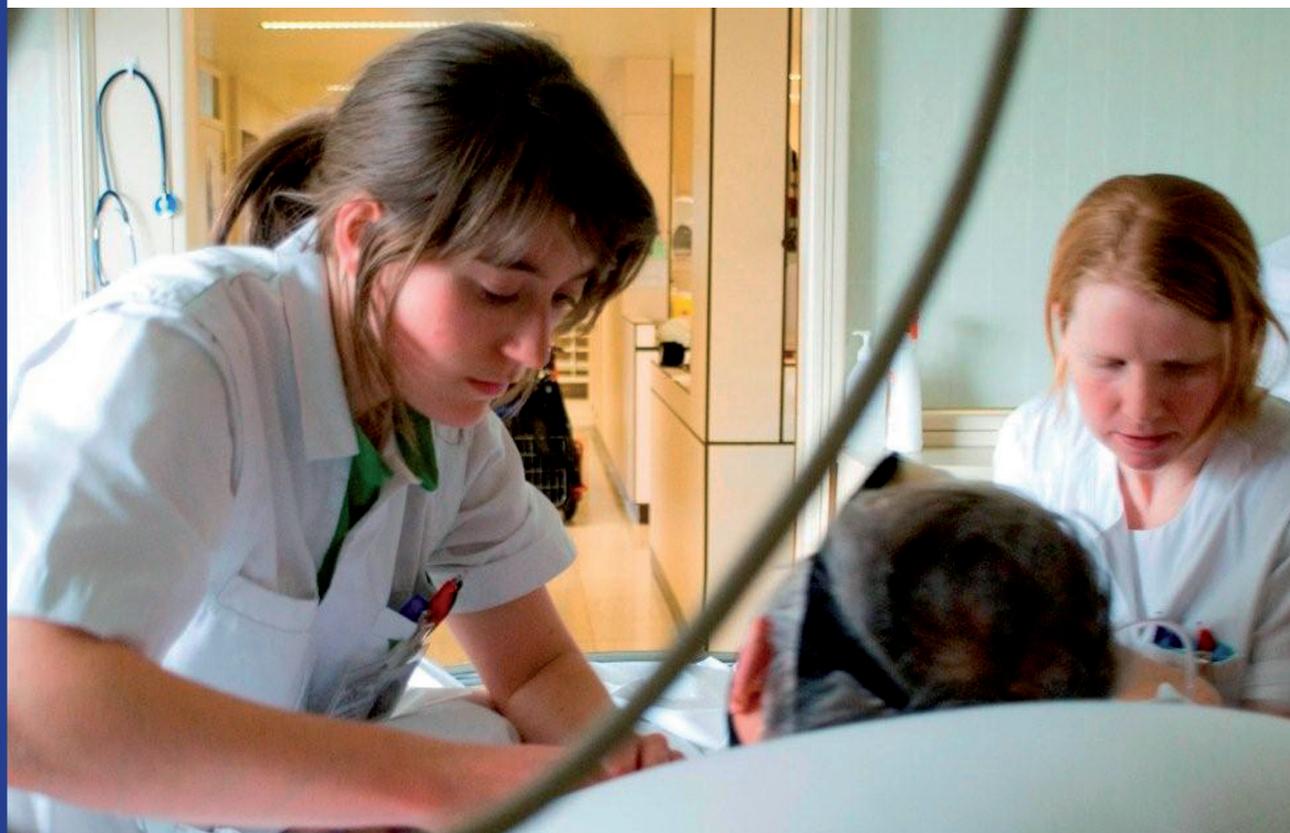


Avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins



**Avis relatif à la problématique
des praticiens infirmiers
dans les établissements de soins**

**Au nom du président,
M. Peter Degadt**

**Le secrétaire,
C. Decoster**

Avis du 11 juin 2009 du Conseil national des Etablissements hospitaliers relatif à la problématique des praticiens infirmiers dans les établissements de soins

Avant-propos

La ministre Onkelinx a présenté au printemps 2009 son Plan pluriannuel pour améliorer l'attractivité de la profession infirmière. Dans ce contexte, le Conseil national des Établissements hospitaliers a émis d'initiative un avis sur l'avenir de la profession infirmière et des problèmes auxquels cette profession est confrontée.

Il ne s'agit pas ici d'une matière dite 'technique', mais d'un problème auquel sont associés de nombreux acteurs et types d'équipements. La profession infirmière est une composante indispensable d'une dispensation de soins de qualité aux patients et aux clients. Les différentes parties concernées dans le secteur des soins de santé ont tout intérêt à ce que nous puissions disposer à l'avenir d'infirmiers en nombre suffisant, ayant bénéficié d'une bonne formation.

Pour donner suite à cette demande d'avis, le Conseil national a mis en place un groupe de travail placé sous la présidence de Frieda Ghekiere et dont faisaient également partie les membres suivants: Baeyens J-P.; Colardyn F.; De Boeck T.; Dejace A.; Devos D.; Froyens J.; Godin J-N.; Heuschen W.; Hotterbeex A.; Moors K.; Fontaine C.; Rosseel L.; Sermeus W.;. Comme le mentionne aussi l'introduction, un grand nombre d'experts de terrain ont été entendus, entre autres : Claessens W.; Pauwels J.; Lagae R.; Lothaire Th.; Meyers L.; Noel N.; Pacolet J.; Peeters G.; Stordeur S.; Van de Woestyne L.; Theunis K.. L'avis a été soumis à la section Programmation et Agrément qui l'a approuvé à l'unanimité et l'a accueilli avec grand enthousiasme.

En formulant cet avis, le Conseil national espère apporter une contribution à l'impulsion donnée par différentes instances dans le but de générer une prise de conscience sociétale et de renforcer l'image de marque positive de la profession infirmière. La profession doit pouvoir compter sur une grande estime sociale. C'est la seule manière d'offrir de réelles garanties d'une dispensation de soins de qualité, également à l'avenir.

Le Conseil national tient aussi à remercier plus particulièrement toutes celles et tous ceux qui ont contribué à la constitution de ce dossier. Il lance un appel à toutes les parties concernées pour qu'elles appuient et exécutent l'avis, chacune sur son propre terrain d'action.

Peter Degadt
Président du CNEH

Table des Matières

Introduction	1
Esquisse du problème	3
Important besoin de praticiens infirmiers et vieillissement imminent	3
Evolution de la demande de soins face à des normes d'encadrement restées stables.....	4
Concept de soi professionnel des infirmiers.....	5
Obstacles et défis	5
Avis	9
Un profil professionnel clair	9
Formation.....	11
Exercice Professionnel.....	13
Différenciation de fonctions.....	14
Infirmiers en chef.....	16
Organisation du travail.....	17
Conditions de travail.....	18
Recherche, pratique et formation.....	20
Leçons à tirer de l'étude ARIQ en ce qui concerne les « magnet hospitals »	21
Besoin de données concernant l'emploi et les raisons du changement.....	22
Promotion de la profession infirmière	22
Conclusion	25

Introduction

La profession infirmière est un beau métier qui représente bien plus que la somme des actes infirmiers. La profession se caractérise par une grande diversité : technologie de pointe dans les soins, contacts humains approfondis, patients jeunes et plus âgés, travail de jour ou de nuit, temps plein ou temps partiel, développement poussé sur le plan clinique ou management de ligne, soins chroniques ou soins aigus et de courte durée, à domicile ou dans un établissement, soins de santé somatique, communautaire ou mentale, etc.

