

Pénurie des infirmier·es et crise du 'prendre soin'

Hélène Janssens — Service d'études MC

Thomas Lavergne — Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH)¹

Remerciements au comité d'accompagnement², à Emeline De Bouver (UCLouvain), Mathilde Verougstraete (IEFH) et au service d'études MC (Katte Ackaert, Gauthier Vandeleene, Stijn Vos, Hélène Henry, Mattias Van Hulle)

Résumé

Où trouver du personnel ? Cette question sans réponses occupe le quotidien des professions infirmières et aides-soignantes en pénurie. Les différentes crises chez les infirmières, crise de la formation, crise du recrutement, crise de la fidélisation, des conditions de travail s'emboîtent les unes aux autres. Les étudiant·es infirmier·es qui vont au bout de leurs formations se font rares, le recrutement est difficile pour les institutions de soins et le personnel infirmier en poste est à haut risque de burn-out. Parallèlement, la population vieillit et a besoin d'aide face aux difficultés physiques et mentales de la vie. Les soins à domicile au vu du virage ambulatoire concentrent d'ailleurs de plus en plus de soins. Additionner ces besoins de soins, incompressibles, avec les conditions de travail actuelles des professionnel·les noircissent le futur.

1 Pour l'Institut, cette étude est réalisée dans le cadre du projet 'Gender & Work'. Ce projet, est financé par l'Union européenne dans le cadre du Plan national pour la reprise et la résilience (PRR) avec le soutien de la Secrétaire d'État à l'Égalité des genres.

2 Un comité d'accompagnement a été mis en place pour soutenir l'étude. Celui-ci était composé de Christine Grard (UCL), Annalisa Casini (UCL), Auriane Lamine (UCL), Veerle Stroobants, Nathalie Lionnet, Fanny Caprasse, Camille Delvoye, et Anais Moschonas.

L'objectif de cette étude est de mieux cerner la problématique de la pénurie en la chiffrant et en identifiant ses causes et conséquences. Pour ce faire, une extraction des données de la MC montre la croissance des besoins dans le secteur des soins à domicile et une enquête menée par l'IEFH auprès de 1.200 infirmier-es et aides-soignant-es révèle les liens entre l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession infirmier-e au regard de plusieurs difficultés : la violence, l'impossibilité de réaliser certains soins, ou le conflit travail-famille dans des secteurs essentiellement féminins. Pour comprendre plus largement le problème, le prisme du care est aussi sollicité. La pénurie des infirmières s'inscrit dans la souffrance de nombreux métiers du care. Aux racines de cette crise, n'y a-t-il pas une crise plus profonde de notre incapacité à valoriser 'le prendre soin d'autrui' dans un système profondément individualiste ? Comme si, les mythes du succès et de l'autonomie occultaient un peu trop nos vulnérabilités humaines fondamentales. Les résultats de cette étude montreront que le cœur du métier infirmier est empêché (manque de temps, de présence, d'accompagnement humain) ce qui alimente la désertion d'un métier que l'on fait justement avec cœur.

Mots-clés : Pénurie, care, genre, infirmier-es, aides-soignant-es, virage ambulatoire, soins à domicile

Introduction

Une pénurie, c'est un manque de ce qui est nécessaire, qui peut s'illustrer comme un manque d'énergie ou de main-d'œuvre. Cette étude vise à mieux comprendre la pénurie des infirmier-es. La période du COVID-19, a mis en lumière la fragilité du système de santé belge et l'essentialité de certaines fonctions, dont le métier d'infirmier-es³. Celui-ci continue pourtant de faire fuir et souffrir. Pour que le système soit soutenable et que la qualité des soins soit garantie, il faudrait que l'offre et la demande de soin soient en équilibre. Comme nous sommes tous et toutes vulnérables face à la maladie et à la mort, nous aurons tous et toutes, un jour, besoin de soins que nous trouverons auprès de professionnel·les, comme les infirmier-es, et dans une autre mesure, auprès de nos proches. Ce soin, cette vulnérabilité et cette dépendance aux autres sont au fondement de notre humanité. Un rapport de l'ONU parle d'ailleurs des pénuries des travailleurs et travailleuses de la santé et du soin dans les pays européens comme d'une 'bombe à retardement' pouvant mener à une catastrophe (OMS, 2022).

Le slogan 'Soins de santé en danger ; des mains, du temps et de l'humain' (Belga, 2023), scandé dans les manifestations, résume la problématique à laquelle se confrontent infirmier-es et aides-soignant-es. Les maux de la profession font état de cadences effrénées, d'épuisement émotionnel, d'arrêts de travail de longue durée amplifiant le manque de personnel en poste, portant préjudice à la qualité des soins. Beaucoup de difficultés sont constatées dès les stages infirmiers. Une diminution générale du nombre d'inscriptions en première année est aussi observée (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 18) et les jeunes infirmier-es ont des carrières très courtes. L'inquiétude concerne également le personnel actif face au risque de burn-out ou de départ. Déjà avant la pandémie, 36% des infirmier-es étaient en risque élevé d'épuisement professionnel et 32% avaient l'intention de changer d'emploi (Van den heede, et al., 2019). Quant au nombre de soins non réalisés, il est conséquent, 67% disent avoir eu à sacrifier certains actes, notamment les aspects relationnels (Van den heede, et al., 2019). Comme nous le verrons, les soins non réa-

lisés et la baisse de la qualité des soins sont des sources de perte de sens du métier (Van den heede, et al., 2022). Ces constats impliquent de s'intéresser concrètement aux conditions de travail du personnel soignant⁴.

Les difficultés vécues par les infirmier-es et aides-soignant-es se conjuguent avec une demande de soins en augmentation tirée en grande partie par le vieillissement de la population. Ces tendances présagent une aggravation des constats.

Enfin, la pénurie s'inscrit dans une crise de soin plus globale⁵. De nombreux métiers du *care* sont présents sur les listes des métiers en pénurie en Belgique (infirmier-es, aides-soignant-es, puériculteur-rices, assistant-es sociaux·les, etc.). Pour guider la réflexion, nous reprenons le cadre des théories du *care* qui aborde les questions du 'prendre soin' notamment à partir du manque de valorisation du *care* dans la société. Ceci nous permet de questionner l'installation d'une pénurie dans des fonctions essentielles, de comprendre pourquoi ces métiers sont depuis tant d'années à l'abandon et d'intégrer les enjeux genrés de la profession. Les métiers du *care* sont principalement occupés par des femmes. 86% du personnel infirmier est féminin (SPF Santé publique, 2024a) ce qui oblige à une réflexion sur le genre (comme nous le verrons à travers le conflit travail-famille).

Notre question de recherche sera alors la suivante : sous l'angle des perspectives du *care*, quels sont les causes et les enjeux de la pénurie des infirmier-es dans le système de soins de santé belge ? L'étude porte sur le personnel soignant infirmier belge, travaillant dans tous les secteurs (hôpital, soins à domicile (SAD), maisons de repos (MR), santé communautaire, etc.).

3 Nous utilisons infirmier-es, car c'est le métier le plus étudié dans cette étude mais beaucoup de constats s'appliquent également à d'autres métiers du soin, notamment les aides-soignant-es.

4 Par personnel soignant, nous entendons infirmier-es et aides-soignant-es.

5 Celle-ci ne touche pas que la Belgique. Une étude comparative du phénomène de la pénurie et des solutions mises en place par la France, l'Espagne, le Danemark et les Pays-Bas a été conduite et peut être retrouvée sur le site de l'Institut : <https://igvm-iefh.belgium.be/fr>



L'angle des perspectives du *care*

Au long de l'étude nous proposons de regarder comment la pénurie peut être expliquée par la non-reconnaissance sociale et politique du travail du *care* au sein même du secteur de la santé, aboutissant à une crise du 'prendre soin'.

Le *care* se définit comme le « soin, la sollicitude, le prendre soin, c'est-à-dire le souci de l'autre au sens large (...). Il est cette forme de sensibilité à autrui centrée sur la vulnérabilité (...) et sur la préservation du lien émotionnel et affectif, lien qui attache l'individu à autrui » (Noël-Hureaux E., 2015). Le *care*, ce mot plus précis en anglais est difficilement traduisible en français parce que le mot 'soin' signifie autant le *care* que le *cure* (le traitement, les solutions techniques). Nous privilégierons le mot *care* ou 'prendre soin' dans cette étude.

Les théories du *care*⁶ sont une littérature particulière du soin. Celles-ci renvoient premièrement à une éthique qui montre que le souci concret d'autrui et des interrelations est une autre manière de percevoir le monde (les travaux de C. Gilligan par exemple). « Le *care* a toujours été, et sera toujours, une partie de la vie humaine » (Tronto, 2012). Par exemple, les auteures élargiront la notion de vulnérabilité humaine à toutes les périodes de la vie et pas uniquement aux enfants et aux personnes âgées (Hamrouni, 2012). Au-delà des principes éthiques, le *care* renvoie aussi à des ambitions politiques : il est nécessaire de « reconnaître le *care* en tant qu'activité professionnelle et 'vrai' travail » (Eyland, 2021, p.106) en généralisant sa valeur et en le sortant de l'essentialisation d'une nature féminine (Tronto, 2012). Dans le domaine de la santé qui nous intéresse ici, cela signifie reconnaître les tâches de *care* (prendre soin, sollicitude, empathie) et d'autres enjeux plus systémiques (les questions de genre, par exemple), d'autant plus dans un secteur féminin comme celui des infirmier-es. Les théories du *care* représentent un concept critique des positions de pouvoir qui dévalorisent l'attitude et le travail de *care* et par là « les réservent prioritairement aux femmes, aux pauvres, aux immigrés » (Laugier, 2010, p.114).

Après une présentation de la méthode utilisée, l'étude verra à chiffrer et définir la pénurie (partie 2). Les données quantitatives vont porter tant sur l'offre (partie 2.1) que sur la demande de soins infirmiers (partie 2.2). Ensuite, la partie 3 abordera les causes et les enjeux de la pénurie principalement à travers l'analyse des conditions de travail. La partie 4 mettra en perspective la problématique avec théories du *care*. S'ensuivra une discussion sur les enjeux de la pénurie (partie 5) et des recommandations seront également formulées (partie 6).

1. Méthode

Pour répondre à la question de recherche, nous utilisons trois sources de données.

1. **La littérature** provenant de diverses disciplines (sociologie, sciences politiques, sciences infirmières, etc.) et de différents rapports officiels nous permettra de chiffrer la pénurie : nous rassemblons premièrement plusieurs données et informations à l'aide de la commission de planification de l'offre médicale (PlanCad) et de la cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé du SPF Santé publique, de l'office belge de statistique (Statbel), du SPF Emploi, du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), mais aussi des informations d'Actiris, du Fo-

6 Le terme 'perspectives du *care* serait le plus approprié pour englober tant l'éthique du *care* que les théories du *care* mais par facilité d'usage nous utiliserons 'théories du *care*'.

rem et du VDAB. Ces données nous permettent notamment de présenter les éléments suivants : les pyramides des âges ; rapport entre les infirmier-es jeunes et plus âgé-es ; les données liées aux infirmier-es non actif-ves (absentéisme, burn-out, etc.) ; les postes vacants et difficultés de recrutement, les projections de la force de travail infirmières d'ici à 2046.

2. Les **données de facturation de la Mutualité chrétienne (MC)**, utilisées pour observer l'évolution de la demande de soins au cours de la période 2013 à 2022. Nous nous concentrons sur l'évolution de la demande de soins à domicile parce qu'il n'existe pas de nomenclature particulière à l'hôpital et en maisons de repos ; les prestations infirmières sont incluses dans les prix des lits. Une extraction des données a été opérée pour ce secteur infirmier particulier. Les données de facturation de l'assurance obligatoire de soins de santé reflétant la consommation des soins à domicile de 4,6 millions de Belges, membres de la MC, ont été analysées en 2023 ; le secteur des sage-femmes ainsi que les soins en maison médicale ayant été préalablement exclus (étant donné le fonctionnement par forfaits).

3. Face aux chiffres alarmants concernant le bien-être au travail des soignant-es, ainsi qu'au nombre de professionnel-les quittant leur emploi ou leur profession aggravant la pénurie, **une enquête intitulée EMOVA** a été menée **par l'Institut Dedicated**. Le but était d'explorer les déterminants de l'insatisfaction au travail et de l'attrition chez les infirmier-es et aides-soignant-es dans tous les secteurs. Cette enquête repose sur la collecte de données par le biais d'un questionnaire élaboré par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes et auto-administré en ligne, construit en trois sections :

- 1) les tâches effectuées (transfert de tâches) et l'impossibilité d'effectuer certains actes, comme notamment la dimension relationnelle des soins, évaluée à travers une échelle aboutissant au « score relationnel » ;
- 2) la gestion de l'organisation des temps de travail et ses répercussions sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, laquelle est évaluée à travers l'échelle de conflit travail-famille, validée par la littérature scientifique (Netemeyer, Boles, & McMurrian, 1996) ;
- 3) les relations au travail, tant avec les autres professionnel-les qu'avec les bénéficiaires de soins.

Nous avons ainsi pu investiguer les répercussions de ces trois types d'éléments sur le sens au travail (à travers l'utilisation de l'échelle validée qu'est l'Inventaire du Sens au Travail (Arnoux-Nicolas, et al., 2016)) et les intentions de quitter l'emploi ou la profession pour l'approximation de la pénurie.

La passation du questionnaire a été opérée suivant une méthode d'échantillonnage non aléatoire à participation volontaire, ayant conduit, par un effet 'boule de neige', à la récolte de 1199 réponses. Les caractéristiques des répondant-es au questionnaire sont en adéquation avec la population soignante générale en termes de profession (66% d'infirmier-es, 34% d'aides-soignant-es), d'âge (22% ayant moins de 35 ans, 48% entre 35 et 54 ans, 30% ayant plus de 55 ans) et de sexe (91% de femmes).

Enfin, un comité d'accompagnement a également entouré la publication de cette étude.

2. Objectivation de la pénurie sur base de données quantitatives

Par pénurie, nous entendons un manque de main-d'œuvre (Larousse, 1998). Dans les professions des infirmier-es et des aide-soignant-es, celui-ci concerne tous les secteurs (hôpitaux, services résidentiels pour personnes âgées, soins à domicile, services de prévention, etc.) (Hellendorff, 2023). Concrètement, le manque d'infirmier-es implique de fermer des lits ou même des services. Entre 2000 et 3000 lits étaient fermés sur l'ensemble des hôpitaux du pays faute de personnel infirmier (Chambre des représentants de Belgique, 2023, p. 11) et rien que dans les hôpitaux bruxellois, la fermeture de lits hospitaliers est chiffrée à 10% (ACN, 2022 ; Hellendorff, 2023).

Pour tenter de quantifier la pénurie, nous étudions, d'une part, l'offre (la quantité de travail infirmier disponible en Belgique, dans toutes les régions et les secteurs confondus) et, d'autre part, la demande de soins infirmiers (la quantité de soins infirmiers demandés par la population belge). Il est nécessaire de croiser les tendances de l'offre de travail infirmier avec l'état de la demande de soins infirmiers pour comprendre s'il existe un déséquilibre entre les deux.

