

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

**Comment la division (morale) du travail
infirmière/aide-soignante pourrait impacter la
pénurie infirmière en Belgique ?**

Auteure : Joana Cardoso Coelho

Promoteur : Marc Zune

Année académique 2023-2024

Master 60 en sciences du travail

Remerciements

Je tiens à remercier Mr Zune, mon promoteur, pour son soutien tout au long de la réalisation de ce travail. Ses conseils, suggestions, corrections et encouragements ont été précieux. Je le remercie aussi de m'avoir fait découvrir Joan Tronto. En tant qu'infirmière son ouvrage sur le *care* me parle particulièrement et me donne de l'espoir d'un avenir, d'un monde, meilleur.

Je remercie également Camille Vanderclausen pour ses nombreuses lectures et corrections et pour son soutien tout au long de cette formation universitaire.

Merci aussi à mon compagnon, ma famille, mes amis et mes collègues qui m'ont soutenu et encouragé ces deux dernières et éprouvantes années.

Je dédie ce travail à mes collègues infirmières et aides-soignantes et à tous les acteurs du *care* de notre société.

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.

Abréviations

OMS – Organisation mondiale de la santé

CRISP – Centre de recherche et d'information socio-politique

RTBF – Radio-télévision belge de la fédération Wallonie-Bruxelles

SPF – Service public fédéral – santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

ARES – Fédération des établissements d'enseignement supérieur de la fédération Wallonie-Bruxelles

OCDE – Organisation de coopération et de développement économiques

IDewe – Service externe pour la prévention et protection au travail

KCE – Centre fédéral d'expertise en soins de santé

ACN – Association belge des praticiens de l'art infirmier

IFIC – Institut de classification des fonctions

INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité

UGIB – Union générale des infirmiers de Belgique

CFAI – Conseil fédéral de l'art infirmier

CTAI – Commission technique de l'art infirmier

ACN – Association belge des praticiens de l'art infirmier

Choix rédactionnel

En 2020, 78,6% des personnes qui travaillèrent en tant que personnel des soins de santé étaient des femmes (DataLab, 2020). De ce fait j'ai choisi d'employer les termes « infirmière » et « aide-soignante » pour désigner l'ensemble de personnes concernées par ces métiers.

Table des matières

Introduction	1
Partie 1 – Pénurie	3
Pénurie infirmière dans le monde	3
Pénurie infirmière, plus d'un siècle d'histoire.....	3
Appréhender les pénuries de la main-d'œuvre	5
État des lieux de la profession infirmière en Belgique	6
Les étudiant.e.s en soins infirmiers	6
(In) activité des infirmières diplômées.....	7
<i>Turn-over</i> infirmier et abandon de la profession	8
Partie 2 – Principales mesures politiques face à la pénurie infirmière en Belgique	10
Politiques de santé – objectif économique recherché et impact sur les soignant.e.s.....	10
De la mise en action d'un plan d'attractivité gouvernementale au <i>Fonds des blouses blanches</i>	10
Une réforme de la profession infirmière.....	12
L'arrête royal du 27 février 2019	12
Partie 3 – La division (morale) du travail infirmière/aide-soignante	16
La création du métier d'aide-soignante	16
La division (morale) du travail infirmière/aide-soignante.....	17
Le <i>care</i> et sa place dans la société	19
La fonction infirmière et ses fondements	23
Conclusion.....	27
Bibliographie	30

Introduction

Selon Candice de Windt, ambassadrice des soins de santé en Flandres, il manquerait 25 000 à 30 000 infirmières en Belgique (Jobat, 2022). Au jour d'aujourd'hui sur les moteurs de recherche du Forem (s.d.) et Actiris.brussels (s.d.) on dénombrait presque 300 postes infirmiers à pourvoir.

Le choix de la problématique de la pénurie infirmière est lié au fait qu'elle me concerne personnellement. En effet, je suis infirmière diplômée depuis plus de douze ans, même si j'ai fait le choix de ne plus exercer. Si c'est grâce à la pénurie infirmière que je suis arrivée en Belgique, c'est aussi à cause de celle-ci que j'ai décidé d'arrêter d'exercer mon métier. N'étant plus en mesure de réaliser mon travail en « âme et conscience », j'ai décidé de me reconverter. C'est d'ailleurs suite à cette décision que j'ai décidé d'entamer la formation master 60 en sciences du travail.

Mon premier contact conscient avec la division du travail infirmier a été lors de mon premier emploi. En effet, dans le service de soins hospitaliers où j'ai débuté ma carrière, le travail infirmier, plutôt considéré comme des tâches infirmières, était complètement morcelé. Il n'y avait pas de prise en charge globale, des soins prodigués au patient de façon holistique. Au nom de la pénurie et des budgets restreints, les ressources devaient être optimisées au maximum.

Ensuite, j'ai continué à vivre cette division du travail mais cette fois-ci avec mes collègues aides-soignantes. Dans le deuxième service hospitalier où j'ai exercé, celles-ci étaient responsables des soins d'hygiène et confort et d'autres tâches considérées comme moins nobles. En effet, en Belgique, les soins d'hygiène et de confort figurent parmi les actes infirmiers décrits dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 (SPF, 2006) qui peuvent être délégués aux aides-soignantes. Maintes fois, quand il n'y avait pas d'aide-soignante dans le shift, certaines de mes collègues infirmières et moi-même, étions toutes désireuses de « faire d'aide-soignante ». Ces soins infirmiers, considérés à présent dans le service comme relevant des aides-soignantes, nous renouaient avec l'essence de notre métier. Ils nous permettaient de passer du temps avec nos patient.e.s, de sentir qu'on prenait réellement soins d'eux.elles, loin d'une liste de tâches et techniques à accomplir de façon isolée, morcelée. Ils nous permettaient d'être loin des papiers ou des écrans des ordinateurs, qui commençaient à prendre davantage de place dans notre quotidien et qui nous éloignaient de plus en plus du chevet de nos patient.e.s.

Quand j'ai entendu parler de l'arrêté royal du 27 février 2019 de Maggie De Block qui élargissait les actes infirmières qui pourraient être délégués sous certaines conditions aux aides-

soignantes et que j'ai vu effectivement la liste de ces actes, ma première réflexion, autant que professionnelle de première ligne, a été qu'on allait éloigner (encore) plus les infirmières du chevet des patient.e.s. Sous le prétexte (cf. les discours de Magie De Block, 2019) de renforcer le rôle des aides-soignantes, de renforcer le soutien des infirmières, de moderniser les soins infirmiers (en libérant du temps à ces dernières pour mettre au service du patient leur connaissances et compétences plus spécialisées), ne serait-t-on pas en train d'éloigner les infirmières de l'essence de leur métier ? De ses fondements ? Aussi, quel impact cela pourrait effectivement avoir dans la pénurie d'une profession qui se trouverait déjà en souffrance ?

Ainsi, au travers de ce mémoire, je cherche à répondre à la question de recherche suivante :

« Comment la division (morale) du travail infirmière/aide-soignante pourrait impacter la pénurie infirmière en Belgique ? ».

Bonnet (1999) cité dans Hesbeen (1999) rappelait que Watson (s.d.), infirmière, théoricienne et professeure à l'Université du Colorado, entreprendrait « la discipline infirmière comme la "science du caring" » (Bonnet, 1999, cité dans Hesbeen, 199, p.2). De ce fait, j'ai choisi de m'appuyer sur l'ouvrage de Joan Tronto (2009) *Un monde vulnérable, pour une politique du care* pour analyser ma problématique et essayer de répondre à ma question de recherche. L'œuvre de Tronto est considérée comme une des œuvres majeures qui aurait servi de base de réflexion à un nombre considérable d'auteurs qui auraient, eux aussi, chercher à appréhender le care (Noël-Hureaux, 2015).

Pénurie infirmière dans le monde

Publié en 2020, le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde : investir dans la formation, l'emploi et le leadership* de l'OMS, permettait d'avoir une vue d'ensemble sur la profession infirmière et ce sur plusieurs dimensions. Il soulignait, entre autres, la place d'honneur que les infirmières occuperaient dans les systèmes de santé, étant donné que ces dernières représenteraient environ 59% des professions en soins de santé (OMS, 2020).

En 2018, le stock d'infirmières dans le monde aurait été estimé à 27,9 millions. La profession serait donc en forte croissance, comparé au 20,7 millions de personnes dénombrées pour l'année 2013. Cependant, ce chiffre devrait être interprété avec prudence, car il semblerait biaisé par une progression dans la disponibilité de données. Ainsi, l'augmentation réelle serait énoncée à 4,7 millions d'infirmières (OMS, 2020).

Nonobstant, le nombre d'infirmières s'avérerait insuffisant par rapport aux cibles de la couverture sanitaire mondiale et les objectifs de développement durable établis. Si la pénurie mondiale se serait discrètement améliorée – estimée à 6,6 millions en 2016 et à 5,9 millions en 2018 – il faudrait, d'ici 2030, en vue de la résorber, non seulement augmenter de 8% par an, en moyenne, le nombre total de diplômé.e.s en soins infirmiers mais encore mener en parallèle des efforts au niveau de l'emploi de ces dernier.ère.s et de leur maintien en poste (OMS, 2020). Autrement, si les tendances actuelles se confirment, on pourrait espérer qu'en 2030 il y aurait encore un manque de 5,7 millions d'infirmières qui affecterait, même si en moindre mesure comparé à d'autres régions du monde, aussi certains pays de l'Europe (OMS, 2020).

Suite à ces constats de l'OMS (2020), j'ai cherché à retracer l'histoire de la pénurie infirmière pour essayer de comprendre s'il s'agissait d'un problème récent ou si, au contraire, celle-ci datait déjà de plusieurs années.

Pénurie infirmière, plus d'un siècle d'histoire

Depuis le XIX^e siècle, les débuts de la professionnalisation du métier d'infirmière, celui-ci aurait connu, et ce dans des nombreux pays, des postes vacants impossibles à occuper (Hesbeen, 2017). Aussi, à la fin des années 1950, en France, l'ampleur de la pénurie aurait été si importante qu'elle aurait menée à la création d'un nouveau métier – les aides-soignantes. Ces dernières auraient pour mission d'assister le personnel infirmier de façon à contrebalancer leur nombre insuffisant au chevet des infirmes (Hesbeen, 2017).

En Belgique, l'émergence des préoccupations liées à la pénurie de la main d'œuvre dont souffrirait la profession infirmière aurait débuté dans les années 1960 (Verwast cité dans Drey, 2010). En effet, dans une des éditions du courrier hebdomadaire du CRISP de l'année 1969, on lisait la phrase suivante : « Qu'il s'agisse de la Belgique ou d'autres pays européens, la majorité des responsables d'organisations hospitalières et médico-sociales déplorent l'absence de candidatures aux postes vacants d'infirmières » (CRISP, 1969, p. 2).