Les infirmiers ont une lourde responsabilité et constituent un maillon essentiel dans le cadre des soins aux patients. La force de l'art infirmier, c'est l'alliance entre la connaissance et l'intelligence, d'une part, et l'intelligence émotionnelle d'autre part, combinée à une pratique non bureaucratique mais professionnelle, qui évolue en permanence, qui doit être étayée scientifiquement et où le contact avec le patient est déterminant¹.

Ces aspects positifs de la profession infirmière sont malheureusement beaucoup trop peu connus. L'art infirmier a en effet un problème d'image, qui n'a pas échappé non plus à la ministre de la Santé publique. Dans son plan pluriannuel en faveur de l'attractivité de la profession infirmière, la ministre Onkelinx projette toute une série de mesures pour accroître l'attrait de la profession infirmière².

Mais les problèmes auxquels la profession infirmière est confrontée vont au-delà d'un simple problème d'image. En effet, il y a déjà quelque temps que la profession rencontre un certain nombre d'autres difficultés, dont certaines sont, entre autres, à l'origine de ce problème d'image ou l'ont aggravé, tandis que d'autres difficultés en résultent. C'est pourquoi il est positif que le plan pluriannuel de la ministre comporte plusieurs domaines d'action.

Mais il y a également d'autres évolutions, comme l'intérêt croissant des instances européennes pour la qualité et la sécurité du patient, ainsi que l'intensité et la complexité accrues des soins qui, par ailleurs, s'intensifieront encore et qui font croître la demande d'infirmiers spécialistes en suffisance.

La problématique est donc complexe et l'art infirmier fait face à de très grands défis. Les changements demandent du temps, et nous ne disposons pas de beaucoup de temps pour répondre aux besoins qui ont eux aussi évolués, bien au contraire.

C'est pourquoi le Conseil national des établissements hospitaliers a pris l'initiative de créer un groupe de travail, qui devaient tout d'abord identifier la problématiques des infirmiers dans les établissements de soins et qui devait soumettre un avis concernant une large approche.

1 Sermeus W., Schoukens P., Holtzer L., Moons P., Peeters G., Peeters M., Van den Heede K., Van Gorp L., «Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde», Compte rendu de la formation à Gand les 6 et 7 mars 2009, CZV, KULeuven

2 Onkelinx L., L'Attractivité de la profession infirmière. Plan pluriannuel, août 2008

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises entre fin octobre 2008 et avril 2009.

Différents experts, et notamment des représentants issus du Centre fédéral d'expertise et des universités, un expert dans le domaine de l'enseignement de l'art infirmier et plusieurs directeurs infirmiers d'établissements de soins ont été impliqués dans les discussions. A l'occasion de plusieurs rencontres, les participants ont approfondi les sujets suivants :

M. T. Lothaire a fourni des explications sur les nouvelles normes européennes relatives à l'agrément du diplôme d'infirmier, le Pr W. Sermeus a abordé les arguments qui ont donné lieu, en Californie et en Australie, à l'utilisation de normes de sécurité du patient en ce qui concerne l'encadrement infirmier, le Pr J. Pacolet a présenté sa dernière étude sur les ressources humaines et Mme K. Theunis a fourni des explications sur le fonctionnement de l'IF-IC et sur la proposition de système de classification de fonctions.

L'aperçu de la situation ci-après, qui représente la vaste problématique de la profession infirmière, de même que l'avis, qui propose toute une série de mesures, ont trait aux différents établissements de soins où travaillent des infirmiers. En d'autres termes, ils s'appliquent tant aux hôpitaux généraux qu'aux hôpitaux psychiatriques et aux maisons de repos et de soins, et ils valent même, dans les grandes lignes, pour le secteur des soins à domicile.

Esquisse du problème

Important besoin de praticiens infirmiers et vieillissement imminent

La question de savoir quel est le problème le plus préoccupant en ce qui concerne les infirmiers dans les établissements de soins n'appelle qu'une seule réponse: il s'agit indéniablement de la pénurie constante de praticiens infirmiers sur le marché de l'emploi, quoique les différences régionales soient parfois importantes.

Cette pénurie est en grande partie liée à la difficulté d'amener des gens à embrasser la profession infirmière et à garder les praticiens infirmiers dans la profession.

Déjà maintenant, des lits doivent être fermés provisoirement à certains endroits par manque de praticiens infirmiers.

Les conséquences de cette évolution démographique vont encore aggraver le problème. Le secteur des soins ressentira les effets du vieillissement de la population de diverses manières. D'une part, il faudra tenir compte de la possibilité d'une augmentation de la demande de soins sous l'effet du nombre croissant de personnes âgées nécessitant des soins. Par ailleurs, on connaît depuis de nombreuses années déjà une augmentation générale de la consommation de soins, quel que soit l'âge. Enfin, il y a également ce que Pacolet et al. 3 appellent "l'effet générationnel", qui signifie que les personnes âgées consomment à l'heure actuelle davantage de soins que la génération précédente. La différence va par conséquent s'accroître à mesure que les générations, qui ont l'habitude de consommer davantage de soins, vont vieillir. A cela vient s'ajouter une diminution de la population active. Même si la profession infirmière avait un taux d'attractivité stable, le nombre de jeunes choisissant de suivre une formation d'infirmier diminuera, du simple fait de la diminution du nombre de jeunes de 18 ans.

D'autre part, le vieillissement touche également le personnel. Il arrivera donc un moment où un nombre relativement important de praticiens infirmiers prendra sa pension et devra être remplacé. C'est surtout à partir de 2015 que ce phénomène se fera fortement sentir.

La principale préoccupation des responsables consiste donc en une crainte de ne pas trouver de candidats pour occuper les postes vacants et donc de ne pas pouvoir maintenir la qualité des soins.

Evolution de la demande de soins face à des normes d'encadrement restées stables

Les besoins en termes de soins vont donc augmenter, comme conséquence du nombre croissant de personnes très âgées mais aussi de l'évolution médico-technique, qui fait que la nature, la complexité et l'intensité des soins infirmiers se modifient également.

Pour couronner le tout, l'augmentation d'ores et déjà constante de l'intensité et de la complexité des soins se heurte à des moyens et normes d'encadrement qui n'ont pas connu une croissance du même ordre. Ce fossé entre les attentes et les moyens a déjà été mis en lumière dans des avis formulés précédemment par le CNEH^{3 4}.

L'encadrement infirmier dans les services C et D est resté quasiment inchangé depuis 40 ans et ne répond plus, depuis longtemps, aux normes de qualité et de sécurité. Les normes relatives aux services G sont également absolument insuffisantes.

Ces normes n'ont été adaptées ni sur le plan quantitatif, ni sur le plan de la qualification, à la complexité des soins. Elles sont également en décalage par rapport aux exigences plus sévères du demandeur de soins en matière de qualité.

Le faible encadrement dans ces unités de soins ne permet pas d'attribuer aux infirmiers avec une formation de base inégale (Masters, bacheliers versus infirmiers diplômés) des missions et compétences spécifiques. En raison du caractère impératif de la continuité des soins, cet objectif est en effet peu réaliste. Ce sont ces mêmes raisons qui ont amené le CNEH à recommander dans son avis de 2006 que les aides soignants ne peuvent constituer qu'un complément de l'encadrement infirmier déjà présent. Travailler avec des aides soignants requiert en outre des praticiens infirmiers de très haute qualité. Une utilisation efficiente des infirmiers et aides-soignants nécessite un dosage équilibré d'une variété de qualifications et de compétences. Le travail avec des aides-soignants exige en outre un encadrement solide, qui apporte un grand soin à la qualité de la définition de fonction, à la clarté du profil de compétences et à une délimitation précise du rôle et des compétences de chacun. Les infirmiers doivent être valablement préparés à la délégation de tâches aux aides-soignants dans l'organisation de leur travail, en assumant la responsabilité de cette délégation.

