'AESI sur la réalisation des 5 actes :

Face à la difficulté des aides-soignants à réaliser l'ensemble de leur tâches, certains répondants ont envisagé une nouvelle répartition des tâches, que l'aide-soignant se concentre sur les soins de base tels que les soins d'hygiène et que l'AESI décharge l'infirmière d'autres actes infirmiers annexes qui ne font par exemple pas partie de la formation de base de l'aide-soignant. L'AESI reprendrait les actes qui sont actuellement délégués à l'aide-soignant (PM10) et **déchargerait l'aide-soignant** de certaines tâches, comme par exemple, la prise des paramètres ou distribution des médicaments, évoqués par plusieurs répondants, lui permettant de se concentrer directement sur les soins d'hygiène (PM10), des répondants précisant même que ce serait plus sécuritaire que la distribution des médicaments soit faite par l'AESI que par l'aide-soignant (PM1, PM8). Cependant, cela signifierait que la mise en place de l'AESI viendrait peut-être perturber les compétences des aides-soignants (PM4) ou annuler l'utilisation de la formation des 150h suivie par les aides-soignantes, défaire ce qui a été mis en place, considéré comme une valorisation du rôle de l'aide-soignant, **reprendre en quelque sorte une place qui vient d'être donnée à l'aide-soignant** et qui est encore en cours d'intégration dans certaines équipes (PH12). Cela questionne la pertinence du fait d'avoir augmenté les actes que peut effectuer l'aide-soignant (PH1) pour ensuite ajouter un nouvel acteur pouvant effectuer ces mêmes actes (PM3).

PH12 : « là, on est déjà en train de se battre pour que les aides-soignantes puissent faire les cinq actes délégués. J'ai encore des unités qui ne comprennent pas encore, pas partout. Par exemple, en gériatrie, ça marche très bien, je n'ai pas de problème. Mais j'ai encore certaines unités qui ont du mal à demander à une aide-soignant de prendre des paramètres. Donc, on est là. Rajouter cette fonction en plus, au stade actuel des choses, je ne dis pas que ce n'est pas faisable, mais il va falloir se mettre autour de la table et bien réfléchir. Et bien l'accompagner ».

PH12 : « Mais c'est là justement où il faudra vraiment être très vigilant, c'est qu'il ne faut pas non plus reprendre une place qu'on vient de donner à l'aide-soignante. Parce qu'on est encore nouveau dans la délégation des 5 actes, c'est quelque chose qui reste encore nouveau ».

Thème 6 : Formation, passerelles et migration:

6.1) Formation et passerelles :

6.1.1) Formation :

Certains répondants ont envisagé que la formation d'assistant en soins infirmiers serait plus courte, d'une durée de 3 ans (PM7, PM9, PP) et plus facile (PM9, PH10) que celle d'infirmier bachelier, la durée de la formation d'infirmier bachelier étant passée à 4 ans, elle peut constituer selon eux un frein quant au fait de se lancer dans la profession. Cependant la mise en place d'une formation moins longue et moins difficile a aussi été perçue comme un système B, installé au lieu d'augmenter le statut ou la reconnaissance sociale de l'infirmier (PM1), et amenant un personnel dont les compétences ne seraient pas les mêmes (PM10). Ensuite, cette nouvelle formation pourrait permettre de récupérer certains candidats infirmiers qui n'auraient par exemple, pas pu terminer leurs études d'infirmier pour l'une ou l'autre raison (PM6).

PM1 : « Je pense que ça pourrait peut-être encourager... Peut-être pas encourager. Je dirais moins freiner les gens à se lancer dans des études de 4 ans ».

6.1.2) Passerelles :

Une manière d'augmenter le nombre de nouveaux infirmiers diplômés est celle des passerelles, telles que le projet 600 (PH4, PM7) qui amènent par exemple, des aides-soignants à se former pour devenir infirmiers ou des infirmiers brevetés à devenir infirmier bachelier. La passerelle actuelle, d'une durée de 3 ans est perçue comme un peu rigide et manquant de flexibilité (PP). La passerelle menant d'assistant en soins infirmiers vers infirmier bachelier deviendrait de 2 ans. L'idée étant d'avoir une continuité et de proposer aux gens une progression de carrière (PP). Au vu des actes infirmiers prévus et de la différence potentielle de coût de ces nouveaux assistants en soins infirmiers pour l'employeur, la passerelle d'assistant en soins infirmiers vers IRSG pourrait être peu utilisée (PH9). La mise en place de cette nouvelle formation pourrait amener des aides-soignants à devenir AESI et il y aurait peut-être moins d'aides-soignants sur le terrain (PM7), alors que certaines structures peinent déjà à en recruter. Ensuite, qu'en serait-il de la qualité de la formation au travers des différentes passerelles, le niveau d'exigences resterait-il le même ?

PP : « Donc l'idée des passerelles, c'est qu'actuellement, entre cet infirmier hospitalier et l'infirmier responsable de soins généraux, il existe une passerelle qui est organisée par, maintenant on dit enseignement pour adultes, donc la promotion sociale, qui est 3 ans en fait de formation, qui est un peu rigide, je vais dire ça comme ça. Elle est un peu, comment dire... Elle manque de flexibilité ».

PH9 : « c'est que l'assistante en soins d'infirmiers, elle peut faire pratiquement tout ce que l'infirmière fait. Pourquoi aurait-elle, à un moment donné, envie d'accéder au stade supérieur ? Et pourquoi, il faut se dire aussi, c'est que pour l'employeur, l'assistante en soins d'infirmiers, ce n'est pas le même ific que l'infirmière. Donc, tu as également l'impact de coûts pour l'employeur bénéfique ou pas ».

6.2) Migration professionnelle :

L'AESI est prévu comme étant non-euromobile, ce qui signifie que le personnel suivant cette formation n'aurait peut-être pas comme projet de partir travailler à l'étranger. La rétention du personnel infirmier recruté à l'étranger en vue de compenser la pénurie et dont le diplôme infirmier est reconnu a aussi été signalé comme étant un problème, ces personnes ne restant souvent dans le pays qu'un temps avant de repartir. La migration professionnelle vers l'étranger représentant une fuite de la force de travail infirmier. Cela diminuerait peut-être aussi le nombre d'étudiants provenant de l'étranger et décidant finalement de rester dans le pays après leur parcours d'études. En fonction de la mise en place de la formation, les candidats hors Europe déjà formés comme infirmiers, mais dont le diplôme n'est pas reconnu pourraient aussi être reconnus comme AESI et plus uniquement travailler comme aide-soignant (PP).

PH1 : « Je me dis, en termes de main d'œuvre, ce sera peut-être de la main d'œuvre belge. Ce sera peut-être des personnes qui seront d'ici. Et donc ça, c'est un des avantages. Ce ne sont pas des personnes qu'on ira aller chercher dans un autre pays, qui vont travailler pendant X temps et puis qui repartiront ».

Thème 7 : Substitution vs Complémentarité :

7.1) Différence de fonctions :

Une première idée est que l'AESI vienne en remplacement de l'infirmier parce que cette nouvelle fonction vient pour pallier à la pénurie d'infirmières (PH7). L'AESI a aussi été perçu comme venant compléter l'infirmier pour enrichir le fonctionnement des équipes dans le contexte de pénurie (PH4). L'un des répondants a envisagé l'AESI comme pouvant être prévu pour venir en complément de l'infirmier, mais qu'à long terme, au vu de la pénurie, l'AESI ne finisse par venir en remplacement de l'infirmier, qu'il y ait des infirmières de coordination et que l'entièreté du couloir soit pris en charge par des AESI et des aides-soignants (PH1). Cependant, AESI et IRSG sont des fonctions différentes (PP), **l'AESI ne peut pas faire toutes les tâches de l'IRSG (RS), ce qui rendrait l'AESI complémentaire à l'infirmier (PM5)**. PM3 désigne l'AESI comme un **remplacement de l'infirmier car celui-ci modifierait la fonction de l'infirmier** et circulerait au chevet du patient à la place de l'infirmier, remplaçant ainsi l'infirmier dans certains aspects de sa fonction. Enfin, l'AESI pourrait se substituer à l'infirmier à condition qu'il y ait un renfort médical (PP).

RS : « il viendrait remplacer l'infirmier s'il avait exactement la même fonction, les mêmes tâches. Mais là, en l'occurrence, il peut pas faire exactement la même chose que l'infirmier, donc il le complète, quoi ».

PM3 : « Moi, je le vois plus comme un remplacement de l'infirmière. Enfin, si je vois dans l'institution, je la verrais plus comme remplacer l'infirmière et effectivement avoir cette infirmière qui circulerait ou qui serait appelée en cas de problème ».