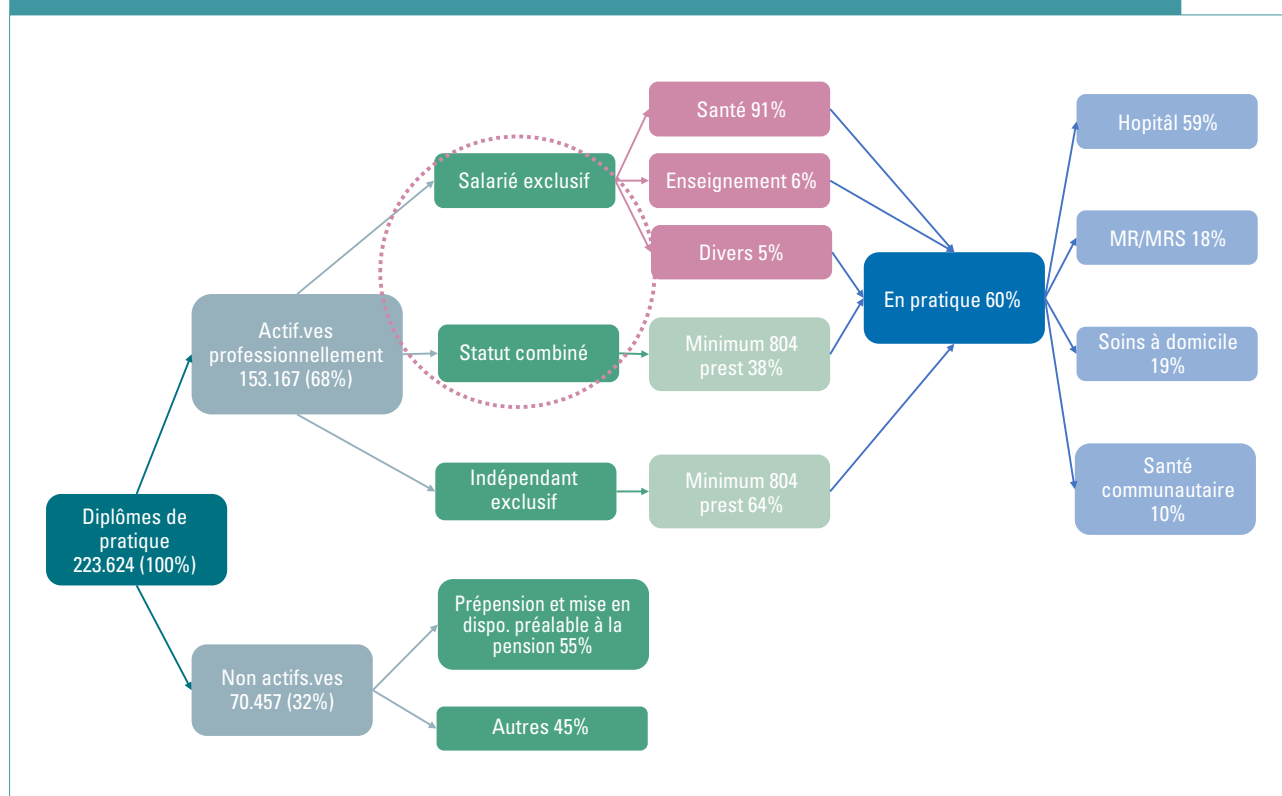
3. Quantification de l'offre

D'après les données PlanCad du SPF Santé publique (voir Figure 1), en 2021, en Belgique, 223.624 personnes sont habilitées à exercer la profession infirmière⁷. De ce groupe, on distingue les infirmier-es non actif-ves (32%) et les infirmier-es actif-ves (68%) dans tous les secteurs confondus. 60% travaillent effectivement dans les soins de santé et constituent la force de travail du système de santé⁸. Environ 10% des infirmier-es n'y travaillent donc pas et un tiers des infirmier-es diplômé-es sont donc non actif-ves (SPF Santé publique, 2024a, p. 15). **En résumé, dans l'ensemble des personnes diplômées, seulement trois infirmier-es sur cinq sont « actives » et exercent dans les soins de santé.**

2.1.1. Les pyramides des âges: données démographiques sur la période 2004-2018

La figure 2 illustre l'évolution entre 2004 et 2018 de la pyramide des âges des infirmier-es actif-ves dans les soins de santé. L'ensemble de la force de travail infirmière a augmenté de 32% entre les deux années de référence mais la répartition entre les jeunes et les plus âgées s'est modifiée. Sur l'ensemble de la population d'infirmier-es actif-ves, il y a plus d'infirmier-es âgé-es de plus de 50 ans en 2018 qu'en 2004, à l'opposé des groupes d'âge entre 35 et 45 ans où il y a moins d'individus en 2018 qu'en 2004. Cela signifie pour 2018 qu'il y a moins d'effectifs jeunes et que la part des groupes d'infirmier-es plus âgé-es est plus importante dans l'ensemble de la force de travail. Ceci est questionnant pour un secteur féminin au vu des difficultés connues pendant les carrières et en particulier des plus grandes difficultés des femmes à préserver leur bien-être en fin de carrière (Henry, Morissens, & Streel, 2022 ; Henry, 2023).

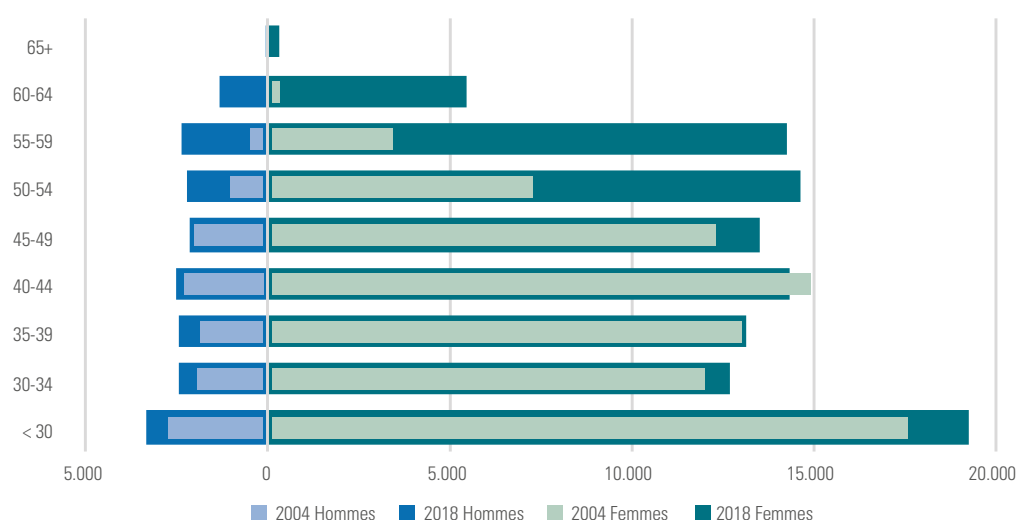
Figure 1 : Force de travail infirmier dans le système de soins de santé belge
(Source : SPF Santé publique, 2024a)



7 Ayant un diplôme infirmier et un visa.

8 Est repris comme actif dans le secteur de santé tout.e infirmier.e actif.ve indépendant.e ayant un nombre minimum de prestations INAMI de la nomenclature infirmière comptabilisées sur l'année (817 pour 2018) ou, tout.e infirmier.e actif.ve salarié.e avec au moins un employeur dans le secteur des soins de santé.

Figure 2 : Évolution des différents groupes d'âge des infirmier-es actif-ves dans les soins de santé entre 2004 et 2018 (Source : SPF Santé publique, 2021, p. 63⁹)



Si on analyse ces chiffres par régions, en 2004, le pourcentage d'infirmier-es de moins de 35 ans est de 36% en Flandre, de 38% en Wallonie et de 32% à Bruxelles. En 2018, ces proportions descendent respectivement à 30%, 30% et 28%. Pour les infirmier-es entre 50 et 55 ans, dans toutes les régions confondues, ce groupe représente entre 13 et 15% de l'ensemble des infirmier-es en 2004 alors que quinze années plus tard, en 2018, ce groupe représente entre 30% et 33% des effectifs. Cette tendance à l'augmentation proportionnelle des infirmier-es âgé-es s'observe tout autant pour les infirmier-es entre 55 et 60 ans entre 2004 et 2018 (SPF Santé publique, 2021, pp. 64-67). **Dans toutes les régions, parmi les infirmier-es actif-ves dans les soins de santé, un tiers des infirmier-es a donc plus de 50 ans en 2018. Ces chiffres témoignent d'une diminution de la présence des jeunes infirmier-es dans la profession, de carrières très courtes et d'une augmentation des infirmier-es plus âgé-es.** « Une grande partie des infirmier-es ne pratiquerait réellement ce métier que durant une période de 5 à 10 ans. La plupart finit par se reconvertir dans d'autres secteurs de la santé 'plus confortables' tels que le pharmaceutique, l'enseignement, ou vont exercer à l'étranger (...) » (View brussels, 2021, p. 69). « La rétention des infirmières entre 25 et 40 ans est un vrai challenge » (Bruyneel, et al., 2023).

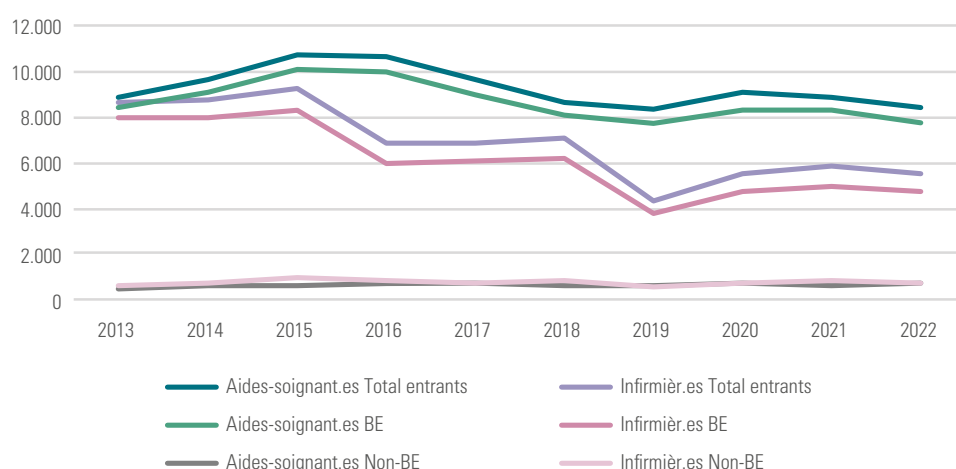
2.1.2. Les infirmier-es en formation et l'influx de nouveaux-elles professionnel-les

Les données sur les infirmier-es en formation et l'influx des nouveaux-elles professionnel-les montrent des arrêts du cursus fréquents durant la formation et un nombre de jeunes infirmier-es diplômé-es en diminution depuis 2013 (SPF Santé publique, 2023). Les stages sont également révélateurs de nombreuses difficultés. La moitié des étudiant-es rapporte avoir mal vécu leur premier stage et un nombre important arrête leurs études à la suite de cela. « Entre 2018 et 2021 le taux moyen d'étudiant-es qui terminent leurs études est de 30-35% tant en brevet qu'en bachelier » (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 18). L'intention de bien accompagner les stagiaires est là mais il y a trop peu de temps et de personnel sur le terrain (Vandecasteele, 2023). Comme le montre la figure 3, le nombre d'entrants dans les professions infirmières et aides-soignant-es est en baisse depuis 2013. En 2013, il y avait 8.579 nouveaux-elles infirmier-es¹⁰ disposant du visa pour exercer pour seulement 5.521 infirmier-es en 2022. Chez les aides-soignant-es, la diminution est plus légère, les données passent de 8.858 nouveaux-elles aides-soignant-es en 2013 à 8.410 en 2022 (SPF Santé publique, 2023).

9 Indication de lecture : les pyramides des âges plus foncées sont pour 2018, tant pour les hommes que pour les femmes, celles plus claires sont pour 2004, tant pour les hommes que pour les femmes.

10 Nombre de nouveaux visas délivrés sur base du lieu de domicile officiel. Ces statistiques donnent une idée de l'influx, l'entrée dans la profession (SPF Santé publique, 2023).

Figure 3 : Évolution du nombre de nouveaux-elles professionnel·les entrants dans la profession infirmière et aide-soignante entre 2013 et 2022 (Sources : SPF Santé publique, 2018, 2021, 2023)



2.1.3. Absentéisme et risque de burn-out

L'absentéisme est un autre versant du problème. Dans les hôpitaux, pour tous les secteurs, l'absentéisme¹¹ est chiffré à 11,2% du personnel (tout le personnel confondu) et est en augmentation depuis 2021 (10,7%) et 2019 (8,9%). L'absentéisme de longue durée est à 4% (Belfius, 2023). Parallèlement, le recours au personnel intérimaire augmente considérablement, de 30% entre 2018 et 2022 dans les hôpitaux et de 15,6% entre 2021 et 2022 pour le personnel soignant uniquement (infirmier-es et aides-soignant-es) (Belfius, 2023). Cette tendance, également à l'œuvre dans les maisons de repos et de soins n'est ni agréable pour les patient-es, ni autant soutenante pour le personnel : « les collègues qui ne connaissent pas bien le travail ni les bénéficiaires sont de moindre soutien que les collègues fixes » (Vandecasteele, 2023, p. 112, notre traduction). Une étude du KCE (Van den heede, et al., 2019) menée avant la pandémie de COVID-19 constatait déjà, dans les services hospitaliers généraux que les infirmier-es étaient à :

- 36% de risque élevé d'épuisement professionnel¹²,
- 32% d'intention de changer d'emploi,
- 27% insatisfait-es de leur travail.

Ces chiffres montrent qu'un-e infirmier-e sur trois n'est pas en position stable ni durable dans son emploi dans les services hospitaliers généraux en 2019. Après la pandémie, nous ne disposons que des chiffres du bien-être des infirmier-es dans les unités de soins intensifs (USI). Ceux-ci montrent que 43,1% des infirmier-es sont à risque élevé de burn-out, 43,9% ont l'intention de changer d'emploi (26,5% de quitter la profession) et 39% sont insatisfaites de leur travail (Van den heede, et al., 2022).

2.1.4. Difficultés de recrutement et emplois vacants par régions

L'ambassadrice des soins de santé en Flandre, Candice De Windt annonce qu'il manque actuellement entre 25.000 et 30.000 infirmier-es en Belgique. Que les hôpitaux et d'autres structures manquent de personnel et ont du mal à recruter est un fait qui s'impose de plus en plus. Les emplois vacants pour le personnel soignant (infirmier-es et aide-soignant-es) augmentent de 20,9% entre 2021 et 2022 (Belfius, 2023).

Le VDAB, Actiris et le Forem considèrent depuis de nombreuses années les infirmier-es et les aides-soignant-es comme des professions en pénurie. En région flamande,

11 Taux d'absentéisme : % du nombre de jours d'absence (non programmés, c'est-à-dire hors congés légaux, syndicaux, formation, etc.) par rapport au nombre de jours théoriquement travaillés sur une année (Belfius, 2023).

12 Un des indicateurs du burn-out qui s'évalue généralement avec l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, la diminution de l'accomplissement personnel.

la fonction infirmière occupe la première place du top 10 des métiers en pénurie en 2023. 10.000 postes étaient vacants pour une moyenne de 770 chercheurs d'emploi dans ce domaine en 2023 (VDAB, 2023). En région wallonne, le métier d'infirmier apparaît en pénurie depuis 2012 même si auparavant, il présentait déjà des tensions de recrutement. En ce qui concerne le métier d'aide-soignant, celui-ci est critique depuis 2020 et en pénurie dans la liste 2023 (Forem, 2024). A Bruxelles, selon le rapport d'analyse des fonctions critiques 2020, « le métier d'infirmier est depuis 1998 une fonction critique par excellence » (View brussels, 2021, p. 68). **Si la fonction d'aide-soignante est nouvelle sur la liste des métiers en pénurie en Belgique, les fonctions infirmières sont habituées des listes depuis au moins 10 ans dans les trois régions du pays.**

2.2. Quantification de la demande

Cette section analyse les déterminants de la demande de soins infirmiers, c'est-à-dire le recours effectif aux soins dans la population. La littérature fait état d'une demande globale de soins en augmentation que nous observerons brièvement. Ensuite, nous analyserons l'état de la demande uniquement pour les soins à domicile à travers les données de la MC. Nous nous limitons à ce secteur infirmier étant donné la nature des données dont nous disposons à la MC (voir partie 1, Méthode). Néanmoins, les tendances actuelles du virage ambulatoire et du maintien à domicile des personnes âgées motivent notre choix de porter plus d'attention sur ce secteur. Même lorsqu'elles commencent à nécessiter des soins, les personnes âgées préfèrent rester le plus longtemps possible chez elles (« *ageing in place* ») (Verniest, Vandeleeene, & Avalosse, 2020). Il est néanmoins important de noter qu'il existe une distorsion entre la demande théorique correspondant aux besoins réels de la population et l'accès effectif aux soins correspondant au recours effectif aux soins.

2.2.1. Tendances sociétales globales modifiant la nature des soins

Le système des soins de santé est le réceptacle de nombreux dysfonctionnements sociétaux, c'est-à-dire au plus la société va mal au plus le système de santé est mis à contribution. D'un point de vue général, le vieillissement, les souffrances psychiques et physiques, l'augmentation

des malades chroniques, la solitude, la santé mentale des jeunes et le nombre de personnes en incapacité de travail sont susceptibles d'affecter la demande globale des soins.

Vieillesse

L'augmentation de la demande de soins est d'abord attribuable au vieillissement de la population (Statbel, 2024) décrit par l'évolution de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population : 19,6% en 2022, 22,2% en 2030, 24,4% en 2040 et 25,1% en 2050 et par l'augmentation de la part des 80 ans et + qui va doubler d'ici à 2050 (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). « Le vieillissement de la population se double d'une augmentation du nombre de malades chroniques et d'une progression de la multimorbidité, avec à la clé une demande de soins croissante et de plus en plus complexe » (Detollenaere, et al., 2023, p. 1). En effet, vivre plus longtemps n'est pas synonyme de vivre plus longtemps en bonne santé.

Actuellement, l'âge moyen d'entrée en maison de repos (MR) est de 86 ans ce qui confirme les résultats d'autres études montrant que les personnes âgées entrent en maison de repos de plus en plus tard et qu'elles ont besoin de soins plus importants (Verniest, Vandeleeene, & Avalosse, 2020). Celles-ci montrent que la charge des soins augmente entre 2004 et 2023 par la hausse du nombre de résidents à qui la catégorie B¹³ (dépendance physique et/ou psychique) a été attribuée, dont le pourcentage est passé de 29,1% en 2004 à 41,9% en 2018, et à 44,2% en 2023 (données MC). En même temps, le pourcentage des personnes ne nécessitant que peu de soins, et surtout de celles en catégorie O (indépendance physique totale sans démence), a fortement baissé sur la période 2004-2023 (de 19,5% à 7,7%) (données MC).

Modification de la nature des soins

Le vieillissement de la population en maison de repos et de soin (MR et MRS) impacte la nature des soins. Celle-ci change également dans le secteur hospitalier et à domicile au vu du virage ambulatoire. Ce terme évoque la diminution des durées de séjours hospitaliers au profit de prises en charge de personnes en dehors de l'hospitalisation classique via l'hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile, les soins à domicile, etc. (Bontemps, 2022). Ce virage a de nombreuses conséquences sur la nature des soins fournis tant à l'hôpital qu'en extrahospitalier.

13 Les forfaits illustrent les catégories de dépendance dans les maisons de repos. Le forfait B indique une dépendance physique et psychique qui est au deuxième niveau de l'échelle des forfaits de dépendance après le A et avant le C. La catégorie O indique l'indépendance totale au niveau physique et pas de démence. Quant à la catégorie C, elle indique une dépendance plus forte et la catégorie A, une dépendance moins forte (Verniest, Vandeleeene, & Avalosse, 2020, p. 45).