En revanche, une (brève) trêve à ce phénomène, tout au moins en France, aurait été permise suite à une majoration considérable des effectifs dans les années 1970. Cette augmentation, qui aurait constitué la fraction principale des budgets, alliée, entre autres, aux notables progrès technologiques médicaux, aurait généré une révolution dans le monde des soins. Cependant, ces progrès – comme par exemple, le passage du matériel de soins réutilisables au matériel jetable – auraient été onéreux. De plus, les travaux nécessaires pour répondre aux nouvelles exigences des hôpitaux en termes de sécurité et d'hygiène auraient engendré des déficits de tel ordre que les discours y auraient été axés depuis lors. Ce fut donc la fin de l'amélioration de la pénurie (Soliveres, 2010).

De plus, depuis 1998, la profession infirmière figurerait parmi les métiers critiques par excellence en Belgique et les prévisions seraient que cela perdure (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, 2021). Par métier/fonction critique l'on entend un métier ou les offres d'emploi seraient plus difficilement comblées et pour lequel les délais de recrutement seraient plus importants (Emploi et formation professionnelle en Wallonie, 2022).

Aussi, la crise sanitaire du Covid-19 aurait eu un impact non négligeable sur la pénurie. En effet, des départs auraient été observés dans les secteurs les plus affectés par la pandémie, et ce dès la première vague ; des lits dans les services de réanimation auraient été fermés dû à un manque d'infirmières (Debout, 2020). Buchan et al. (2022) cités par Lalonde (2022) estimerait à présent la pénurie infirmières à 13 millions, c'est-à-dire, plus du double estimé par l'OMS en pré-pandémie.

Si l'intensité de la pénurie infirmière a varié selon les époques, le fait est que le manque d'infirmières aurait été tel par moments, que parfois il aurait occasionné le besoin de fermer une partie voire même tout un service de soins (Hesbeen, 2017). Dans un reportage RTBF de Mergen et Wollner (2022), l'on voit toute une unité de soins d'un hôpital universitaire belge fermée et vide à cause de la pénurie.

Appréhender les pénuries de la main-d'œuvre

Le chapitre précédent a permis de mettre en évidence que la pénurie de la main-d'œuvre infirmière existait déjà depuis quelques décennies, en France et en Belgique. Elle aurait même amené à la création d'un nouveau métier – celui d'aide-soignante. Mais de quoi parle-t-on exactement quand on parle de pénurie de la main-d'œuvre ? Dans ce chapitre, je cherche à savoir comment les auteurs dans ce domaine appréhendent ledit phénomène.

Pour les économistes du travail, on parle de pénurie de la main-d'œuvre quand l'offre de travail ne croîtrait pas aussi rapidement que la demande, et ce pour un même niveau de salaire en vigueur dans un passé récent. Une augmentation de la rémunération et un transfert des tâches appartenant jadis au métier considéré, vers des autres segments du marché du travail, suffirait alors à réguler la situation (Blank & Stigler, 1957 ; Green & Ashton, 1992, cités dans Zune, 2014).

Cependant, il s'avérerait qu'il existe une imprécision des catégories qui sont présumées saisir le phénomène, aussi qu'une multiplicité et une fluctuation des conventions de mesure et une fragilité des sources de données (Zune, 2014). De plus, pour appréhender une pénurie, il serait essentiel de se rapprocher d'autres pistes que celles qui essaierait d'établir un lien objectif d'un manque d'équilibre quantitatif entre formation et emploi, et s'intéresser davantage à la valeur sociale des chiffres plutôt qu'à leur valeur scientifique (Ogien, 2010, cité dans Zune, 2014).

Aussi, l'argument des pénuries fait partie d'un récit constitué d'un fond d'idées partagées par plusieurs acteurs-clés qui contribuent à définir les politiques de formation et d'emploi. Les pénuries sont qualifiées de problèmes dans ce récit, car elles mettent en évidence une série de dysfonctionnements des mécanismes d'appariement qui nuisent à l'emploi (Radaeli, 2000, cité dans Zune, 2014).

En effet, les secteurs connus par une pénurie de la main-d'œuvre seraient caractérisés par une flexibilité non négligeable et un flux d'entrée et de sortie importants, ce qui les amènerait à avoir une activité de recrutement intense. Ils feraient aussi face à des taux de *turn-over* plus élevés que la moyenne et à des sorties précoces du métier. La compréhension de ces deux dynamiques s'avérerait cruciale pour élucider les problèmes de pénuries, qui ne devraient pas leur raison d'exister qu'à un manque des nouveaux entrants dans le marché du travail (Zune, 2014).

État des lieux de la profession infirmière en Belgique

L'appréhension du phénomène des pénuries de la main d'œuvre pour des auteurs comme Ogien (2010), Zune (2014) et Radaeli (2000), demanderait donc d'aller au-delà de la vision des économistes du travail. De ce fait, et à fin d'essayer de mieux saisir le phénomène de la pénurie de la main-d'œuvre infirmière en Belgique, ce chapitre a pour objectif de mettre en évidence la situation de la profession infirmière ces dernières années. Ainsi, j'ai orienté mes recherches afin de pouvoir établir un état des lieux des étudiant.e.s en soins infirmiers, des infirmières diplômées (in)actives, et aussi du *turn-over* infirmier et de l'abandon précoce de la profession.

Les étudiant.e.s en soins infirmiers

Depuis l'année académique 2016-2017, la durée de la formation en soins infirmiers s'est vue allongée. En effet, celle-ci serait, depuis lors, de quatre ans (et plus de trois ans) pour le bachelier infirmier en soins généraux et de trois ans et demi (trois ans auparavant) pour les infirmières brevetées (en région francophone du moins). Si effectivement, de façon ponctuelle, ceci aurait entretenu la pénurie – en postposant d'un an la sortie des jeunes diplômé.e.s, sur le marché de l'emploi - cette dernière pourrait aussi se voir alimenté de façon potentiellement structurelle car cette prolongation d'études ne serait pas accompagnée de quelconque revalorisation barémique. Cela pourrait davantage démotiver les étudiant.e.s à entamer ce genre d'études (Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation, 2021).

Dans leur rapport *Par-dessus les épaules des stagiaires : la profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation*, Grard et al. (2023) font plusieurs constats selon les chiffres de la Fédération Wallonie- Bruxelles et de l'ARES (s.d.), dont une baisse très importante et inquiétante, ces dernières années, d'inscriptions en première année de la formation en soins infirmiers. En effet, pour les bacheliers, entre 2018 et 2021, il aurait été observé une baisse en moyenne de 12,5%, qui se serait légèrement améliorée en 2021, où cette diminution, comparativement à 2018, ne serait *que* de 10% (ARES, s.d., cité dans Grard et al., 2023). Pour les brevets, selon les chiffres de la Fédération Wallonie-Bruxelles (s.d.), la chute des inscriptions serait dans l'ordre des 6%, aussi pour la période entre 2018-2021. Cependant, ce chiffre s'élèverait à 25% pour l'année 2021 et s'expliquerait par une majoration des places dans les écoles en soins infirmiers en France et donc une diminution des étudiant.e.s français.es en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles, s.d., dans Grard et al., 2023).

Aussi, d'après leur étude ethnographique, Grard et al. (2023) observent que le nombre d'étudiant.e.s infirmier.ère.s qui abandonnent leurs études serait en surcroît. Le manque

continuel de soignant.e.s ferait que les étudiant.e.s sont considérés par les équipes comme des ressources, et pas comme des éléments en surplus, ce qui s'avérerait non seulement nuisible à leur formation, mais aussi engendrait un désenchantement envers la profession.

De plus, un nombre considérable de jeunes infirmier.ère.s diplômé.e.s, surtout les bacheliers, choisirait de prolonger leurs études, une spécialisation, un master ou une formation d'enseignant. Par conséquent, on dénomberrait de moins en moins de jeunes infirmier.ère.s qui choisiraient effectivement de prodiguer des soins au chevet des patient.e.s (Grard et al., 2023).

À noter que, selon les statistiques de 2018 du SPF (Viviet et al., 2021) le nombre d'infirmières dans la tranche d'âge 25-29 ans était inférieur de 25% à celui des infirmières actives en service dans la tranche d'âge 55-59 ans, ce qui signifierait que même dans le cas hypothétique où tout.e infirmier.ère jeune diplômé.e resterait soignant pendant 40 ans, la relève ne serait pas assurée (Grard et al., 2023).

(In) activité des infirmières diplômées

Dans le rapport du SPF (Vivet et al., 2021) *Infirmiers sur le marché du travail, 2004-2018*, en 2018, le nombre de professionnels habilités à exercer le métier d'infirmière s'élèverait à 214.352. De ce total, 126.916 ressortiraient de la communauté flamande et 87.436 de la communauté française. À noter que au sein de ces dernières, près de 20% s'avérerait avoir une nationalité autre que la belge, étant essentiellement des français.es (Vivet et al., 2021).

Quant au nombre de professionnelles actives sur le marché du travail belge au 31 décembre de 2018, parmi les infirmières reconnues, celui-ci s'élèverait à 148.782. Le nombre d'infirmières actives dans le secteur des soins de santé, en 2018, serait lui de 126.496, soit 59% de ceux habilités à exercer, car 10% étaient actives dans d'autres secteurs que celui des soins de santé, 15% inactives sur le sol belge et 15% déjà pensionnées (Belgium.be, 2022). Cependant, ce chiffre aurait cru de 32% entre la période de 2004-2018, ainsi que la progression de la proportion d'infirmières âgées de plus de 55 ans qui serait passée de 5% à 19%. Effectivement, pour la période ultérieurement référée, la catégorie 50-54 ans aurait doublé et la catégorie 55-60 ans quadruplé. Par conséquent, l'accroissement du nombre d'infirmières serait dû au fait que ces dernières demeuraient plus longtemps sur le marché du travail (Vivet et al., 2021).

En somme, en comparaison avec la plupart des pays de l'OECD (2019), où le nombre d'infirmières aptes à exercer, en 2017, serait de 8,8 par 1000 habitants, la Belgique disposerait d'un chiffre relativement plus élevé, à savoir 11 par 1000 habitants. Cependant, toutes ces

infirmières ne travaillent pas dans le secteur de la santé et, aussi, le temps de travail en moyenne d'une infirmière, en milieu hospitalier serait de 80%, et pas de 100%. (Livolsi, 2023).