7.2) Nombre d'infirmiers en service et équilibre des compétences :

Selon certains intervenants, rajouter l'AESI permettrait de diminuer le nombre d'infirmiers nécessaire (PM3 et PM8). Certains répondants ont envisagé le fait que l'AESI vienne remplacer certains infirmiers, à condition qu'il en reste suffisamment en service que pour effectuer les actes propres à l'IRSG (PH5). Une unité de soins, une fois adaptée à la présence de ce nouvel acteur n'aurait peut-être pas besoin d'autant d'infirmiers, mais peut-être d'infirmiers ayant plus de responsabilités (PM5). En fonction des spécificités des unités de soins, le besoin en personnel technique, pouvant organiser les équipes et donner des instructions est peut-être

moins grand (PM5). Le **nombre d'infirmiers nécessaire diminuerait** car chaque infirmier pourrait prendre en charge plus de patients (PH6), ce qui pourrait aussi signifier fonctionner avec le nombre d'infirmiers présents actuellement en service, mais que ce nombre devienne suffisant (PM9). Dans une situation où le nombre d'infirmiers est insuffisant, cela pourrait permettre d'avoir une organisation plus efficace (PH6). Certains répondants ont aussi émis l'idée que le **nombre d'ETP présents en service resterait le même et que les AESI viendraient prendre la place d'infirmiers parmi les ETP déjà existants** (PH2), l'AESI serait placé dans des postes infirmiers inoccupés (PM1). Une crainte formulée fut de se retrouver dans une situation où certains services contiendraient peu d'infirmiers (PH12) mais continueraient de tourner, le degré d'autonomie de l'AESI étant inférieur à celui de l'IRSG, un nombre d'infirmiers suffisants est nécessaire pour pouvoir superviser la délégation (PH12), et le fait que le nombre d'IRSG puisse diminuer pourrait poser problème (PM10). Une autre crainte signalée est qu'en engageant du personnel de soutien pour compenser les déficits, dans les mêmes normes que le personnel infirmier, cela ne génère un **déséquilibre dans la combinaison des compétences** présentes dans le service (PH9).

PH6 : « Enfin, je dis, ils ne vont pas venir remplacer, mais c'est vrai que, comme moi, je le conçois, tu auras besoin de beaucoup moins d'infirmiers. Donc, ben oui, tu ne dois pas les remplacer parce que tu n'as plus besoin de tellement d'infirmiers. Tu vas surtout avoir besoin. Ça, par contre, si on me demande, en nombre, oui. Je crois qu'on va avoir besoin de beaucoup plus d'AESI que d'infirmières ».

PH9 : « à un moment donné, faute d'infirmière, on a engagé des aides-soignantes. Donc, certaines de mes unités, en fait, si tu veux, de façon stratégique et financière, chaque unité, en fonction de son activité, se voit recevoir un cadre, un nombre d'équivalents temps pleins. Je te donne un exemple. On a une unité de médecine interne où il y a 19 équivalents temps pleins qui lui sont octroyés. Dans ces 19 équivalents temps pleins, pour fonctionner correctement, il faut au minimum 10 équivalents temps pleins infirmiers. Mais à un moment donné, on ne les avait pas. Et donc, en fait, pour pallier à ça les personnes qui étaient avant moi, on a engagé des aides-soignantes. Donc, on se retrouve avec 19 équivalents temps pleins, mais trop peu d'infirmières et trop d'aides-soignantes ».

7.3) Autonomie et glissement de tâches :

Ensuite, si comme vu précédemment **l'AESI ne peut pas travailler de nuit en tant que seul infirmier**, il ne pourrait donc pas remplacer pleinement l'infirmier (PM9, PH10) et ainsi serait plus dans un rôle de complémentarité. Les compétences n'étant pas les mêmes, la présence d'un infirmier au minimum appellable resterait toujours nécessaire (PM9, PM10). Cependant, dans la situation où un service se retrouverait sans infirmière, par exemple pour cause de maladie et que la seule personne disponible soit un AESI, certains participants ont envisagé que dans cette situation toute l'organisation des soins serait en échec (PH9). Cependant, l'AESI pourrait travailler en autonomie pour un délais de maximum 24 heures, mais cela pourrait engendrer des glissements de tâches (PM7) en dehors du champs de compétences de l'AESI, que certains actes soins soient transférés vers l'AESI et que **l'AESI reprenne le rôle de l'infirmier en maladie** (PH7). Cependant, l'AESI ne peut pas effectuer tous les actes infirmiers. Certaines pratiques similaires ont déjà lieu dans des structures de soins où par exemple, certains soirs, en l'absence d'infirmier, les médicaments sont vérifiés par des aides-soignants (PM6), ou bien des personnes n'ayant pas fini les études d'infirmier, mais travaillant comme infirmier lorsqu'il n'y a pas de personnel (PM6). Comme signalé au point 3.6, un des répondants m'a signalé que sa structure contenait encore une ASH, une personne n'ayant pas fini ses études d'infirmière, qu'en théorie elle ne pouvait pas prester de nuit, mais l'avait toujours fait, le répondant désignait cette personne en tant qu'infirmière (PM8). Une autre idée envisagée, du fait que l'infirmier soit appellable et non au chevet du patient, est celle de situations nécessitant d'agir rapidement, l'AESI risquerait d'effectuer des actes qui ne font pas partie de sa liste d'actes (PM1). L'une des intervenantes a signalé aussi que certains chirurgiens risqueraient de leur demander d'effectuer des actes qui ne sont pas dans leur liste d'acte (PH2).

PH2 : « imaginons, mon infirmière de nuit tombe malade, on prend une assistante en soins pour la remplacer, c'est 24 h hein, C'est bon ? ».

PM1 : « Enfin, toutes ces situations un peu limites qui poussent à la faute, en fait...Qu'est-ce que j'aurais dû faire ? J'aurais dû le laisser comme ça ou faire un acte qui n'est pas le mien mais qui peut-être aurait pu l'aider...Et souvent, c'est même pour faire bien qu'on fait ça, mais on sort de son... De la loi ».

7.4) Salaire et financement :

Au vu de la situation financière des institutions de soins, celles-ci pourraient avoir des difficultés à avoir à la fois l'aide-soignant, l'AESI, l'infirmier et l'infirmier chef (PM4, PM6, PM2). Rajouter l'AESI pour compléter les équipes **nécessiterait des financements supplémentaires**, il est donc envisageable que ce nouvel acteur vienne s'intégrer dans les normes d'encadrement déjà présentes (PM5). Certains intervenants ont posé la question de la différence salariale (PM5). Le salaire de l'AESI a été envisagé comme pouvant être différent celui de l'IRSG (PH8), lié au nombre d'années d'études ou aux tâches que celui-ci peut effectuer, selon le modèle Ific (RS). Le salaire de cet AESI pouvant être inférieur à celui de l'IRSG, celui-ci coûterait moins cher aux institutions (PM3, PM9), ce qui pourrait représenter un gain financier (PM3). L'aspect salarial a aussi été perçu comme un risque (PH2), notamment d'une **utilisation inadéquate de cette nouvelle fonction par des employeurs des structures de soins de santé en vue de réduire la charge salariale** du personnel (PM10). Cependant, le salaire de cette nouvelle fonction n'est pas encore établi et la négociation est encore en cours avec les partenaires sociaux (RS, PP).

PM5 : « Ah, moi, si on me dit que j'ai des financements supplémentaires pour qu'ils viennent compléter l'équipe infirmière, je prends. Après, c'est pas ça qu'on va me dire, ce qu'on va me dire, c'est qu'il va remplacer les infirmiers qui sont déjà existants, qui sont dans les normes ».

PM3 : « Un gain financier en tout cas. Parce que je suppose qu'elle sera payée moins déjà qu'une infirmière. Donc voilà. Si maintenant dans mon institution de 177, je n'ai besoin que d'une seule infirmière et que je peux mettre plusieurs personnes ».

Thème 8 : Organisation des services :

8.1) Réorganisation des effectifs :

Comme signalé aux points 3.1, 4.1, 4.2 et 7.2, la mise en place des AESI nécessiterait une réorganisation des services (PH8, PM5), de revoir le programme d'une journée de travail, afin de pouvoir fonctionner en incluant tous les membres de l'équipe dans la dynamique générale. La réorganisation du fonctionnement des services est perçue comme un frein à la mise en place de l'AESI (PM7, PH9), la résistance des équipes au changement également. Les infirmières sont parfois habituées à travailler d'une manière depuis des années et cela viendrait changer la dynamique de leur travail (PH11). Cette réorganisation passant aussi par une précision des normes d'encadrement en personnel (PM7), la mise en place de ce nouvel acteur ne servirait à rien si elle ne s'accompagnait pas de normes adéquates (PM1), l'un des répondants, précisant qu'il ne voyait pas où placer cet acteur dans les normes d'encadrement actuelles (PM5). Cependant, ces normes n'étant pas encore établies, constituent encore un point d'interrogation (RS).