« La diminution du nombre de jours d'hospitalisation a pour conséquence une concentration à l'hôpital de cas aigus, instables et de polyopathologies exigeant la réalisation de plus de surveillances et d'actes techniques » (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 14). « Comme les patients restent moins longtemps, il y a aussi une augmentation de l'intensification de la prise en charge pendant leur séjour » (Van den heede, et al., 2019, p. 16). « Pour un nombre de patient-es par infirmier-e égal à ce qu'il était il y a une vingtaine d'années, les tâches à effectuer auprès de chaque patient-e sont plus nombreuses (soins et surveillances, éducation, prévention) » (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 14). La littérature fait également état d'un nombre de réadmissions en hausse et prenant un caractère plus complexe.

Les soins requis en dehors de l'hôpital sont dès lors plus lourds, plus techniques et les surveillances plus complexes alors que le secteur extrahospitalier ne dispose ni du même personnel ni de matériel aussi performant que le milieu hospitalier (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023). Au vu de ces réalités d'intensification et de complexification, la nature des soins hors structures hospitalières change. Il y a donc un phénomène de vases communicants : les soins disparaissent en 3^e et 2^e ligne pour se retrouver en première ligne¹⁴. Davantage de soins sont aussi organisés autour du domicile et l'état de ces bénéficiaires est de plus en plus dépendant et de plus en plus lourd (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020).

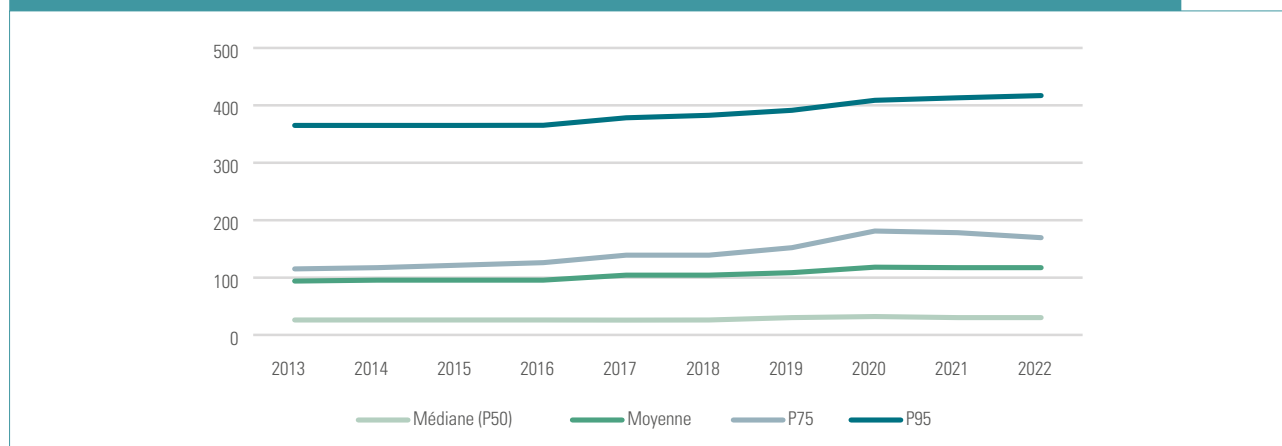
2.2.2. Soins à domicile : état particulier de la demande de soins dans ce secteur

Pour observer l'évolution de la demande de soins à domicile sur la période 2013-2022, nous nous basons sur les données de facturation des soins à domicile de la MC. Plusieurs indicateurs sont utilisés : le nombre de contacts annuels, la distribution de ces contacts, la distribution des prestations par semaine et les trajets de déplacement.

Le pourcentage des membres de la MC ayant recours à au moins 1 prestation de soins à domicile par an concerne 8% des membres. Ce taux est constant sur la période étudiée, entre 2013 et 2022. Le recours aux soins augmente avec l'âge et d'autant plus fortement auprès de la population âgée de plus de 70 ans. Au plus on vieillit, au plus on est susceptible de faire appel à un-e infirmier-ère à domicile. La répartition du nombre de prestations par groupe d'âge montre que 38% des prestations vont pour les personnes entre 80-89, la tranche de la population ayant besoin du nombre le plus important de soins à domicile. Les 70-79 utilisent 21% des prestations. Les personnes de 90+ arrivent en 3^e position avec un besoin de 18% des prestations totales.

Quant au nombre total de contacts, c'est-à-dire du nombre de rencontres entre un-e prestataire et un-e patient-e (membre MC) par date et pouvant inclure plusieurs prestations, il augmente de 26,12% entre 2013 et 2022 (voir Figure 4). Cette croissance du nombre total de contacts est à mettre en lien avec la distribution du nombre de contacts

Figure 4: Évolution du nombre de contacts soins à domicile par patient-e par an entre 2013 et 2022 (Source: MC)



14 Les soins de première ligne renvoient aux premiers lieux d'expression des plaintes, des symptômes, des problèmes de santé : c'est-à-dire à la demande de soins des usagers et de la population. C'est ce qu'on appelle aussi le premier échelon d'un système de soins (le deuxième correspondant à l'offre spécialisée, dispensée de manière ciblée en fonction de l'âge, du sexe, de la pathologie, de l'organe concerné ; et le troisième celui de l'offre de technologie de pointe) (Muller, 2018).

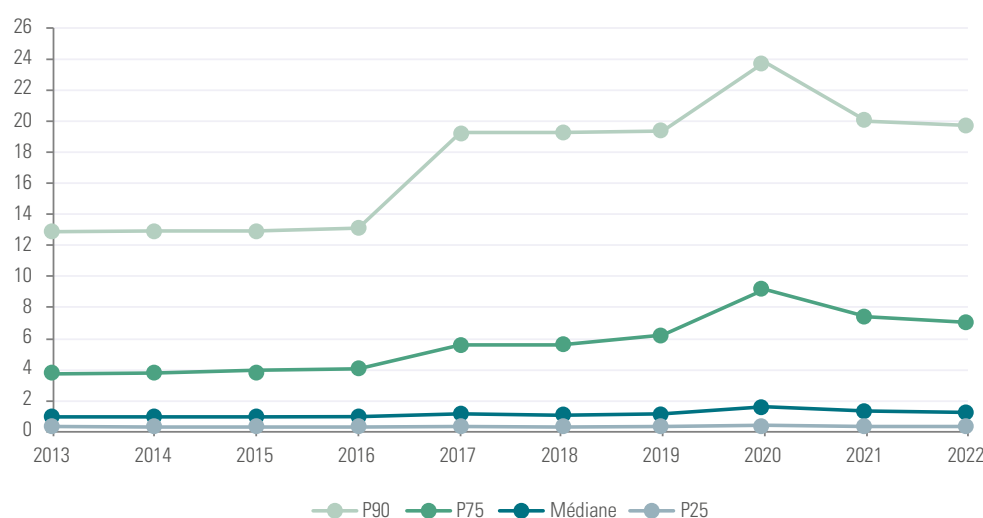
annuels par membre. Il y a également une croissance de l'intensité des besoins en soins telle qu'évaluée par le nombre de contacts annuels par patient-e : les percentiles supérieurs sont en croissance, ce qui montre que les personnes ayant besoin de relativement beaucoup de soins, en ont de plus en plus besoin sur les 10 dernières années.

Les mêmes tendances sont observables dans la distribution des prestations par semaine : la figure 5 montre qu'en 2022, 25% des membres ont besoin de plus de 7 prestations par semaine (P75)¹⁵, et 10% sont dépendants de plus de 20 prestations par semaine (P90)¹⁶ alors que ces grandeurs étaient respectivement de 4 et 13 prestations en 2013. L'augmentation de ces courbes P90 et P75 depuis 2013 montre de nouveau une intensification de la demande de soins à domicile pour les personnes ayant un besoin de prestations élevé par semaine.

Par conséquent, malgré une stagnation du nombre de personnes requérant des soins à domicile (« ayant besoin d'au moins une prestation »), on peut dire que la demande (ou les besoins) des soins à domicile est en augmentation. Enfin, les trajets de soins à domicile augmentent également d'environ 9% entre 2013 et 2022 (voir Figure 6).

En résumé, nous pouvons dire que **la demande de soins à domicile¹⁷ augmente entre 2013 et 2022 en observant l'augmentation du nombre de contacts annuels entre soignant et patient (+ 26%), l'augmentation du nombre de contacts annuels et de prestations par semaine pour les grands nécessiteux de soins à domicile et l'augmentation des trajets de déplacement (+9%)**. Ces tendances reflètent une forme d'intensification du recours de ceux et celles ayant déjà besoin de soins à domicile.

Figure 5 : Évolution du nombre de prestations par patient-e par semaine entre 2013 et 2022 (Source : MC)

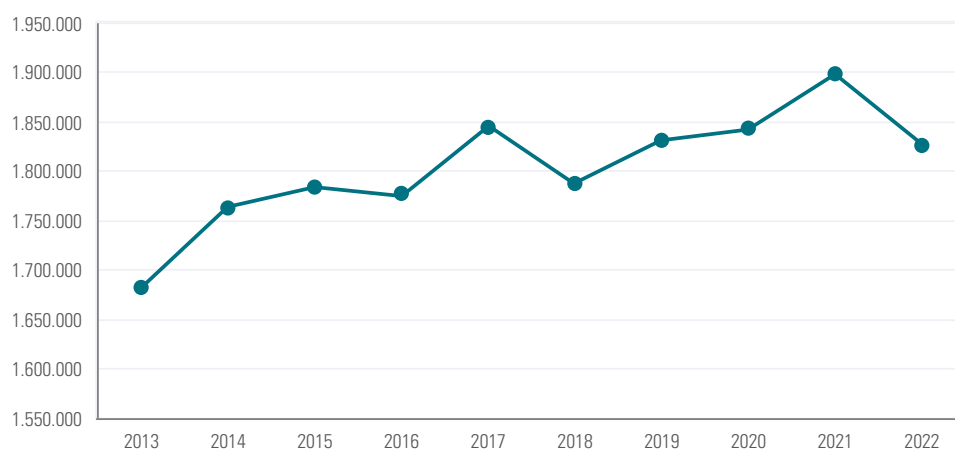


15 La courbe P75 se lit : 25% des membres ont besoin de plus de x prestations (au-dessus de la courbe) et 75% ont besoin de moins de x prestations (en dessous de la courbe).

16 La courbe P90 se lit : 10% des membres ont besoin de plus de x prestations (au-dessus de la courbe) et 90% ont besoin de moins de x prestations (en dessous de la courbe).

17 Il existe une distorsion entre la demande théorique correspondant aux besoins réels au sein de la population et l'accès effectif aux soins correspondant au recours effectif aux soins. Par exemple, dans le domaine des soins à domicile, plusieurs obstacles d'accessibilité aux soins ont été identifiés (Cès, 2021). Il y a des difficultés d'identification des besoins (que ce soit de la part des personnes concernées, de leurs proches ou des professionnels de santé), des difficultés d'acceptabilité des soins chez les personnes en perte d'autonomie (problèmes pratiques d'horaires, refus d'aide professionnelle, manque de qualité perçue (notamment en raison du sentiment de soins trop rapidement effectués)) (Cès, et al., 2017).

Figure 6: Evolution du nombre de prestations "frais de déplacement" entre 2013 et 2022 (Source : MC)



2.3. Offre et besoins en soins infirmiers : projections futures de la force de travail infirmier, 2018-2046

Pour terminer cette partie visant à quantifier et à définir la « pénurie », nous présenterons des données croisant l'offre et la demande de soins infirmiers établies par la cellule planification de l'offre des professions du SPF santé publique à l'aide de scénarios de projection de la force de travail infirmier jusqu'en 2046 (SPF Santé publique, 2024b). Ces projections sont faites à politique constante c'est-à-dire, par exemple, en tenant pour hypothèse que la politique de santé continuera à encourager la diminution des durées de séjour à l'hôpital et la fermeture progressive des lits (ACN, 2022).

S'il est prévu que le nombre d'effectifs infirmiers augmente pour la période 2021-2046, quels que soient le statut des professionnel·les actif·ves dans les soins de santé et les secteurs (voir colonne 3 Tableau 1), les densités pondérées qui reflètent l'évolution du nombre d'infirmier·es par rapport aux besoins de la population diminueront dans les deux communautés (voir colonne 6 Tableau 1). Cette différence indique que l'équilibre entre le nombre d'infirmier·es et la demande en soins infirmiers sera perturbé à l'avenir en raison du besoin croissant de la population belge en soins infirmiers (SPF Santé publique, 2024, p. 4).

Tableau 1: Évolution de la force de travail infirmière (densités pondérées¹⁸) entre 2021 et 2046 pour les communautés FR et FL selon les secteurs d'activité infirmiers (Source : SPF Santé publique, 2024b)¹⁹

Communauté flamande						
	Actif Santé - nombre			Actif Santé – densité pondérée		
Scénario de base	2021	2046	%2021-2046	2021	2046	%2021-2046
Statut professionnel	82.105	91.985	12,03	119,46	96,70	-19,05
Hôpital	46.485	48.036	3,34	67,64	56,63	-16,27
Maison de repos et de soins	14.665	18.961	29,30	21,34	15,25	-28,55
Soins à domicile	15.829	19.749	24,76	23,03	18,96	-17,68
Santé communautaire	8.351	9.113	9,12	12,15	12,03	-0,98
Communauté française						
	Actif Santé - nombre			Actif Santé – densité pondérée		
Scénario de base	2021	2046	%2021-2046	2021	2046	%2021-2046
Statut professionnel	52.175	59.680	14,38	112,94	100,31	-11,18
Hôpital	32.235	36.392	12,90	69,78	67,05	-3,91
Maison de repos et de soins	8.942	11.358	27,02	19,36	15,26	-21,14
Soins à domicile	10.340	11.299	9,28	22,38	17,36	-22,42
Santé communautaire	5.063	5.822	14,99	10,96	11,93	8,83

Les chiffres d'évolution des densités pondérées entre 2021 et 2046 sont tous négatifs en Communauté flamande alors même que les effectifs augmentent. **L'évolution de la force de travail dans les maisons de repos et de soins flamandes est dans ces scénarios particulièrement négative.** Le nombre d'infirmier-es ne va pas réussir à faire face à l'augmentation des besoins de la population, l'adéquation entre ces deux variables diminue de -28,5% entre 2021 et 2046 (SPF Santé publique, 2024b, p. 5). **Les tendances dans les hôpitaux et les soins à domicile sont également très mauvaises en communauté flamande.**

En communauté française, c'est dans les soins à domicile et le secteur des maisons de repos que les projections sont les plus négatives, c'est-à-dire que le croisement entre l'évolution des professionnel-les actif-ves dans ces secteurs avec les besoins futurs de la population est le plus négatif (respectivement de -22,42% et -21,14%).

18 Les densités pondérées montrent l'évolution du nombre d'infirmiers par rapport aux besoins de la population. Ce sont donc des indicateurs qui croisent des données concernant l'offre et la demande de soins infirmiers. La particularité des densités pondérées est de pondérer les données sur le nombre d'habitants pour offrir un aperçu de la façon dont le nombre d'infirmier-es évolue par rapport au nombre d'habitants en tenant compte des modifications démographiques et de leur impact au niveau de la consommation en soins prodigués par les infirmiers, observée dans la population belge.

19 Indication pour la lecture : Ce tableau synthétise cinq scénarios développés en vue d'étudier l'équilibre entre le nombre futur d'infirmiers et les besoins futurs en soins infirmiers de la population belge d'ici 2046. La colonne 3, « %2021-2046 », montre le différentiel de professionnel-les actifs entre 2021 et 2046 et la colonne 6, « %2021-2046 », croise ce nombre avec les besoins de la population. Comme point de départ, nous prenons les tendances historiques observées jusqu'en 2022 pour les données du flux des diplômés et des enregistrés et en 2021 pour les données des effectifs, la composition et l'activité de la force de travail infirmier tels qu'observés dans le rapport PlanCad 2019-2021. Ensuite, l'évolution de la force de travail par secteurs infirmiers est étudiée si la politique et les tendances actuelles observées au niveau des taux de participation et de l'activité restent inchangées. La force de travail projetée comprend tous les infirmiers actifs, en se focalisant sur les infirmiers actifs dans les soins de santé. Le scénario de base général se focalise sur le statut professionnel de l'ensemble des infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé. Dans les quatre autres scénarios, l'accent est mis sur un secteur d'activité en particulier. En ce qui concerne l'évolution de la demande de soins infirmiers, ne sont pris en compte que l'évolution de la taille et la composition de la population.

2.4. Conclusion

La pénurie se comprend parce que d'un côté, le recours aux soins augmente et de l'autre, les professionnel·les sont confronté·es à de nombreuses difficultés. Le vieillissement est particulièrement moteur de ce recours accru aux soins. Nous l'avons vu avec l'augmentation de la demande à domicile, principalement intensifiée par une croissance des contacts et des besoins des grands nécessitant de soins à domicile. Celle-ci est cohérente au vu du virage ambulatoire et du maintien à domicile des âgés. Dans les projections à 2046 de la cellule planification, les scénarios sont les plus négatifs dans le secteur des maisons de repos et des soins à domicile dans les deux communautés, ainsi que dans le secteur hospitalier en Flandre. L'offre d'infirmier·es augmentera, mais la demande de soins infirmiers augmentera encore davantage, vu la présence de la génération du baby-boom qui aura besoin de plus en plus de soins au cours des 20 prochaines années (SPF Santé publique, 2024b). A cela, s'ajoutent les nombreux problèmes qui apparaissent en cours de carrière et affectent l'offre : les risques de burnout, l'absentéisme, les emplois vacants, les problèmes de rétention des jeunes, etc.). Ces problèmes confirment que la forme tronculaire de la pyramide des âges est problématique (voir Figure 2).