3 Premier avis portant sur l'assouplissement des normes, 9 septembre 2004

4 Avis portant sur la partie 2 de la demande d'avis concernant l'exécution des articles 17bis à 17sexies et de l'article 8, 7° et 8°, 13 juillet 2006

Concept de soi professionnel des infirmiers

L'étude Belimage⁵ révèle que la majorité des infirmiers (87%) sont fiers de leur profession. Néanmoins, selon cette étude, 55% ne conseilleraient pas la profession à d'autres, 54% ne continueraient pas à travailler comme infirmier jusqu'à la fin de leur carrière et 39% n'opteraient pas de nouveau pour cette formation. C'est pourquoi il convient d'être attentif aux aspects qui ont un impact négatif sur l'attractivité de la profession et aux éléments que les infirmiers ressentent comme des obstacles. Il est effectivement essentiel qu'un nombre suffisant de jeunes optent pour la profession infirmière et que les infirmiers continuent à exercer leur profession et se montrent positifs à cet égard.

Les tensions dans le contexte des soins de santé au sein duquel les professionnels doivent prodiguer leurs soins jouent un grand rôle à cet égard. En résumé, les facteurs dont l'impact est déterminant sont à classer dans les quatre domaines suivants. Un premier domaine a trait au management, à savoir la transmission d'information depuis la direction et le soutien résultant de la politique infirmière. Un deuxième domaine de tension important concerne le manque de services de support permettant de consacrer suffisamment de temps aux patients. Le troisième domaine porte sur l'autonomie des infirmiers. On estime très important de pouvoir prendre des décisions en toute autonomie au niveau des soins, mais bon nombre se voient refuser cette liberté. Le quatrième domaine de tension est la relation avec les autres disciplines : il s'agit en particulier d'un manque de respect de la part des kinésithérapeutes, des logopèdes et des psychologues et du constat que les médecins ne reconnaissent pas, ou peu, l'utilité des interventions infirmières. Outre ces quatre domaines, relevant du contexte des soins de santé, la perception que la société a de la profession joue aussi un grand rôle. Les praticiens infirmiers sont gênés par le fait que la société n'a pas une image correcte de leur travail.

Obstacles et défis

Un large éventail d'obstacles est donc lié aux conditions de travail et au manque de considération pour la profession.

Un problème essentiel, clairement mis en exergue par l'étude Belimage, mais aussi fréquemment cité par les infirmiers, est la tension qu'ils ressentent parce qu'ils ne sont pas en mesure de donner aux patients tous les soins et toute l'attention qu'ils voudraient leur offrir. Telle est la conséquence directe du manque de cohérence entre les besoins croissants en soins et l'encadrement et/ou du manque de services de support adéquats. Cela amène des praticiens infirmiers motivés et extrêmement compétents à abandonner la profession, ce qui ne fait qu'aggraver encore la pénurie déjà présente.

5 Milisen K. et al, Rapport Belimage : La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers; Projet réalisé à la demande du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 2001-2003

Les infirmiers sont en attente d'une informatisation accélérée et parfois aussi de matériel suffisant et/ou mieux adapté. Sur le plan du matériel, des progrès ont déjà été enregistrés au sein des hôpitaux. Ces efforts devraient se généraliser à tous les établissements de soins.

Outre la mission infirmière en tant que telle, les infirmiers doivent aussi s'acquitter de plusieurs autres tâches : tâches logistiques, tâches administratives et certaines tâches de soins pouvant leur être déléguées. Si les besoins en soins ont certes augmenté, la charge administrative, elle aussi, s'est fortement alourdie également. Pour ce qui est des tâches logistiques, les infirmiers bénéficient déjà d'un soutien mais l'encadrement prévu dans ce contexte ne suffit pas, en ce sens que des assistants logistiques ne sont pas présents à tout moment du jour ou de la nuit, ce qui fait que les infirmiers doivent toujours prendre en charge un certain nombre de tâches logistiques. On constate aussi que les services de support sont parfois trop peu axés sur leur vocation à faciliter la mission fondamentale de l'établissement de soins et qu'ils attendent même du personnel infirmier qu'il adapte l'organisation de ses soins en fonction de leur prestation de services.

Mais de grandes améliorations sont encore possibles au niveau de l'efficacité de divers processus. Il faut assurément tenter de faire quelque chose pour réduire la forte charge administrative et il faut oser remettre en question la pertinence d'un certain nombre de prescriptions et d'actes, et donc aussi d'habitudes infirmières.

De même, aucun financement n'est prévu jusqu'à présent pour des initiatives relatives à la différenciation des fonctions et à la mise en place d'une échelle clinique, dans le contexte de laquelle des rôles spécifiques peuvent être attribués aux infirmiers sur la base de l'expérience et de la formation complémentaire suivie.

Les infirmiers regrettent le manque d'autonomie dans l'exercice de leur profession. Il existe pourtant une latitude de décision qui permet une certaine autonomie d'action mais qui est insuffisamment exploitée. Cela s'explique, en partie, par le fait que le style de leadership des responsables dans les établissements de soins n'a pas toujours suivi l'évolution des pratiques du management. Mais aussi et fortement par le fait que les infirmiers subissent les conséquences, dans leur travail, de l'organisation de la médecine ciblée sur les performances et de l'attention croissante accordée à la productivité par le management hospitalier et les autorités compétentes.

Les infirmiers ont souvent l'impression que leur travail n'est pas apprécié à sa juste valeur par les médecins et par les représentants des autres disciplines. En pratique, on constate que la collaboration multidisciplinaire au sein des services des hôpitaux généraux n'en est, en effet, encore qu'à ses débuts. Là où la collaboration multidisciplinaire est (devenue) une évidence, la motivation professionnelle de l'ensemble des membres de l'équipe est renforcée et les soins sont de meilleure qualité.

Il est exact que l'identité professionnelle et le rôle spécifique des infirmiers sont méconnus dans la société.

Les infirmiers n'ont pas réussi à se profiler dans la même mesure que d'autres professions des soins de santé. La professionnalisation de l'activité infirmière a été freinée par l'impossibilité de déployer une différenciation des fonctions.

L'importance de la rémunération contribue également à l'image de marque d'une profession. Dans le grand public règne toujours l'idée selon laquelle les infirmiers sont mal payés.

Même si un mouvement de rattrapage a eu lieu et même si des mesures ont été prises, ce qui a eu pour conséquence que les infirmiers restent plus longtemps dans la profession et qu'il est plus aisé de combiner travail et famille, les indemnités pour le travail de nuit et de week-end restent peu élevées. Ajoutons que la mission infirmière s'exerce 24h/24 alors que la vision des jeunes sur le travail par rapport aux loisirs a changé.

Une autre conséquence de l'évolution de la vision du travail fait en sorte qu'il est de plus en plus difficile de trouver de bons infirmiers dirigeants. Surtout pour la fonction d'infirmier en chef, où il n'y a que peu, voire pas du tout de candidats. En effet, non seulement la rémunération n'est pas du tout proportionnelle aux attentes élevées liées à cette fonction mais, en outre, les praticiens peuvent assumer dans une trop faible mesure leur rôle d'infirmier en chef et sont trop peu préparés aux tâches qu'implique leur fonction.