Certains répondants du secteur des maisons de repos (PM8 et PM7) ont envisagé des scénarios où leur service se réorganiserait en tenant compte de cette nouvelle fonction. Passant soit par l'utilisation de l'AESI dans les créneaux horaires où le travail est plus léger et de le placer sur un horaire décalé par rapport à l'infirmière (PM8). Soit par une répartition des patients entre l'AESI et l'infirmier où l'infirmier viendrait aider l'AESI chez certains patients pour les soins que cet AESI ne peut pas faire (PM7).

PM7 : « Si le rôle est bien défini, et oui, de savoir alors donc si les rôles sont bien définis, et qu'on dit qu'il y a toujours un infirmier, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, de savoir combien d'infirmiers doivent être présents, avec combien d'AESI, est-ce que c'est 1 pour 5 AESI, en fonction du nombre de personnels requis ».

PM7 : « Donc on a un infirmier pour deux étages et un infirmier pour trois étages...Mais donc si j'ai un AESI et un infirmier, ça veut dire qu'ils vont à chaque fois te voir. Ok toi t'es AESI, moi je suis infirmier. Donc toi tu prends le 1, 2, 5 en charge et moi le 3, 4. Mais t'as des morphiniques. Donc moi je vais devoir prendre tes morphiniques en charge sur ton étage alors que je gère d'autres étages. Enfin niveau l'organisation ça va être un peu le cafouillage quoi ».

8.2) Fonctionnement et structuration des équipes :

Selon certains répondants (PH9, PH8, PM5, PH3, PH4), la **mise en place des AESI va complexifier le fonctionnement des équipes**, rajouter une strate (PH3). Cela revient aussi à augmenter le nombre de titres présents dans un service (PM10) et la multiplicité des intervenants présents au chevet du patient (PH4). Une multiplicité qui à mon sens n'est pas évidente lorsque l'on regarde l'échelle de fonction des praticiens de l'art infirmier. L'échelle de fonction ne fait en effet pas de distinction entre les infirmiers appartenant au service et ceux provenant de l'équipe mobile ou des agences d'intérim et ne tient pas non plus compte de la présence des aides-logistique car ceux-ci ne sont pas des praticiens de l'art infirmier. Le personnel présent dans les services serait plus nombreux, mais aurait plus difficile à s'organiser efficacement et les différents praticiens de l'art infirmier risqueraient de « *se marcher dessus* » (PH1). Certains répondants ont signalé que la mise en place de l'AESI risquerait d'engendrer **une confusion entre les rôles de chacun** (PH2, PM1), que la scission entre les fonctions ne sera peut-être pas suffisamment claire (PH12), le manque de clarté de la fonction et des tâches qu'elle peut effectuer pouvant constituer un frein à sa mise en place (PH8, PH6, PM1, PH4). De plus, les différents acteurs pourraient avoir des difficultés à se situer dans le nouveau modèle d'équipe, à la fois l'infirmière dans son rôle de délégation et l'aide-soignante pour trouver sa place (PM3). La mise en place de cette nouvelle fonction a aussi été envisagée comme pouvant être un **moyen de mieux structurer les équipes** en ayant une meilleure structuration des compétences de chacun (PH4). Par exemple, il n'y aurait plus qu'une seule formation d'infirmier, au lieu des deux existants actuellement et une formation d'assistants en soins infirmiers, ce qui pourrait augmenter la lisibilité quant aux fonctions infirmières présentes en service. Cependant, cela entraînerait **un risque de plus grande fragmentation des équipes** (PH11), une équipe démembrée ou la fonction infirmière se diviserait en petits morceaux (PM10), entraînant une dépersonnalisation des soins.

PH4 : « Si cette nouvelle fonction va nous aider pour mieux structurer les niveaux de compétences dans les unités, aucun souci, mais créer une fonction en plus, et maintenir tous ces niveaux de métier et des compétences, ça va pas nous aider, au contraire ».

8.3) Binôme-trinôme :

Au sein de certains services, l'infirmière travaille en binôme avec une aide-soignante. Le travail s'organise en fonction des compétences de chacun des deux acteurs. Deux pistes ont été envisagées quant à l'évolution de ces binômes, la première étant de **conserver ce système de binôme**, mais qu'il s'agisse soit d'un binôme infirmier-aide-soignant, soit d'un binôme infirmier-AESI et donc dans les deux cas composé d'un infirmier et d'une fonction de soutien (PH4). La deuxième piste envisagée est que le **binôme se transforme en trinôme** où l'aide-soignant et l'AESI travailleraient plus au chevet du patient, et l'infirmier se situerait dans un rôle de supervision (PH3), ce qui fait lien au point « 4.2) Nature du travail des infirmiers ». Ces deux situations pouvant s'alterner en fonction des contextes et du personnel présent. Cependant, en fonction des services, ces binômes sont dans certains cas déjà pleinement intégrés ou dans d'autres, certaines difficultés persistent quant à leur utilisation. L'AESI viendrait s'implémenter dans un **contexte où ces binômes ne sont pas encore pleinement intégrés** partout. Cela pourrait complexifier l'arrivée de ce nouvel acteur (PH4) et l'intégration de ce système de travail.

PH12 : « Déjà, d'expérience, mettre en place le binôme infirmiers-aides-soignants, j'ai des unités où ce n'est pas évident. On y travaille vraiment, on voit qu'il y a vraiment des freins, il y a des bloquants, mais il y a un espoir, parce que je pense qu'on peut y arriver. Mais alors, rajouter un acteur en plus, je me pose comme des questions ».

8.4) Services préférentiels :

Une première réflexion fut que la nouvelle fonction d'AESI pourrait s'intégrer plus facilement dans les services moins aigus (PH3), dans les services où les soins de base sont plus importants que les soins techniques (PH2). Une seconde réflexion fut que l'intégration de l'AESI serait plus facile dans les services qui sont déjà habitués à pratiquer la délégation des actes infirmiers, comme par exemple ceux qui utilisent déjà les binômes infirmier-aide-soignant (PH12, PH4).

Deux domaines sont ressortis principalement, les services de gériatrie et les maisons de repos avec un point commun et certaines différences dans les raisons. Le point commun est que ces services pratiquent beaucoup de soins de base. Parmi les différences, concernant la gériatrie, selon une infirmière chef de gériatrie (PH6), il s'agirait plutôt de permettre aux **infirmières fort chargées d'avoir plus de temps pour se consacrer à leur rôle de coordination** et de maîtrise des dossiers patients (PH6) et laisser d'autres soins au personnel de soutien.

Cependant, la fonction d'AESI ne conviendrait peut-être pas à un service de gériatrie d'un hôpital universitaire (PH9). Concernant les maisons de repos, l'AESI pourrait s'y intégrer préférentiellement car **le personnel des maisons de repos pratiquerait moins d'actes techniques que l'hôpital** (PM7). La prise en charge y est plus centrée sur les soins d'hygiène, la prise de médicaments et les pansements (PM8). Ce qui selon moi est intéressant car l'angle de vue envisagé est différent, dans le cas de la gériatrie, il s'agit plus de répartir les tâches efficacement entre les acteurs tandis qu'en maison de repos, il s'agit plus du degré d'autonomie de l'AESI, cependant, cette réflexion ne peut pas être généralisée compte tenu du nombre restreint de répondants.

L'un des répondants (PM3) questionne la pertinence de cette nouvelle fonction dans le contexte de leur maison de repos, estimant que les actes plus techniques pouvant être délégués à l'AESI, n'y seraient pas pratiqués. Enfin, une autre question posée est celle de l'attrait des maisons de repos pour les AESI, ceux-ci pouvant aller où ils veulent, vont-ils être attirés par les maisons de repos (PM7). Une autre réflexion survenue durant ces entretiens est que la pratique en maison de repos est plus centrée sur l'aide-soignante (PM2, PM8), ces derniers sont en effet en première ligne auprès des patients et observent les premiers éléments cliniques (PM8).