3. Conditions de travail : entre causes et conséquences de la pénurie

Un meilleur environnement de travail est associé à une meilleure qualité de soins, une satisfaction des employé·es plus élevée, moins de turnover et un maintien en emploi plus long (Van den heede, et al., 2022). Dans cette partie, nous allons étudier l'environnement et les conditions de travail des infirmier·es pour mieux comprendre les causes et les conséquences d'exit, notion qui concerne autant l'absentéisme, le changement d'emploi que la volonté de quitter son emploi ou sa profession (Rusbult, Farrell, Rogers, & Mainous III, 1988). Pour ce faire, nous nous appuyons sur les données récoltées via l'enquête EMOVA. Dans cette enquête, plusieurs variables seront regardées

eu égard aux intentions de quitter la profession, l'emploi et la perte de sens. Parmi celles-ci : les actes empêchés, l'ampleur de l'administratif, la gestion des plannings, le présentisme, les interactions au travail et les violences. Aussi, compte tenu de la prévalence des femmes dans ces emplois (pour lesquelles la répartition des tâches domestiques et des soins non rémunérés reste toujours défavorable), nous analyserons les questions d'articulation entre vie privée et professionnelle. À plusieurs reprises, avec les théories du *care*, la manière dont le "prendre soin" est pris en compte dans l'environnement de travail, sa valorisation ou non et les difficultés liées au déploiement des aptitudes du *care* par les professionnel·les seront observés.

3.1. Relationnel empêché : une déshumanisation des soins ?

Ne pas pouvoir accorder suffisamment de temps, d'empathie et d'attention à chaque patient·e, l'épuisement émotionnel, la sensation de devoir prioriser les tâches administratives ou logistiques au détriment du contact humain, reviennent constamment dans la bouche des soignant·es. Sophie Cors estime que la difficulté à mettre en place le travail relationnel est l'une des causes profondes de la pénurie des infirmier·es. Le prendre soin devient de plus en plus difficile à concilier avec les exigences administratives et la surcharge de travail, entraînant une 'déshumanisation des actes' (Cors, 2023). Les dispositifs techniques imposés par la rationalisation²⁰ dans les métiers du soin auraient la particularité de nier le travail émotionnel, pourtant requis sur un plan légal comme éthique (Roux, 2013). Fusulier et Moulaert partagent ce constat en établissant un lien direct entre les dynamiques des nouvelles gouvernances et les mobilités des professionnel·le·s soignant·e·s (de l'hôpital vers les soins à domicile ou la santé communautaire notamment) ou la diminution du temps de travail (Fusulier & Moulaert, 2012). Ces éléments ont des répercussions sur la situation actuelle de pénurie.

3.1.1. Perte de sens face au travail relationnel empêché : une cause de pénurie

Le travail relationnel n'est pas un savoir-faire inné. Ces compétences et savoir-être sont souvent invisibilisés, en raison d'une tendance à percevoir ce travail comme une dimension naturelle chez les femmes (voir section 5). Ainsi,

20 « On entend par rationalisation une démarche qui relève à la fois d'une recherche d'optimisation (par la division et la spécialisation du travail, par la production d'indicateurs) et d'une codification (norme, modèles, nécessitant un travail de mise en écriture) qui s'appuient sur un travail de justification (par la production de discours sur le bien-fondé de la rationalisation) » (Roux, 2013, p. 81).

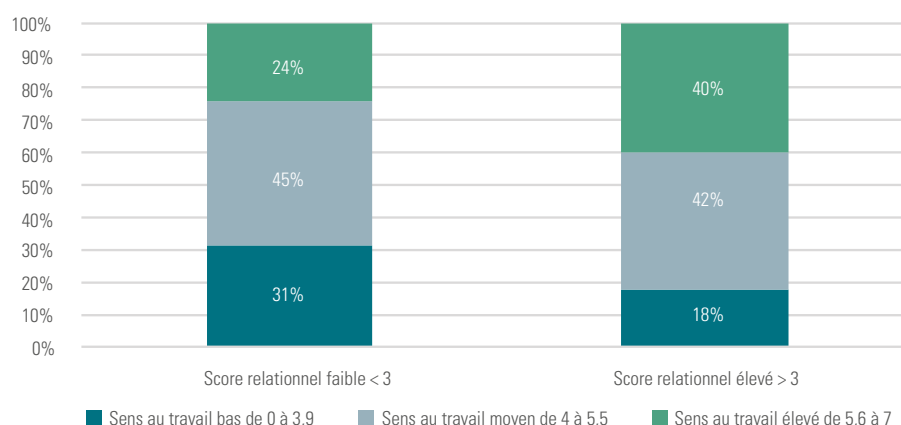
nombre d'actes relatifs au relationnel, demandant un apprentissage, du temps et de la disponibilité restent non pris en compte ni dans la codification des activités soignantes induite par la rationalisation, ni dans la valorisation des compétences et des carrières (Mahieu, 2010). La mise en œuvre de ces compétences est pourtant centrale dans la culture professionnelle des soignant-es. En effet, 93% des professionnel·les interrogé·es dans l'enquête EMOVA estiment que leur attention à l'égard des besoins émotionnels et communicationnels est une dimension 'très importante' ou 'plutôt importante' pour le bien-être des bénéficiaires. Afin d'investiguer cette question, nous avons élaboré une échelle permettant de calculer un 'score relationnel'. Plus celui-ci est élevé (allant de 0 à 6), plus les individus estiment avoir les capacités de mettre en œuvre les dimensions relationnelles et communicationnelles dans les soins. En moyenne, 28% de l'ensemble des répondant-es ont un score inférieur à 3, indiquant une grande difficulté à les établir avec les bénéficiaires. Le score a également une influence significative sur le sens au travail (IST). Ainsi, plus le score relationnel est faible, plus le sens au travail est compromis (voir Figure 7). L'impossibilité de mettre en œuvre les actes communicationnels et relationnels avait déjà été soulevée comme une source de souffrance aboutissant à une perte de sens (Van den heede, et al., 2019), elle-même responsable d'exit.

Parmi les individus manifestant l'intention de changer de secteur, de service ou de quitter la profession, nous avons exploré si leur volonté était liée aux entraves rencontrées dans la mise en place de soins relationnels de qualité. Ce motif concerne 66% des répondant-e-s. **L'incapacité de mettre en place les soins relationnels est un facteur prédictif d'exit** : un score relationnel élevé, témoin de la possibilité de mettre en place le relationnel, exerce une influence significative sur la volonté de rester dans l'emploi, comme dans la profession ($p < 0.01$), tandis qu'un score plus faible donne lieu à davantage d'exit.

Les raisons invoquées comme limitant la mise en application de ces actes relationnels sont les suivantes :

- surcharge de travail (76%),
- épuisement émotionnel (45%),
- difficulté avec les bénéficiaires rencontrés (30%),
- manque de valorisation par les hiérarchies de ces techniques (29%),
- mobilités intraorganisationnelles (20%),
- diminution de la durée des séjours (15%),
- manque de réunions de service et de transmissions entre collègues (22%).

Figure 7 : Influence du score relationnel selon le sens au travail (IST)
(Source : EMOVA)



Outre son lien avec le manque de personnel, la surcharge de travail, premier motif retrouvé parmi les personnes interrogées, semble imputable à l'inadéquation entre les ressources humaines et la charge de travail (4.1.2), au déséquilibre des tâches au profit de l'administratif et à la polyvalence des tâches (prise en charge de tâches non-infirmières) (4.1.3).

3.1.2. La surcharge de travail : quid des normes d'encadrement ?

Le nombre de patient-es par infirmier-e est encadré par des normes appelées normes d'encadrement. En 2019, la Belgique continue de présenter un ratio évaluant le nombre de patient-es par infirmier-e parmi les plus élevés d'Europe (Van den heede, et al., 2019) ce qui veut dire qu'un-e infirmier-e doit prendre soin d'un plus grand nombre de patient-es par rapport à d'autres pays européens. Le ratio actuel est de 9,4 patient-es pour 1 infirmier-e alors que la moyenne européenne est de 8,3 pour 1. Plusieurs études montrent qu'un nombre de patient-es par infirmier-e moins élevé est bénéfique tant pour les patient-es que pour le personnel : il diminue la mortalité, augmente le bien-être des infirmier-es et améliore les outcomes et les expériences rapportées par les patient-es (Van den heede, et al., 2019). À l'inverse, un ratio entre un nombre de patient-es et des infirmier-es trop élevé est associé à un plus haut risque d'épuisement émotionnel, de 'dépersonnalisation' et d'intention de quitter la profession (Bruyneel, et al., 2023). Les résultats de l'étude de Bruyneel et al. (2022) montrent que ce sont justement les composantes 'participation' et 'staffing et adéquation à la charge de travail' qui ont les moins bons résultats et requièrent le plus d'attention (Bruyneel, et al., 2023, p. 2).

Il est également estimé « qu'un nombre de patients par infirmier supérieur à 8 (...) reflète un environnement de soins manifestement peu sûr » (Van den heede, et al., 2019, p. 2). « Seulement 46% des infirmiers interrogés estiment que la sécurité du patient (...) est bonne ou très bonne et

66% ont indiqué qu'ils 'n'étaient pas du tout certains ou peu certains' que les patients soient capables d'assurer leurs propres soins après leur sortie de l'hôpital » (Van den heede, et al., 2019, p. 3). Au-delà de normes plus élevées en Belgique, celles-ci apparaissent aussi désuètes au vu de la charge de travail qui augmente (Van den heede, et al., 2019).

3.1.3. L'administratif et la prise en charge de tâches non-infirmières : freins au prendre soin

Au-delà du bouleversement introduit par l'informatisation dans l'organisation du travail et l'encodage, la codification des actes introduit un modèle reconnaissant davantage les actes techniques que le travail sur l'humain²¹. Ceci interroge sur ce qu'il est possible d'encoder par rapport à ce qui ne l'est pas, les types d'actes valorisés et ceux qui restent dans l'ombre. La vision holistique du soin, réaffirmée dans le code de déontologie de 2004²², se trouve alors invisibilisée au regard de la codification des actes techniques, dans une « opposition inéluctable entre bureaucraties et Hippocrate » (Laude, Michel, & Schwyer, 2018).

Tous secteurs confondus, seul-es 12% des infirmier-es interrogé-es estiment avoir un bon équilibre entre tâches administratives, techniques et relationnelles, tandis que près de deux tiers (64%) déplorent un déséquilibre trop important au profit de l'administratif (voir Figure 8). Il n'existe pas de grandes variations en fonction des secteurs d'activité, à l'exception de la santé communautaire. Les soignant-es (et tout particulièrement les infirmier-es) perçoivent le temps consacré aux tâches administratives comme excessif. Deux tiers des personnes interrogées estiment que le travail administratif occupe plus de 25% de leur temps de travail, et plus de 50% pour un quart d'entre elles et eux. Cela semble moins flagrant pour les aides-soignant-es (voir Figure 9), qui sont plus nombreuses à constater un bon équilibre, même si 40% d'entre eux-elles déplorent un accent trop marqué sur l'administratif dans le secteur hospitalier, et 29% dans les MR et MRS.

21 Il convient toutefois de rappeler que les soins techniques et relationnels sont « complémentaires » (Eyland, 2021, p. 105). Hervé Menaut, infirmier, formateur et cadre de santé, estime « formuler une évidence » en rappelant : « les soins techniques ont une dimension relationnelle ; les soins relationnels ont une dimension technique » (Menaut, 2009).

22 Nous pensons notamment à l'article 10 : « L'infirmier donne ses soins au bénéficiaire dans une relation de respect et de confiance mutuels. Il écoute le bénéficiaire de façon active, il répond de façon adéquate à ses questions et il assure une observation continue de l'évolution de l'état de santé du bénéficiaire ainsi qu'un "coaching" » (Conseil fédéral de l'art infirmier, 2017).

Figure 8 : Équilibre perçu des tâches effectuées par les infirmières selon les secteurs
(Source : EMOVA)

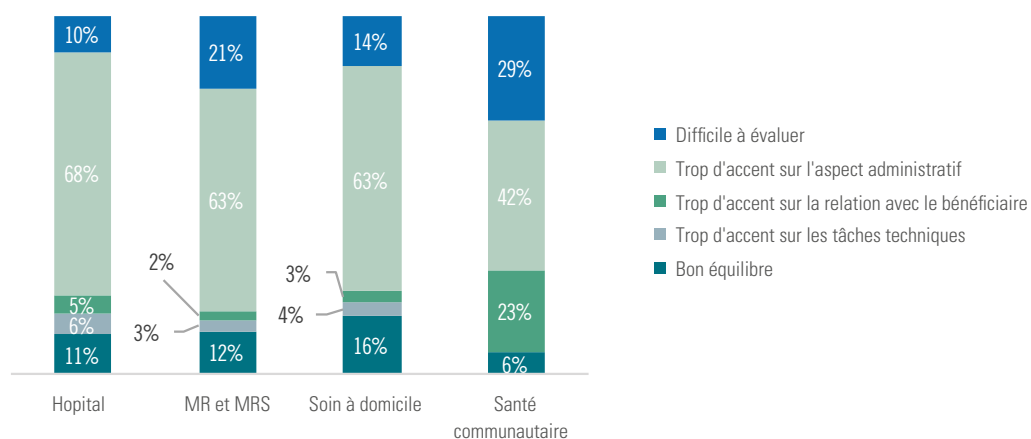
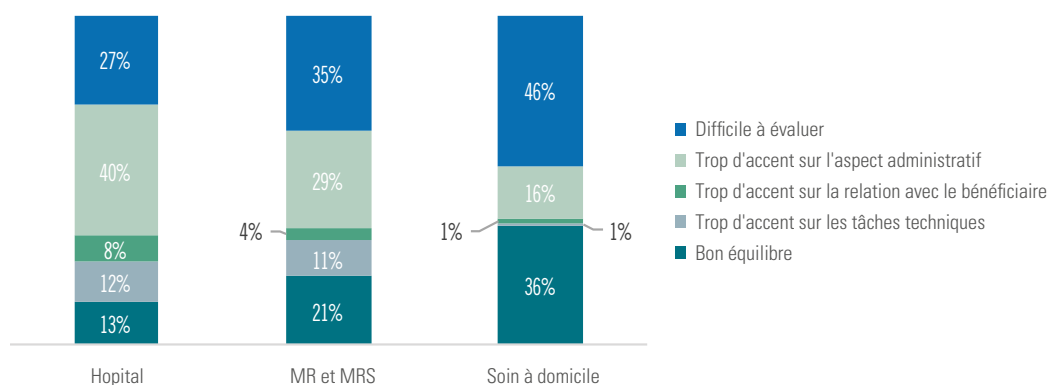


Figure 9 : Équilibre perçu des tâches effectuées par les aides-soignant-es selon les secteurs
(Source : EMOVA)



Selon d'autres études, cette implication du personnel infirmier dans des « activités administratives et de *reporting* constitue un enjeu majeur » (Laude, Michel, & Schweyer, 2018, p. 76) pour le bien-être des professionnel·les, qui doit « concilier l'exigence d'enregistrements portée par l'outil, l'encadrement et la loi d'une part, et les contraintes et logiques de rythmes liés à leur activité auprès des patients d'autre part » (Roux, 2013, p. 84). Ainsi, nombre d'études s'accordent sur une souffrance des soignants découlant d'un nouveau management public et d'impératifs de performance économique dans le secteur hospitalier éloignant les professionnel·les de leur cœur de métier (Bonneville, Grosjean, & Mayère, 2010 ; Cors, 2023 ; Fisette, 2013 ; Safy-Godineau, 2013).

De plus, infirmier·es comme aides-soignant·es estiment prendre en charge énormément de tâches qui ne leur incombent pas (logistiques, médicales, informatiques, service technique ou d'entretien, etc.). Il résulte de ce déséquilibre un nombre de soins non-réalisés faisant craindre des répercussions sur la qualité des soins et la satisfaction des soignant·es dans leur emploi.

Compte tenu du lien entre les actes non réalisés et la souffrance au travail, nul doute que la question de la répartition des tâches, afin de dégager du temps pour le 'prendre soin', mérite d'être au cœur d'une réflexion sur la rétention du personnel. En effet, comme le souligne le KCE, de nombreux soins relationnels sont sacrifiés par les professionnel·les²³, sachant que les soins non réalisés sont associés à de l'insatisfaction vis-à-vis de l'environnement de travail. « Moins d'insatisfaction au travail, moins d'intention de quitter le travail et la profession » (Van den heede, et al., 2022, p. 14).

Les soignant·es sont ainsi pris·es en étau entre, des normes d'encadrement désuètes, un nombre conséquent d'actes administratifs à réaliser, la comptabilisation uniquement des soins techniques et des tâches non liées à leurs attributions, si bien que le temps nécessaire au 'prendre soin', constitutif du rôle propre des infirmier·es, est sacrifié. Le conflit entre une éthique relationnelle, et la technicité des soins adossée à des exigences de rationalisation organisationnelle permet de donner des expli-

cations aux chiffres alarmants concernant le burnout et la perte de sens au travail constatés par les enquêtes depuis des années (Bruyneel, Smith, Tack, & Pirson, 2021). Or, le travail centré sur l'aspect humain constitue le fondement du sens du métier. Il représente une source de valorisation, une reconnaissance qui échappe aux dispositifs sociotechniques et à la codification de l'activité selon une nomenclature spécifique.