Turn-over infirmier et abandon de la profession

Des taux de *turn-over* élevés pourraient impacter négativement l'aptitude des organisations à pourvoir de soins infirmiers de qualité et à satisfaire les besoins des patients (Gray & Phillips, 1996 ; Tai et al., 1998 ; Shields & Ward, 2001, cités dans Heys et al., 2006). En ce qui concerne les unités de soins, ces mêmes taux de *turn-over* élevés auraient un impact sur le moral et la productivité des infirmières qui, encore présentes dans les équipes, soigneraient les patient.e.s pendant que des nouvelles infirmières seraient recrutées et formées (Cavanagh & Coffin, 1992 ; Sofer, 1995, cités dans Heys et al., 2006).

En comparaison avec la population en général, les taux d'absentéisme suite à une maladie ainsi que des taux de souffrance psychologique seraient supérieurs chez les infirmières (Nadeau-Gauthier, 2012). *Une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique* de Vandebroek et al. (2012) met en évidence que 31% des infirmières belges décrocheraient un score élevé en ce qui concerne l'épuisement émotionnel. Une corrélation positive modérée serait observée entre l'épuisement émotionnel et l'absentéisme (Vandebroek et al., 2012). Une enquête de l'entreprise privée Acerta (2021) met en évidence un taux d'absentéisme pour maladie dans le secteur des soins, en 2020, de 36% en plus comparativement aux autres secteurs. En ce qui concerne les absences de longue durée (un an ou plus), le chiffre s'élèverait à 46,5%. Certes qu'une partie de ces chiffres serait expliqué par les contaminations lors de la pandémie du Covid-19, mais selon le IDEWE (s.d.) cité dans Acerta (2021) et Noël (2020), ils seraient surtout dus à la charge mentale élevée en permanence des soignant.e.s et des infirmières. À savoir qu'un rapport du KCE et de la KULeuven (2019), a dévoilé que les infirmières belges qui travaillent en milieu hospitalier auraient en charge 9,4 patients en moyenne, alors que le nombre maximal autorisé est de 8 patients selon les normes de sécurité internationale.

La pression au travail exacerbée sur l'effectif infirmier en place, suite au manque de personnel, dégraderait (encore plus) non seulement l'environnement et le climat de travail comme aussi les perceptions nocives, ce qui amènerait à l'insatisfaction et à l'envie de quitter l'organisation, voire la profession (Kramer & Schmalenberg, 2002, cités dans Maillet et al., 2016). En effet, la durée moyenne de la carrière d'une infirmière serait de 17 ans (D'hoore & Stordeur, 2010, cités dans Drey, 2010). Aussi, les infirmières quitteraient leur employeur pour un autre environnement, en moyenne, tous les cinq ans et la grande majorité déciderait soit de se

réorienter vers des autres secteurs de la santé comme le pharmaceutique et l'enseignement, soit d'exercer à l'étranger (Leroy et al., 2003, cités dans Drey, 2010). La recherche de meilleures conditions de travail et d'une meilleure reconnaissance du métier au niveau humain figurent parmi les raisons qui amèneraient les infirmières à partir vers d'autres secteurs ou à l'étranger (D'hoore & Stordeur (s.d.), cités dans Drey, 2010).

Selon Roy (2012) dans Grard et al. (2023), des motifs « d'objection de conscience » seraient à l'origine des démissions des infirmières. En effet, ces dernières se verraient de façon chronique dans l'impossibilité de « réaliser leur travail en leur âme et conscience » (Grard et al. 2023, p. 12). D'après le KCE (2020), avant la crise sanitaire du Covid-19, une infirmière sur quatre se montrait insatisfaite de son travail, 36% indiquaient risquer l'épuisement professionnel et 10 % d'entre-elles envisageaient d'abandonner le métier. Lors des recherches de Grard et al. (2023), entre mai et octobre de 2022, 80% des infirmières en milieu hospitalier envisageaient de quitter leur poste, soit pour un poste en milieu extrahospitalier, soit pour changer carrément de métier.

Suite à cet état des lieux de la profession infirmière en Belgique, il me semblait important de chercher quelles avaient été les réponses/stratégies mises en place, ces dernières années, par le gouvernement belge, afin de faire face à la pénurie. C'est pourquoi la deuxième partie de ce travail portera sur le recensement des principales mesures politiques prises par les derniers ministres de la santé belge, ainsi que la réponse de certaines organisations représentatives des infirmières face à ces mesures.

Partie 2 – Principales mesures politiques face à la pénurie infirmière en Belgique

Politiques de santé – objectif économique recherché et impact sur les soignant.e.s

Nos systèmes de santé feraient face à plusieurs challenges contemporains : une population qui se verrait non seulement vieillir de plus en plus comme agrandir sa multi-culturalité, des crises sociales, économiques et environnementales, l'accessibilité aux soins de santé, les importants (et coûteux) progrès technologiques médicaux et la réduction de la durée des séjours hospitaliers. En ce qui concerne les plans politiques et managériaux, l'aspect financier associé à ces challenges serait celui qui attirerait l'attention de prime abord (Grard et al., 2023).

En effet, le système de santé et les institutions de soins belges, tout comme en Europe, donnent lieu depuis les années 1990, à des réflexions politiques et managériales et à des réformes qui ont pour but réitéré la rentabilité et la maîtrise des coûts. L'objectif de ses réformes serait la rationalisation de l'offre des soins à travers le partage géographique des activités et la croissance de l'autonomie au niveau des structures et des organisations soignantes. Ces réformes auraient un impact sur l'aménagement du travail des soignant.e.s (Grard et al., 2023).

Cette quête d'efficacité aurait orienté les politiques de la gestion de la santé sur une gestion à flux tendu, c'est-à-dire, une absence de quelconque dysfonctionnement, attente, papier, réserve ou défaut et à un rapetissement de la durée des séjours hospitaliers. Par conséquent, cela aurait engendré un accroissement des soins infirmiers ; une intensification du rythme de travail, si bien dans les structures de soins intra-hospitaliers que extrahospitaliers, qui ne se serait pas fait accompagner, en guise de compensation, d'une augmentation du nombre de soignant.e.s ; ainsi qu'une surcharge chronique de travail, qui aurait accentué non seulement la fatigue déjà présente du personnel soignant comme l'absentéisme (Grard et al., 2023).

De la mise en action d'un plan d'attractivité gouvernementale au *Fonds des blouses blanches*

En effet, dans le courant des années 2000, l'ACN (s.d) a attiré l'attention du Fédéral sur l'accroissement de la pénurie infirmière pour les années qui suivraient. Les préoccupations de l'ACN auraient été entendues par la ministre de la santé public et des affaires sociales de l'époque, Laurette Onkelinx, qui a décidé de s'atteler au problème et qui démarrerait par la mise en place, en 2008, d'un « plan d'attractivité ». Ce plan était construit autour de quatre objectifs principaux : « allègement de la charge de travail et du stress, reconnaissance des qualifications infirmières, amélioration des rémunérations, amélioration de la reconnaissance sociale et

association à la prise de décision » (Le guide social, 2019). D'après l'ACN (s.d.), ce plan aurait effectivement donné des résultats :

En 2014, nous avons pu constater qu'en 6 ans le plan avait probablement eu un impact positif tant sur l'attractivité de la professions infirmière que sur sa rétention. Les inscriptions dans les écoles n'ont cessé d'augmenter, les difficultés de recrutement de manière globale se sont estompées, et les premiers départs importants en retraite ont été compensés (ACN (s.d), cité dans Le guide social, 2019).

En 2014, lors de l'accord gouvernemental, la continuation du plan d'attractivité y serait prévue. Cependant, pour l'ACN (s.d.), la ministre élue en octobre de 2014 et ce jusqu'en octobre 2020, Maggie De Block, aurait porté atteinte à plusieurs aspects du plan. Pour l'ACN (s.d.) la ministre :

- N'a pris aucune initiative pour alléger la charge de travail des infirmiers, bien au contraire (par exemple en raccourcissant les durées de séjours hospitaliers, donc en augmentant l'intensité des soins et en déplaçant certains soins hospitaliers vers l'extérieur) ;
- N'a pris aucune initiative afin de renforcer la qualification des infirmières de manière générale ou spécialisée (qu'elle a fortement mise à mal au contraire, par la suppression des primes), si ce n'est de transposer une obligation européenne sur la formation initiale (ce qui était obligatoire), et en se gardant bien d'indiquer que le niveau bachelier en est le plus proche ;
- N'a pas pris de nouvelle initiative visant à renforcer les rémunérations des infirmiers si ce n'est une minorité d'infirmiers dans le secteur privé via l'IFIC ;
- N'a pas pris de nouvelle initiative visant à améliorer la reconnaissance sociale ou à associer les infirmières aux décisions les concernant, alors que par exemple, avec sa réforme des réseaux hospitaliers elle en avait l'opportunité (ACN (s.d.), cité dans Le guide social, 2019).

Pourtant, en septembre 2020, Maggie De Block, annonçait que le conseil de ministres avait alloué un montant additionnel de plus de 50 millions d'euros au Maribel social, de façon à, non seulement renforcer les soins à domicile, comme à procurer des possibilités additionnelles de formation à la profession infirmière et au métier d'aide-soignante. La ministre aurait déclaré que « par cet investissement, nous voulons offrir une bouffée d'oxygène absolument indispensable à notre personnel soignant et à augmenter l'attractivité du secteur » (De Block, 2020).

Cet investissement faisait partie du *Fonds des blouses blanches*, qui aurait été institué par l'adoption de la loi du 9 décembre 2019. Par effet de celle-ci :

Des moyens budgétaires sont dégagés dans le but d'améliorer l'emploi et l'encadrement des praticiens de l'art infirmier, ainsi que l'attractivité de ces professions. Le Fonds a pour finalité de financer l'augmentation nette de l'emploi de personnel soignant, l'amélioration des conditions de travail du personnel

soignant, des formations ainsi que le soutien aux projets de tutorat (Belgium.be, 2022).

Ce fond se verrait pérennisé depuis 2021 (INAMI, s.d.).

Une réforme de la profession infirmière

Dans un communiqué de presse officiel, le ministre Frank Vandenbroucke, qui a succédé en octobre 2020, à la ministre Maggie De Block, parlait de la nécessité d'une réforme de la profession infirmière. En 2023 il déclarait ceci :

Si nous voulons continuer à garantir des soins de qualité dans notre pays, nous devons non seulement continuer à investir pleinement dans nos soins de santé, mais aussi repenser l'affectation de notre personnel de soins. Une vaste réforme de nos soins infirmiers est donc nécessaire pour préparer les acteurs pour l'avenir et rendre la profession plus attrayante. Cela signifie que nous passons sous la loupe non seulement les profils infirmiers, mais aussi la liste des actes infirmiers dans un seul but : déployer tout le personnel infirmier à sa juste valeur dans la pratique (Vandenbroucke, 2023).