Une réflexion est que la fonction d'AESI ne correspondrait pas aux hôpitaux universitaires (PH8) ou à un service de chirurgie viscérale (PH7) car les situations cliniques des patients et les soins qui y sont effectués sont trop complexes. A l'inverse, « PP », d'un organisme de pouvoir public, estime que l'AESI pourrait s'intégrer partout, tant qu'il y a un **équilibre et que des IRSG sont là pour prendre en charge ensemble avec l'AESI des situations complexes**.

PH6 : « AESI, exécutrice, infirmier, plus planification, scruter les dossiers, oui mental. Et donc en gériatrie parce que justement tu as très fort besoin de ces deux choses-là, qui frustrant pour le moment tout le monde parce que celles qui ont, il y a trop de soins de base et alors on n'arrive pas à faire tous ces soins de base aussi, soins infirmiers de base et on n'a pas le temps alors de faire tout ce qui est le côté mental comme tu l'appelles, donc ça frustre ».

PM8 : « Oui, oui, oui. On n'a pas en charge du gros nursing nous. On n'a pas de résidents avec des perfusions intraveineuses. On n'a pas de gros, gros soins à nous. Le soin à la personne âgée, ici en maison de repos,

c'est plus des soins d'hygiène, d'accompagnement, une prise de médicaments, des pansements. C'est plus restreint ».

Discussion et perspectives

Dans cette partie, nous aborderons les résultats obtenus à travers l'analyse des données issues des entretiens et les mettrons en perspective par rapport à la question de recherche : **« Comment la nouvelle fonction d'assistant en soins infirmiers (I), viendrait-elle s'insérer parmi les professions de l'art infirmier déjà présentes (P) ? »**.

1) Synthèse des résultats et mise en perspective avec la littérature :

Concernant la place qui serait occupée par l'AESI, celui-ci est estimé comme se situant entre l'aide-soignant et l'infirmier, comme un rôle intermédiaire entre ces deux fonctions. Une partie des intervenants a envisagé l'AESI comme une forme d'aide-soignant amélioré. Ce qui n'est pas tout à fait en accord avec le terme légal utilisé en Flandre, en effet, le nom en néerlandais de l'AESI est « basisverpleegkundige » qui se traduit en français par infirmier de base (SPF Santé publique, 2023). Cet infirmier de base pouvant travailler en autonomie dans des situations moins complexes (Service Public Fédéral Sécurité sociale, 2023). Une fonction comme celle de l'AESI est donc désignée par la législation et la littérature comme un infirmier de second niveau (Lucas et al., 2021). L'interprétation faite par certains répondants désigne quant à elle la place dans laquelle ils perçoivent cet acteur. Certains des répondants ont signalé la nécessité d'une clarification des rôles de chacun, d'autres ont signalé le fait que cette fonction se clarifierait au moment où les services y seraient confrontés dans leur pratique quotidienne. Berckmans et al. (2008), précisent la nécessité de préparation de l'introduction d'infirmières auxiliaires, les expériences mal préparées ayant généré une surcharge de travail pour les infirmières de premier niveau et de l'insatisfaction. L'introduction de nouvelles fonction nécessitant par exemple, une précision des rôles de chacun (Berckmans et al., 2008). De plus, Berckmans et al. (2008) signalent que des fonctions mal différenciées peuvent engendrer un chevauchement des tâches entre les professionnels. Birks, Davis, Smithson et Cant (2016) précisent qu'en Australie, malgré que la fonction d'infirmier de second niveau est établie dans la loi, une ambiguïté et une confusion subsistent dans la délimitation des champs de pratique, ce qui engendre des chevauchements entre les rôles. Les compétences en matière de jugement clinique de l'AESI sont estimées comme se situant entre l'infirmier et l'aide-soignant.

La perception de l'intégration future des AESI au sein des structures de santé est très nuancée et dépend des secteurs d'activité. L'avis des chefs infirmiers, responsables de soins et directions n'étant pas le même en hôpital et en maison de repos, en rapport à la répartition des tâches et au niveau de technicité des actes infirmiers qui y sont pratiqués.

Ensuite, la différenciation des différentes fonctions pourrait représenter une difficulté pour les patients ou résidents et une perte de repères. Khan & Gurbutt (2024) mettent en évidence que les rôles d'infirmière de second niveau peuvent engendrer de la confusion pour les patients. Abraham et al. (2025) établissent un lien entre la fragmentation (sera abordée dans le paragraphe concernant l'organisation des équipes) des soins et une réduction de la clarté des interventions pour les patients, générant une difficulté à se repérer parmi les différents professionnels et d'établir qui vient pour quels actes.

Concernant le métier d'infirmier, l'intégration de l'AESI au sein des normes en personnel risquerait d'amener les infirmiers à effectuer plus d'horaires inconfortables. Ensuite, la charge de travail est généralement perçue comme de nature physique. Selon Berckmans et al. (2008), les expériences d'introduction de personnel moins qualifié dans le but de seconder les infirmières et non de les remplacer ont permis de libérer du temps de travail pour les infirmières et de se consacrer aux tâches nécessitant leur niveau de compétences. Cependant, la supervision peut elle aussi représenter une charge de travail. Selon Blay & Roche (2020), la supervision des assistants infirmiers peut prendre du temps et constituer une majoration de la charge de travail des infirmiers.

L'utilisation des infirmiers pour la réalisation des soins d'hygiène pourrait être perçue comme inadéquat dans un contexte de priorisation des tâches, cependant, les soins d'hygiène du patient constituent aussi un moment d'évaluation de l'état clinique du patient. Duffield et al. (2018) précisait que l'exécution des soins d'hygiène par le personnel de soutien pouvait soulager les infirmiers d'une partie de leur charge de travail, favorisant leur satisfaction au travail. Une réflexion peut cependant survenir quant aux soins d'hygiène qui sont réalisés par l'infirmier ou non, est-il nécessaire que des soins d'hygiène sans appareillages ni plaies chez des patients chroniques soient réalisés quotidiennement par les infirmières ?

Dans la réalisation de l'ensemble de leurs tâches, les infirmières manquent parfois de temps pour consulter les dossiers patients, effectuer leur rôle de réflexion ainsi que leur rôle de coordination. La mise en place de l'AESI pourrait permettre de diminuer les tâches pratiques de l'infirmière afin de disposer plus de temps pour les tâches administratives. Cependant,

Lavergne & Janssens (2024) mettent en avant que selon les infirmières, dans l'ensemble des tâches effectuées, l'administratif occupe déjà une part trop importante. De plus, Abraham et al., (2025) précisent qu'une réduction du temps de travail administratif afin de passer plus de temps au chevet du patient pourrait augmenter l'attractivité de la profession infirmière. Ces deux visions venant donc s'opposer.

Concernant le métier d'aide-soignant, l'ajout des 5 actes délégués aux aides-soignants pouvait engendrer un déficit quant aux soins qu'ils devaient effectuer de base, transmettre ces actes à un autre acteur pouvant leur permettre de se concentrer à nouveau sur leur rôle premier. Cependant, leur retirer ces actes pourrait revenir à retirer une place qui vient de leur être donnée. De plus, certaines équipes sont encore dans un processus d'implémentation de cette pratique, accentuant le défi de l'introduction d'un nouvel acteur, la formation complémentaire de 150 heures a été introduite en 2019 (SPF, 2019).

La passerelle actuelles entre le brevet d'infirmier et le bachelier un peu longues et rigides, elle est de trois ans (Centre Psychosocial et Social Intégré, s.d.). La nouvelle passerelle envisagée est d'une durée de deux ans. La mise en place de cette nouvelle formation pourrait faciliter cette transition et permettre de diplômer plus de personnel comme infirmier IRSG. Cependant, la nouvelle passerelle n'est pas encore établie.

La transformation du brevet en soins infirmiers en formation d'assistant en soins infirmiers modifierait le rapport entre les praticiens de l'art infirmiers, les infirmiers brevetés actuels effectuant globalement le même travail que les infirmiers bacheliers, ils se situent au même niveau hiérarchique dans les équipes, de plus, la délégation des tâches avec supervision n'est pas prévue entre l'infirmier bachelier et l'infirmier breveté, la transformation du brevet en AESI créerait une différence de niveau hiérarchique entre les infirmiers IRSG et les AESI et une capacité de délégation des tâches (Berckmans et al., 2008).