3.2. Articulation des temps de vie et gestion des ressources humaines en temps de pénurie

Dans cette section, nous nous intéressons à la manière dont l'organisation du travail dans les structures de soins permet ou non 'l'articulation travail et famille' et son impact sur la rétention du personnel. Nooney, Unruh et Yore mettent en évidence que l'intention de quitter l'emploi infirmier est principalement corrélée aux responsabilités familiales (enfants, charge de personnes âgées nécessitant des soins, etc.) (Nooney, Unruh, & Yore, 2010). Une autre étude révèle que le conflit travail-famille (CTF) et le nombre d'heures prestées par rapport à celles souhaitées expliquent une grande partie de l'intention de quitter l'emploi parmi le personnel de soins à domicile. Quant à l'intention de quitter la profession, elle serait « uniquement expliquée par la présence du CTF et par le jeune âge des répondant·es » (Casini, Degavre, Desmette, & Melotte, 2021, p. 77).

Si l'écart de taux d'emploi entre les femmes et les hommes sans enfants a disparu, il demeure important avec des enfants et augmente largement en fonction de l'âge et du nombre de ces derniers.²⁴ Près de 60% du personnel infirmier et aide-soignant habitent avec au moins 1 enfant de moins de 25 ans (Statbel, 2020). La proportion de femmes dans les métiers soignants rend les enjeux d'articulation incontournables pour assurer l'attractivité et le maintien en fonction. En effet, les femmes continuent à assumer majoritairement les tâches de soin non rémunérées, en raison d'une division inégalitaire du travail dans la sphère domestique.

23 « Les activités cliniques le plus souvent non réalisées sont le changement de position du patient (35,1%), l'administration des médicaments en temps opportun (29,1%) (...). Les activités de planification et de communication le plus souvent non réalisées sont le soutien émotionnel au patient ou à sa famille (49,2%) et la participation aux discussions interdisciplinaires du service (38,8%) » (Van den heede, et al., 2022, p.11).

24 « En 2021, 35,3% des femmes âgées de 25 à 49 ans qui avaient un emploi, travaillaient à temps partiel. Chez les hommes, le pourcentage est de 7,5%. Chez les hommes, le nombre d'enfants a peu d'influence sur le travail à temps plein ou à temps partiel. Chez les femmes par contre, le travail à temps partiel progresse avec le nombre d'enfants. La moitié des femmes occupées ayant trois enfants ou plus travaillent à temps partiel. La proportion est de 8,3% chez les hommes » (Statbel, 2023).

3.2.1. Conflit travail-famille (CTF) et gestion des temps de travail

Les résultats de l'enquête indiquent une prévalence élevée du conflit travail-famille (CTF) chez le personnel infirmier et aide-soignant (prévalence de 69% pour un score supérieur à 3). Cette forte conflictualité semble particulièrement préoccupante étant donné son influence sur l'intention de quitter l'emploi, voire la profession. Ainsi, les personnes ayant un score de conflit travail-famille (CTF) supérieur à 4 présentent des intentions de quitter l'emploi significativement plus élevées ($p < 0.01$), et inversement pour les personnes ayant un score inférieur à 3 (voir Figure 10). L'intention de quitter la profession suit également cette même tendance.

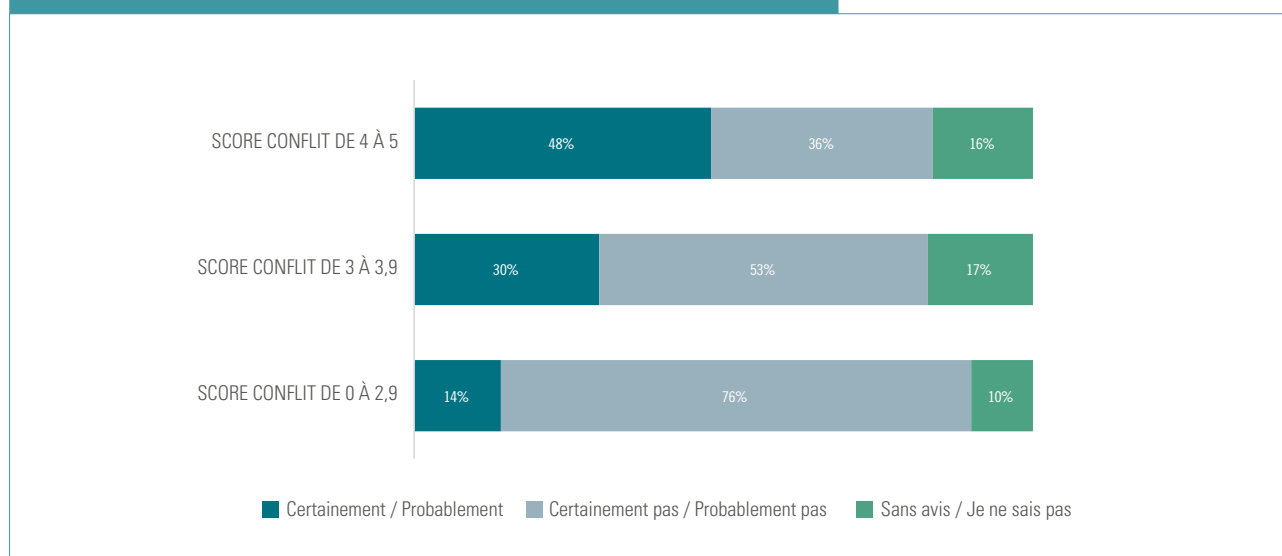
Les personnes faisant mention d'une personne dépendante nécessitant des soins dans leur entourage (personne(s) âgée(s) dépendante(s), enfant(s) ou partenaire en situation de handicap ou atteint de maladie grave) sont significativement plus enclines à vivre un conflit entre travail et famille et cela concerne 40% des répondant-e-s.

Malgré le fait que les femmes restent majoritairement en charge du travail domestique, reproductif et de soin²⁵, le risque de vivre un conflit travail-famille reste quasiment identique en fonction du sexe des répondant-e-s. Cela

peut indiquer un aménagement du temps de travail du côté des femmes afin d'arriver « à gérer ensemble les exigences du travail domestique et éducatif et celles du travail salarié » (Lapeyre & Le Feuvre, 2004, p. 45). D'ailleurs, l'analyse des horaires des répondant-e-s souligne que les professionnel-le-s de la santé travaillent aux moments d'entrée et de sortie de l'école, en soirée et pendant les week-ends indépendamment de leur statut de temps de travail. Ces horaires atypiques exercent une influence significative sur le score CTF. On constate qu'un temps partiel ne suffit donc pas à lui seul pour offrir une meilleure conciliation, mais représente davantage un facteur 'protecteur' d'un conflit encore plus élevé, voire d'une sortie de l'emploi.

En outre, l'articulation des temps de vie dépend du degré d'autonomie et de flexibilité dans les horaires. L'étude de Fusulier et al. montre que « 62% de la population infirmière déclarent ne jamais avoir la possibilité de déterminer elles-mêmes leurs horaires et 17%, que très rarement » (Fusulier, Sanchez, & Ballatore, 2013, p. 100). Les solutions pratiques choisies par les femmes pour y remédier reposent alors sur une régulation séquentielle basée sur l'usage des politiques formelles de temps de travail (congé ou temps partiel). Au-delà des données de notre enquête, le volume ETP moyen des infirmières est de 0.97, quand il est de 0.83 pour les infirmières (PlanCad, 2021).

Figure 10 : Intention de quitter l'emploi selon le score Conflit travail-famille (Source : EMOVA)



25 Pour rappel, en population générale et pour des individus entre 25 et 39 ans, le partage des tâches domestiques est largement défavorable aux femmes qui y consacrent en moyenne 7h de plus par semaine que les hommes. D'après les données de 2024 d'Oxfam, les femmes consacrent en moyenne 3,2 fois plus de temps que les hommes aux soins non rémunérés. Les femmes belges consacrent 82%, 96 minutes ou 1,5 heure de plus que les hommes au travail de soin non rémunéré chaque jour (Oxfam, 2024).

La diminution du temps de travail ne semble pas uniquement liée à la charge de travail imputable à la sphère familiale, mais aussi à l'usure face à la pénibilité du métier²⁶. La pénibilité du travail est la principale raison évoquée par les infirmier-es travaillant à temps partiel (54%), devant un choix personnel (36%). Près d'un tiers évoque également la charge mentale de l'activité, de même que des raisons de santé ou le besoin de s'occuper des enfants ou de personnes dépendantes (28%).

Chez les aides-soignant-es, parmi celles et ceux travaillant à temps partiel, bien que la pénibilité reste la raison la plus évoquée (34%), 29% estiment que leur emploi est uniquement disponible à temps partiel (ce qui n'est le cas pour aucun-e des infirmier-es interrogé-es). «Si l'on est à temps partiel, ce n'est pas forcément par choix, mais simplement que l'on n'a pas d'autre choix que d'accepter ce type de contrat, puisqu'ils sont le contrat type dans le secteur [des MR] » (Martinez-Garcia, Hausmann, & Wiseur, 2020, p. 31). Le temps partiel semble être la norme, permettant une gestion flexible de la main-d'œuvre mais entraînant une intensification du travail. Wierink dénonce ainsi la précarisation des emplois féminins par la flexibilisation abusive qui empêche également le cumul avec un autre emploi (Wierink, 2008).

3.2.2. Présentéisme, horaires atypiques et changement de services

Si l'absentéisme est important dans le milieu hospitalier, le présentéisme l'est peut-être davantage, favorisé par une charge de travail excessive et par l'impossibilité de remplacer du personnel soignant qui est alors rappelé sur son temps de repos ou de congé (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000). Le présentéisme se définit par un surinvestissement dans le travail (extension des plages horaires, renonciation à des jours de congés, sacrifice du loisir pour le travail (Achmet & Commeiras, 2018), le fait de venir travailler en étant malade (Monneuse, 2013)) ou en état de mal-être psychique qui nécessiterait de s'absenter

(Aronsson & Gustafsson, 2005)). Un présentéisme plus prononcé dans le milieu soignant (Bergström, Bodin, Hagber, Aronsson, & Josephson, 2009) semble en effet lié à une culture professionnelle axée sur l'entraide entre collègues et le service nécessaire envers les bénéficiaires conduisant à un sentiment de culpabilité si l'on ne répond pas présent, lui-même renforcé par des manières de conduire le management.

Dans notre enquête, nous étudions le présentéisme à travers l'examen des heures supplémentaires effectuées. Les résultats révèlent que 66% des infirmier-es, tout régime de travail confondu, prestent des heures supplémentaires 'souvent' et 'toujours' (seuls 2% indiquent ne jamais en effectuer). C'est également le cas pour 48% des aides-soignant-es. Pour ces deux groupes professionnels, les principales raisons évoquées sont la compensation d'un manque d'effectif dans l'équipe (68%), le remplacement d'une collègue absente (57%), la gestion d'un imprévu de dernière minute ou l'achèvement des tâches à effectuer (50%).

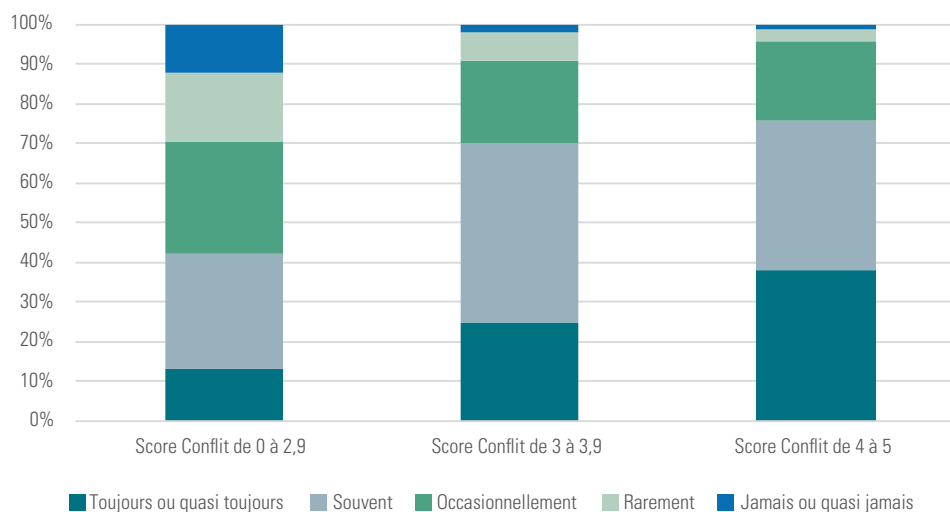
Ces éléments corroborent l'idée d'un fort présentéisme parmi le personnel soignant, résultant d'un manque de personnel et d'une charge de travail excessive, ce qui aggrave le risque d'épuisement. Les conséquences du présentéisme sont multiples : baisse de la qualité des soins (Pollitt & Bouckaert, 2004), coûts de santé in fine augmentés (Berthe & Dumas, 2020), répercussions sur le bien-être des travailleurs conduisant à des formes d'absentéisme plus longues et renforçant la pénurie.

Déjà en 2012, un rapport des SPF Santé et SPF Emploi faisait état d'une corrélation positive entre le burn-out ou l'épuisement émotionnel et le présentéisme. Les heures supplémentaires ont également une incidence statistiquement significative sur le risque de vivre un conflit travail-famille (voir Figure 11), tout comme les changements imprévisibles sur les plannings qui ne sont pas suffisamment communiqués en avance²⁷.

26 « Le recours au temps partiel en milieu hospitalier doit être analysé au regard de cette intensification de la charge de travail : alors que la moyenne du recours au temps partiel dans l'ensemble des secteurs est de 26,5%, elle est de 42,6% pour les infirmiers » (Livolsi, 2023, p. 1).

27 Les horaires sont également variables. 85% des travailleurs et travailleuses des maisons de repos déclarent avoir des horaires variables, et 64% sont averti-e-s de leurs horaires au maximum une semaine à l'avance (Martinez-Garcia, Hausmann, & Wiseur, 2020).

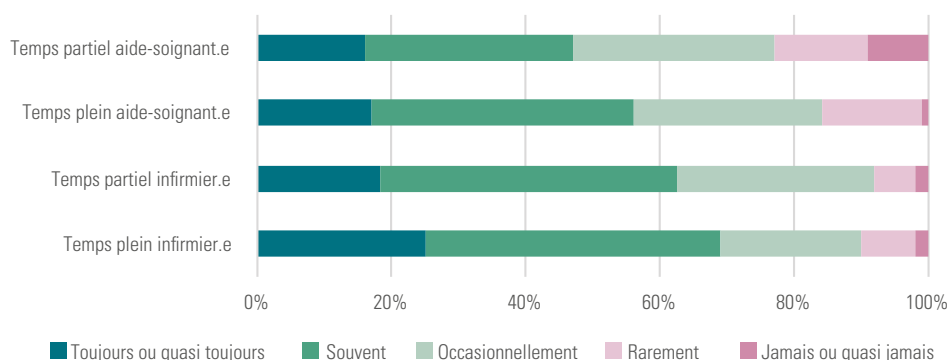
Figure 11 : Heures supplémentaires prestées selon le score Conflit Travail Famille (Source : EMOVA)



Concordamment à ce que nous avons développé sur la question des temps partiels permettant une gestion plus flexible du personnel, les résultats de l'enquête (voir Figure 12) révèlent que près de la moitié des aides-soignant-es (47%) travaillant à temps partiel disent prestre des heures

supplémentaires 'souvent' ou 'presque toujours', et 52% remplacent des collègues au pied levé. 59% déclarent le faire pour remplacer une collègue absente et 72% pour compenser le manque d'effectif, indiquant bien une utilisation des heures supplémentaires et du temps partiel pour flexibiliser le personnel.

Figure 12: Heures supplémentaires prestées selon le régime de travail (Source : EMOVA)



En plus des heures supplémentaires (voir Figure 12), les personnes ayant répondu à l'enquête font état de remplacements 'au pied levé' fréquents. Ainsi, 60% des infirmier-es ont estimé que cela leur arrivait fréquemment ou souvent. Seul-es 4% ont déclaré ne jamais avoir à faire ce type de remplacement.

Enfin, les professionnel-le-s sont aussi amenés à changer de service permettant aux entreprises de répondre rapidement aux besoins en disposant d'une main-d'œuvre flexible. Ces mobilités internes sont adoptées dans les milieux hospitaliers afin de faire face aux difficultés de recrutement et pour gérer l'absentéisme. Ainsi, un quart des infirmier-es et aides-soignant-es estiment le faire fréquemment ou souvent. Parmi les infirmier-es concerné-es, 34% déclarent vivre ces adaptations de dernière minute de manière plutôt négative, et 10% de manière très négative.

Le manque de personnel oblige celles et ceux en poste à effectuer davantage d'heures que celles prévues. Les remplacements de dernière minute et le présentéisme, peuvent avoir pour corollaire l'épuisement émotionnel et l'augmentation du CTF. L'utilisation du temps partiel semble être une demi-solution : cela permet de tenir bon face à un métier pénible tout en étant préjudiciable pour le pouvoir d'achat et, à plus long terme, pour les pensions. Ces constats appellent à une vigilance particulière dans l'organisation du travail.