Toujours selon le ministre, les infirmières octroieraient encore beaucoup de temps à exécuter des tâches qui pourraient, selon lui, être effectuées de la même manière, voire mieux, par d'autres prestataires de soins, et il citerait, entre autres, l'exemple des soins d'hygiène de base. Il mettrait en place un groupe de travail « différenciation des tâches, délégation des tâches et transfert des tâches », présidé par un professeur en science infirmière à l'UZGent, qui aurait pour objectif d'examiner les actes infirmiers qui pourraient être prestés par d'autres professionnels de santé et aussi les nouveaux actes qui pourraient être confiés aux infirmières (Vandenbroucke, 2023).

L'arrête royal du 27 février 2019

Pendant l'exercice de sa fonction de ministre de la santé public et des affaires sociales, Maggie De Block avait (déjà) décidé d'élargir la liste d'actes infirmiers qui pourraient être délégués aux aides-soignantes :

Les aides-soignants sont toujours, et en tout temps, prêts à aider le patient. En élargissant leurs tâches, nous renforçons leur rôle : ils pourront d'ici peu assurer davantage de soins après délégation par un infirmier. Les aides-soignants voient ainsi leurs compétences élargies, les infirmiers peuvent compter sur un meilleur soutien et le patient reçoit toujours les soins du professionnel de santé le mieux placé (De Block, 2019).

Le projet de Maggie De Block venait altérer l'arrêté royal du 12 janvier 2006 qui définissait les actes infirmiers qui pouvaient être effectués par une aide-soignante et les circonstances dans

lesquelles ces dernières pouvaient effectivement le faire (UGIB, 2018). Il venait rajouter cinq actes supplémentaires:

- Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignante doit faire le rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier ;
- Administration de médicaments préparés par un infirmier ou un pharmacien (à l'exclusion des substances stupéfiants) par les voies d'administration suivantes : oral (y compris l'inhalation), rectale, par gouttes ophtalmiques, par gouttes auriculaires, percutanée, et sous-cutanée (uniquement pour l'héparine fractionnée) ;
- Alimentation et hydratation par voie orale ;
- Enlèvement manuel de fécômes (matériel fécale déshydratée) ;
- Enlever et remettre les bandages ou les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses (De Block, 2019).

Pour Maggie De Block, ce projet constituerait « une nouvelle étape dans la modernisation du domaine des soins infirmiers » (De Block, 2019).

Pour cela, les aides-soignantes doivent accomplir une formation supplémentaire de 150 heures pour pouvoir effectivement réaliser ces nouveaux actes et un maximum de la moitié de ces heures de formation doivent être réalisées à travers un stage pratique : « Nous garantissons ainsi la sécurité et la qualité des soins au patient » (De Block, 2019).

Le président de la fédération belge des aides-soignantes, Paul Cappelier, soutenait le projet de la ministre : « Nous plaitions depuis longtemps pour l'élargissement des tâches de l'aide-soignant. C'est une bonne chose que cela soit à présent prévu [...] nous allons maintenant concrétiser le contenu de la formation » (Cappelier, 2019).

Pour Maggie De Block ce projet permettrait l'adéquation du bon professionnel de santé pour les soins à réaliser :

Les aides-soignants se voient confier plus de responsabilités, et les infirmiers auront plus de temps disponible pour pouvoir mettre leurs connaissances et compétences plus spécialisées au service du patient. Nous pouvons ainsi répartir le personnel soignant là où il est le plus nécessaire (De Block, 2019).

Cependant, ce projet de modification de l'arrêté royal du 12 février de 2006, tel que présenté par Maggie De Block, aurait été considéré par l'UGIB comme inadmissible. En effet, l'UGIB aurait discuté en décembre 2018 avec le cabinet de la ministre, afin de prendre connaissance du projet. L'UGIB reprocherait le fait de ne pas avoir pu, préalablement, émettre sa vision du projet de façon éclairée, vu qu'aucun document de travail lui aurait été parvenu. L'UGIB aurait rejeté donc le projet de Maggie De Block et aurait avancé comme argument la formation

complémentaire proposé par la ministre, qui se révélerait insuffisante de façon à garantir non seulement la qualité des soins mais aussi la sécurité des patient.e.s. :

L'extension de la délégation d'actes infirmiers nécessite que les aides-soignants actuels et futures aient les compétences et les qualifications requises pour réaliser les actes délégués, sous la responsabilité de l'infirmier. Une formation adéquate garanti que les aspects théoriques et pratiques liés aux différents actes soient acquis et maîtrisés par ces mêmes aides-soignants. Sans cette formation [...] l'extension des actes délégués aux aides-soignants, établie par le cabinet, est dangereuse [...] (UGIB, 2018).

L'UGIB aurait suivi ainsi la position du CFAI et du CTAI qui désapprouvaient également le projet. Elle aurait proposé, en concordance avec l'avis émis par le CFAI, une formation de 1280 heures, qui amènerait non seulement à un nouveau titre et fonction, mais aussi à un nouveau barème. L'UGIB aurait rappelé également, dans son communiqué de presse, que le CFAI et le CTAI « sont des organes d'avis officiel qui ont pour mission de donner des conseils aux ministres [...] et dont ils devraient (logiquement) tenir compte » (UGIB, 2018). Aussi, Maggie De Block aurait abrogé, en 2016, « l'avis conforme » du CTAI, à savoir, l'obligation de suivre intégralement l'avis. Pour l'UGIB, à l'heure du communiqué de presse, cette abrogation pourrait occasionner des déviations et une rétrogression du système de santé et de soins belges (UGIB, 2018). L'UGIB aurait averti les politiques, les professionnels de santé et la population et aurait conseillé vivement Maggie De Block à avoir plus de réflexion et une véritable concertation avec les acteurs concernés (UGIB, 2018).

Néanmoins, le 18 mars 2019 on verrait publié sur le moniteur belge l'arrêté royal du 27 février 2019 - *Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquels ces aides-soignants peuvent poser ces actes* (Moniteur belge, 2019). On lirait à l'article 2, paragraphe deuxième :

Les personnes qui [...] répondent aux conditions d'enregistrement comme aide-soignant telle que prévues dans l'article 2 de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 [...] prouvent avoir réussi avec fruit une formation de 150 heures [...] ont acquis la compétence pour l'exécution des activités infirmières visées dans le 2° de l'annexe du présent arrêté (Moniteur belge, 2018).

L'UGIB aurait déposé un recours au conseil d'état pour annuler ladite arrêté royal (UGIB, s.d.). Aussi, la présidente de l'ACN, qui représenterait également les aides-soignantes, aurait déclaré:

Nous estimons que certaines mesures de la réforme découlent des bonnes idées, mais [...] la formation proposée aux aides-soignants est insuffisante. Ils ou elles pourront faire des glycémies, mais une fois le taux de glycémie affiché, ils ne seront

pas en mesure de faire l'injection d'insuline si nécessaire. C'est l'infirmière qui devrait le faire (Haulotte (s.d.), cité dans Karic, 2019).

La coordinatrice de l'UGIB aurait aussi réagi :

Nous n'avons pas été entendus par la ministre de la santé [...]. Nous sommes pour l'élargissement des actes infirmiers aux aides-soignants, mais cela doit être fait de la bonne manière [...] c'est vrai que notre profession évolue [...] la charge de travail augmente [...] mais si nous devons superviser les aides-soignants, nous ne libérons pas de temps (Avcioglu (s.d.), cité dans Kariac, 2019).

Si l'on examine les cinq actes infirmiers supplémentaires qui ont été ajoutés à la liste des dix-huit d'actes infirmiers qui pouvaient déjà être délégués aux aides-soignantes on remarquerait que ces actes techniques sont en effet des actes, des soins, directs au patient.e. Ces gestes, ces soins techniques, en plus d'une exigence fondamentale de connaissance et compréhension en vue de garantir leur qualité et la sécurité des patient.e.s (UGIB, 2018), ne risqueraient-ils pas d'éloigner (encore plus) les infirmières du chevet des patient.e.s ? De l'essence et du sens de leur métier ?

Partie 3 – La division (morale) du travail infirmière/aide-soignante

C'est la pénurie de la main-d'œuvre infirmière qui serait à l'origine de l'apparition du métier d'aide-soignante (Hesbeen, 2017). Comme abordé dans le chapitre précédent, cette classe professionnelle se voit déléguée des tâches/actes qui, à la base, font partie du rôle infirmière. La liste de ces tâches/actes se trouve élargie par l'ancienne ministre de la santé belge, et ce malgré le désaccord de la part de certaines organisations représentatives des infirmières. Pour pouvoir comprendre quel pourrait être l'impact de cette mesure sur la pénurie et surtout pourvoir des réponses à ma question de recherche, je trouvais important non seulement d'appréhender les raisons/motivations qui ont été à la base de la création du métier d'aide-soignante, mais surtout comment la division du travail infirmière/aide-soignante s'est instaurée et quelles pourraient en être ses conséquences. Pour ce faire, en plus de rechercher la pensée des auteurs sur la division (morale) du travail, j'ai choisi de prendre appui sur la réflexion sur le *care* de Joan Tronto (2009), étant donné que le *caring* est au cœur de la discipline infirmière (Watson, s.d., cité dans Hesbeen, 1999).

La création du métier d'aide-soignante

En France, le métier d'aide-soignante aurait vu sa naissance dans les années 1950. Il aurait été « le produit d'une élaboration formelle mettant en ordre une situation réelle » (Arborio, 1995, p. 96). En effet, la loi du 8 janvier 1946 a défini la profession infirmière et les conditions requises pour l'exercer : seules sont autorisées à exercer celles qui détiennent un diplôme d'état. Pourtant, déjà en 1922, un décret avait différencié les infirmières diplômées de l'Etat de celles qui ne l'étaient pas. Seulement, à ce moment-là, les infirmières non-diplômées avaient pu rester en fonction, sans que leur niveau de formation soit pris en compte (Arborio, 1995).

Avec la loi de 1946 la situation se voit modifiée. Ainsi, les hôpitaux français, qui se retrouvaient en pleine période de pénurie de main-d'œuvre infirmière, avaient été privés des nombreuses infirmières formées sur le terrain (sans diplôme), et ces dernières forcées d'exercer, dès lors, comme simples servantes. L'on retrouvait, alors, parmi les mesures envisagées temporairement de façon à suppléer aux conséquences de la ladite loi, la création d'une fonction intermédiaire - l'aide-soignante. L'objectif était de reclasser de manière officielle les personnes qui avaient été obligées de se détacher du titre d'infirmière. Cette nouvelle catégorie professionnelle était envisagée, dans un premier temps, comme temporaire (Arborio, 1995). Naissait, ainsi, une nouvelle division du travail, qui allait laisser les soins exigeant une compétence technique aux infirmières (Vassy & Dermez, 2019).

