

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : “Structurering van de verpleegkundig activiteit”.		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : “Structuration de l'activité infirmière ”.	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

Le Ministre demande l'avis du CNAI (lettre du 03/07/2005) afin de pouvoir publier divers arrêtés d'application relative aux articles insérés dans la loi sur les hôpitaux par la loi du 29 décembre 1990.

La demande d'avis porte sur quatre points principaux :

- 1) Les infirmiers en chef, infirmiers en chef adjoints et infirmiers chef de service (lien direct avec l'accord social visant à revaloriser ces fonctions) ;
- 2) L'impact de la notion d'aide-soignant et des arrêtés s'y rapportant et destinés à logiquement remplacer le terme « personnel soignant » contenu dans la loi sur les hôpitaux ; le Ministre demande d'analyser les conséquences et les précautions à prendre pour permettre ce remplacement, parlant dans les normes d'agrément de chaque service, d'un nombre minimal d'infirmières (en dehors de l'infirmière en chef) devant obligatoirement faire partie de l'effectif normatif ;
- 3) La définition des modalités de collaboration et de relations fonctionnelles visant à favoriser l'intégration de l'activité infirmière à l'ensemble de l'activité hospitalière (art. 17ter et 17quinquies) : participation des infirmiers et des paramédicaux à la politique de l'hôpital, structures de concertation ;
- 4) Une stratégie de développement de la qualité des soins : évaluation qualitative de l'activité infirmière au niveau interne et externe (art 17quater).

Pour permettre de traiter ladite demande, le CNAI a mis sur pied un groupe de travail intitulé « Structuration de l'activité infirmière », lequel s'est réuni le 17 janvier, 13 février, 29 mars, 21 avril et 5 mai 2006.

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Structurering van de verpleegkundig activiteit".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Structuration de l'activité infirmière ".	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

POINT 1 DE LA DEMANDE D'AVIS :

A + B. Infirmiers en chef, infirmiers en chef adjoints et infirmiers chef de service

Pour les 2 premiers projets d'AR, le CNAI propose d'y spécifier un niveau de formation minimum (ajout d'un article 10)

- Niveau de formation minimum pour infirmier/ère en chef :
Bachelier en art infirmier / Bachelier sage-femme avec formation cadre pour infirmiers / sages-femmes en chef ou maîtrise en art infirmier et une formation permanente obligatoire en matière de leadership.
- L'infirmier breveté / le porteur du diplôme « in de verpleegkunde » qui possède un diplôme de formation complémentaire de cadre et qui exerce la fonction d'infirmier en chef à la date d'entrée en vigueur reçoit le bénéfice des droits acquis.
- Niveau de formation minimum pour infirmier/ère chef de service :
Bachelier en art infirmier / Bachelier en sage-femme avec formation universitaire complémentaire et formation permanente obligatoire.

L'avis du CNAI résultant des conclusions du groupe de travail « Infirmier/ère en chef », approuvé en séance plénière du 20 janvier 2005 et remis au Ministre (C.N.A.I./2005/AVIS-7), est à cette occasion une nouvelle fois confirmée.

Les obligations imposées à l'infirmier/ère en chef adjoint(e) sont identiques à celles concernant l'infirmier/ère en chef.

Remarques

De nos jours, les réductions de temps de travail en fin de carrière, les formations régulièrement suivies par les infirmiers en chef rendent cette suppléance par un adjoint plus fréquente ; de plus, exiger un même niveau de l'adjoint semble logique dans l'optique où celui-ci pourrait ensuite prétendre au remplacement de l'infirmier en chef parti à la retraite ; cela permettra aussi une reconnaissance barémique.

Pour les unités de soins de plus grande taille, le renfort par une infirmière en chef adjointe est fréquent.

Imposer un seuil d'expérience minimal (p. ex. 5 ans) comme « infirmière de terrain » avant de devenir infirmière en chef ou comme « infirmière en chef » avant d'être infirmière chef de service ne semble pas déterminant pour la majorité du groupe.