3.3. Les relations au travail

Les relations au travail peuvent avoir un impact significatif sur le bien-être des employé-es, la satisfaction au travail, la productivité et la qualité de l'environnement de travail (Le Lan & Baubeau, 2004 ; Thomaes, 2019). Les conflits, la violence et d'autres aspects des relations interpersonnelles influencent directement les conditions de travail et

les intentions de mobilités ou d'exit, aggravant le phénomène de pénurie.

3.3.1. Les relations entre professionnel-le-s

De manière générale, les relations entre collègues paraissent épanouissantes pour une grande majorité du personnel infirmier et aide-soignant interrogé. La solidarité entre pairs semble être une valeur profondément ancrée dans les métiers soignants (Pariante, 2019 p. 64). L'aide mutuelle, le partage des tâches, et le fait de ne pas laisser des collègues dans l'embarras créent 'l'esprit d'équipe': Au **« plus le travail est difficile, au plus il est naturel et même nécessaire que l'unité de l'équipe soit sans fissure »** (Pariante, 2019, p. 65). Selon Estryn-Behar et Le Nezet, « le soutien et la solidarité sont des conditions favorables pour améliorer la sécurité et la sérénité des soignants, et la qualité du travail qu'ils réalisent » (Estryn-Behar & Le Nezet, 2006, pp. 12-13).

Parmi les répondant-es de l'enquête EMOVA, près des deux tiers perçoivent les relations entre collègues comme amicales (45%) ou détendues (26%), tandis que seulement 2% les évaluent comme hostiles et 12% tendues. Pour autant, la qualité de ces relations semble déterminante quant à l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession (voir Tableau 2). De bonnes relations semblent être un facteur protecteur face à la mobilité du personnel.

Il convient également de souligner l'importance de la qualité de ces relations sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, mais aussi sur le sens au travail. **De bonnes relations permettent de garder du sens dans un métier qui demande un fort travail émotionnel, en raison du besoin essentiel de soutien collectif. Nul doute que des liens distendus du fait d'équipes peu stables risquent d'aboutir à un désinvestissement de professionnel-le-s, déjà au bord de l'épuisement.**

Tableau 2: Intention de quitter l'emploi selon la qualité des relations professionnelles
(Source : EMOVA)

	Hostiles/tendues	Neutre	Détendues/ amicales	Moyenne
Envisage de quitter l'emploi	57%	39%	19%	28%
N'envisage pas de quitter l'emploi	27%	40%	67%	57%
Ne sait pas	16%	21%	13%	15%

Envisage de quitter la profession	50%	37%	19%	26%
N'envisage pas de quitter la profession	29%	46%	68%	59%
Ne sait pas	20%	16%	14%	15%

Enfin, Fusulier et Moulaert font également état de tensions dans le secteur hospitalier dues à une agressivité de plus en plus présente (Fusulier & Moulaert, 2012). Ainsi, loin d'une image idyllique, les répondant-es à notre enquête font part d'un milieu de travail émaillé de violences. Parmi les motifs à la violence, nous retrouvons principalement la question de l'infériorisation et parmi les personnes déclarant subir des violences ou des discriminations au travail, un quart estime qu'elles sont liées à des caractéristiques personnelles (racisme, homophobie, sexisme). Les faits de violence dénoncés par les stagiaires sont également particulièrement alarmants et constituent un facteur d'abandon des études (Dancot, et al., 2021). « Mépris, humiliation, remarques sexistes ou racistes des patients et rires moqueurs du personnel soignant, voilà ce que des étudiants (...) dénoncent de la violence du monde infirmier » (Benayad, 2023). « 99,5% des étudiant-es rapportent en avoir été victimes au moins une fois durant leurs études » (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 51). Ces faits sont responsables d'un désenchantement ; ils fissurent l'image du « soignant bienveillant » des stagiaires (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023).

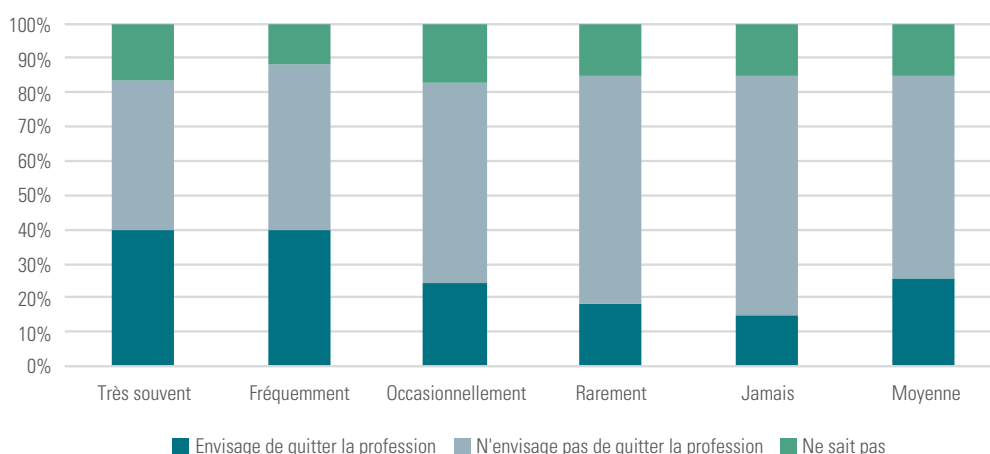
Au-delà des cas de violences liées aux interactions entre professionnel·les, les proportions les plus élevées en termes de fréquence des violences vécues par le personnel proviennent des bénéficiaires ou de leurs proches

(34% disent que ça leur arrive occasionnellement et 28% souvent ou fréquemment).

3.3.2. Augmentation de la violence entre soignant-e et soigné-e

En France, en comparaison avec d'autres secteurs professionnels, les infirmier-es et aides-soignant-es seraient deux fois plus nombreux-ses que l'ensemble de la population active à être victimes d'incivilités et de violences physiques ou verbales dans le cadre de leur travail (Odoxa, 2022). Quand la relation entre soignant-e et soigné-e est malmenée, elle est également à l'origine de violences. Lorsque les conditions de travail sont délabrées, on peut imaginer que le manque de temps et de personnel empêche la mise en place d'un cadre de confiance entre soignant-e et soigné-e. Le travail effectif du soin '*care-giving*²⁸ est alors menacé et victime d'une forme de déshumanisation. Cela peut conduire les professionnel·les à avoir la perception de mal faire leur travail, voire d'être maltraitants, aboutissant à la perte de sens déjà évoquée. D'un autre côté, cela pourrait expliquer les tensions et les violences des bénéficiaires et de leurs proches. « Les conditions de travail du personnel soignant, de plus en plus soumis à des injonctions de prestations rapides dans le cadre d'une rentabilité accrue, ne créent pas un climat propice à la santé tant mentale que physique des travailleuses » (Lootvoet & Peemans-Poullet, 2016, p. 39).

Figure 13 : Intention de quitter la profession selon la fréquence des violences des bénéficiaires (Source : EMOVA)



28 Tronto définit quatre phases du soin : 1) l'attention comme reconnaissance d'un besoin (*caring about*), 2) le fait d'assumer la responsabilité de la prise en charge (*taking care*), 3) le travail effectif du soin et les compétences associées (*care-giving*) et enfin 4) la capacité de réponse du bénéficiaire (*care-receiving*) (Tronto, 2009, pp. 147-150).

Pour des soignant-es nourri-es par le souci de l'autre et orienté-es vers le soin, les violences directement issues des bénéficiaires engendrent « des bouleversements voire une rupture du contrat psychologique » (Brignon, Gapin, & Pantaléon, 2022, p. 124). Ainsi, nous pouvons constater un lien entre la fréquence des violences subies par les bénéficiaires et l'intention de quitter la profession (voir Figure 13).

3.4. Conclusion

Ce chapitre a permis d'approfondir l'analyse de la dimension du *care*, de ce 'prendre soin', qui semble être négligée dans l'organisation actuelle des soins de santé, mettant ainsi les soignant-es face à des défis majeurs : le manque de temps consacré aux patient-es, souvent trop nombreux, l'ampleur des tâches administratives éloignées du cœur de métier, un rythme de travail rendant difficile l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et enfin, la difficulté de maintenir des liens et de la solidarité au sein d'équipes parfois déstructurées par des fermetures de services ou des mobilités internes. Ces différents éléments influent sur le sens au travail et, en fin de compte, sur l'intention de quitter l'emploi et la profession, aggravant ainsi la pénurie. Il paraît donc primordial d'améliorer les conditions de travail des infirmier-es et aides soignant-es en lien avec ces dimensions afin de juguler la pénurie, déjà présente depuis des années, et de rendre ces métiers des soins de santé plus attractifs.

Une des plus fortes conclusions que nous pouvons déjà tirer est que la pénurie crée un cercle vicieux par une aggravation des conditions de travail qui provoque de nouveaux départs. Si le secteur de la construction fait face à une pénurie, les maisons se construiront moins vite alors qu'une pénurie dans le domaine de la santé alourdit le travail des autres professionnel-les et menace la santé de la population²⁹. « Le contexte de pénurie accentue la charge organisationnelle et la charge émotionnelle des infirmier-es qui vivent déjà au quotidien des situations humainement difficiles » (Noirfalis, 2019, p. 5). « Menés à bout, ces travailleurs risquent à leur tour de s'absenter alors que nous ne parvenons déjà pas à engager des remplaçants. **Le système de soins de santé se trouve dans une spirale infernale » (Cornu, 2024) plus que dans un problème linéaire impliquant des causes et des conséquences. Ici, les conséquences alimentent les causes et vice-versa.**

4. Le 'prendre soin' en crise : explication de sa non-valorisation à l'aide des théories du *care*

Le manque de valorisation des métiers du *care* atteint des limites qui s'expriment aujourd'hui par une pénurie de travailleur-euses alors même que ces fonctions sont considérées comme essentielles pour prendre soin de nos états vulnérables inévitables (maladies, vieillesse, dépendances, etc.).

La désertion de la profession infirmière pourrait encore s'expliquer par son appartenance plus générique aux métiers du *care*. Il reste en effet contradictoire et difficilement compréhensible que des fonctions essentielles se retrouvent en pénurie dans une société où tout le monde sera un jour ou l'autre en demande de soin. Les enjeux du *care* sont souvent 'invisibilisés' ce qui nuit à leur reconnaissance et à leur valorisation dans la société. C'est un des grands angles portés par les théories du *care* que nous allons explorer ici pour compléter notre compréhension de la pénurie et du manque d'attractivité des fonctions infirmières. Nous explorerons quatre pistes pour expliquer ce manque de reconnaissance sociale du 'prendre soin'.

La première piste concerne l'invisibilité du *care* dans la relation entre soignant-e et soigné-e. À l'intérieur de l'acte de soin, il est bien plus évident de quantifier le nombre d'actes techniques, facilement comptabilisables plutôt que le temps d'écoute au chevet des patient-es ou la présence. Il y a donc des parties moins facilement chiffrables et valorisables à l'intérieur de l'acte de soin. « Les activités infirmières comme la prise en charge émotionnelle des patient-es et de leurs familles, les stratégies créatives de soins liés au confort, à l'intimité, au soulagement, à la douleur et au maintien de relations de confiance restent déconsidérées » (Huercanos Esparza, 2012, notre traduction). « À l'inverse, les aspects techniques qui peuvent être protocolés et mesurés, associés au biomédical, (...), sont économiquement évaluables et bénéficient d'une reconnaissance sociale » (Huercanos Esparza, 2010, notre traduction).

La deuxième explication du manque de valorisation du 'prendre soin' est basée sur la représentation du travail du *care* comme activité « non-productive ». Ainsi selon Federici, « la logique du système capitaliste est la même que

29 Avis entendu lors de l'assemblée des militant-es du Non Marchand de la CNE, le 30 novembre 2023.

celle qui dévalorise le travail domestique, mais aussi la reproduction, l'agriculture de subsistance, l'environnement, la forêt, l'air. C'est une logique anti-vie (...) qui ne s'intéresse pas à la valeur de la vie humaine, de la vie en général. Elle doit dévaloriser tout ça pour pouvoir l'exploiter » (Federici, 2021, p. 182). Pour Federici, la considération du travail domestique comme une activité non-productive, c'est-à-dire non produisant de la valeur économique est un point de départ du traitement inégal des hommes et des femmes. L'assujettissement de la femme à ces tâches domestiques affecterait négativement l'ensemble des activités des femmes dans la société, tant informelles (dans le foyer) que formelles (des emplois formels, comme les métiers du soin). Prendre soin des parents malades, de la charge émotionnelle des autres, des âgé-es, n'est pas valorisé dans notre société parce que ce serait 'non-productif'. « Ce constat de dévalorisation dont sont victimes les métiers du soin à la personne se traduit, entre autres, par une rémunération faible, mais surtout par une grande concentration de femmes dans ces secteurs professionnels et ces activités domestiques » (De Bouver, 2015, p. 17).

Une troisième piste d'explication de la non-valorisation des métiers du *care* est d'un ordre culturel et symbolique et s'appuie sur la représentation 'sacrée' du soin. En effet, la proximité du 'prendre soin' avec 'l'amour, le don et la sollicitude' rendrait les représentations de la relation soignante sacrée et donc, gratuite. Le 'prendre soin' devrait alors nécessairement se situer hors du champ financier, ce qui pourrait expliquer la moindre valorisation financière du *care*. Par ailleurs, il est aussi démontré que « les caractéristiques dites féminines (comme celles impliquant le 'don', la 'communauté', 'la compréhension des autres' et 'la gentillesse' par exemple) » (Twenge, 1997) sont toujours moins valorisées dans la société au profit des « qualités socialement vues comme masculines (rationalité, vertu, fraternité, etc.) » (De Bouver, 2015, p. 15).

Enfin, la non-valorisation du *care* trouve également sa source dans la dévaluation de la dépendance au profit de l'indépendance et de la force. Beaucoup ont l'illusion d'être indépendants parce qu'ils occultent les relations de dépendances dont ils sont tributaires (soins de santé, alimentation, enfants, parents, etc.) et alors qu'ils en bénéficient, ils nient concomitamment la valeur de ces relations (Hamrouni, 2012). L'enjeu est alors de rendre visibles les relations de soins (ou ces transferts de *care*) qui permettent l'indépendance, à savoir : celles existant entre la classe des femmes et la classe des hommes, entre les femmes aisées et les femmes plus pauvres, entre les citoyen-nes des pays pauvres et les citoyen-nes des pays

riches (Okin, 1995). Autant, nous sommes tous et toutes, hommes et femmes, dépendant-es, autant l'indépendance est majoritairement accessible aux 'hommes' (Hamrouni, 2012). **Le paradoxe est le suivant : il n'est pas possible de vivre sans *care* et à la fois, il y a un effacement culturel de la nécessité de ce *care* (Ehx, 2018).**

L'inscription de la pénurie dans la non-valorisation du soin est une question sociale et politique à l'image de ce que revendiquent les théories du *care* dans la lignée de Tronto (2012) : le *care* doit être rendu visible ! Il faut faire de la place à 'ce dont on se doit de prendre soin', aux sentiments, au souci des autres, à l'interdépendance et à la vulnérabilité dans la politique et la justice au risque que le XXI^e siècle soit un siècle sans soins et inhumain.

5. Quelques enjeux de la pénurie

Au vu des données quantitatives actuelles et prospectives sur la pénurie, il semble primordial de reconnaître la crise actuelle du 'prendre soin' comme point de départ à partir duquel mettre en place de nouvelles politiques publiques. Plusieurs enjeux ou conséquences de la pénurie sont discutés ci-dessous.

5.1. Sur l'accessibilité et la qualité des soins

La pénurie risque de causer un problème majeur d'accès aux soins en rendant indisponibles des soins de santé essentiels (Cès, 2021). Cette indisponibilité peut prendre la forme de liste d'attente ou encore de renoncement aux soins (Cès, et al., 2017). L'indisponibilité des soins porte avant tout préjudice aux personnes vulnérables dont les besoins essentiels risquent de ne pas être rencontrés. Cette situation problématique peut conduire à une détérioration de la santé physique et psychique des personnes et à un transfert des difficultés sur les aidant-es proches (burn out, dépression, santé, etc.). Les conséquences du manque de disponibilité des services infirmiers risquent malheureusement d'être peu visibles, car le manque de main-d'œuvre va également avoir un impact sur le travail de détection des besoins en soins. L'indisponibilité des services infirmiers risque de mettre à mal l'organisation des soins également à la sortie de l'hospitalisation étant donné les enjeux des soins à domicile que nous identifions

(personnes plus dépendantes, soins plus lourds et plus complexes, inégalités de logement, etc.).

5.2. Découpages, délégation et transferts des tâches

Parmi les solutions à la pénurie, la création de nouveaux postes est de mise (tels que les ‘assistants infirmiers’). Ces solutions visent à mettre les bonnes personnes exécutant les bonnes tâches aux bons endroits afin de déléguer certains actes à d’autres personnes considérées comme étant moins qualifiées. Étant donné que les professions d’aides-soignant-es sont déjà en pénurie comme d’autres professions du *care* (puériculteur, aide à l’enfance, aide familiale, aide-ménagère, assistant-e social-e, etc.), il paraît légitime de questionner : pourquoi est-ce que des fonctions similaires dérogeraient à la tendance actuelle de manque de candidat-es ? La création de la fonction d’aide-soignante en 2006 semble déjà avoir laissé jour à ce processus. Par ailleurs, ce ‘mouvement de déqualification’ fait également peur, eu égard à l’augmentation de personnes ‘moins qualifiées’ dans les équipes, ce qui pèserait sur la qualité du travail fourni (Montay, 2023).