Certains répondants estiment que la mise en place de l'AESI permettrait de diminuer le nombre d'infirmiers nécessaires en service, ou encore que l'AESI serait placé dans les postes infirmiers inoccupés. Cependant, cela pourrait engendrer un déséquilibre de compétences par la mise en place d'un excès de personnel de soutien. La fonction d'AESI pourrait aussi être utilisée pour réduire les dépenses salariales des structures. L'AESI est plus limité dans son autonomie, mais si l'infirmier tombait malade, l'AESI risquerait de le remplacer, ce qui générerait un glissement des compétences. Khan & Gurbutt (2024), ont envisagé que les limitations du champs de pratique des infirmières de second niveau n'étaient pas toujours respectées. L'AESI est perçu

par certains comme venant en complément de l'infirmier, cependant, un risque envisagé est que cette fonction puisse être placée dans les postes inoccupés, ne trouvant pas d'infirmiers. Le contexte de pénurie de personnel infirmier pourrait amener à cette dérive. L'étude de Duffield et al. (2018), avait mis en avant que l'ajout de personnel de soutien dans un but initial de complémentarité semblait aboutir à un phénomène de substitution, diminuant ainsi la combinaison des compétences présentes en service. Cette réflexion est à prendre avec précautions, car le personnel de soutien mentionné dans cette étude correspond aux aides-soignants. La différence de niveau de compétences étant moins grande entre l'infirmier IRSG et l'AESI qu'entre l'infirmier IRSG et l'aide-soignant, il peut être envisagé que le même phénomène se produise. De plus, ce risque de substitution serait augmenté si le salaire de l'AESI était inférieur à celui de l'IRSG, signalé parmi les intervenants du secteur des maisons de repos ainsi que des hôpitaux. La situation économique générale des hôpitaux signalée par Belfius (2023b ; 2024) accentuant ce risque pour le secteur hospitalier. Des craintes de substitution des infirmières IRSG par du personnel moins coûteux ont été signalées par Khan & Gurbutt (2024).

En matière de qualité des soins, la réflexion émergeant des entretiens correspondrait à une balance entre une réduction des soins non administrés par l'ajout de personnel moins qualifié mais pouvant les effectuer et une diminution de la qualité des soins liée à l'ajout de ce personnel moins qualifié. La littérature est un peu variable concernant l'impact du personnel de soutien sur les soins manqués, allant d'une réduction des soins manqués, à des effets négatifs d'un personnel de soutien en nombre élevé, ou une absence d'avantage (Griffiths et al., 2018). Abraham et al. (2025) signalent une inquiétude présente chez beaucoup d'infirmiers quant à la qualité des soins causée par un manque d'effectif et une charge de travail élevée. Selon Duffield & al., (2018), l'ajout de personnel de soutien peut permettre de générer un environnement dans lequel moins d'actes infirmiers ne sont pas réalisés. Augmenter le nombre de personnel de soutien permet dans un premier temps de meilleurs résultats au patient et une meilleure qualité des soins, mais lorsque ce nombre augmente encore, la qualité des soins diminue, posant ainsi la question de l'équilibre idéal entre personnel de soutien et personnel infirmier à plus haut niveau de qualification (Griffiths et al., 2019 ; Archie et al., 2023). Les services dotés d'un effectif infirmier plus qualifié se répartissent les tâches plus efficacement, ce qui amène une diminution des soins manqués. En matière de qualité des soins, un degré plus élevé d'instruction des infirmières amène de meilleurs résultats ainsi qu'une mortalité plus faible des patients. A l'inverse, lorsqu'on diminue la proportion d'infirmières qualifiées, les risques de

mortalité augmentent. La mortalité pouvant être considéré comme un indicateur de qualité des soins dans beaucoup de services (Bruyneel et al., 2015 ; Aiken et al., 2017). Cependant, les études comparant les résultats de soins en fonction du niveau d'éducation des infirmières sont principalement réalisées dans les hôpitaux, ce qui limite leur généralisabilité et leur transférabilité à d'autres contextes de soins, comme par exemple, dans ce cas-ci pour les maisons de repos (WHO, 2025).

L'introduction d'un nouveau profil demanderait de revoir l'organisation des équipes. Cela pourrait complexifier l'organisation si l'ensemble des fonctions actuelles sont maintenues, mais cela pourrait aussi mieux structurer les équipes, ou augmenter la fragmentation des équipes. La fragmentation des soins est perçue par certains infirmiers comme les privant d'une part de l'exercice de leur profession, centrée sur la prestation d'actes infirmiers nécessitant un niveau de qualification plus élevé, mais diminuant l'aspect de globalité de la prise en charge. Cela crée aussi une distance entre l'infirmier et son patient (Abraham et al., 2025). Une réflexion survenue durant les entretiens concernait l'évolution des binôme infirmier-aide-soignant. L'une des deux possibilités serait l'application de trinômes infirmier IRSG-AESI-AS, où l'IRSG se placerait dans un rôle de supervision, ce qui éloignerait l'infirmier des soins de base, et peut-être du chevet des patients. L'autre idée envisagée était celle d'un binôme infirmier IRSG-AESI, qui ne serait peut-être pas la situation standard, mais qui cette fois-ci augmenterait la combinaison des compétences présentes, l'AESI étant considéré comme plus qualifié que l'aide-soignant. Les effectifs n'étant pas toujours parfaitement constants chaque jour, avec des situations qui peuvent varier en fonction de l'effectif disponible au sein de la structure de soins, c'est une situation qui pourrait survenir. Certains jours le binôme serait composé d'un infirmier IRSG et d'un AS, et d'autre jours, le binôme serait composé d'un infirmier IRSG et d'un AESI. L'AESI viendrait ici en remplacement de l'aide-soignant.

2) Limites :

Premièrement, pour des raisons linguistiques, je n'ai pas pu appliquer ma question de recherche à l'échelle nationale. J'ai dû me limiter à des répondants en capacité de participer à un entretien en français, même si certains d'entre eux étaient des néerlandophones bilingues, ce qui m'a amené à investiguer la question dans la sphère francophone.

Ensuite, l'échantillon des répondants de cette étude étant limité, il n'est pas certain que les résultats soient généralisables à l'ensemble des hôpitaux et des maisons de repos se trouvant sur Bruxelles et en Wallonie. De plus, la majorité de mes répondants travaillaient sur le territoire bruxellois, seulement deux répondants du secteur des maisons de repos travaillaient en Wallonie, ce qui représente une limite à la transférabilité des résultats dans le contexte wallon.

Je suis moi-même infirmier actif dans le secteur hospitalier, ce qui peut à la fois représenter une force car beaucoup des situations décrites par les répondants correspondent à des situations qui font partie de ma réalité professionnelle. Cependant, cela peut aussi représenter une limite quant au fait que mes représentations puissent influencer ma perception du discours des répondants.

Mon échantillon ne contient qu'un seul membre des pouvoirs publiques, malgré que j'ai essayé d'obtenir d'autres entretiens de ce type d'acteurs parmi les différents niveaux de pouvoir concernés par cette thématique, peut-être que d'autres représentants des pouvoirs publiques auraient tenu des propos différents.

Enfin, une limite importante dans mon travail, est que l'implémentation de la nouvelle fonction d'AESI n'est pas encore pleinement définie, ce qui induit un manque d'informations sur certaines questions telles que les normes d'encadrement en personnel ou l'aspect financier restés jusqu'à présent sans réponse. Cette définition encore incomplète engendre malheureusement des risques de changements à venir et d'invalidation de certaines de mes réflexions.

3) Perspectives :

Dans un contexte de pénurie de personnel infirmier et de charge de travail conséquente, l'introduction d'un nouvel acteur peut être envisagée comme piste d'action. Ce nouvel acteur a été introduit dans la législation belge. Les résultats de ce travail semblent indiquer que l'introduction de l'AESI dans les structures de soins est possible, dans les secteurs hospitalier et des maisons de repos, mais nécessitera de la préparation. La mise en perspective des résultats des entretiens face à la littérature précise l'importance d'une définition claire du rôle de l'AESI avant son introduction parmi les praticiens de l'art infirmier déjà présents dans les structures de soins.

L'introduction de l'AESI pourrait avoir un impact sur la fonction d'infirmier IRSG, ainsi que sur la fonction d'aide-soignant, ceci nécessitant une vision claire de l'évolution de ces deux fonctions. Il pourrait être pertinent que des recherches futures s'intéressent à l'évolution envisagée du métier d'aide-soignant, afin de déterminer quelle trajectoire sera poursuivie et de quelle manière la formation complémentaire aux cinq actes sera utilisée ou non.

L'impact de la mise en place de l'AESI sur la qualité des soins dépendra des normes d'encadrement en personnel, cependant, ces normes ne sont pas encore déterminées, il serait pertinent que des recherches futures s'intéressent aux normes d'encadrement adéquates et à la combinaison des compétences en fonction des spécialités des différents services, en tenant compte de la fonction d'AESI, dans les hôpitaux ainsi que dans les maisons de repos.