Pour être attractif en tant qu'employeur et trouver ainsi plus facilement des candidats aux emplois vacants et parvenir à les fidéliser, les établissements de soins accordent différents types d'avantages extra-légaux. Cette mesure n'a toutefois qu'un effet temporaire parce que les autres établissements, contraints de rester concurrentiels, en arrivent à accorder les mêmes avantages ou des avantages similaires. Ces avantages sont acquis certes, mais ils mettent davantage encore sous pression les moyens budgétaires des hôpitaux. La conséquence indirecte est que d'autres revendications, comme un meilleur encadrement, deviennent moins négociables.

Les avantages extralégaux ne constituent, certes, qu'un aspect de l'attractivité de l'établissement de soins en tant qu'employeur. Les employeurs disposent encore de connaissances insuffisantes en ce qui concerne les autres éléments qui contribuent à cette attractivité.

Un problème qui se pose aussi avec une acuité accrue est celui qu'un plus grand nombre d'étudiants provenant de niveaux de formation moins élevés choisissent une formation infirmière que ce n'était le cas par le passé. Après l'enseignement secondaire général, de plus en plus de jeunes optent pour des formations universitaires. Un phénomène du même ordre se manifeste pour les formations du quatrième degré, que choisissaient auparavant davantage d'étudiants ayant suivi l'enseignement secondaire technique.

 **Esquisse du problème**

Plusieurs études, principalement réalisées aux Etats-Unis et récemment également en Belgique⁶, ont démontré que la sécurité du patient est meilleure dans les services où les infirmiers prennent en charge moins de patients. Mais un nombre croissant d'études ont montré que le niveau de formation du groupe professionnel des infirmiers et la qualité de l'environnement de travail des infirmiers ont également un grand impact sur la sécurité du patient⁷. En Europe, la tendance est à l'augmentation de la qualification pour la formation de bachelier et de master.

On ne peut nier qu'en Belgique, la formation n'a pas suffisamment évolué avec les besoins et attentes, mais cela aussi peut se comprendre. Car il faut d'abord déterminer une vision du résultat que l'on veut atteindre avant de pouvoir moduler la formation en conséquence et intégrer les possibilités de différenciation requises.

Enfin, il n'y a pas non plus de plan global pour ce qui est des formations complémentaires et continues. Par ailleurs, un financement adéquat de ces formations complémentaires et de la formation continue est réclamé depuis longtemps déjà.

6 Van den Heede K. et al., "The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data". International Journal of Nursing Studies, février 2009

7 Aiken L et al., effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. Journal of Nursing Administration, mai 2008

Avis

Compte tenu de la complexité de la problématique de la pénurie d'infirmiers spécialistes dans les établissements de soins et, en conséquence, de la difficulté de pallier ladite pénurie, plusieurs actions devront être menées. Une vision doit être définie, tout comme des objectifs clairs qui devront pouvoir être réalisés au moyen d'une stratégie bien conçue.

Il faudra agir dans plusieurs domaines. Une tâche essentielle est impartie tant aux pouvoirs publics qu'aux responsables des établissements de soins et d'enseignement. Dans ce contexte, il est essentiel que chacun assume le rôle qui est le sien et prenne ses responsabilités.

Il est recommandé de partir d'une approche en plusieurs phases, partant d'un objectif et d'une stratégie à long terme et constituée d'une série de plans pluriannuels consécutifs, en fonction des objectifs à court et à moyen terme.

Pour le Conseil national des établissements hospitaliers, l'objectif principal consistera à permettre aux établissements de soins de disposer en suffisance de praticiens infirmiers compétents afin de proposer des soins de qualité, qui répondent aux besoins de soins des patients.

Toutes les mesures proposées dans le présent avis devraient y contribuer directement ou indirectement. Elles concernent tous les établissements de soins ressortissant à la compétence du Conseil, c'est-à-dire tous les hôpitaux, hôpitaux généraux, catégoriels et psychiatriques, y compris les hôpitaux universitaires, ainsi que les maisons de repos et de soins.

Mais, pour pouvoir faire les choix stratégiques corrects, certaines informations cruciales font parfois encore défaut. Il faudra donc, de préférence, lancer dès que possible une recherche ciblée permettant de combler ce manque de données. De toute évidence, il faudra tout d'abord vérifier quelles informations sont déjà disponibles et quel est leur niveau de fiabilité. Les recherches menées et l'expérience acquise dans d'autres pays sont certainement très intéressantes, même si la prudence est de mise lorsqu'il s'agit d'extrapoler au départ des conclusions de ces recherches et de les appliquer à la situation belge.

Un profil professionnel clair

Il est urgent de doter la profession infirmière d'une identité propre. Il est capital de parvenir à une caractérisation claire, de manière à pouvoir donner également un message clair à la société sur ce qu'implique et ce que n'implique pas la profession infirmière.

En principe, la description du profil professionnel de tous les praticiens dont traite l'AR n°78 fait partie des tâches et relève des compétences de l'Autorité fédérale. Il faut donc décrire clairement ce qu'est un infirmier, ce qu'il peut ou ne peut pas faire et ce qu'il doit ou ne doit pas pouvoir faire. C'est sans doute le bon moment pour poursuivre l'élaboration du profil professionnel et ce, tant pour les infirmiers que pour les aides-soignants.

La définition des compétences requises, sur la base du profil professionnel, fait partie des tâches et relève des compétences des Communautés.

Le Conseil National de l'Art Infirmier avait déjà préparé un profil professionnel pour l'art infirmier en 1998. La ministre devrait confier à ce Conseil la tâche de mettre à jour cette proposition de profil professionnel.

Le point de départ devrait être le patient. En effet, le profil de compétences professionnelles de l'infirmier répondrait idéalement aux besoins de soins du patient dans la mesure la plus large possible.

Cet exercice de réflexion doit, par conséquent, certainement avoir lieu en concertation avec le terrain, c'est-à-dire avec les différents secteurs et pour différents contextes de soins, et il doit être entamé le plus rapidement possible.

Pour cette raison, il serait préférable également d'étudier à court terme les besoins en matière de soins des différentes populations de patients. On pourrait ensuite déduire de ces profils de soins les compétences requises chez les infirmiers.

L'objectif est de parvenir à une série commune de compétences auxquelles un infirmier «standard» doit satisfaire. Le point de départ dans ce cadre doit être le suivant : il faut que l'infirmier dispose au moins des connaissances, des compétences et de l'attitude qui sont nécessaires pour pouvoir se charger des soins au patient de manière responsable dans des situations de soins caractérisées par une grande prévisibilité.

A cet égard, il faut viser un niveau suffisamment élevé, de manière à pouvoir faire face à la complexité accrue des soins.

Dès que les résultats de recherche en la matière seront connus, le profil de compétences professionnelles pourra être adapté.

Et comme les besoins en soins évoluent dans le temps, il serait préférable que le profil professionnel et l'établissement des compétences requises soient revus après un certain temps.

Outre les infirmiers, il faut également décrire les compétences requises pour les aides-soignants et les assistants en logistique.

Il n'est absolument pas indiqué de créer des niveaux intermédiaires, que ce soit entre les assistants en logistique et les aides-soignants ou entre les aides-soignants et les infirmiers.