Néanmoins, cette nouvelle catégorie professionnelle se serait montrée une façon facile de garantir la promotion du personnel soignant le moins qualifié, qui aurait commencé à faire appel aux syndicats. L'administration, à son tour, aurait eu l'espoir de mieux retenir un personnel, non seulement en pénurie, comme instable, de sorte que le métier d'aide-soignante ce serait vu pérennisé (Arborio, 1995). Aussi, dans une optique de faire des économies, certaines cliniques privées engageraient davantage d'aides-soignantes pour remplacer les infirmières (Soliveres, 2010).

En Belgique, plusieurs années se sont passées avant que le statut des aides-soignantes se voit clarifié et légalisé. En effet, jusqu'en 2006, le droit belge n'a pas été précis en ce qui concerne le rôle des aides-soignantes dans les équipes de soins, leur statut et leurs responsabilités. Une panoplie de formations conduisait à différents titres (Napiorkowska, 2008). Mais depuis 2006, la loi belge a fixé « les activités infirmières qui peuvent être effectués par des aides-soignants et les conditions dans lesquels ces aides-soignants peuvent poser ces actes » (SPF santé public, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2006, p. 6073). Parmi les quinze actes convenus, on retrouve des actes tels que la réalisation des soins d'hygiène et confort, l'assistance aux patient.e.s et ses proches dans des moments éprouvants, l'aide et surveillance de l'hydratation et alimentation par voie orale, etc (SPF, s.d.).

La division (morale) du travail infirmière/aide-soignante

Dès que l'on considère que les professions et les métiers partagent des similitudes, il est plus facile de s'interroger sur leurs interactions sur le lieu de travail (Champy, 2012). Hughes (s.d.) dans Champy (2012) a créé une multitude de concepts, en vue de modéliser la division du travail telle qu'elle s'établit dans les interactions. Il fait alors la différence entre la division technique du travail – celle qui est liée aux compétences indispensables à la réalisation des tâches spécifiques – et la division morale du travail – la distribution des tâches considérées par certains comme indésirables. Cette distinction devrait ainsi permettre d'appréhender les conséquences de la hiérarchie sociale (Champy, 2012).

Tout travail professionnel comporte un ensemble de tâches perçues comme peu nobles, et pourtant essentielles, dénommées par Hughes (s.d.) dans Champy (2012) comme *dirty job* ou « sale boulot ». Par exemple, dans le cas de la médecine, certaines tâches peuvent être perçues comme peu dignes car elles impliquent un contact avec le corps humain ou car elles sont réprouvées par le regard de la société (Champy, 2012). Cependant, le « sale boulot » trouverait sa définition non pas dans l'essence de la tâche, mais surtout dans le peu de prestige qui y est

associé. Ce prestige s'avère relatif. En effet, une même tâche serait considérée comme du « sale boulot » une fois qu'elle se trouve au fond de la hiérarchie des tâches d'un métier. Si elle venait à être prise en charge par un autre métier, dont les tâches habituelles qui lui sont assignées sont considérées comme moins prestigieuses, cette même tâche pourrait alors se voir attribuer un certain prestige (Arborio, 1995).

Hughes (s.d.) dans Arborio (2009), a constaté de quelle façon les changements hospitaliers ont eu comme conséquence l'augmentation des tâches infirmières. Le transfert des tâches appartenant jadis aux médecins, qui viennent à présent s'ajouter en haut de la hiérarchie pour les infirmières, en serait une des causes principales. À moins de voir leur charge de travail s'amplifier, les infirmières se sont alors vues obligées, à leur tour, de déléguer certaines de leurs tâches. Effectivement, ce sont celles considérées comme les moins nobles qui ont été abandonnées.

Les infirmières seraient en quête de professionnalisation ou, en d'autres termes, aspireraient à une certaine ascendance sociale, qui se verrait accompagnée de plus de reconnaissance et d'une rémunération plus élevée, non seulement au niveau matériel, mais aussi au niveau symbolique (Hughes, 1996, cité dans Vassy & Derbez, 2019). Selon Bourgeon (2013) se débarrasser des tâches indignes accroîtrait le prestige d'une profession et élèverait sa respectabilité. Via ce transfert, la profession marquerait sa supériorité envers les catégories socio-professionnelles visées par cette délégation. D'une perspective sociologique, ceci permettrait de différencier une profession d'un métier, puisque « la première est forte d'un savoir spécifique dont elle peut transférer la partie la moins noble vers d'autres acteurs ; le second voit son quotidien se nourrir d'actes délégués ... » (Bourgeon, 2013, p. 154).

En effet, l'essence de l'activité des aides-soignantes ressortirait des fonctions classiques des hôpitaux. Elle ressemblerait aux tâches appartenant jadis aux infirmières, quand ce mot voulait désigner, de façon générique, quiconque travaillant dans un hôpital. Les aides-soignantes auraient été créés pour s'approprier exclusivement des tâches déjà existantes, de type domestique, et qui ont appartenu, auparavant, à d'autres catégories de personnel. Une gestion purement économique et rationnelle de la main-d'œuvre hospitalière, en période de pénurie dans les années 1950-1960, aurait exigé que les infirmières soient débarrassées des tâches moins glorieuses, pour que celles-ci puissent se vouer aux tâches plus techniques, dont elles étaient les seules à disposer des compétences nécessaires (Arborio, 1995).

Pour Soliveres (2010), se trouverait là un des paradoxes de la profession infirmière. La technicité aurait été privilégiée au dépens de la délégation aux aides-soignantes des tâches

perçues comme moins nobles, telles que les soins d'hygiène et de confort. Or, ces premières ont pris conscience que ce faisant, elles renonçaient aussi à une relation privilégiée avec les patient.e.s. Les infirmières se trouvaient donc entre les médecins, responsables de la prescription d'une partie non négligeable et primordiale de leur travail, et les aides-soignantes, qui saisissent, avec leur consentement, une partie importante de ce qui serait le rôle infirmier propre (Kergoat et al., 1992, cités dans Soliveres, 2010).

Mais, ce qui est considéré comme la meilleure façon de faire évoluer la profession infirmière génère des désaccords. En effet, certaines infirmières soutiennent une vision plus technique de la profession. Le volume d'actes délégués par les médecins se voit augmenter à la même vitesse que les progrès biomédicaux et ces mêmes actes sont perçus par les infirmières comme valorisants vu qu'ils reflètent l'évolution médicale et permettent d'aider les patient.e.s. De fait, des spécialisations ont été mises en place, pour permettre aux infirmières d'obtenir les compétences nécessaires. Ces compétences sont non seulement convoitées par les établissements de santé, mais donnent aussi accès à des meilleurs salaires (Vassy & Derbez, 2019).

En revanche, une partie des cadres et des enseignant.e.s infirmier.ère.s mettent en avant les actes liés au rôle propre infirmier et se montrent hésitant.e.s face à l'acceptation d'actes médicaux additionnels. Pour eux.elles, l'essence de la profession infirmière serait la prise en charge holistique des patient.e.s., en tenant compte de ses besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels. Ce rôle contraste avec l'approche plus fragmentée de la profession médicale, où des savoirs spécialisés sont utilisés pour traiter un organe (Vassy & Derbez, 2019).

Le concept de *care* – prendre soin – serait à la base de la théorisation des actes issus du rôle propre infirmier. En plus de s'opposer au concept de *cure* – guérir – il a permis une convergence avec des théories philosophiques et féministes (Noël-Hureaux, 2015, cité dans Vassy & Derbez, 2019).

Le *care* et sa place dans la société

Les penseurs dérivés de la tradition philosophique occidentale et les théoriciens du politique qui ont prélué aux féministes, n'ont pas accordé une place primordiale aux questions relevées par le *care*. En effet, celles-ci ont été considérées comme des problèmes accessoires, ce qui a mené au fait que les tâches élémentaires liées à sa pratique n'ont pas reçu beaucoup de considération, n'ont pas été bien théorisées et ont été peu stimulées et peu honorées dans notre société. Accorder une place centrale à ces questions nécessite donc de réviser les théories de

manière à ce que les aspects liés intrinsèquement à la vie humaine puissent effectivement être l'axe principal des préoccupations de l'être humain (de Beauvoir, 2002 ; Okin, 1979 ; Elshtain, 1981, cités dans Tronto, 2009). Aussi, pour Tronto (2009), le *care* peut incarner non seulement une valeur morale, mais aussi servir de base politique pour une « société bonne » (Tronto, 2009, p. 36).

Selon Tronto (2009), octroyer au *care* une place d'honneur dans nos sociétés pourrait les changer davantage. Pour cela, il s'avère fondamental de saisir comment les théories politiques et morales en vigueur entretiennent les inégalités de pouvoir et les privilèges et diminuent ceux qui accomplissent le *care* dans la société. Ainsi, elle propose un concept de *care* qui sert d'appui pour reconsidérer les confins moraux, et par conséquent, les domaines de la vie morale et politique. Un concept qui reconsidère les conceptions de l'essence humaine et qui aide à résoudre le dilemme d'autonomie/dépendance car il amènerait à un esprit plus concerté de l'interdépendance humaine.

En ce qui concerne ce dernier point, plusieurs théoriciens en sciences sociales ont remarqué que le fait de renforcer la division du travail dans les sociétés modernes amènerait à la croissance de l'interdépendance matérielle et impersonnelle vis-à-vis d'autrui, mais diminuerait la dépendance personnelle aux autres. En effet, le marché serait actuellement en mesure de subvenir à la grande majorité des besoins humains. Si les individus possèdent de l'argent, ils n'ont pas besoin de dépendre des autres dans les relations ordinaires. Cette façon de satisfaire les besoins humains de *care* aurait comme conséquence l'intensification de l'insensibilité envers autrui. Cette tendance d'insouciance pourrait être inversée, si le *care* emporte d'avantage de place dans la vie des sociétés (Tronto, 2009).

Fischer et Tronto (1991) dans Tronto (2009) définissent le *care* comme :

Une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous les éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie (Tronto, 2009, p. 143).

On débute notre vie dans un état de totale dépendance, et une grande partie d'entre nous expérimente de nouveau cette dépendance au long de la vie. Ainsi, le *care* est une caractéristique universelle inhérente à la vie humaine puisque tous les êtres humains ont des besoins et les autres ont celui de tenter d'y apporter une réponse. On serait donc un acteur de *care* mais aussi un destinataire du *care* d'autrui (Tronto, 2009).

Pour Tronto (2009) le *care*, qui est un processus dynamique, contient quatre phases différentes et pourtant entièrement liées. Ces phases sont : « se soucier de, prendre en charge, prendre soin et recevoir le soin » (Tronto, 2009, p. 147).