Les répondants du secteur des maisons de repos semblent être plus ouverts à l'idée de l'introduction de l'AESI dans leurs effectifs en personnel, cependant, le nombre de répondants du secteur des maisons de repos ayant participé à ces entretiens est seulement de dix, les résultats sont donc à interpréter avec précaution. Concernant les services hospitaliers de gériatrie, bien que deux cadres infirmiers détiennent des services de gériatries dans leurs attributions, seulement une répondante était infirmière chef d'un service de gériatrie. Il pourrait être pertinent d'élargir le nombre de répondants travaillant dans des services de gériatrie ou des maisons de repos tout en observant si les résultats obtenus dans les entretiens se maintiennent à plus large échelle.

Dans la réflexion concernant la mise en place de l'AESI, une nécessité est évoquée de prendre en compte les patients dans la démarche et de s'assurer que le rôle de l'AESI soit compréhensible pour eux, qu'ils puissent se repérer. Il pourrait être pertinent que des recherches futures s'intéressent à la perception des patients de ce nouvel acteur ainsi qu'aux moyens permettant aux patients de le différencier des infirmiers et des aides-soignants avec facilité.

Enfin, les résultats de ce travail pourraient fournir aux décideurs politiques des informations concernant les enjeux et réflexions présentes au sein des structures de soins face à l'idée de l'introduction future de l'AESI parmi les professions de l'art infirmier. Les résultats de ce travail pourraient aussi fournir aux gestionnaires des structures de soins un aperçu de certaines réflexions qui pourraient être présentes au sein de leurs équipes, ainsi que de l'importance de préparer les équipes à l'introduction de ce nouvel acteur.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'investiguer comment la nouvelle fonction d'assistant en soins infirmiers va venir s'intégrer parmi les professionnels de l'art infirmier déjà présents dans les structures de soins, ciblant les secteurs hospitalier et des maisons de repos en Belgique francophone.

Dans le contexte actuel de pénurie de personnel infirmier et de charge de travail élevée, trouver des solutions semble être une nécessité. Au vu des résultats obtenus dans la littérature et des entretiens réalisés, le personnel de soutien, comme par exemple les aides-soignants, peut constituer une aide et décharger les infirmiers d'une partie de leurs tâches, cependant, un excès de personnel de soutien ou une nécessité accrue de supervision peut quant à elle augmenter la charge de travail des infirmiers. L'introduction d'un nouvel acteur parmi les praticiens de l'art infirmier a été envisagée et introduite dans la législation belge. Le processus politique semble indiquer que des avis divergents sont présents à ce sujet.

La place que l'assistant en soins infirmiers occupera dans les structures de soins ne semble pas bénéficier d'un consensus, celle-ci est décrite par certains comme celle d'un aide-soignant et par d'autres comme celle d'un infirmier d'un autre type. Il semble nécessaire d'élaborer un descriptif de fonction clair avant l'introduction de l'AESI dans les structures de soins, cependant, certains mettent en avant qu'une partie de ce processus de clarification de fonction aura lieu lorsque l'AESI sera présent dans les structures de soins et exercera parmi les autres praticiens de l'art infirmier. Une clarification est nécessaire, non seulement pour le personnel, mais aussi pour les patients, ainsi que l'implication des patients dans la démarche d'implémentation de l'AESI.

Selon les répondants, l'introduction de ce nouvel acteur risque de modifier le travail des infirmiers ainsi que d'avoir une influence sur l'évolution du métier d'aide-soignant. De plus, des craintes sont présentes quant à la place que l'AESI va venir occuper au sein des services infirmiers, certains envisagent le fait que l'AESI vienne en remplacement d'infirmiers, par exemple pour combler des postes inoccupés, d'autres considèrent plutôt que l'AESI viendra en complément de l'infirmier, pour l'aider dans la réalisation de ses tâches. D'autres craintes comme par exemple l'impact de l'AESI sur la qualité des soins et le risque de glissement des rôles sont aussi présentes.

Le secteur des maisons de repos semble plus ouvert à l'intégration de l'AESI, les services hospitaliers de gériatrie ont aussi été évoqués. L'introduction de l'AESI nécessitera de revoir l'organisation des services ainsi que le fonctionnement des binômes infirmier-aide-soignant déjà existants.

Enfin, il est essentiel que les décideurs politiques, les gestionnaires des structures de santé, ainsi que les praticiens de l'art infirmiers collaborent en vue de rendre la plus adéquate possible la future mise en place des AESI dans les structures de santé.

Bibliographie

- Abraham, D. E., Brolis, D. O., Rouck, E. D., Vaessen, D. J., Valsamis, D., & Bruyneel, D. A. (2025, février). *HWF Étude sur les activités, la carrière et l'évolution de la profession infirmière*. Retrieved 10 juin 2025 from.
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-etude-sur-lactivite-la-carriere-et-levolution-de-la-profession-des-infirmiers-idea>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals : Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559-568.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Archie, P., Baudewyns, A.-M., Cappelier, P., Dancot, J., Decoene, E., Demunck, P., Vliegheer, K. D., Wandeler, E. D., Gendebien, O., Ghilbert, P., Herijgers, P., Hulak, I., Peters, E., Putzeys, D., van Achterberg, T., Bouwelen, M. V., Durme, T. V., Vanherck, T., & Waterbley, P. (2023). *Groupe de travail : Différenciation des tâches, délégation de tâches et transfert de tâches*.
- Aujoulat, I. (2021) *Wfsp2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Unpublished document, Powerpoint, Université Catholique de Louvain.
- Belfius (2023a, 14 novembre). *Analyse MAHA 2023 : Chiffres 2022 et premières estimations 2023*.
- Belfius (2024, 8 novembre). *Communiqué de presse, Bruxelles le 8 novembre 2024. 30e édition de l'analyse MAHA – 30 années d'étude de la santé financière des hôpitaux belges*. Retrieved 10 janvier 2025 from

<https://www.belfius.be/imagingservlet/GetDocument?src=mifid&id=EEPPERSMAH>
[A24_FR](#)

Belfius (2023b, 15 novembre). *Communiqué de presse : Confirmation de l'évolution vers l'hospitalisation de jour dans une situation financière difficile : Analyse MAHA de 2022, avec un premier aperçu pour 2023*. Retrieved 10 janvier 2025 from

https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2023/Communique-de-presse-Belfius_MAHA-15112023.pdf

Berckmans, G., Alvarez Irusta, L., Bouzegta, N., Defloor, T., Peeters, G., Stordeur, S., & Gobert, M. (2008). *Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites* (KCE Reports 86B, D/2008/10.273/53). Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Retrieved 10 juin 2025 from <https://kce.fgov.be>

Blay, N., & Roche, M. A. (2020). A systematic review of activities undertaken by the unregulated Nursing Assistant. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1538-1551.
<https://doi.org/10.1111/jan.14354>

Bruyneel, L., Li, B., Ausserhofer, D., Lesaffre, E., Dumitrescu, I., Smith, H. L., Sloane, D. M., Aiken, L. H., & Sermeus, W. (2015). Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient Experiences With Care in Europe. *Medical Care Research and Review*, 72(6), 643-664. <https://doi.org/10.1177/1077558715589188>

Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (décembre 2024), *Infirmiers sur le marché du*

travail : Résultats du couplage des données PlanCad (Rapport final 2022), p.7.