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Structurering van de verpleegkundig activiteit".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Structuration de l'activité infirmière ".	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

Il y a lieu d'insister sur la nécessité de prévoir des modalités de financement de la formation permanente (surtout au vu du coût des formations externes !).

Sinon, le danger est réel de voir à l'avenir le personnel devoir lui-même assumer ces frais (comme pour les médecins).

Remarques de forme concernant les projets d'AR

Infirmier en chef – Art. 4.

Le texte

« ... l'infirmier en chef accomplit sa mission en contact étroit avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités du service. »

doit être remplacé comme suit :

«... l'infirmier en chef collabore avec les médecins responsables de l'unité de soins. »

Infirmier chef de service – Art. 3.

Le texte

« ... l'infirmier chef de service accomplit sa mission en contact étroit avec le médecin chef de service et les responsables des différents aspects des activités de l'hôpital dans le cadre de ses compétences. »

doit être remplacé comme suit :

« ... l'infirmier chef de service collabore avec le médecin chef et le(s) médecin(s) chef(s) de service responsable(s) des différents aspects des activités du service. »

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : “Structurering van de verpleegkundig activiteit”.		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : “Structuration de l'activité infirmière ”.	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

C. Staff infirmier

L'article 17bis, 4°, stipule que le staff infirmier comprend tous les infirmiers hospitaliers et le personnel soignant.

Le groupe de travail est d'avis qu'il faut y inclure les sages-femmes.

C.1. Mission

Le staff infirmier a pour mission essentielle d'administrer des soins infirmiers de qualité aux patients. De par sa présence continue auprès du patient, l'infirmier/ère doit en outre faire face à une série de défis et missions connexes spécifiques.

Pour le patient, l'infirmier/ère est le prestataire de soins avec lequel il entretient de nombreux contacts, et fait dès lors en toute logique office à ses yeux de personne chez qui il peut à tout moment de la journée s'adresser pour toutes sortes de choses, telles que des explications, un soutien, mais aussi des questions et/ou attentes par rapport au(x) médecin(s) hospitalier(s) traitant(s) ou à des tiers.

Afin que le patient puisse bénéficier de soins pluridisciplinaires intégrés, la mission du staff infirmier consiste, dans une large mesure, à en assurer la coordination, en étroite collaboration avec le médecin hospitalier traitant. Ils collaborent dès lors de manière intensive avec les autres disciplines de soins et les services de soutien, tant au sein de l'hôpital qu'à l'extérieur.

La continuité de l'offre en soins infirmiers, la nuit comme le jour, implique une répartition des soins individuels entre plusieurs infirmiers qui se relaient. Cette continuité des soins requiert par conséquent une bonne collaboration et une circulation rapide de l'information entre les composantes de l'équipe infirmière.

Travailler avec des personnes - la plupart du temps malade et fragile - engendre dans le chef de l'infirmier/ère une grande responsabilité, qu'il/elle doit assumer. Ses observations, ses décisions et la communication avec le médecin hospitalier responsable peuvent s'avérer vitales pour le patient. Le personnel infirmier est de plus en plus souvent confronté à des problèmes d'ordre éthique. L'important turnover au niveau des patients, la technicité croissante et des soins de plus en plus complexes font augmenter le risque d'erreurs. L'infirmier/ère est présent(e) jour et nuit, et est à partir de là rendu(e) responsable de la surveillance en continu des patients dans son unité. Dans une société où les attentes en matière de qualité et de sécurité des soins ne cessent de croître, il est clair que la responsabilité qui incombe à l'infirmier/ère ira encore en s'amplifiant.