Une telle démarche ne pourrait que susciter la confusion, alors que nous avons précisément besoin d'une caractérisation claire. Le travail en équipes composées de trop nombreux niveaux de qualification différents présentant peu de différences en ce

qui concerne leurs missions et compétences n'est pas gérable et donnera rapidement lieu à une certaine confusion et à des dépassements de compétences.

En complément de cet exercice de réflexion, il faudra décrire, au-delà des compétences infirmières de base, des compétences complémentaires, conformément à des conditions spécifiques auxquelles il faut satisfaire pour pouvoir assumer des tâches spécifiques. Nous songeons, à cet égard, tant à des fonctions dans le cadre du développement horizontal qu'à la possibilité d'occuper des postes plus élevés sur l'échelle hiérarchique.

Formation

Dès que les compétences fondamentales requises sont connues, elles doivent, dans une phase ultérieure, être traduites par les responsables de l'enseignement en compétences scolaires.

Elles doivent en outre s'inscrire dans le cadre européen des certifications EQF («European Qualifications Framework»), en ce sens que le niveau de compétence dont chaque infirmier doit au moins disposer doit satisfaire aux conditions minimales qui sont présupposées au sein de l'UE pour l'obtention du label d'échange européen.

Plusieurs voies d'enseignement sont envisageables à cet égard. Il s'agit toutefois d'une compétence communautaire.

Dans le souci de disposer d'un nombre suffisant d'infirmiers qui disposent également d'un niveau de formation suffisamment élevé, il est indiqué de prévoir plusieurs voies et intégrer des incitants pour favoriser l'apprentissage tout au long de la vie et des passerelles pour atteindre un niveau de formation plus élevé (système modulaire, passerelle). En outre, il serait également préférable de continuer à investir dans le projet 600 et de prévoir encore la possibilité d'offrir aux demandeurs d'emploi le moyen de suivre une formation d'infirmier. Pour le projet 600, il faudrait également que les titulaires d'un diplôme de bachelier ou de master dans une autre orientation, qui sont motivés pour travailler comme praticien infirmier, entrent en ligne de compte.

Le CNEH conseille même, à plus long terme, de créer une voie supplémentaire d'enseignement et notamment de prévoir la possibilité, par le biais de l'accès direct à l'enseignement universitaire, d'obtenir un master en art infirmier. Cette formation devrait toutefois être conçue de manière à ce que le diplôme obtenu prépare et donne droit à l'exercice de la profession infirmière. C'est pourquoi cette formation universitaire devra également comprendre de l'enseignement clinique (stages - conformément à la directive européenne 36/2005). L'objectif est toutefois de maintenir la formation de master qui suit la formation de bachelier, telle qu'elle existe à l'heure actuelle.

Parallèlement à la mise en place d'une telle possibilité supplémentaire d'entrée dans la profession infirmière, il faut (et c'est déjà également une nécessité pour les

masters actuels) rédiger un profil de fonction spécifique, assorti de fonctions qui s'y rapportent et financées de façon spécifique, ainsi que de réelles perspectives d'emploi. Lorsque l'on organisera ces fonctions pour les masters en art infirmier, il faudra s'occuper non seulement des fonctions dirigeantes, mais également tendre surtout vers des fonctions orientées sur la clinique, qui impliquent que l'on continue à assurer, entre autres, les soins infirmiers au chevet du patient et que l'on soit par ailleurs en partie déchargé de l'exécution de sa mission spécifique propre. De cette manière, on crée des possibilités d'accéder à des échelons supérieurs via une échelle clinique, sans que cela ait pour conséquence une perte de l'expertise dans l'équipe.

Il faut proposer cette possibilité supplémentaire d'entrer dans la profession infirmière, certainement s'il s'avère que les étudiants de l'enseignement secondaire général sont trop peu nombreux à s'orienter vers une formation en art infirmier, et ce même si des possibilités de faire progresser sa carrière sont prévues au travers de la différenciation des fonctions. Il ne faut, en effet, pas sous-estimer le prestige dont jouit une formation universitaire auprès des jeunes et surtout auprès de leurs parents.

Lors de l'élaboration des différentes voies de formation en art infirmier, il est impératif de veiller à ce que les établissements d'enseignement restent en contact étroit avec le terrain, tout comme il est indiqué qu'ils collaborent entre eux. Par collaboration mutuelle, nous n'entendons pas uniquement la concertation et la concordance entre instituts d'enseignement à un même niveau de qualification, mais aussi entre universités, hautes écoles et enseignement professionnel supérieur.

Par exemple, l'on pourrait rechercher un statut adapté pour les chargés de cours qui souhaitent acquérir ou maintenir à niveau une expérience pratique de manière permanente, ou prévoir des orateurs invités issus de la pratique, voire des chargés de cours employés dans plusieurs instituts de formation.

Il est donc absolument nécessaire d'adapter et de mettre à jour le contenu du programme de formation, en concertation avec le terrain et conformément à l'évolution du secteur des soins de santé (soins palliatifs, information et formation en matière de santé, soins infirmiers basés sur les preuves, délégation, soins de santé mentale...).

L'accueil et l'accompagnement des étudiants sont très importants, tant en raison du processus d'apprentissage qu'en ce qui concerne l'attrait de la profession. Il est essentiel de garantir un encadrement indispensable et suffisant pour l'accompagnement de stage par des infirmiers expérimentés, que ce soit dans le cadre de la formation ou sur le terrain mais aussi d'organiser les stages de manière plus réaliste, plus en phase avec la profession infirmière (ensemble de soins, nombre de patients attribués, services du soir, services de nuit, transmission orale, tour des salles, ...).

Il faut poursuivre l'amélioration de la garantie de la qualité en ce qui concerne toutes les formations infirmières en Belgique. L'un des moyens éventuels pour y arriver

est d'utiliser les normes d'accréditation européennes et de laisser les autorités régionales compétentes en matière d'enseignement vérifier dans quelle mesure on satisfait à ces normes.

Dans ce cadre, il serait également utile de vérifier, au moyen d'une étude comparative internationale – dans un contexte européen –, comment se comporte la Belgique par rapport aux autres pays en ce qui concerne les résultats d'apprentissage des étudiants en soins infirmiers, par analogie à l'étude PISA qui porte sur l'enseignement secondaire, par exemple. Une même étude comparative pourrait également être mise sur pied à l'échelon national pour vérifier dans quelle mesure les résultats d'apprentissage des étudiants en soins infirmiers sont comparables dans les différents établissements de formation belges.

Comme déjà dit précédemment, l'option choisie est d'encourager les gens de façon positive, en leur offrant différentes possibilités de se développer, afin de leur permettre d'exploiter au maximum leurs capacités intrinsèques et ainsi atteindre un niveau de formation le plus élevé possible. D'autre part, il faut pouvoir garantir un niveau minimum de qualité, afin d'offrir des soins sans danger.

Les établissements d'enseignement devraient détecter et réorienter à temps les étudiants qui s'avèrent ne pas disposer des capacités intrinsèques nécessaires ni du potentiel exigé pour atteindre ce niveau de compétence minimum.

Exercice Professionnel

Le profil professionnel doit également être reconnaissable sur le terrain, si l'on veut éviter que la confusion ne persiste en la matière. Une évolution parallèle du profil professionnel sur papier d'une part, et de la pratique d'autre part, est également une condition à l'obtention et au maintien d'une identité professionnelle propre. Une identité professionnelle claire est à son tour indispensable à une estime de soi positive et un rayonnement positif auprès des infirmiers. Sans une image positive des professionnels vis-à-vis de leur profession, il est impossible de dégager un sentiment de fierté professionnelle.