Retrieved 10 janvier 2025 from

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-infirmiers-sur-le-marche-du-travail-2022>

Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé. (2024). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique : Nombre de professionnels en droit d'exercer au 31/12/2023 et influx 2023, p.68.* Retrieved 10 janvier 2025 from <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statistiques-annuelles-2023>

Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé. (2025). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique : Nombre de professionnels en droit d'exercer au 31/12/2024 et influx 2024, pp.68-72.* Retrieved 13 juillet 2025 from. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statistiques-annuelles-2024>

Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) (2019). *Performance of the Belgian health system – report 2019: Supplement: Technical sheets for indicators* (KCE Report 313). Retrieved 10 octobre 2023 from <https://kce.fgov.be/en/performance-of-the-belgian-health-system-report-2019>

Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE). (2024, mars 25). *Disponibilité en personnel de santé. Vers une Belgique en bonne santé.* Retrieved from <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/soutenabilite-du-systeme-de-sante/disponibilite-en-personnel-de-sante>

Centre Psychosocial et Social Intégré (CPSI). (s.d.). Devenir infirmière : quelles formations, quelles passerelles ? CPSI. Retrieved 10 juin 2025 from. <https://www.cpsi.be/devenir-infirmiere-queelles-formations-queelles-passerelles-choisir>

Chancellerie du Premier Ministre. (2015, 10 mai). Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé. (Moniteur belge, 28 juin 2015). Retrieved 10 juin 2025 from https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi

Cleiss. (s. d.). *Les pensions de vieillesse et de survivants (salariés)*. Cleiss. Retrieved 13 juillet 2025 from https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_belgique_s6.html

Commission Européenne. (2019, 10 octobre). Lettre de mise en demeure complémentaire - Infraction n° 2018/2283. Retrieved 10 juin 2025 from https://fnib.be/wp-content/uploads/ingebrekestelling_HBO5_verpleegkunde_10oktober2019_FR_NL.pdf

Conseil des ministres. (2008, 23 mai). *Financement du Projet 600 pour la formation des infirmiers*. *News.belgium.be*. Retrieved 14 juillet 2025 from <https://news.belgium.be/fr/projet-600>

Cour constitutionnelle. (2025, 20 février). *Arrêt de la Cour Constitutionnelle n° 24/2025, relatif au recours en annulation de l'article 2 et de l'article 3, 7°, de la loi du 28 juin. 2023* Retrieved 10 juin 2025 from <https://www.const-court.be/public/f/2025/2025-024f.pdf>

Conseil fédéral de l'art infirmier. (2025, 13 mai). *Avis concernant l'équipe de soins*

structurée (CFAI/2025/AVIS-03). Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Retrieved 10 juin 2025 from <https://www.health.belgium.be/>

Conseil fédéral de l'art infirmier. (2024, 12 novembre). *Avis concernant l'évaluation du degré de complexité des soins infirmiers* (CFAI/2024/AVIS-05). Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Retrieved 10 juin 2025 from <https://www.health.belgium.be/>

Crevacore, C., Jacob, E., Coventry, L. L., & Duffield, C. (2023). Integrative review : Factors impacting effective delegation practices by registered nurses to assistants in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 885-895. <https://doi.org/10.1111/jan.15430>

Dahlke, S., & Baumbusch, J. (2015). Nursing teams caring for hospitalised older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3177-3185. <https://doi.org/10.1111/jocn.12961>

De Rynck, P. & Dispa, M. (2023). *L'emploi dans l'aide & les soins : Quel avenir ?* Une édition de la Fondation Roi Baudouin Rue Brederode 21 – 1000 Bruxelles

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, 004695802311593. <https://doi.org/10.1177/00469580231159318>

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C. & Meeus P. (2019) *Performance of the Belgian health system-report 2019: Supplement:*

technical sheets for indicators. Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) (pp.266).

Duffield, C., Roche, M., Twigg, D., Williams, A., Rowbotham, S., & Clarke, S. (2018).

Adding unregulated nursing support workers to ward staffing : Exploration of a natural experiment. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3768-3779.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14632>

Farquharson, B., Bell, C., Johnston, D., Jones, M., Schofield, P., Allan, J., Ricketts, I.,

Morrison, K., & Johnston, M. (2013). Frequency of nursing tasks in medical and surgical wards. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 860–866.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12110>

Fonds Maribel Social. (s. d.). *Entrenez votre carrière dans le secteur des soins !*.

Formations Soins Publics. Retrieved 14 juillet 2025 from

<https://www.formations-soins-publics.be/fr/index.html#:~:text=Ou%20une%20reconv%20en%20tant%20qu%E2%80%99aide-soignant%20ou%20infirmier...>

Gouvernement fédéral de Belgique (2020, 30 septembre). *Accord de gouvernement*

30/09/2020, *gouvernement fédéral belge*, p.19. Retrieved 10 juin 2025 from

https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf

Guide Social. (2016, 15 juin). *De 3 à 4 ans pour les infirmières et les sages-femmes*. Guide

Social. Retrieved 14 juillet 2025 from

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/de-3-a-4-ans-pour-les-infirmieres-et-les-sages-femmes>

- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2018). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality : Retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609-617. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & the Missed Care Study Group. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Johnson, M., Magnusson, C., Allan, H., Evans, K., Ball, E., Horton, K., Curtis, K., & Westwood, S. (2015). 'Doing the writing' and 'working in parallel' : How 'distal nursing' affects delegation and supervision in the emerging role of the newly qualified nurse. *Nurse Education Today*, 35(2), e29-e33. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.020>
- Kessler, I., Steils, N., Harris, J., Manthorpe, J., & Moriarty, J. (2021). *The Development of the Nursing Associate Role : The Postholder Perspective*. King's College London. <https://doi.org/10.18742/PUB01-065>
- Kessler, I., Steils, N., Samsi, K., Moriarty, J., Harris, J., Bramley, S., & Manthorpe, J. (s. d.). *Evaluating the Introduction of the Nursing Associate Role : The Livewell Southwest Case Study*.
- Khan, A., & Gurbutt, R. (2024). Registered nurses' perceptions of nursing associates' professional identity. *British Journal of Nursing*, 33(15), 713-717. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0054>

- King, R., Ryan, T., Wood, E., Tod, A., & Robertson, S. (2020). Motivations, experiences and aspirations of trainee nursing associates in England : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05676-7>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII*(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Koller, J., & Vanpee, P. (2024). *L'influence de la dévolution des accouchements physiologiques sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes hospitalières* (Mémoire de fin d'études, Université catholique de Louvain, Faculté de santé publique, Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée). UCLouvain.
- Kusi-Appiah, E., Dahlke, S., & Stahlke, S. (2018). Nursing care providers' perceptions on their role contributions in patient care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 3830–3845. <https://doi.org/10.1111/jocn.14534>
- Kushemererwa, D., Davis, J., Moyo, N., Gilbert, S., & Gray, R. (2020). The Association between Nursing Skill Mix and Mortality for Adult Medical and Surgical Patients : Protocol for a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8604. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228604>
- Kramer, S., Raymond, M. J., Hunter, P., Saultry, B., Gibbs, H., Dignam, F., Lannin, N. A., & Bucknall, T. (2023). Understanding the workflow of nurses in acute and subacute medical wards : A time and motion study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(21-22), 7773-7782. <https://doi.org/10.1111/jocn.16835>

Lavergne, T. & Janssens, H. (2024). Pénurie des infirmier·es et crise du ‘prendre soin’.

Retrieved 10 janvier 2025 from [https://news.belgium.be/sites/default/files/news-](https://news.belgium.be/sites/default/files/news-items/attachments/2024-06/%C3%89tude%20P%C3%89NURIE%20DES%20INFIRMIER%C2%B7ES%20ET%20CRISE%20DU%20%E2%80%98PRENDRE%20SOIN%27.pdf)

[items/attachments/2024-](https://news.belgium.be/sites/default/files/news-items/attachments/2024-06/%C3%89tude%20P%C3%89NURIE%20DES%20INFIRMIER%C2%B7ES%20ET%20CRISE%20DU%20%E2%80%98PRENDRE%20SOIN%27.pdf)

[06/%C3%89tude%20P%C3%89NURIE%20DES%20INFIRMIER%C2%B7ES%20ET%20CRISE%20DU%20%E2%80%98PRENDRE%20SOIN%27.pdf](https://news.belgium.be/sites/default/files/news-items/attachments/2024-06/%C3%89tude%20P%C3%89NURIE%20DES%20INFIRMIER%C2%B7ES%20ET%20CRISE%20DU%20%E2%80%98PRENDRE%20SOIN%27.pdf)

Lindqvist, R., Smeds Alenius, L., Runesdotter, S., Ensio, A., Jylhä, V., Kinnunen, J.,

Strømseng Sjetne, I., Tvedt, C., Wiberg Tjønnfjord, M., & Tishelman, C. (2014).

Organization of nursing care in three Nordic countries: Relationships between nurses' workload, level of involvement in direct patient care, job satisfaction, and intention to leave. *BMC Nursing*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-27>

Lucas, G., Brook, J., Thomas, T., Daniel, D., Ahmet, L., & Salmon, D. (2021). Healthcare

professionals' views of a new second-level nursing associate role : A qualitative study exploring early implementation in an acute setting. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9-10), 1312-1324. <https://doi.org/10.1111/jocn.15675>

Magnusson, C., Allan, H., Horton, K., Johnson, M., Evans, K., & Ball, E. (2017). An analysis

of delegation styles among newly qualified nurses. *Nursing Standard*, 31(25), 46-53.

<https://doi.org/10.7748/ns.2017.e9780>

Michel, O., Garcia Manjon, A., Pasquier, J., & Ortoleva Bucher, C. (2021). How do nurses

spend their time? A time and motion analysis of nursing activities in an internal medicine unit. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11), 4459–4470.