Afin d'aider les membres du staff infirmier à mener à bien leur mission globale à l'égard des patients, une bonne organisation et une direction infirmière compétente sont indispensables. Pour pouvoir répondre aux phénomènes de complexité et technicité en hausse, un rôle important a été dévolu aux référents infirmiers et spécialistes de soins infirmiers. Du point de vue prospectif, une spécialisation du staff

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Structurering van de verpleegkundig activiteit".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Structuration de l'activité infirmière ".	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

infirmier est certainement souhaitable, voire nécessaire. Le groupe de travail tient à le faire savoir, pour bien préciser qu'au sein du staff infirmier, différentes fonctions peuvent accomplir différentes missions. Le groupe de travail n'a toutefois pas l'intention d'en arriver au point de déterminer les fonctions dont l'hôpital peut / doit disposer et leur rôle ou mission spécifique.

C.2. Relations fonctionnelles

Les membres du staff infirmier sont dirigés soit par un(e) infirmier/ère en chef, soit par un(e) infirmier/ère chef de service.

En ce qui concerne aussi bien les structures hiérarchiques que la collaboration entre les divers prestataires de soins, il importe que chacun(e) dans l'hôpital sache avec précision qui est responsable et compétent pour quoi. La collaboration pluridisciplinaire peut et doit être encouragée, mais ne peut en aucun cas semer le flou quant aux rôles attribués ni reporter la responsabilité sur les personnes en charge de la coordination des soins.

D. Chef du département infirmier

Le CNAI propose que dans le projet d'arrêté royal, le titre de « chef du département infirmier » soit remplacé par « directeur-infirmier » en français et « verpleegkundig-directeur » en néerlandais.

Le CNAI propose également d'inclure dans le projet d'AR un niveau de formation minimum en ce qui concerne la fonction de « directeur-infirmier » :

- Niveau de formation minimum :
Bachelier en art infirmier avec formation universitaire complémentaire et formation permanente obligatoire.
- Celui qui exerce la fonction de « directeur-infirmier » à la date d'entrée en vigueur et qui n'ont pas suivi une formation complémentaire universitaire reçoit le bénéfice des droits acquis.

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Structurering van de verpleegkundig activiteit".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Structuration de l'activité infirmière ".	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

Remarque de forme concernant le projet d'AR

Art. 2.

Le texte

« Le chef du département infirmier dépend hiérarchiquement directement du directeur, comme prévu dans l'organigramme de l'hôpital. »

doit être remplacé comme suit :

« Le directeur-infirmier dépend hiérarchiquement directement du directeur général, comme prévu dans l'organigramme de l'hôpital. »

POINT 2 DE LA DEMANDE D'AVIS :

La deuxième partie de la demande d'avis comprend deux questions. Avant de répondre à la première, nous citons un extrait des articles susmentionnés et provenant de la loi sur les hôpitaux :

Art. 17bis. *« L'activité infirmière doit être structurée dans chaque hôpital.*

Chaque hôpital comprend :

- 1° un chef du département infirmier, (...)*
- 2° les infirmiers chefs de service (...)*
- 3° un cadre infirmier comprenant tous les infirmiers en chef, assisté, le cas échéant, des infirmiers en chef adjoints. (...)*
- 4° un staff infirmier comprenant tous les infirmiers hospitaliers et le personnel soignant. »*

Art. 8. *« Pour l'application de la présente loi coordonnée : (...)*

(...) 7° il faut entendre par personnel soignant : l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans l'arrêté royal n° 78 précité du 10 novembre 1967, et qui assistent le personnel infirmier pour soigner les patients ;

8° il faut entendre par aide soignant : l'aide soignant visé à l'article 21sexiesdecies de l'arrêté royal n° 78 précité du 10 novembre 1967 et attaché à l'hôpital. »

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Structurering van de verpleegkundig activiteit".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Structuration de l'activité infirmière ".	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

1. Remplacement de la notion de « personnel soignant » par celle de « l'aide soignant »

Des dispositions de l'article 8, 7° et 8°, nous pouvons déduire que la loi sur les hôpitaux considère manifestement le personnel soignant et l'aide soignant comme deux groupes différents. Il nous faut néanmoins souligner le fait que l'utilisation du mot « soignant », que ce soit dans la notion de personnel soignant ou d'aide soignant, peut prêter à confusion.