Cela signifie que l'on applique la substitution dans l'exercice de la profession. En d'autres termes, les infirmiers n'accompliraient plus les tâches qui ne sont pas propres à l'art infirmier.

Il faudrait en premier lieu d'examiner lesquelles de ces tâches doivent nécessairement continuer à être réalisées. En effet, supprimer des activités qui ne représentent aucune valeur ajoutée serait beaucoup plus efficient que les déléguer à d'autres collaborateurs.

De même, on doit essayer au maximum d'introduire des moyens techniques ou automatiser certains processus (reconnaissance électronique de mouvements de patients au lieu d'un enregistrement par écrit, poste interne automatisée ...).



Il est aussi tout à fait indiqué de prévoir une aide logistique plus importante en appui des équipes de soins infirmiers, y compris le soir, pendant le week-end et également la nuit lorsque cela s'indique. La demande d'aide logistique supplémentaire concerne non seulement l'alignement de services - pour permettre à des services qui n'avaient jusqu'à présent pas de financement pour des assistants logistiques de bénéficier désormais d'un appui logistique - mais aussi des assistants logistiques supplémentaires pour tous les services.

Pour certains contextes de soins, on peut songer à faire appel à des aides-soignants. Un certain nombre d'activités liées au patient, comme les Activités de la vie quotidienne (AVQ) mais aussi d'autres actes définis par l'AR n° 78, peuvent être déléguées aux aides-soignants. Cela suppose toutefois que les soins à donner sont prévisibles dans une large mesure et peuvent être bien supervisés, pour ne pas prendre de risques en ce qui a trait à la sécurité du patient.

En ce qui concerne les tâches administratives, il reste encore beaucoup à faire également et, ici encore, les tâches non infirmières doivent être éliminées de la panoplie des tâches infirmières : la prescription de médicaments fait partie des tâches et relève de la responsabilité des médecins, la commande de matériel est une tâche logistique,...

Pour les activités administratives qui ne peuvent pas être déléguées à des collaborateurs externes au service infirmier, il y a lieu de prévoir de la main d'oeuvre administrative en appui au processus de traitement des patients.

Il va de soi que les infirmiers devront continuer de se charger de tenir à jour le volet infirmier du dossier des patients. Les autorités doivent toutefois éviter les tâches qui impliquent des doubles enregistrements ou une surcharge administrative et faire davantage d'efforts pour soutenir l'évolution vers un dossier de patient électronique et l'échange de données de patients entre les institutions, pour permettre d'enregistrer des progrès plus rapidement.

Différenciation de fonctions

Une étude récente du KCE, menée avec la collaboration de l'UGent et de l'UCL, montre que la substitution et la différenciation de fonctions sont peut-être possibles dans les services étudiés⁸.

On confond souvent les termes «différenciation de fonctions» et «substitution des tâches». Lorsqu'on parle de différenciation de fonctions, il s'agit du transfert ou de la reprise de certaines tâches par d'autres collaborateurs au sein d'un même groupe professionnel. La substitution, quant à elle, consiste à transférer ou déléguer certaines tâches à un autre groupe professionnel. Nous en avons cité plusieurs exemples dans la rubrique qui précède.

8 Berckmans G., Alvarez Irusta L., Bouzegta N., Defloor T., Peeters G., Stordeer S., et al. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 86A (D/2008/10.273/52).

Pour rendre la profession infirmière plus attrayante, il faut non seulement une possibilité de progresser sur une échelle hiérarchique, mais aussi des possibilités d'évolution supplémentaires. De par leur expérience et les formations supplémentaires qu'ils ont suivies en ce qui concerne le contenu des soins, plusieurs infirmiers ont acquis une expertise importante, qui n'est pas suffisamment valorisée actuellement. Cela fait déjà plusieurs années que les infirmiers suivent une formation de master en art infirmier, mais dans la pratique infirmière, les fonctions qui doivent leur permettre d'offrir une plus-value font défaut. C'est la raison pour laquelle il faut mettre en place une échelle clinique, par analogie avec l'échelle hiérarchique.

Dans cette forme de différenciation de fonctions, nous songeons aux fonctions spécifiques suivantes :

- l'infirmier spécialisé : il s'agit d'un infirmier qui dispose d'un titre professionnel particulier comme, par exemple, celui d'infirmier spécialisé en soins critiques et soins d'urgence ou de gériatrie
- l'infirmier de référence : cet infirmier travaille au niveau de l'unité et possède une expertise spécifique dans un domaine déterminé de l'art infirmier comme, par exemple, infirmier de référence en gériatrie, infirmier de référence en hygiène hospitalière
- l'infirmier consultant : cet infirmier travaille, au-delà du cadre de l'unité, dans le secteur des soins au patient en fonction d'une expertise particulière et son activité est ciblée sur l'action, par exemple infirmier spécialisé en oncologie mammaire ou éducateur en diabétologie
- le spécialiste infirmier : on peut attendre des spécialistes infirmiers qu'ils assurent des tâches qui constituent un prolongement et un élargissement de leur ancienne panoplie de tâches et qu'ils soient à l'origine de nouveaux développements au sein de leur domaine de soins ou qu'ils contribuent à mettre en œuvre de nouveaux développements ; ils mènent des recherches scientifiques relatives à des aspects des soins infirmiers et assurent des formations en ce qui concerne leur domaine d'expertise propre au sein des différents programmes de soins et services⁹.

C'est pourquoi il faudrait poursuivre la mise en œuvre de l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières, dans une même optique de différenciation et de complémentarité.

En outre, il faut élaborer plus avant une différenciation de fonctions où les fonctions d'infirmier spécialisé, infirmier de référence, consultant infirmier et spécialiste infirmier existent et sont récompensées.

Pour chacune de ces fonctions, il est important de faire en sorte que l'expertise et le savoir-faire de ces infirmiers soient toujours utilisés au maximum pour les patients.

⁹ Van Genechten N., Van Aken P., Danschutter D., Segers N., Versluys K., Demeyere F., Vandersmissen J. et Holtzer L.: L' "Advanced Practice Nurse" et le "Physician Assistant", cadre conceptuel. Revue pour infirmiers dirigeants dans les soins de santé. VBVK. novembre-décembre 2008

C'est pourquoi ces infirmiers doivent continuer d'assurer des soins infirmiers de base et sont uniquement dispensés partiellement en faveur de leur mission spécifique.

Il faut bien entendu prévoir également un financement pour le temps où ces infirmiers sont dispensés, de sorte que leurs missions spécifiques ne doivent pas être prises en charge par l'encadrement infirmier normal. L'initiative du plan national cancer de prévoir un financement pour les infirmiers oncologues constitue dès lors un très bon exemple.

L'objectif n'est toutefois pas de prévoir un grand nombre de ces fonctions infirmières spécifiques. En effet, ce ne serait pas possible financièrement. L'intention n'est pas davantage d'imposer cette forme de différenciation de fonctions sous la forme d'une multitude de normes d'agrément supplémentaires. Cette échelle clinique est plutôt un stimulant positif, qui offre surtout des possibilités de développement aux infirmiers et qui résultent simultanément en de meilleurs soins infirmiers.

Infirmiers en chef

Ces dernières années, le rôle et la mission de l'infirmier en chef ont changé radicalement, notamment à la suite de l'attention accrue accordée à la maîtrise des coûts et à la qualité des soins. L'arrêté royal du 13 juillet 2006 décrit de manière circonstanciée les nombreuses missions et responsabilités qu'implique la fonction d'infirmier en chef.