Il y a un manque de candidat-es disposé-es à travailler au chevet des patient-es, au plus proche du travail du *care*, au profit d’autres types de fonction (spécialisations, rôle de coordination des soins, etc.) (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 13). Les montées en compétence s’organisent via des spécialisations (accessibles uniquement aux infirmier-es ayant un bachelier), et des parcours de progression de carrière universitaires. Ceux-ci se font en s’éloignant du chevet des patient-es. Le corollaire, c’est une délégation du ‘prendre soin’ aux infirmier-es breveté-es, aux assistant-es en soins infirmiers et aux aides-soignant-es. Ce découpage entérine une fois de plus l’idée d’une reconnaissance sociale passant par la technicité et la scientificité (valorisation symbolique et pécuniaire), tout en assistant à une perte de sens et une pénurie de personnel en charge des patient-es.

5.3. Liens entre soins formels et informels

La pénurie couplée à un virage ambulatoire et à un maintien fréquent des âgés à domicile peut être à même de faire peser le *care* sur des acteurs plus informels³⁰ et de creuser les inégalités. Il y a d’ailleurs un recours ou une délégation de plus en plus accru(e) des Etats vers les soins informels.

Tout d’abord, l’idée circulant que les aidant-es proches pourraient pallier la pénurie nie la technicité du métier d’infirmier-e et rappelle l’invisibilité des métiers du soin dénoncée dans la partie 4. Ensuite, il semble que le domicile devienne un lieu qui concentre beaucoup de politiques (Dussuet, 2002). Or, il apparaît que nous oublions la réalité des conditions de travail incombant au corps médical ou à l’informel au profit de solutions de maintien à domicile innovantes pour les bénéficiaires (les personnes âgées et leurs familles) (Bensliman, Casini, & Mahieu, 2021). Aussi, des inégalités de logement existent. Le maintien à domicile n’est pas le même dans un logement précaire. Sur le plan des relations sociales et des facultés à bénéficier d’aide informelle, il y a également beaucoup de différences entre les individus (Bourdieu parle d’un capital social qui comme tout capital n’est pas réparti également (Bourdieu & Wacquant, 1992)).

La pénurie risque donc de renforcer les inégalités : avec une pression accrue sur les femmes, les personnes âgées qui ont un entourage restreint et les personnes désavantagées sur le plan économique. La pénurie enjoint ainsi à plus de vigilance féministe entre *care* formel et informel : ‘Le prendre soin informel’ n’est bien entendu pas à rejeter, mais le risque de cette ‘refamilialisation’ est que cela rende les femmes plus vulnérables sur le marché de l’emploi et que cela soit continuellement occulté. Dans 85% des cas, ce sont des femmes, âgées de 35 à 64 ans qui assurent ces tâches d’aidance proche (D’Ortenzio, Lahaye, Stultjens, & Vierendeel, 2021).

30 Le soin informel, non rémunéré, concerne tous les services non rémunérés fournis par des individus au sein d’un ménage ou d’une communauté au profit de ses membres, y compris les soins aux personnes et le travail domestique.

5.4. Enjeux Nord-Sud

Au niveau mondial, un certain nombre d'enjeux Nord-Sud sont également présents. Par exemple, la France accueille de nombreuses infirmières libanaises et la pénurie des soignant-es au Liban est en premier lieu liée à la fuite de soignant-es diplômé-es vers des pays européens (Grard & Allen, 2024). Les états sociaux européens ne peuvent plus ignorer qu'ils privent ces migrantes de leur capacité à prendre correctement soin de leurs proches restés dans leur pays d'origine ni qu'elles ne bénéficient pas des mêmes conditions de travail ou de sécurité sociale dans leur pays d'accueil (Merla & Degavre, 2016). Concomitamment, les obstacles liés à la reconnaissance des diplômes étrangers sont encore nombreux. Un autre risque réside aussi dans une forme de 'néocolonialisme'. Les tâches de *care* sont aussi souvent assumées par 'des populations immigrées et dévalorisées' (Laugier, 2010) ce qui alimente l'existence d'un marché du travail domestique et du *care*, pas toujours réglementé, où « les familles y deviennent directement les employeurs d'une main-d'œuvre mal rétribuée (...) avec un statut précaire (...) » (Merla & Degavre, 2016, p. 51).

5.5. Ne pas être dans une société du soin : nier le vulnérable et la dépendance

Tolérer qu'une pénurie de fonctions essentielles s'installe, c'est mettre à mal la prise en charge des personnes vulnérables en niant deux éléments : la responsabilité face à la vulnérabilité et la responsabilité face à celles et ceux qui s'occupent de la dépendance. C'est comme si la société ne valorisait plus que 'l'indépendance' ou 'l'autonomie' qui seraient ces capacités de mise à « distance ce qui est dépendant et vulnérable : les corps, les personnes dites vulnérables (enfants, personnes âgées, malades handicapées...) et la nature (...) » (De Bouver, 2015, p. 16). Mettre à distance la vulnérabilité, c'est nier une partie de ce qui fait notre humanité et, par le même mouvement, nier, ceux et celles (surtout celles encore aujourd'hui) qui prennent soin. Comme nous l'avons vu, aux racines de la pénurie, on trouve une forte perte de sens liée à l'empêchement d'une de ses fonctions essentielles : le 'prendre soin'. Le relationnel, l'émotionnel, le temps sont pourtant des ingrédients centraux des métiers du soin. Sans eux, se multiplient les burn-out, les pertes de sens et d'humanité dans la fonction infirmière (Fleuri, 2019).

Pour concilier les aspirations individuelles d'indépendance avec les besoins collectifs du prendre soin, le concept 'd'autonomie relationnelle' (Nedelsky, 1989) est intéressant. Selon Nedelsky, c'est le soin, le souci de l'autre, l'attention aux plus vulnérables qui nous donne la possibilité d'être réellement autonomes. Il ferait donc sens, face à une pénurie de fonctions essentielles de questionner les imaginaires de performance et de maîtrise qui mettent à mal des caractéristiques humaines essentielles, le soin aux personnes âgées, à la jeune enfance, et à tous ces moments de vie où nous sommes tous vulnérables. **Il serait ainsi nécessaire de protéger les aspects du *care* dans les politiques de santé au risque de se retrouver sans soignant-es, sans soins, et avec une surcharge sur l'informel et les femmes.**

6. Recommandations

La pénurie des infirmier-es et aides soignant-es investiguée dans cette étude permet de refléter plus largement une crise des métiers du *care*, touchant tout particulièrement les femmes majoritaires dans ces fonctions. Les difficultés rencontrées par les infirmier-ères et aides-soignant-es sont communes à de nombreuses femmes sur le marché de l'emploi : impact des charges de travail domestique et de soin de la sphère privée sur la vie professionnelle, non reconnaissance de nombreuses aptitudes et compétences acquises par la formation et l'expérience, car associées à une 'nature féminine', hiérarchisation symbolique des missions, moindre valorisation salariale des fonctions stéréotypées comme féminines, violence, harcèlement, discrimination, etc. Cette crise du 'prendre soin' reflète plus largement une occultation de l'essentialité du *care* au fonctionnement de la société, alors même que si « personne n'investissait du temps, des efforts et des ressources dans ces tâches quotidiennes essentielles, les communautés, les entreprises et des pans entiers de l'économie seraient paralysés » (Oxfam, 2024). Ces difficultés ne permettent pas d'assurer des emplois stables et de qualités. Afin de répondre aux différents enjeux, nous proposons les recommandations suivantes.

6.1. Rendre la pénurie visible, quantifiée et améliorer l'attractivité

Le manque de personnel a des effets délétères sur l'environnement et les conditions de travail du personnel en poste. Compte tenu des évolutions démographiques à venir (comme le vieillissement), impactant la demande (par exemple, dans les soins à domicile) comme l'offre de soins, il est nécessaire de former davantage de futures professionnel·les et améliorer la rétention dans les métiers du *care* dont les infirmier·es et les aides-soignant·es et de piloter adéquatement les formations initiales.

1. **Considérer les métiers du *care* comme prioritaires dans les choix politiques et budgétaires.**
2. **Améliorer les données quantitatives et les informations pour planifier les ressources de main-d'œuvre :** améliorer la collecte des données sur les emplois vacants, les taux de rétention, d'attrition, la distribution territoriale, les flux entrants et sortants, l'éducation, la quantification du *care* informel et les données sur les flux de main-d'œuvre transnationaux (OMS, 2022, p. 15). Assurer également la récolte de données qualitatives concernant le bien-être et la qualité de vie au travail afin de veiller à améliorer les conditions pour des emplois satisfaisants et durables pour les soignant·es.
3. **Aligner les normes d'encadrement belge au moins au niveau de la moyenne européenne** (8,3 pour 1).
4. **Quand les conditions de travail sont améliorées, réaliser un plan d'attractivité et de rétention structurel, pérenne et ambitieux**, et augmenter la reconnaissance sociale du métier en s'écarter des représentations sacrificielles. Il convient également **d'améliorer la rétention des étudiant·es**³¹ pendant les stages (ce qui implique d'agir, d'abord, sur les conditions de travail des infirmier·es).
5. **Organiser davantage de stages hors des structures hospitalières** pour former aussi dans les autres secteurs infirmier·es (soins à domicile, MR/MRS, petites structures, etc.) et **assurer sur chaque terrain de stage un accueil bienveillant et un accompagnement qualitatif** à l'apprentissage. Mettre en place **un défraiement des stagiaires** pour ce secteur au vu de l'importance de la pénurie comme en France, en Suisse et en Allemagne.

6. **Réévaluer la rémunération** des travailleur·euses pour tenir compte de l'allongement du temps d'étude, **revaloriser certains actes** pour aligner la nomenclature sur la complexification et l'intensification des soins et **augmenter le montant des indemnités kilométriques** pour les travailleur·euses indépendant·es ainsi que le personnel travaillant dans les soins à domicile.
7. Faciliter la **reconnaissance des diplômes** obtenus dans les pays extérieurs à l'Union européenne des personnes résidant sur le territoire sur base de critères précis, notamment la prise en compte de la maîtrise de la langue des patient·es, afin qu'ils et elles puissent exercer le métier pour lequel ils et elles ont été formé·es.

6.2. Redonner du sens au métier, et revaloriser le prendre soin holistique dans les métiers de la santé

L'étude a montré que la perte de sens a un impact significatif sur la volonté de quitter l'emploi et la profession. Outre les aspects liés à la charge de travail démesurée, la perte de sens est corrélée à l'impossibilité d'effectuer le cœur du métier : le 'prendre soin' dans une vision holistique. Celui-ci entre en opposition avec les logiques de rentabilité, de technicité, de comptabilité, et le morcellement des actes, etc. Trop d'actes inachevés, des soins relationnels empêchés, l'impression de mal faire ou d'être maltraitant, la peur de l'erreur fragilisent le personnel. Le manque de reconnaissance sociale des aptitudes du *care* conduit à leur invisibilisation. Il faudrait éviter que seules les compétences techniques soient valorisées financièrement et ne deviennent l'unique critère dans l'ascension professionnelle. Il est essentiel de reconnaître la valeur du *care* dans l'évaluation des compétences et dans la valorisation des travailleur·euses.

8. **Améliorer les évolutions de carrière** et rendre possibles les spécialisations et montées en compétences pour l'ensemble des professionnel·les issu·es des différentes filières formatives initiales (y compris pour la filière A2 (titulaires du brevet)). Permettre une progression et une continuité des carrières en fonction des compétences de bases, de la reconnaissance de compétences acquises, des formations et des responsabilités exercées. Celles-ci ne doivent pas uniquement porter sur les aspects techniques des soins mais aussi sur

31 Voir les recommandations de Grard, Baquet & Mugisha (2023).

les compétences et aptitudes du 'prendre soin' (établir un cadre de confiance, sollicitude, empathie, écoute, etc.) Valoriser tout autant les formations qui mènent au travail du *care*, notamment à celui 'au chevet' des patient-es.

9. **Intégrer officiellement dans la nomenclature, via des codes spécifiques, des temps de prévention (promotion et éducation à la santé), du temps pour le relationnel (écoute, accompagnement, etc.)** afin de protéger le cœur des métiers du soin et, du temps pour le travail d'équipe. Revaloriser également les petits actes des soins à domicile pour y associer du temps nécessaire au 'prendre soin'.
10. **Garantir des équipes stables et complètes**, garantes de bien-être au travail, de solidarité et de plaisir pour permettre une meilleure prise en charge, une meilleure gestion des rôles de chacun-e. Intégrer dans la formation le travail d'équipe afin de travailler ensemble pour le bien de la personne soignée.
11. **Faire primer la continuité des soins dans une vision holistique et de care ainsi que les objectifs de santé sur la délégation des tâches à de nouvelles fonctions** et au morcellement des compétences. L'objectif est d'évaluer la bonne adéquation entre les profils de fonctions et les tâches en évaluant quand la délégation est opportune et, sans sous-valoriser les nouvelles catégories.

6.3. Assurer la sécurité au travail

L'étude a mis en évidence que le milieu de la santé était émaillé de violence et de discriminations, provenant aussi bien des autres professionnel·les de la santé que des bénéficiaires et de leurs proches. Ces situations sont susceptibles de fragiliser les professionnel·les et de remettre en question leur volonté de continuer à exercer leur métier. De plus, les infirmier·es et les aides-soignant·es sont exposé·es à de nombreux risques, tels que les contraintes physiques, les horaires atypiques, les risques sécuritaires élevés (exposition à des produits dangereux, aux agents pathogènes, à l'agressivité verbale ou physique, etc.) ainsi qu'à la pénibilité d'ordre mental ou émotionnel. Il est donc primordial d'assurer la prévention des risques et la réparation en cas d'incident.

12. **Garantir la protection des travailleurs et travailleuses face aux risques pour la santé et la sécurité au travail** (troubles musculo-squelettiques, agents pathogènes,

parasites, troubles psychiques, etc.), et assurer la mise à disposition de matériel de protection, y compris pour les soignant·es à domicile, tout en incluant le remboursement des frais de protection pour les travailleur·euses indépendant·es.

13. **Prévenir les violences**, discriminations, maltraitances et harcèlements à l'égard des stagiaires, entre professionnel·les et venant des patient·es, leurs proches et leurs familles. Inclure la gestion de la violence et le travail d'équipe dans les formations. **Faire connaître les organes de référence et les rendre réellement accessibles à tous et toutes**, ainsi que les dispositifs de réparation. Assurer la présence de plusieurs personnes de confiance au sein des structures.
14. **Reconnaître la pénibilité** de la profession infirmière et aide-soignante par son inscription dans la catégorie officielle des métiers pénibles et permettre un meilleur aménagement des fins de carrière.

6.4. Assurer des organisations garantes du bien-être des salarié·es et de la conciliation vie privée/professionnelle

L'une des principales difficultés révélées par l'étude quant au maintien dans l'emploi est la difficulté de concilier vie privée et professionnelle dans un secteur essentiellement féminin. Cette problématique est également exacerbée par une gestion imprévisible des horaires de travail et trop de présentisme. Les difficultés de conciliation ainsi que la pénibilité des métiers amènent à une fréquence élevée de recours aux temps partiels. Il existe cependant des temps partiels subis, notamment pour les aides-soignant·es, dénotant une précarisation des emplois par de la flexibisation abusive. Enfin, inclure davantage **d'autonomie dans la gestion des plannings et les établir à long terme** (horaires prévus à l'avance, planification séquentielle, etc.) serait opportun.

15. **Réduire les risques liés au présentisme** en assurant la formation des personnes en charge de la gestion des ressources humaines à cette problématique.
16. **Assurer que les heures supplémentaires soient récupérées à la discrétion de l'employé·e ou rémunérées en conséquence**. Majorer les primes pour le travail de nuit et les weekends.

17. **Rendre plus pérenne l'emploi** des aides-soignantes en proposant des contrats à durée indéterminée (CDI) permettant de progresser en carrière grâce à la formation et **combattre l'emploi à temps partiel** comme forme prédominante d'organisation du travail dans ce secteur, entraînant des temps partiels subis.
18. **Diminuer la surmobilité** des travailleur-euses d'un service à l'autre et renforcer le fonctionnement d'équipes mobiles, qui y sont spécifiquement dédiées.

6.5. Points d'attention concernant le virage ambulatoire et le soutien aux aidant-es proches

Si le virage ambulatoire permet une diminution des coûts de santé pour les structures hospitalières, il convient d'être vigilant quant aux inégalités sociales et économiques, et à l'impact sur les femmes, qui sont bien plus sollicitées pour assurer des tâches d'aidance proche. Si le maintien à domicile comme le fait de s'occuper d'un proche peut parfois être un choix, une attention particulière doit être apportée aux dispensateur-rices de soins et d'aides au vu des risques psycho-sociaux engendrés et de leurs conséquences sur les carrières.