Ce n'est qu'en 2002 que le concept d'aide soignant a été inséré dans la législation sur les hôpitaux. Selon le groupe de travail, jusque-là, on entendait par personnel soignant non pas une fonction mais un éventail de fonctions, en appui de l'infirmier. Concrètement, outre le personnel chargé pour l'essentiel de l'activité soignante conformément à l'AR fixant les modalités d'enregistrement comme aide soignant et récemment signé par le Roi, on songe ici aussi aux assistants logistiques, aux secrétaires, au personnel responsable du transport des patients, etc.

Si l'on remplace la notion de personnel soignant par celle d'aide soignant - comme suggéré dans la demande d'avis -, certaines fonctions susmentionnées sortiraient du champ d'application de la loi sur les hôpitaux, ce que nous devons éviter. D'un autre côté, le maintien de l'expression « personnel soignant » n'est pas indiqué, vu la confusion avec le terme d'aide soignant. C'est pourquoi le Conseil national de l'Art infirmier conseille de remplacer les mots « personnel soignant » par « personnel de soutien de soins indirects aux patients ».

Le CNAI propose de reformuler l'article 17bis, 4° comme suit :

« un staff infirmier comprenant tous les infirmiers hospitaliers, l'ensemble des aides soignants et le personnel de soutien de soins indirects aux patients. »

Le CNAI signale que pour être complet, il convient également d'y adjoindre les sages-femmes.

Concernant l'article 8, 7°, le CNAI propose la modification suivante :

« il faut entendre par personnel de soutien: l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans l'arrêté royal n° 78 précité du 10 novembre 1967, et qui assistent le personnel infirmier. »

L'article 8, 8° qui définit l'aide soignant peut être maintenu dans son intégralité.

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Structurering van de verpleegkundig activiteit".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Structuration de l'activité infirmière ".	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

2. Cadre normatif du personnel infirmier

- En hôpital général, par unité de soins de 30 lits, 14 membres de personnel sont financés, ce qui équivaut à 0,47 par lit. 80% doivent être praticien infirmier, soit 11 unités de personnel. Les 3 autres sont des soignants.
- De ces 11 unités, l'infirmier/ère en chef ne peut pas participer aux soins. Des 10 infirmiers/ères restant(e)s, 6 sont nécessaires pour assurer une permanence 24 h sur 24. Il reste donc 4 praticiens infirmiers, ce qui signifie qu'à chaque jour calendrier, à peine deux infirmiers/ères et deux soignants sont disponibles pour assurer le traitement et les soins de 30 patients.
- Nombre de soignants ont dans le passé fait appel à l'article 54bis, de sorte qu'ils réalisent de nombreuses activités de soins infirmiers de manière autonome, donnant ainsi l'impression erronée que les soignants sont utiles à l'unité de soins. Ce groupe disparaîtra progressivement au cours des 10 prochaines années et devra être remplacé par des praticiens infirmiers.
- Si l'extension de personnel prévue se limite au seul recrutement d'aides soignants et que les soignants « 54bis » perdus sont également remplacés par des aides-soignants, un grave problème se posera quant à la qualité des traitements et soins prodigués.
- Des hôpitaux universitaires ont mené une étude restreinte sur le recours aux aides soignants dans le cadre de la différenciation de fonction. Simplement généraliser les résultats de cette étude à l'ensemble des hôpitaux généraux est impossible. Un hôpital universitaire dispose de 0,66 unités de personnel par lit universitaire agréé. Une unité de soins de 30 lits peut faire appel à un personnel composé de 20 personnes, dont trois en tant qu'aide soignant. Si l'on retire l'infirmier/ère en chef et les 6 en charge de la permanence, 10 infirmiers/ères restent disponibles. Cela signifie que pour chaque jour calendrier, 5 praticiens infirmiers et 2 aides soignants peuvent être mobilisés en vue de dispenser traitements et soins.
- L'aide soignant peut être employé utilement en hôpital général, pour autant que les 14 membres de personnel prévu pour 30 lits soient tous des praticiens infirmiers et que l'infirmier/ère en chef ne soit pas comptabilisée dans la norme de base. En d'autres termes, les aides soignants viennent s'ajouter à la norme de financement. Nous obtenons dans ce cas la composition suivante : 1 infirmier/ère en chef + 6 infirmiers/ères de permanence + 7 infirmiers/ères + 3 aides soignants. Cela signifie que pour chaque jour calendrier, 3,5 infirmiers/ères et 2 aides soignants seraient disponibles pour assurer traitements et soins des patients.