Toutefois, dans la réalité quotidienne, il est aujourd'hui impossible pour l'infirmier en chef de donner convenablement suite à plusieurs de ces missions, comme assurer des formations, effectuer des travaux de recherche, élaborer une politique, encadrer des projets,...

En d'autres termes, il y a une grande différence entre la description de fonction légale et les possibilités d'exécuter la fonction.

Etant donné la difficulté rencontrée pour recruter et maintenir en poste des responsables d'unité de qualité, il faut intervenir d'urgence, d'autant plus que leur fonction est une importante pierre angulaire de l'organisation, pour la qualité des soins et pour attirer et conserver les collaborateurs.

C'est pourquoi il faut dispenser complètement l'infirmier en chef de son rôle clinique afin de lui permettre d'assumer son rôle de responsable d'équipe et de gestionnaire d'unité à part entière. Si l'on veut que cette fonction retrouve son attractivité, cette mesure est absolument nécessaire, tout comme l'augmentation salariale substantielle, grâce à laquelle on obtiendra une tension salariale d'au moins 35% supérieure par rapport au salaire d'un infirmier moyen.

Mais ce n'est pas tout. Les infirmiers en chef doivent également bénéficier de plus de reconnaissance et d'appui de la part de la direction des établissements de soins. Il faut stimuler l'implication de la part des médecins, qui sont liés à l'unité, et la coopération avec l'infirmier en chef. Les infirmiers en chef doivent également avoir la possibilité de suivre, si nécessaire, des formations complémentaires ciblées et de bénéficier d'une formation continue, leur permettant de mieux assumer toutes les missions de leur fonction aux facettes multiples.

Organisation du travail

La substitution et la différenciation de fonctions ne comportent pas que des possibilités, elles impliquent également des défis. En effet, elles supposent une autre organisation du travail que celle que les unités de soins appliquent généralement à l'heure actuelle. La plupart des établissements de soins adoptent le modèle de délivrance des soins intégrés, bien que la mesure dans laquelle tous les aspects de ce modèle sont mis en œuvre dans la pratique diffère.

L'attribution de patients à des infirmiers individuels assurant la totalité des soins pour les patients qui leur sont attribués est néanmoins appliquée quasiment partout. A mesure toutefois que l'on travaillera davantage avec des équipes mixtes, dans le cadre desquelles les infirmiers délégueront certains soins ou actes à d'autres groupes professionnels, d'une part, et feront aussi régulièrement appel à d'autres infirmiers en raison de leur expertise, d'autre part, on pourra de moins en moins conserver ce modèle organisationnel.

Tout l'art sera de ne pas laisser l'objectif initial du modèle intégré, se perdre et de réaliser celui-ci au travers d'un modèle organisationnel adapté. Nous devons donc rechercher un modèle organisationnel qui permette de faire intervenir efficacement les membres d'une équipe hétérogène, sans revenir au système d'attribution d'une tâche par infirmier, et où, au contraire, il reste possible de gérer l'ensemble des soins au patient.

En ce sens, l'attribution de patients à des infirmiers individuels devra par exemple être remplacée par une attribution à une équipe de prestataires de soins, la responsabilité finale incombant, il est vrai, à un infirmier. Cet infirmier serait responsable de la planification des soins de l'ensemble des patients attribués ainsi que de la répartition des tâches entre les membres de l'équipe. Une telle équipe se composerait, par exemple, d'un certain nombre d'infirmiers, tant débutants que chevronnés ou dotés d'une expertise particulière, et serait éventuellement assistée par un aide-soignant. Le responsable de l'équipe dirigerait les membres de l'équipe et surveillerait l'ensemble.

Déléguer et surveiller sont des compétences que l'on n'enseigne pas actuellement aux infirmiers. Ces compétences finales devront donc également être intégrées dans la formation en soins infirmiers. Plus il faudra déléguer davantage d'activités relevant des soins directs aux patients à des non-infirmiers ou à des infirmiers qui ne sont pas encore en mesure d'assumer la responsabilité finale complète, plus il sera indispensable que le responsable final soit un infirmier qui a suivi une formation de niveau élevé.

En fonction de la patientèle, les besoins en soins peuvent parfois varier sensiblement. Un autre défi à relever consistera donc à adapter à ces besoins le mélange de qualifications des équipes qui devront prendre en charge les soins de ces patients. Pour l'instant, on ne dispose pas encore d'un instrument qui pourrait nous aider dans ce contexte. Des recherches devront donc être menées en ce sens.

Toujours en ce qui concerne l'organisation du travail, il faut que les infirmiers entreprennent l'analyse de leurs processus de travail. Les actes dénués de valeur ajoutée doivent être abandonnés ou remplacés par des soins dont l'efficacité est démontrée dans la littérature scientifique « evidence based Nursing ».

Conditions de travail

Une condition de base absolue est que les normes d'encadrement soient finalement financées correctement. Il n'est pas admissible que le gestionnaire doive trouver d'autres sources de financement, comme le recours aux médecins pour qu'ils abandonnent une partie de leurs honoraires pour combler le déficit du budget dévolu au personnel. De même, les moyens destinés au financement du personnel supplémentaire, attribués sur la base de la répartition en déciles après comparaison des données DI-RHM et de la nomenclature, devraient être attribués complètement au-delà de l'indemnité pour l'encadrement de base, au lieu d'utiliser partiellement ces moyens pour financer l'encadrement de base.

Même si l'on s'attelle à améliorer l'efficacité des processus de travail infirmier et même après une substitution, il faudra encore étendre les normes d'encadrement. Comme on l'a déjà signalé précédemment, il faut faire en sorte, à court terme, que l'infirmier en chef puisse être libéré pour se consacrer à sa mission spécifique de dirigeant et ce, dans tous les départements infirmiers et dans tous les services médicotechniques. Cela implique que l'équipe infirmière soit complétée par 1 ETP infirmier de manière à ce que les soins aux patients ne pâtissent pas de la réduction conséquente d'effectif.

Toujours à court terme, l'encadrement présent pendant la nuit devrait être étendu. Une priorité sur laquelle on attire, à juste titre, l'attention en Europe est la sécurité du patient. Pour être en mesure d'assumer la responsabilité de l'ensemble d'une unité de soins la nuit, l'on doit pouvoir rendre financièrement possible, pour les institutions, la possibilité de prévoir une double permanence de nuit, composée de préférence de 2 infirmiers ou, à défaut, d'un praticien infirmier et d'un aide-soignant. Cette extension de l'équipe de nuit ne peut se faire au détriment de l'effectif présent pendant la journée. Une permanence de nuit supplémentaire suppose 2,25 ETP et donc une extension de la norme d'encadrement de 2,25 ETP.

L'extension du personnel qui était prévue à cet effet dans l'accord social de 2005, à savoir 0,5 ETP par tranche de 60 patients, ou +/- 0,25 ETP par unité de soins, est donc absolument insuffisante.

Suivant la même logique que son avis relatif à l'assouplissement des normes (Réf. CNEH/D/238-2), le Conseil national des établissements hospitaliers demande d'octroyer, par établissement de soins, un contingent de 2,25 ETP par unité de soins, qui est ensuite affecté par l'établissement de soins de la meilleure manière possible, le jour ou la nuit.