Premièrement, le *care* demande l'identification de sa nécessité. Il exige donc l'identification d'un besoin et l'appréciation de la potentialité que ce besoin soit assouvi. Cette première phase du *care*, se « soucier de », nécessite souvent de se mettre à la place d'autrui pour pouvoir repérer le besoin. En deuxième lieu, le *care* demande non seulement d'endosser une responsabilité donnée auprès du besoin repéré, mais aussi la définition du type de réponse à apporter pour satisfaire ce même besoin. Il s'agit donc de « prendre en charge ». En effet, si l'on estime qu'aucune solution ne peut être envisagée pour résoudre le problème, alors cette « prise en charge » ne peut pas avoir lieu. La troisième phase du *care* est celle de « prendre soin ». Cette phase présume la confrontation directe des besoins de *care*. Ceci exige un travail concret et impose presque toujours à ceux qui prennent soin un rapport direct avec le destinataire du *care*, comme, par exemple, une infirmière qui administre un médicament. La quatrième et dernière phase du *care* fait référence à la reconnaissance de la part du destinataire du *care* du soin qui lui a été apporté. Par exemple, le patient.e qui se sent mieux. Il s'avère fondamental d'incorporer la réception du soin avec les autres composantes du processus, car cela serait effectivement l'unique façon de savoir si une réponse a été donnée au besoin identifié et si cette réponse est la plus adéquate (Tronto, 2009).

À savoir que pour Tronto (2009) voir le *care* comme une pratique, c'est-à-dire, pensée *et* action guidés vers une fin déterminée, serait la meilleure façon pour le penser. En effet, l'autrice propose que les quatre phases du *care* servent de base pour élucider ce qui correspond à un acte de *care* intégré et par conséquent bien réalisé. Envisager une réponse holistique aux besoins réels traduirait, effectivement, l'idéal du *care*.

Nonobstant, malgré le lien indéniable et indissociable entre les quatre phases du *care*, il existerait des conflits au sein de chacune d'entre elles et les unes entre les autres. Par exemple, une infirmière peut « se soucier » plus d'un.e patient.e que le médecin, cependant son statut ne lui permet pas de corriger le jugement de ce dernier. Le médecin « prendrait en charge » le patient.e, et ce malgré le fait que l'infirmière observe des choses que le médecin ne remarque pas ou ne valorise pas de la même manière. En effet, il s'avère que dans les bureaucraties, ceux qui sont responsables de déterminer les réponses aux besoins identifiés, sont à l'écart des réelles conditions de répartition et réception du soin, ce qui peut avoir comme répercussion une proposition de soins qui ne serait pas de qualité. Affirmer que le « souci de » et la « prise en

charge » sont les devoirs des personnes qui détiennent le pouvoir et que « prendre soin de » et « recevoir le soin » appartiennent aux personnes considérées comme moins puissantes, converge avec la réalité de la société. Les infirmières et les aides-soignantes prennent soin du patient.e, mais ça serait donc le médecin qui le prend en charge. (Tronto, 2009).

Lorsque l'on songe à prodiguer un *care* approprié, la question des ressources se pose, car le *care* demande différents types de ressources. Une représentation du *care* en tant que pratique exacte prendrait appui sur une distribution de ressources appropriées telles que le temps, les biens matériels et les compétences. Cependant, ces ressources essentielles à un *care* approprié sont, globalement, plus rares que ceux qui prodiguent les soins l'aimeraient. Il serait là une des questions politiques primordiales à prendre en compte – celle des postulats de l'attribution des ressources aux divers besoins de soins. Le fait qu'il existe des conflits dans le *care*, des différences culturelles sur ce qui serait un bon *care* ou un *care* approprié et une pénurie des ressources, vient complexifier cette question des ressources (Tronto, 2009).

Le concept du *care* sous-entend un critère qui concoure au jugement de sa convenance. Une façon de le faire serait de saisir le degré d'intégration du processus, car le manque de celui-ci devrait attirer l'attention. En effet, il pourrait alors y avoir un problème dans le soin. Puisque le *care* peut engendrer des conflits, se voit fragmenté et les ressources limitées, une intégration idéale ne serait, en effet, que sporadiquement possible. Néanmoins, le *care* comme critère pourrait avoir son utilité sur le plan analytique quand l'on souhaite déterminer si celui-ci serait proposé dans les conditions appropriées (Tronto, 2009).

Quelles sont les raisons qui font que le *care*, une partie si importante de la vie humaine, reste si marginal ? Dans nos cultures actuelles, le fait que le *care* soit marginalisé engendre des avantages de nature idéologique, car ceux qui ont des positions de pouvoir et de privilège peuvent poursuivre dans la méconnaissance et le discrédit des tâches de soins et de ceux qui les prodiguent. Mettre le *care* en évidence déclenche des questions sur la conformité de celui-ci dans notre société, ce qui amènerait à une intense reconsidération de la vie morale et politique (Tronto, 2009).

De plus, l'appréhension du *care* par la société serait morcelée de façon marquante. Premièrement, le travail du soin est fragmenté, les procédés de soins sont intégrés de façon incomplète, et les diverses formes de *care* n'ont pas toutes le même prestige dans la société. Deuxièmement, le *care* est exposé et analysé comme s'il ne rapportait que à des inquiétudes de faible intérêt. L'on associe la sollicitude à la vie privée et donc s'en soucier serait synonyme de faiblesse (Tronto, 2009).

Socialement, le *care* est souvent instauré de manière à ce que le travail qui lui est associé soit celui des personnes les moins privilégiées de la société. Les membres les plus aisés font usage de leur position de supériorité pour déléguer à d'autres le « fardeau » du travail de soin. L'on remarque que dans l'histoire occidentale, le *care* a été essentiellement le travail des esclaves, des domestiques et des femmes. Celles-ci ont eu à charge les tâches de *care* les plus pesantes, telles que les soins aux malades. Aussi, dans les sociétés de castes, les plus basses parmi celles-ci doivent s'occuper des sécrétions physiologiques d'autrui. Les tâches moins nobles ont continué à être réalisées par ceux qui occupent une position moins élevée dans la société. Par conséquent, un cercle vicieux se produit: le *care* est déconsidéré, tout comme ceux qui le prodiguent (Tronto, 2009).

Le *care* se traduit par un travail laborieux, qui affecte néanmoins la vie humaine. Prendre soin des autres serait parvenir à une vérité fondamentale sur la valeur du *care* et pourtant celui-ci est dénigré par la société. Regarder la distribution des rémunérations et des prestiges nous fait comprendre que la société valorise davantage d'autres choses que le *care*. Ce travail est donc déprécié et aisément méprisé dans la hiérarchie des valeurs de la société. En effet, le *care* matérialise des qualités contraires à celles qui sont perçues comme honorables par la société, telles que la réussite publique, l'autonomie et la rationalité. (Tronto, 2009).

La fonction infirmière et ses fondements

Le *caring* est au cœur de la discipline infirmière (Watson, s.d., cité dans Hesbeen, 1999). Le *care* se manifeste donc dans la pratique infirmière, surtout dans les activités considérées comme rôle propre. En effet, soigner est perçu comme le premier « art de la vie » (Collière, 1982, cité dans Gaudry-Muller, 2015). De plus, l'exercice de la profession infirmière via une approche de *caring*, peut accroître le sens que les infirmières attribuent à leur travail (Cara & O'Reilly, 2008, cité dans Cara et al., 2016). Une pratique infirmière qui se voit nourrie de valeurs et de croyances personnelles intenses animées par une éthique de *caring*, en déployant, par exemple, une relation de *caring* pour appréhender les besoins de l'autre, donnerait de la motivation aux infirmières pour continuer à exercer et, de plus, à y trouver du dynamisme, de la joie et de l'enthousiasme (Dunn, 2012, cité dans Cara et al., 2016). Néanmoins, une fois que le sens au travail est en péril et qu'il occasionne de l'insatisfaction auprès des infirmières (Alderson, 2010, cité dans Cara et al., 2016), le risque que celles-ci quittent leur métier serait plus important (Nooney et al., 2010 ; Chen et al., 2008, cités dans Cara et al., 2016) tout comme celui d'une pratique infirmière déshumanisante (Avoine, 2012 ; Brousseau, 2015 ; Wolf, 2012 ; Karlsson et al., 2004, cités dans Cara et al., 2016).

Parmi les différentes tâches que les infirmières accomplissent, figurent celles qui appartiennent à leur rôle propre. On parle des « soins de base » ou de *nursing*. Ceux-ci se voient délégués aux aides-soignantes, ce qui permettrait aux infirmières de s'adonner aux différentes tâches confiées par d'autres. Ledit rôle propre des infirmières deviendrait alors, concrètement, la fonction des aides-soignantes (Hesbeen, 2017).

Par conséquent, il s'avère judicieux d'élucider la fonction infirmière, la fonction qui appartient à ces dernières et qui ne se réduirait pas qu'à des tâches à réaliser et à des actes à poser. Cette clarification permettrait non seulement de différencier la fonction infirmière des multiples rôles qui peuvent lui être assignés, mais aussi de renouer avec ses origines (Hesbeen, 2017). Pour Hesbeen :

La fonction de l'infirmier et de l'infirmière peut se définir comme étant celle de prendre soin des hommes et des femmes ainsi que de leurs proches en vue de les aider à vivre ce qu'ils ont à vivre pour mener quotidiennement leur existence lorsqu'une maladie surgit ou qu'une dépendance aux différentes formes de soins est présente ou s'installe (Hesbeen, 2017, p. 154).

Les soins infirmiers sont donc :

Requis en vue de venir en aide aux hommes et aux femmes qui ne peuvent pas réaliser par eux-mêmes, pour des raisons diverses, ce que requièrent habituellement comme soins leur corps et leur environnement : des soins d'hygiène, des soins alimentaires, des soins de confort, des soins qui accompagnent leur besoin d'éliminations, des soins qui facilitent le repos, des soins qui permettent de se lever, de s'habiller, de se déplacer, des soins esthétiques pour persévérer et parfois flatter l'image de soi, des soins permettant de se distraire, de s'occuper [...] mais également des soins ménagers soucieux de la propreté d'un lieu, d'un caractère sain et agréable d'un environnement. (Hesbeen, 2017, p. 123).

Selon cette définition des fondements des soins infirmiers, il ne s'agit pas, de prime abord, d'une simple administration d'un traitement médicamenteux. Il s'agit d'une aide à pourvoir selon le niveau de faiblesse d'une personne, en vue de ses limitations, en vue de ses besoins vitaux qu'elle n'est pas en mesure de satisfaire par elle-même (Hesbeen, 2017).