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Structurering van de verpleegkundig activiteit".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Structuration de l'activité infirmière ".	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

- Concernant la permanence de nuit, nous considérons qu'il convient de prévoir 1 ETP supplémentaire par unité de 30 lits.

POINTS 3 et 4 DE LA DEMANDE D'AVIS :

En réponse à ces points, le CNAI renvoie à son avis du 1^{er} octobre 2002 concernant le projet d'arrêté royal relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux (C.N.A.I./2002/AVIS-4).

Si l'Autorité fédérale veut agir en faveur de l'art infirmier et du monde hospitalier, elle doit faire en sorte que son action représente une plus-value vis-à-vis de ce qui a déjà été réalisé, en concertation avec le secteur et les Communautés, le tout en tenant compte des tendances actuelles et prospectives dans le domaine des soins de santé, à savoir :

Au niveau interne (hôpital) : agrément et financement des structures et fonctions qui aujourd'hui existent par la seule bonne volonté des hôpitaux (instances pluridisciplinaires de qualité, coordinateur qualité,...).

Au niveau externe (fédéral) : intégration de l'art infirmier au sein des pouvoirs existants, pour un examen en commun de la qualité des soins aux patients et des améliorations spécifiques dans la pratique.

- Passer des collèges médicaux par discipline à des collèges en charge de la qualité des soins prodigués aux patients (également par discipline).
- Des infirmiers doivent être admis dans le conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

L'article 17quater impose une évaluation qualitative de l'activité infirmière tant interne qu'externe. Etant donné que rien ne peut être amélioré sans avoir été préalablement évalué il faut clairement soutenir les hôpitaux dans cette démarche en leur donnant des pistes de ce qu'ils pourraient évaluer et comment le faire, et leur en accorder les moyens. Un budget est donc nécessaire.

L'article 17quinquies précise que tous les praticiens infirmiers de l'institution doivent être partis prenante dans l'exécution des articles 17ter (participation à gestion hospitalière) et 17 quater (évaluation qualitative) : tous les hôpitaux n'ont pas encore intégré ce principe.

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : “Structurering van de verpleegkundig activiteit”.		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : “Structuration de l'activité infirmière ”.	
N.R.V./2006/ONTWERP VAN ADVIES	20/06/2006	C.N.A.I./2006/PROJET D'AVIS	

La qualité de l'activité infirmière doit être évaluée et améliorée par les infirmières (peer review) et toutes doivent pouvoir y participer. Cette évaluation et amélioration de la qualité doivent s'intégrer dans une démarche pluridisciplinaire avec les représentants des autres disciplines.

Dans la pratique hospitalière, l'infirmier doit bénéficier de la collaboration du médecin. Dans le cadre des programmes de soins / itinéraires cliniques, une évaluation concertée s'impose si l'on veut réaliser des améliorations.

Annexes :

1. Projet d'AR portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef - *Version du 28/03/2006.*
2. Projet d'AR portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier chef de service - *Version du 28/03/2006.*
3. Projet d'AR portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de chef du département infirmier - *Version du 27/03/2006.*
4. Avis du 1^{er} octobre 2002 du Conseil national de l'Art infirmier concernant le projet d'arrêté royal relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux (*C.N.A.I./2002/AVIS-4*).