19. **Améliorer et garantir l'évaluation sociale** (possibilité d'aide à domicile, de soutien social ou communautaire) **et l'évaluation des lieux de vie lors des renvois à domicile afin de tenir compte des inégalités sociales et de logement** affectant indirectement la qualité des soins à domicile. Développer des structures intermédiaires entre l'hôpital et le domicile pour que ces inégalités ne soient pas exacerbées par les sorties d'hôpital précoces et éviter les réhospitalisations.
20. **Donner les moyens financiers et temporels nécessaires à la réalisation des soins par des proches** en garantissant, et en sensibilisant à l'utilisation des congés thématiques, notamment pour les hommes et certains groupes-cibles comme les familles monoparentales ou plus précaires (congé parental, congé pour assistance médicale, congé pour soins palliatifs et congé proche-aidant). **Soutenir les aidant-es proches** via un accompagnement (gestion émotionnelle, prévention des burn-out ou des conflits familiaux, etc.).
21. **Pourvoir au libre choix des individus entre structures institutionnelles ou maintien à domicile** et garantir les moyens infrastructurels et humains pour y parvenir.

Conclusion

Cette étude a révélé un déséquilibre actuel et futur entre le personnel infirmier et aide-soignant travaillant dans le secteur des soins de santé d'une part, et la demande croissante de soins de l'autre. Ces métiers sont en crise, il manque du personnel. Les données de planification d'ici à 2046 montrent en particulier que la force de travail ne sera pas suffisante eu égard à la demande dans les secteurs des soins à domicile et des maisons de repos dans les deux communautés ainsi que dans le secteur hospitalier en Flandre. Parallèlement, l'absentéisme et les risques de burnout dans les hôpitaux sont élevés. Les normes encadrant le nombre de patient-es par infirmier-e sont toujours plus hautes que la moyenne européenne en Belgique.

Plusieurs causes de la pénurie sont identifiées dans cette étude. Tout d'abord la problématique démographique en raison du vieillissement de la population (augmentant la demande de soin) et du personnel infirmier actuel est préoccupante (les pyramides des âges sont tronculaires : la proportion de jeunes infirmier-es est équivalente à la proportion des plus âgées or de nombreux problèmes surviennent en cours de carrière).

Les besoins de la population augmentent, se complexifient et s'intensifient comme nous l'avons rapporté dans la modification de la nature des soins demandés. À travers les données de la MC, nous l'illustrons particulièrement bien pour le secteur des soins à domicile. Entre 2013 et 2022, le nombre de contacts annuels entre soignant-es et soigné-es a augmenté de 26% et ceux qui ont besoin de beaucoup de prestations en ont d'autant plus besoin. Face à cela, il serait nécessaire que l'offre augmente en conséquence, en formant davantage de futur-es professionnel-les et en améliorant la rétention du personnel actif.

L'attractivité des métiers du *care* continue pourtant à baisser. Cela révèle une crise du 'prendre soin', qui prend déjà racine chez les étudiant-es. Face aux pertes de sens et aux chiffres concernant l'insatisfaction des infirmier-es, il semble complexe de former de jeunes professionnel-les et de susciter des vocations dans ce contexte (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023). Ainsi, cette difficulté à attirer des jeunes vers ces métiers, et à ce qu'ils-elles s'insèrent durablement sur le marché de l'emploi résonne avec le mal-être des infirmier-es déjà en poste.

La rétention du personnel infirmier et aide soignant est un véritable défi nécessitant d'améliorer en premier lieu

les conditions de travail des professionnel·les. Les problématiques vécues par les soignant·es sont chroniques. La pénurie se déroule dans un secteur féminin où 86% des travailleur·euses sont des femmes. Ainsi, l'impossibilité d'articuler vie privée et vie professionnelle est déterminante quant aux causes d'exit. Ceci explique également pourquoi la rétention des infirmier·es âgé·es de 25 à 40 ans est si problématique. En outre, les difficultés de conciliation et la pénibilité des métiers aboutissent à un fort recours au temps partiel. Ces éléments montrent que la pénurie n'est pas déliée des enjeux genrés des sphères domestiques et familiales.

L'augmentation de la charge de travail liée au manque de personnel, à la complexification des soins et couplée à la multiplication de tâches non-infirmier·es conduit à ne pas réaliser certains actes, notamment les actes relationnels. Cette impossibilité augmente l'insatisfaction au travail, la perte de sens, l'intention de quitter la profession et donc, in fine, la pénurie. La rationalisation et l'encodage informatique aboutissent aussi à des effets délétères sur le 'prendre soin'. Enfin, nombre de soignant·es vivent des situations de violences ayant de fortes répercussions sur les intentions de quitter l'emploi et/ou la profession. Le manque d'équipes complètes et de temps accordé au travail d'équipe semble également fortement préjudiciable.

En laissant jour à la situation actuelle et à venir de la pénurie, la qualité et l'accessibilité des soins vont en pâtir, la conciliation entre vie privée et vie professionnelles va se dégrader (les soins fournis par des proches risquent d'augmenter et de compliquer la vie active des femmes, des personnes isolées et précarisées) et l'attractivité du métier d'infirmier·es ne va cesser de reculer. Les métiers du *care* organisés autour du temps, de la relation et de la présence à autrui sont en crise parce que le monde performant nuit à leurs composantes essentielles. Ces maux se traduisent dans les causes de la pénurie des infirmier·es et reflètent plus généralement les difficultés de celles et ceux qui effectuent les métiers du *care*: « Nounous, auxiliaires de vie, femmes de ménage, aidants familiaux avec ou sans papiers, rémunérés ou non, [et nous ajoutons, infirmier·es, aidant·es proche ou encore d'autres fonctions du *care* comme puéricultrices, enseignant·es, etc.] composent cette armée invisible reléguée dans les coulisses d'un monde de la performance, qui veut les ignorer. Les plus performants sont alors ceux qui parviennent trop bien à ne pas voir en quoi leur succès et l'extension de leurs capacités d'action dépendent de qui les sert » (Laugier, 2010, p. 118) et du soin, du *care* qu'ils-elles reçoivent.

Bibliographie

- Achmet, V., & Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? *Management & Prospective*, 35, 119-148.
- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Profil de santé de nos aîné-es. *Santé & Société*, 9, 4-43.
- ACN. (2022). Manquerons-nous d'infirmiers et d'infirmières en 2043. *Info nursing*, 203.
- Arnoux-Nicolas, C., Dosnon, O., Lallemand, N., Sovet, L., Di Fabio, A., & Bernaud, J. (2016). Influence des différences interindividuelles et de la mobilité professionnelle sur le sens du travail. *Le travail humain*, 79, 147-168.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness Presenteeism : Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), 958-966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick But Yet at Work : An Empirical Study of Sickness Presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509.
- Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023.
- Belga. (2023). *Infirmiers, aides-soignants... : une dizaine de milliers de manifestants en colère ont défilé à* <https://www.rtb.be/article/infirmiers-aides-soignants-une-dizaine-de-milliers-de-manifestants-en-colere-ont-defile-a-bruxelles-11212458>.
- Benayad, M. (2023). Mon stage d'infirmière devait être un rêve. Je suis devenue de la main-d'œuvre gratuite et corvéable pour des supérieurs qui me méprisent. *La Libre*.
- Bensliman, R., Casini, A., & Mahieu, C. (2021). "Squeezed like a lemon": A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium. *Health & Social Care in the Community*, 30.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagber, G., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow ? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), 629-638.
- Berthe, B., & Dumas, M. (2020). Le présentéisme et ses leviers émotionnels comme problématique managériale : une étude par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 38(9), 25-48.
- Bonneville, L., Grosjean, S., & Mayère, A. (2010). Rationalisation des organisations hospitalières. *Sciences de la société*, 76, 3-13.
- Bontemps, G. (2022). De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire. *ADSP 2022/2 (N°118)*, 11-14.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses*. Paris: Seuil.
- Brignon, B., Gapin, M., & Pantaléon, N. (2022). La mobilité soignante non choisie discutée depuis l'activité managériale du cadre de santé débutant. *Recherche en soins infirmiers*(149), 19-30.
- Bruyneel, A., Bouckaert, N., Maertens, C., Detollenaere, J., Kohn, L., Pirson, M., . . . Van den heede, K. (2023). Association of burnout and intention to leave the profession with work environment : A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 137.
- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive & Critical Care Nursing*, 65.
- Casini, A., Degavre, F., Desmette, D., & Melotte, P. (2021). *Honeypot. Projet de recherche sur les métiers des personnels de soins à domicile*. Louvain-la-Neuve: UCLouvain.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-informations*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2017). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Chambre des représentants de Belgique. (2023). Compte rendu Analytique, Commission de la Santé et de l'Égalité des chances, Mardi 14-02-2023. *5e session de la 55e législature*.
- Conseil fédéral de l'art infirmier. (2017). *Le code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge*.
- Cornu, G. (2024). SOS, soins de santé en détresse! *Le soir*.
- Cors, S. (2023). *Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ?* Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain.
- Dancot, J., Pétré, B., Dardenne, N., Donneau, A., Detroz, P., & Guillaume, M. (2021). Exploring the Relationship between First-Year Nursing Student Self-Esteem and Dropout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2748-2760.
- De Bouver, E. (2015). *L'existentiel est politique : enquête de sociologie politique sur le renouveau du militantisme : les cas des simplici-taires et des coaches alternatifs*, Thèse de doctorat en sciences sociales. Université catholique de Louvain.
- De Rynck, P., & Dispa, M.-F. (2023). L'emploi dans l'aide et les soins, quel avenir ? Bruxelles: Fédération Roi Baudouin.
- Denizeau, L. (2023). *De nos vulnérabilités. Habiter le monde en ces temps d'incertitude*. Bruxelles: Temps d'arrêt. <https://www.yapaka.be/livre/livre-de-nos-vulnerabilites-habiter-le-monde-en-ces-temps-dincertitude>.
- Detollenaere, J., Dauvrin, M., Deschodt, M., Cerulus, M., Dobbels, F., Heeren, P., . . . Van den Heede, K. (2023). *Consultations infirmières pour les patients avec des problèmes de santé complexes - Synthèse*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- D'Ortenzio, A., Lahaye, L., Stultjens, E., & Vierendeel, E. (2021). *Aidant.es proches : tour d'horizon dans une perspective de genre*. Bruxelles: Femmes Prevoyants Socialistes.

- Dussuet, A. (2002). Le genre de l'emploi de proximité. *Lien social et Politiques*, 47, 143-154.
- Ehx, A. (2018). Notice bibliographique. Un monde vulnérable - pour une politique du care, Joan Tronto. Dans Ouvrage collectif, *Neuf essentiels sur l'art, le soin et les milieux des soins* (pp. 51-56). Bruxelles: Culture & Démocratie.
- Estryn-Béhar, M., & Le Nezet, O. (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Soins Cadres*, 2, 2-14.
- Eyland, I. (2021). Les savoirs infirmiers liés au care exprimés dans les gestes professionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 144, 105-115.
- Federici, S. (2021). Du « salaire au travail ménager » à la politique des communs. *Travail, genre et sociétés*, 46, 179-184.
- Fisette, M.-L. (2013). Encore quelques papiers, chers collègues, chers docteurs. *Cahier Santé Conjuguée*, 64, 108-113.
- Fleuri, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris: Gallimard.
- Fusulier, B., & Moulaert, T. (2012). Etre infirmière et parent : une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone. *Les cahiers de recherche du Girsef*, 88.
- Fusulier, B., Sanchez, É., & Ballatore, M. (2013). Appartenance professionnelle et articulation travail/famille. Comparaison de deux groupes professionnels : les infirmières et les policiers. *Enfances, Familles, Générations*, 18, 94-119.
- Grard, C., & Allen, C. (2024). Bonnes pratiques à l'étranger en matière de revalorisation des métiers du soin. Le cas de quatre pays européens. *Consultable à l'adresse : <https://igvm-iefh.belgium.be/fr>*
- Grard, C., Baquet, C., & Mugisha, L. (2023). Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation. UCLouvain.
- Hamrouni, N. (2012). *Le care invisible : Genre, vulnérabilité et domination, Thèse de doctorat en philosophie*. Université de Montréal et Université catholique de Louvain.
- Hellendorff, Y. (2023). Un manque généralisé. *Santé conjuguée*, 103.
- Henry, H. (2023). Comment améliorer le bien-être en fin de carrière ? *Santé & Société*, 6-35.
- Henry, H., Morissens, A., & Streel, C. (2022). Vécus et besoins des travailleur.ses en fin de carrière. *Santé & Société*, 1, 6-37.
- Hueranos Esparza, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Récupéré sur <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf>.
- Hueranos Esparza, I. (2012). El cuidado invisible de la enfermera. *Archivos de la Memoria*. Récupéré sur <http://ciberindex.com/c/am/e9415>
- Lapeyre, N., & Le Feuvre, N. (2004). Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. *Nouvelles Questions Féministes*, 23, 42-58.
- Laude, L., Michel, L., & Schweyer, F. (2018). Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? Dans E. Minvielle, *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 75-97). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*, 42, 112-125.
- Le Petit Larousse. (1998).
- Livolsi, A.-M. (2023). Le recours au temps partiel par le personnel infirmier en milieu hospitalier. *Etat de la Question IEV*, 1-7.
- Lootvoet, V., & Peemans-Poulet, H. (2016). *Un travail sans qualité? Enjeux de la qualification du travail des femmes: le secteur des soins*. Bruxelles: Université des femmes.
- Mahieu, C. (2010). *Le maillage des espaces de qualification : production d'une théorie enracinée à partir du cas de la validation des compétences en Belgique francophone. Thèse de doctorat*. Université catholique de Louvain.
- Martinez-Garcia, E., Hausmann, T., & Wiseur, G. (2020). *Enquête sur le caractère (in)volontaire du temps partiel féminin*. Bruxelles: ULB - Centre METICES.
- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitements*, 101, 78-83.
- Merla, L., & Degavre, F. (2016). Le concept de défamilialisation à l'épreuve du care transnational. L'exclusion des travailleuses migrantes domestiques des politiques de care. *Informations sociales*, 194, 50-60.
- Monneuse, D. (2013). *Le surprésentéisme*. Bruxelles: De Boeck.
- Montay, J. (2023). À quoi ressemblera le métier d'infirmier de demain ? La réforme de la profession se profile. *RTBF*.
- Muller, I. (2018). Les limites de l'organisation de la première ligne. *Santé conjuguée*, 85.
- Nedelsky, J. (1989). Reconceiving autonomy: Sources, thoughts and possibilities. *Yale Journal of Law and Feminism*, 1(7), 7-36.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-410.
- Noël-Hureaux E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122, 7-17.
- Noirfalisse, Q. (2019). L'hôpital du futur, vraiment ? - Blouses blanches, colère noire. *Médor*.
- Nooney, J. G., Unruh, L., & Yore, M. M. (2010). Should I stay or should I go? *Career change and labor force separation among registered nurses in the U.S. Social Science & Medicine*, 70(12), 1874-1881.
- Odoxa. (2022). Observatoire MNH vague 2 «Etat des soignants et des personnels hospitaliers». Une enquête Odoxa pour la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) et Le Figaro Santé, avec le concours scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po.
- Okin, S. (1995). *Sur la question des différences. Dans La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*. Paris: La Découverte.

- OMS. (2022). *Health and care workforce in Europe : time to act*.
- Oxfam. (2024). *Inégalités économiques hommes-femmes*. Récupéré sur <https://oxfambelgique.be/inegalites-economiques-hommes-femmes>
- Pariente, M. (2019). La solidarité professionnelle. *VST - Vie sociale et traitements*, 144, 64-67.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform : A Comparative Analysis (second edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- Roux, A. (2013). Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignants face à un travail émotionnel empêché. *Communiquer*, 8, 81-98.
- Rusbult, C., Farrell, D., Rogers, G., & Mainous III, A. G. (1988). Impact of exchange variables on exit, voice, loyalty, and neglect: an integrative model of responses to declining job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 31(3), 599-627.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, 3.
- SPF Santé publique. (2021). *PlanCad Infirmiers 2004-2018*. Bruxelles.
- SPF Santé publique. (2023). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique*. Bruxelles.
- SPF Santé publique. (2024a). *PlanCad Infirmiers 2019-2021*. Bruxelles.
- SPF Santé publique. (2024b). *La force de travail des infirmiers en 2046: projections alternatives à partir de l'influx réel jusque 2022*. Bruxelles.
- Statbel. (2023). *L'écart de taux d'emploi entre les femmes et les hommes sans enfants entièrement comblé en 2021*.
- Statbel. (2024). *Perspectives démographiques 2023-2070*.
- Tronto, J. (2012). *Le risque ou le care ?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Twenge, J. (1997). Changes in Masculine and Feminine Traits Over Time : A Meta-Analysis. *Sex roles*, 36(5/6).
- Van den heede, K., Bouckaert, N., Detollenaere, J., Kohn, L., Maertens, C., Vanhooreweghe, J., . . . Sermeus, W. (2022). *Dotation infirmière dans les soins intensifs belges: impact de deux ans de pandémie de COVID-19 - Synthèse*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé .
- Van den heede, K., BRUYNEEL, L., BEECKMANS, D., BOON, N., BOUCKAERT, N., CORNELIS, J., . . . SERMEUS, W. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) surs dans les hopitaux aigus - Synthèse*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Vandecasteele, L. (2023). *Wassen, plassen, slapen, klaar. De crisis in de zorg en hoe eruit te raken*. Berchem (Antwerpen): EPO.
- Verniest, R., Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2020). Les soins aux personnes âgées. Qui sont les résidents des maisons de repos : en quoi l'évolution des profils de résidents représente des défis pour l'avenir des maisons de repos ? *MC-Information*, 282, 30-45.
- View brussels. (2021). *Analyse des fonctions critiques 2020 en région de Bruxelles-Capitale*.
- Wierink, M. (2008). Critiques. *Travail, genre et sociétés*, 20, 181-227.