Aussi, il semble que la vision qu'un soignant a de son métier diffère selon qu'il s'y rapporte avec une logique de soins ou une logique soignante. Faire des soins différerait de prendre soin. La logique de soins serait synonyme d'un métier du « faire », tandis que la logique soignante s'inscrirait dans un métier de la « relation à l'humain » (Hesbeen, 2017).

Cette logique soignante se serait mise en péril avec la multiplicité des tâches que les infirmières ont à réaliser. En effet, cette focalisation sur la tâche pourrait réduire les infirmières à de simples exécutantes et in fine, anéantir le raisonnement clinique. Or, ce raisonnement clinique s'avère

crucial pour donner à son métier une dimension intellectuelle et créative, qui le différencie d'une pratique mécanique et permet de prendre en considération l'individualité des patient.e.s. Au quotidien, le sens du métier se verrait ainsi questionné. Il existerait donc, par moments, le risque que la pratique semble incohérente, vu qu'elle s'écartere de l'idéal qui guide l'exercice de la profession infirmière, de cette logique soignante (Hesbeen, 2017).

Ce constat permet de mieux comprendre la durée réduite de la carrière d'une infirmière et les difficultés éprouvées, dans certains contextes professionnels, non seulement à engager, mais aussi à fidéliser le personnel infirmier. Déjà en 1975, Simone Veil, ministre de la santé en France, exprimait son avis sur la question. Cet avis, selon Hesbeen (2017) serait encore d'actualité face au problème récurrent de la pénurie infirmière. Remarquant « la tendance à la parcellisation et la spécialisation des tâches dans l'équipe soignante » (Veil, 1975, cité dans Hesbeen, 2017, p. 142), elle s'exprimait :

Il est singulièrement intéressant de constater que ce ne sont pas toujours les infirmières qui ont les conditions de travail le plus dures et les services le plus chargés qui quittent l'hôpital. Ce sont bien des cas celles qui ne se sentent pas profondément liées aux services par leurs responsabilités. Être seulement "la piqueuse" ou "la panseuse" et donner des soins "à la chaîne" à des malades avec lesquels on ne peut pas entretenir des relations personnelles suivies, ne peut que priver l'intérêt d'une profession qui devrait au contraire permettre des contacts humains aussi nécessaires pour le malade que pour une bonne technique de soins ; il paraît préférable de confier la totalité des soins que nécessitent un certain nombre de malades à une seule infirmière plutôt que de monter au sein de l'hôpital des chaînes des soins spécialisés [...]. La pénurie ne peut que trouver un aliment nouveau dans des conditions de travail qui font des infirmières [...] des désenchantées, psychologiquement découragées parce qu'elles ne pouvant pas exercer à plein leur métier (Veil, 1975, cité dans Hesbeen, 2017, p. 143).

Un autre texte, aussi écrit dans les années 1970, démontrait l'impact positif non seulement de l'attractivité d'un établissement de santé/unité de soins, mais aussi dans la pratique infirmière en elle-même, quand les soins infirmiers aux patient.e.s ne sont pas délégués (Hesbeen, 2017) :

Lorsqu'une infirmière travaille ici et qu'elle s'y plaît, elle nous fait de la publicité et c'est ainsi que nous voyons arriver des candidatures d'écoles avec lesquelles nous ne sommes pas habituellement en relation [...] Une des particularités de la maison c'est qu'il n'y a pas d'aides-soignantes. De ce fait, on peut dire que les infirmières ont les malades en charge totalement. [...]. Il me paraît plus facile d'écouter, d'observer et de parler avec un malade en lui faisant sa toilette ou en arrangeant son lit qu'en exécutant un soin qui le fait souffrir (Wehrlin & Dutheil, 1973, cités dans Hesbeen, 2017, p. 145).

En somme, le travail infirmier est bien plus que la réalisation d'actes techniques. La prise en charge holistique d'un.e patient.e implique de l'empathie, de l'écoute et un accompagnement de façon à que les soins prodigués puissent être adaptés aux réels besoins de la personne et de

ses proches. Retirer cela aux infirmières revient à les priver de ce qui constituerait pour elles, souvent, leur mission. Le sens au travail n'y est plus lorsque les exigences organisationnelles et institutionnelles ne permettent pas aux infirmières de prodiguer des soins qu'elles estiment de qualité. C'est alors qu'une souffrance éthique s'installerait (Grard et al., 2023).

Conclusion

La pénurie de main-d'œuvre infirmière est un problème à échelle mondiale. Les données de l'OMS (2020) le confirment. La Belgique est particulièrement affectée par le manque de cette catégorie de professionnels, qui occupe une place primordiale dans les systèmes de santé, et ce visiblement déjà depuis plusieurs décennies. Avant la crise sanitaire, 10% des infirmières considéraient quitter leur métier (KCE, 2020). Selon Grard et al. (2023), ce chiffre aurait cru de façon exponentielle en 2022. De plus, la chute des inscriptions en première année en soins infirmiers s'avère très importante et inquiétante ainsi que le nombre d'étudiant.e.s qui abandonnent leurs études (Grard et al., 2023). Selon l'OCDE (2019) la Belgique dispose d'un chiffre plus élevé d'infirmières aptes à exercer par habitant que la majorité des pays appartenant à cette organisation. Et pourtant, seulement 60% de ces infirmières travailleraient *effectivement* dans les soins de santé (Belgium.be, 2022).

Une des dynamiques caractérisant les secteurs en pénurie sont les taux de *turn-over* plus importants que la moyenne et les sorties précoces du métier (Zune, 2014). À noter que, en moyenne, une infirmière quitterait son emploi pour un autre tous les cinq ans (Leroy et al., 2003, cités dans Drey, 2010) et que la durée moyenne de carrière d'une infirmière serait de 17 ans (D'hoore, & Stordeur, 2010, cités dans Drey, 2010).

La pénurie infirmière a amené à la création d'une nouvelle catégorie professionnelle – les aides-soignantes (Hesbeen, 2017), créant ainsi une nouvelle division (morale) du travail. Une gestion strictement économique et rationnelle de la main-d'œuvre hospitalière a amené les infirmières à déléguer certaines tâches moins nobles aux aides-soignantes (Arborio, 1995), tâches issues de leur rôle propre, c'est-à-dire des tâches de « *care* » (Collière, 1982, cité dans Gaudry-Muller, 2015). En 2006, en Belgique, un arrêté royal avait établi quinze actes infirmiers qui pouvaient être délégués sous certaines conditions aux aides-soignantes. En 2019, cette liste s'est vue élargie.

À travers ce mémoire, j'ai essayé d'apporter des réponses à ma question de recherche : « comment la division (morale) du travail infirmière/aide-soignante pourrait impacter la pénurie infirmière en Belgique ? »

Une des limites de ce travail est que je n'ai pas su apporter une réponse claire à cette question. Cependant, le cadre théorique sur lequel je me suis appuyée, c'est-à-dire l'ouvrage de Joan Tronto (2009) sur le *care*, a permis, à mon sens, non seulement de compléter les réflexions d'Everett Hughes, évoquées par différents auteurs, sur l'existence d'une division morale du

travail dans le monde des soins – ici entre infirmière et aide-soignante – mais aussi de comprendre pourquoi le *care* et tout ce qui lui est associé n’a pas encore obtenu de place d’honneur dans la société : il matérialiserait des qualités contraires à celles qui seraient perçues comme honorables par la société (Tronto, 2009).

Aussi, Tronto (2009) nous rappelle que, dans notre société, ceux qui sont responsables de déterminer les réponses aux besoins identifiés sont à l’écart des réelles conditions de répartition et réception du soin. En conséquence, il se pourrait que les soins proposés ne soient pas de qualité (Tronto, 2009). Si l’on transpose ce constat aux soins infirmiers, en utilisant le *care* comme critère, on pourrait alors dire que les décideurs qui prennent les décisions sur qui prodigue tel soin, pourraient ne pas proposer des réponses de qualité au problème. De plus, éloigner les infirmières du chevet des patient.e.s, en les empêchant de prendre soin d’eux.elles, de vivre les quatre phases du *care*, pourrait résulter en une inadéquation des soins apportés aux patients.

Pour des auteurs comme Cara et O’Reilly (2008) et Dunn (2012), permettre aux infirmières d’exercer selon une approche de *caring* peut accroître le sens qu’elles mettent dans leur travail, leur motivation à continuer d’exercer et les faire renouer avec l’essence de leur métier. Peut-être que se trouverait là une des réponses à la pénurie ...

Je voudrais aussi souligner qu’en analysant le positionnement de l’UGIB vis-à-vis de l’arrêté royal du 27 février 2019 élargissant les actes infirmiers qui peuvent être délégués aux aides-soignantes, on remarque qu’ils.elles ne sont pas contre cette délégation en soi, mais bien contre la façon dont Maggie De Block l’a envisagé et réalisé. Ceci pourrait attirer l’attention sur la manière dont les infirmières percevraient actuellement leur métier, c’est-à-dire plutôt avec une logique de soins, du « faire », qu’une logique de soignante, de la « relation humaine », et ce pour reprendre Hesbeen (2017). En effet, la multiplicité des tâches que les infirmières ont à réaliser de nos jours met en péril la logique soignante (Hesbeen, 2017), de la « relation humaine », du *caring*, pouvant les éloigner de l’essence de leur métier, de leur mission première.

Une autre limite à ma recherche pourrait résider dans l’ancienneté de certains articles, notamment ceux sur la division (morale) du travail. En effet je n’ai pas pu trouver beaucoup d’auteurs ni d’autrices récent.e.s ayant écrit sur la division du travail infirmière/aide-soignante.

Une piste intéressante et permettant d’apporter une réponse plus claire à ma question de recherche serait d’envisager une enquête de terrain. Un constat objectif sur le terrain de l’impact

de la division (morale) du travail infirmière/aide-soignante suite à l'élargissement de la liste d'actes infirmiers qui peuvent être délégués à ces dernières, et sa corrélation avec l'envie de quitter la profession. De plus, l'actuel ministre de la santé et des affaires sociales, Frank Vandenbroucke, a récemment créé un nouveau profil soignant en vue d'essayer d'endiguer la pénurie – l'assistant en soins infirmiers – ce qui entrainera probablement encore une nouvelle division (morale) du travail. Ne serait-on pas, avec cette mesure, en train de morceler d'avantage le *care* et de contribuer à augmenter la pénurie d'un métier déjà en souffrance?

Bibliographie

Pour la réalisation de ce travail tel qu'il a été présenté j'ai utilisé plusieurs types de sources. De ce fait, j'ai choisi de les séparer afin que la distinction entre celles-ci soit la plus claire possible.