<https://doi.org/10.1111/jan.14935>

Müller, R., Cohen, C., Delmas, P., Pasquier, J., Baillif, M., & Ortoleva Bucher, C. (2021).

Scope of nursing practice on a surgery ward: A time-motion study. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1785–1800. <https://doi.org/10.1111/jonm.13318>

Nieuwerth, S. (2013) *Bacheloropdracht Technische Bedrijfskunde: Inzicht krijgen in de werklust op de verpleegafdeling*

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

Retrieved 10 octobre 2024 from https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Organisation Mondiale de la Santé (2020) *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : Investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. WHO. Retrieved 20 juillet 2023 from <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240003279>

Parlement européen & Conseil de l'Union européenne. (2005, 7 septembre). *Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles*. Journal officiel de l'Union européenne, L 255, 22–142. Retrieved 10 juin 2025 from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>

Parlement européen & Conseil de l'Union européenne. (2013, 20 novembre). *Directive 2013/55/UE modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (règlement IMI)*. Journal officiel de l'Union européenne, L 354, 132–170. Retrieved 10 juin 2025 from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0055>

Parlement de la Communauté française. (2024, 16 juillet). *Déclaration de politique communautaire 2024-2029 - Avoir le courage de changer pour que l'avenir s'éclaire*.

P.35. Retrieved 10 juin 2025 from <https://www.pfwb.be/documents-parlementaires/document-declagouv-001797844>

Ravat, F., Percier, L., Akkal, R., Morris, W., Fontaine, M., Payre, J., & Poupelin, J.-C. (2014). Working time and workload of nurses: The experience of a burn center in a high income country. *Burns*, 40(6), 1133–1140.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.01.002>

Roche, M. A., Glover, S., Luo, X., Joyce, M., & Rossiter, C. (2021). Extending the role of nursing assistants in mental health inpatient settings : A multi-method study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1070-1079.
<https://doi.org/10.1111/inm.12859>

Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement. (2001, 10 août). *Loi portant des mesures en matière de soins de santé*. Moniteur belge, 01.09.2001, Éd. 2, pp. 29802–29807. <https://www.ejustice.just.fgov.be>

Service Publicque Fédéral Sante Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement (SPF). (2019, 18 mars). *Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières que peuvent effectuer les aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes*. (Moniteur belge, 18 mars 2019, pp.27322-27326). Retrieved 10 juin 2025 from. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=2019-03-18&numac=2019040710

Service Publicque Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement (SPF Santé publique) (2023, 20 septembre). *Arrêté royal fixant la*

liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice. (Moniteur belge, 30 octobre 2023, pp. 100766-100777). Retrieved 10 juin 2025 from <https://refli.be/fr/lex/2023045525>

Service Publicque Fédéral Sante Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement (SPF). (2006, 12 janvier). *Arrêté royal fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant.* (Moniteur belge, 3 janvier, 2006, p. 5921). Retrieved 14 juillet 2025 from <https://refli.be/fr/lex/2006022081>

Service Publicque Fédéral Sante Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement (SPF). (2024, octobre). *Champ d'activités de l'aide-soignant, de l'assistant en soins infirmiers, de l'infirmier responsable de soins généraux et de l'infirmier de pratique avancée : Tableau comparatif des actes.* Retrieved 10 juin 2025 from <https://www.health.belgium.be/fr/infirmier-de-pratique-avancee>

Service Publicque Fédéral Sante Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement (SPF Santé publique). (2024, 18 mai). *Loi modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, afin d'y insérer la réforme de l'art infirmier, de supprimer les Commissions techniques de l'art infirmier et des professions paramédicales et d'adapter les missions des Conseils fédéraux* (Moniteur belge, 30 mai 2024, éd. 2, pp. 68211–68215). Retrieved 10 juin 2025 from <https://www.ejustice.just.fgov.be>

Service Publicque Fédéral Sécurité sociale (SPF). (2023, 28 juin). *Loi modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue d'y préciser l'intitulé actuel du titre d'infirmier conformément à la directive 2005/36/CE et d'y insérer l'assistant en soins infirmiers et l'infirmier chercheur clinicien* (Moniteur belge, 14 juillet 2023, N. 194 , pp. 60041-60146). Retrieved 10 juin 2025

from <https://refli.be/fr/lex/2023043266>

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

(SPF Santé publique). (2023, 25 avril). *Réforme de la profession infirmière*.

Vandenbroucke–Decroo Archive – Belgium. Retrieved 10 juin 2025, from

<https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/fr/r-forme-de-la-profession-infirmi-re.html>

SPF Chancellerie du Premier Ministre. (2023, 24 mars). *Modification de la loi relative à*

l'exercice des professions de soins de santé. News.belgium.be. Retrieved 10 juin 2025

from <https://news.belgium.be/fr/modification-de-la-loi-relative-lexercice-des-professions-de-soins-de-sante>

Schenk, E., Schleyer, R., Jones, C. R., Fincham, S., Daratha, K. B., & Monsen, K. A. (2017).

Time motion analysis of nursing work in ICU, telemetry and medical-surgical units.

Journal of Nursing Management, 25(8), 640–646. <https://doi.org/10.1111/jonm.12502>

Union4U. (2021). *Union4U, le Syndicat des infirmiers et des aide-soignants*. Union4U.

Retrieved 10 juin 2025 from <https://union4u.be/>

Walker, F. A., Ball, M., Cleary, S., & Pisani, H. (2021). Transparent teamwork : The practice

of supervision and delegation within the multi-tiered nursing team. *Nursing Inquiry*,

28(4). <https://doi.org/10.1111/nin.12413>

World Health Organization. (2025). *State of the world's nursing 2025: Investing in*

education, jobs, leadership and service delivery. World Health Organization.

Retrieved 17 juillet(2025 from, <https://www.who.int/teams/health-workforce>

Annexes:

Annexe 1 :

Guide d'entretien: Semi-Directif Intervenant des structures de soins

- Intro :

-Me présenter

-Cadre dans lequel s'inscrit l'entretien et mes objectifs

-Rappeler les grandes lignes directrices de mon mémoire ?

-Demander la permission d'enregistrer l'entretien et garantir l'anonymat sauf si la personne souhaite le contraire

-Avez-vous des questions ?

- Informations concernant la personne :

-Données démographiques (âge/sexe) : Quel âge avez-vous ?

-Quelle est la nature de votre fonction ?

-Pouvez-vous me décrire en quelques mots votre parcours, les étapes principales de votre carrière ?

-Pouvez-vous décrire votre organisation en quelques mots ? L'institution dans laquelle vous travaillez en quelques mots ?

- Corps de l'entretien :

-Comment percevez-vous les enjeux de la pénurie, du Staffing des équipes/le manque d'effectifs ?

-Quelles sont les pratiques de délégation des actes infirmiers dans votre/vos service ?

-Le gouvernement a pour projet la nouvelle fonction d'Assistant en soins infirmiers, comment percevez-vous cette fonction ?

-Quel est selon vous son champs de compétences ?

-Qu'est-ce que vous confieriez à l'AESI ? Quelles tâches ?

- Quelle différence entre l'AESI et l'aide-soignant ?

-Quelle différence entre l'AESI et l'infirmier ?

-Concrètement, que peut faire l'AESI ?

- Quels sont selon vous les aspects positifs liés à cette nouvelle fonction?

-Quels sont selon-vous les aspects négatifs liés à la fonction d'AESI?

- Quels sont les freins à la mise en place de cette fonction?
- Quels sont les barrières à la mise en place de cette fonction?
- Cette nouvelle fonction pourrait-elle s'intégrer dans votre/vos service et pourquoi ?

- Quelles peuvent être selon-vous les difficultés à l'intégration des AESI dans votre/vos service ?
- Quels sont les éléments facilitants l'intégration des AESI dans votre/vos service ?
- Comment pourriez-vous l'intégrer dans votre/vos service?
- Quelles sont les tâches infirmières que vous ne pouvez pas confier à l'AESI ?
- Il y a-t-il certains services dans lesquels l'AESI pourrait s'intégrer préférentiellement ?
- A votre avis, l'AESI vient-il compléter ou remplacer l'infirmier ?
- Etes-vous en faveur de la mise en place de cette nouvelle fonction? Pourquoi ?
- Conclusion :
- Pour conclure, souhaitez-vous ajouter quelques choses ou revenir sur un point abordé qui vous semble important ?
- Préciser mes coordonnées
- Je reste bien entendu disponible ultérieurement pour d'éventuelles questions ou précisions.