Articles de revues et chapitres d'ouvrage

Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-126.

https://www.persee.fr/issue/sosan_0294-0337_1995_num_13_3

Arborio, A.-M. (2009). Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». Dans D. Demazière et C. Gadéa (dirs.). *Sociologie des groupes professionnels*, (p.p. 51-61). La découverte. doi.org/10.3917/dec.demaz.2010.01

Bourgeon, D. (2013). Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital. *Revue du MAUUS*, 41(1), 153-166. Doi.org/10.3917/rdm.041.0153

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L. & Mathieu, C. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherches en soins infirmiers*, 2(125), 20-31. doi.org/10.3917/rsi.125.0020

Centre de recherche et d'information socio-politiques. (1969). Les infirmières en Belgique. *Courrier hebdomadaire*, 35(461), 1-24. doi.org/10.3917/cris.461.0001

Champy, F. (2012). La spécificité des pratiques et des savoirs professionnels. Dans F. Champy (dirs.), *La sociologie des professions* (pp. 35-94). PUF. doi.org/10.3917/puf.chmap.2012.01

Debout, C. (2020). Pandémie de Covid-19 et pénurie infirmière en France : un phénomène prévisible. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 6(3), 1-3. doi.org/10.1016/j.refiri.2020.1000200

- Drey, P. (2010). Pénurie d'infirmiers ? CPCP – Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation. *Collection « Au quotidien »*(106). http://www.cpcp.be/wp-content/uploads/2019/05/penurie_infirmiers_v2.pdf
- Gaudry-Muller, A. (2015). Le *care* dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel. *Recherche en soins infirmiers*, 3(122), 44-51. doi.org/10.3917/rsi.122.0044
- Hesbeen, W. (1999). Le *caring* est-il prendre soin ? *Revue perspective soignante*, (4), 1-20. <https://cmappublic3.ihmc.us/rid=1PVZ49CHT-1WRHKLF-3TL/th%C3%A9orie%20du%20Caring%20de%20Jean%20Watson.pdf>
- Heys, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H., North, N., & Stone, P. (2006). Nurse turnover : a literature review. *International journal of nursing studies*, 43(2), 237-263. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- Lalonde, M. (2022). La profession infirmière post-pandémie : l'espoir pour le futur. *Sciences infirmière et pratiques en santé*, (5), 5-9. doi.org/10.7202/1093069ar
- Livolsi, A.-M. (2023). Le recours au temps partiel par le personnel infirmier en milieu hospitalier. *État de la question*, 1-7. https://www.iev.be/recours_temps_partiel_infirmier_milieu_hospitalier
- Maillet, S., Courcy, F., & Leblanc, J. (2016). Évaluation et intervention en matière de climat psychologique de travail chez le personnel infirmier : une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 2(125), 84-97. doi.org/10.3917/rsi.125.0084
- Noël-Heureux, E. (2015) Le *care* : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 3(122), 7-17. doi.org/10.3917/rsi.122.0007
- Soliveres, A. (2010). L'émergence du mouvement infirmier. *Les tribunes de la santé*, 1(26), 81-94. doi.org/10.3917/seve.026.0081

Vassy, C., & Derbez, B. (2019). La profession infirmière. Dans C. Vassy et B. Derbez (dirs.), *Introduction à la sociologie de la santé*, (pp. 101-124). Armand Colin.
Doi.org/10.3917/arco.vassy.2019.01

Zune, M. (2014). De quoi les pénuries de main-d'œuvre sont-elles le nom ?. *Revue française socio-économique*, 2(14), 5-14. doi.org/10.3917/rfse.014.0005

Monographies

Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers – un art du singulier*. Elsevier.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Éditions la découverte.

Rapports

Grard, C., Baquet, C., & Mugisha, L.-E. (2023). *Par-dessus les épaules des stagiaires : la profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation*. UCLouvain.

https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A272644/datastream/PDF_01/view

Organisation mondiale de la santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. Genève. doi: ISBN 978-92-4-000490-0

Observatoire bruxellois de l'emploi et de la formation. (2022). *Analyse des fonctions critiques en Région de Bruxelles-Capitale*. Actiris.
https://www.actiris.brussels/media/11zb4qwr/2022_01_view_brussels_analyse-des-fonctions-critiques-en-rbc_compressed-h-736E9AAC.pdf

Service public fédéral santé public, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2006). *12 janvier 2006. – arrêté royal fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent*

poser ces actes. Moniteur belge. https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-12-janvier-2006_n2006022082

Vandenbroeck, S., Vanbelle, E., De Witte, H., Moerenhout, E., Maarten Sercu, M., De Man, H., Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Sermeus, W., & Godderis, L. (2012). *Une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médicale et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique*. Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-être%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/rapport_burnout_FR.pdf

Vivet, V., Durand, C., Jouck, P., Miermans, P.-J., & Steinberg, P. (2021). *Infirmiers sur le marché du travail, 2004-2018 – résultat du couplage des données PlanCad SPF SPSCAE – Datawarehouse MT&PS – INAMI*. Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/plancad_inf_2018_fr.pdf

Communiqués de presse

Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2020, 30 janvier). Communiqué du 30 janvier 2020 à propos de « l'année internationale des infirmiers : il en faut davantage ! ». KCE. <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/annee-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>

Union générale des infirmiers de Belgique. (2018, 11 décembre). Communiqué de presse du 11 décembre 2018 sur « le projet de loi modifiant la liste d'actes qui peuvent être effectués par les aides-soignants : la part cachée de l'iceberg ». UGIB. <https://auvb-ugib->

akvb.be/de/communiqué-de-presse-le-projet-de-loi-modifiant-la-liste-dactes-qui-peuvent-etre-effectues-par-des-aides-soignants-2/

Vandenbroucke, F. (2023, 25 avril). Communiqué du 25 avril 2023 sur la « *réforme de la profession infirmière* ». Frank Vandenbroucke. <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/r-forme-de-la-profession-infirmi-re>

Mémoires

Nadeau-Gauthier, S. (2012). *Le rôle de l'environnement psychosocial de travail dans la rétention des infirmières œuvrant dans les hôpitaux québécois de soins généraux et spécialisés*. [Mémoire de master, Université Laval Québec]. <https://www.collectionscanada.ca/obj/thesescanada/vol2/QQLA/TC-QQLA-28562.pdf>

Napiorkowska, J. (2008). *La profession d'un personnel invisible en Belgique et en France*. [Travail de fin d'études de cadre en soins de santé]. École d'enseignement et de promotion sociale de la communauté française de Tournai. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://ei.lereservoir.eu/EI%20CADRES/JOANNA%20NAPIORKOWSKA.pdf

Vidéo

Mergen, S & Wollner, G. (2022, 22 mai). *Infirmier, métier en pénurie et vies en danger* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=qUyLWthqvw&t=1648s>

Pages internet

Acerta. (2021, 15 mars). *Le secteur des soins face à 36% d'absentéisme en plus que les autres secteurs*. Acerta. Consulté le 8 février sur <https://www.acerta.be/fr/insights/dans-la-presse/le-secteur-des-soins-face-a-36-dabsenteisme-en-plus-que-les-autres-secteurs>

Actiris.brussels. (s.d.). *Trouvez un emploi avec Actiris*. Actiris.brussels. Consulté le 26 mars 2024 sur <https://www.actiris.brussels/fr/citoyens/offres-d-emploi/?localisation=Tout&keywords=infirmier&page=1&keywordSearchType=Partout>

Belgium.be. (2022, 7 octobre). *Les infirmiers*. Vers un Belgique en bonne santé. Consulté le 16 février 2024 sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-infirmiers>

Belgium.be (2022, 7 octobre). *Le fonds des blouses blanches (ou FBB)*. Vers une Belgique en bonne santé. Consulté le 24 février 2024 sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/financement/le-fonds-blouses-blanches-ou-fbb>

DataLab. (2020, 23 juillet). *Personnel des soins de santé*. Stabel. Consulté le 26 mars 2024 sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante>

De Block, M. (2019, 16 mars). *L'aide-soignant pourra bientôt prodiguer davantage de soins aux patients*. Maggie De Block. Consulté le 03 mars sur <https://www.maggiedeblock.be/fr/laide-soignant-pourra-bientot-prodiguer-davantage-de-soins-aux-patient/>

De Block, M. (2020, 29 septembre). *Étape importante pour plus de personnel au chevet du patient*. Maggie De Block. Consulté le 24 février sur <https://www.maggiedeblock.be/fr/etape-importante-pour-plus-de-personnel-au-chevet-du-patient/>

Emploi et formation professionnelle en Wallonie. (2022, 23 juin). *Métiers en pénurie et fonctions critiques en 2022*. Emploi et formation professionnelle en Wallonie. Consulté

le 02 avril 2024 sur <https://emploi.wallonie.be/news/metiers-en-penurie-et-fonctions-critiques-en-2022>

Forem. (s.d.). *Recherche sur leforem.be*. Forem. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.leforem.be/cherche.html?q=>

Institut national d'assurance maladie-invalidité. (n.d.). *Le fonds des blouses blanches*. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Consulté le 24 février 2024 sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/fonds-blouses-blanches>

Jobat. (2022, 21 septembre). *La Belgique recherche au moins 25.000 infirmières*. Jobat. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.jobat.be/fr/art/la-belgique-recherche-au-moins-25000-infirmieres>

Klaric, M. (2019, 2 septembre). *Aides-soignants : une réforme baclée ?* RTBF. <https://www.rtf.be/article/aides-soignants-une-reforme-baclee-10305069>

Le guide social. (2019, 11 février). *Plan d'attractivité : la pilule passe mal chez les infirmiers*. Le guide social. Consulté le 24 février 2024 sur <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/plan-d-attractivite-la-pilule-passe-mal-chez-les-infirmiers>

Noël, X. (2020, 13 avril). *Protéger la santé mentale des soignants pour endiguer la pandémie*. The conversation. Consulté le 16 février 2024 sur <https://theconversation.com/protoger-la-sante-mentale-des-soignants-pour-endiguer-la-pandemie-135775>

Organisation de coopération et de développement économiques. (2019, n.d.). *Nurses*. OECDiLibrary. Consulté le 18 février 2024 sur <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09->

en/1/2/8/5/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-
en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab953040

Service public fédéral santé public, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (s.d.).

FAQ aides-soignants. Service public fédéral santé public, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Consulté le 27 mars 2024 sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/18.03.2019_faq_aides-soignants_0.pdf

Union générale des infirmiers de Belgique. (s.d.). *L'union générale des infirmiers de Belgique va au conseil d'état*. UGIB. Consulté le 03 mars 2024 sur <https://auvb-ugib-akvb.be/fr/lunion-generale-des-infirmiers-de-belgique-va-au-conseil-detat>