Nous citons l'avis du 9 septembre 2004 : « Le Conseil recommande d'autoriser les hôpitaux à affecter librement le personnel infirmier et soignant qui leur est octroyé

dans le cadre du budget des moyens financiers dans les services, les fonctions et les sections au sein desquels leur présence apporte la plus grande valeur ajoutée aux soins administrés aux patients.

A cet égard, les hôpitaux accorderont l'importance nécessaire à la sécurité des patients et du personnel, ainsi qu'à la nécessaire qualité et continuité des soins et du suivi. »

Compte tenu de la pénurie actuelle sur le marché de l'emploi, il ne sera guère aisé de recruter ces infirmiers supplémentaires. C'est la raison pour laquelle il est proposé de ne prendre aucune sanction si les emplois vacants ne sont pas occupés immédiatement et si la nouvelle norme d'agrément n'est donc pas non plus respectée dans les délais impartis, mais les hôpitaux seront toutefois incités à pourvoir le plus rapidement possible ces fonctions complémentaires en prévoyant leur financement dès qu'elles seront effectivement rencontrées.

Il faut également rendre la formation continue plus accessible, sans déséquilibrer le fonctionnement de l'équipe d'infirmiers. C'est pourquoi un financement adéquat est nécessaire, pour assurer le remplacement de membres de l'équipe qui suivent une formation ou assistent à des journées d'étude.

Comme nous l'avons déjà précisé dans une rubrique précédente, il convient non seulement d'étendre les normes d'encadrement infirmier, mais aussi de prévoir des assistants logistiques et des collaborateurs administratifs supplémentaires. Les aides-soignants sont formés à fournir un travail de qualité, dans la limite de leur compétence et dans des contextes de soins caractérisés par une grande prévisibilité des besoins de soins et ce dans la mesure où ils s'ajoutent aux normes d'encadrement infirmier actuelles.

On ne peut évidemment pas imposer aussi facilement de la considération pour les infirmiers de la part des médecins et des autres prestataires de soins ; par contre, nous pouvons contribuer indirectement à créer une ambiance de travail qui augmente les chances de reconnaissance professionnelle. La substitution permettra de constituer une identité professionnelle propre et d'être respecté sur la base de l'identité infirmière propre. De même, l'organisation d'une concertation multidisciplinaire structurelle permettra aux infirmiers d'apporter une contribution propre et de faire la preuve de leur valeur ajoutée.

Un autre élément important est la tâche spécifique concernant la continuité des soins. Cette tâche se conçoit par cycles de 24 heures, ce qui fait qu'il n'est pas facile de concilier la vie professionnelle et la vie familiale. Des mesures visant à faciliter cette conciliation seraient assurément les bienvenues pour les praticiens infirmiers : financer davantage de crèches, prévoir un financement adapté pour les crèches dont les heures d'ouverture seraient étendues, des titres-services pour les formules d'aide ménagère, ...

Ce cycle de 24 heures n'est pas attrayant non plus dans le contexte de la vie sociale. Peu de personnes apprécient de travailler le soir, la nuit ou pendant le week-end. Les primes pour prestations irrégulières devraient donc être majorées substantiellement.

Toujours dans le contexte de ce cycle de 24 heures : il est extrêmement difficile de respecter les principes de "saine programmation des horaires" lorsque l'on planifie les horaires, et ce même si les établissements ont la possibilité de recourir à du personnel supplémentaire, et il est même impossible de respecter la législation sur le temps de travail sans mesures supplémentaires d'exception. Il est donc urgent d'assouplir cette législation, principalement en ce qui concerne les temps de repos minimaux entre 2 pauses, la limitation à un trimestre de la planification des horaires et le nombre d'heures de crédit pour le calcul des heures supplémentaires et du sursalaire.

Nous constatons que de plus en plus d'infirmiers passent au travail à temps partiel, entre autres sous l'effet de diverses mesures sociales mais aussi pour mieux combiner vie privée et vie professionnelle et mieux faire face à la charge de travail qui a fortement augmenté. Un potentiel de travail reste par conséquent inutilisé. C'est la raison pour laquelle il faut envisager des mesures de discrimination positive en faveur des infirmiers qui travaillent à temps plein.

Recherche, pratique et formation

Les universités, les instituts de formation dans le domaine des soins infirmiers et les établissements de soins devraient collaborer davantage sur le plan de la recherche et de l'échange de connaissance et d'expérience. Ainsi, un plus grand nombre de recherches portant sur la pratique pourraient être lancées en perspective de la recherche de bonnes pratiques en soins infirmiers et du développement de procédures/protocoles de type « evidence based », ce qui constitue également une obligation légale en vue de l'agrément des établissements de soins.

Par ailleurs, des études pourraient également être consacrées aux résultats des soins qui ont éventuellement des composantes infirmières (nurse sensitive outcomes). On pourrait examiner ainsi si et dans quelle mesure le nombre d'heures de soins infirmiers et le degré de qualification des infirmiers ont un impact sur la prévalence des escarres, des infections urinaires chez les patients dotés d'un cathéter permanent, des pneumonies associées à la ventilation assistée, ... Comme les praticiens infirmiers enregistrent déjà un grand nombre de données il faudrait éviter que ces études n'aboutissent à de nouveaux enregistrements. C'est la raison pour laquelle il faudrait examiner quelles obligations existantes sur le plan de l'évaluation de la qualité pourraient être supprimées.

La préférence est donnée à un ensemble limité d'indicateurs et à une étude approfondies, ce qui permettrait de tirer les conclusions appropriées plutôt que d'examiner un grand nombre d'items.

Leçons à tirer de l'étude ARIQ en ce qui concerne les « magnet hospitals »

Il est évident que toute l'importance requise devra être accordée tant à la politique de recrutement qu'à la politique de rétention. Si une tâche essentielle est impartie aux responsables des établissements de soins, les décideurs politiques, les associations professionnelles et les instituts de formation et de recherche ont également un rôle important à jouer dans ce contexte.

La notion d'« hôpitaux-attractifs » a d'ores et déjà fait l'objet de nombreuses études. Les hôpitaux-attractifs parviennent en effet davantage que les autres hôpitaux à attirer et à garder les infirmiers et obtiennent également de meilleurs résultats sur le plan de la qualité des soins.

La plupart des études et la plus grande expérience dans ce domaine se situent aux Etats-Unis, ainsi que dans certains pays européens, notamment au Royaume-Uni.

En Belgique, un projet pilote associant 12 hôpitaux a pu mettre en évidence les caractéristiques organisationnelles et managériales des hôpitaux attractifs belges (projet ARIQ, 2006¹⁰).

En tenant compte de l'état actuel des connaissances et du contexte belge, l'objectif principal de ce projet était d'identifier les caractéristiques d'un environnement de travail favorable à la fois au bien-être et à la satisfaction du personnel (soutien organisationnel) et à la qualité des soins au sein d'une organisation. Un instrument d'auto-évaluation vient compléter le "modèle de l'institution attractive", dont il constitue la concrétisation. Tandis que le descriptif du modèle dépeint la situation idéale, c'est l'instrument d'auto-évaluation ainsi conçu qui permet aux hôpitaux qui le souhaitent d'évaluer de façon systématique et objective leur politique et leur pratique médicale. Il s'agit en l'occurrence d'une étape essentielle dans le cadre de la définition et de la mise en œuvre d'une politique globale et cohérente en matière d'attractivité.

La pénurie d'infirmiers sur le marché de l'emploi a, entre autres, eu pour effet immédiat que la sécurité de l'emploi a pris de telles proportions en ce qui concerne les infirmiers que nombreux sont ceux qui n'hésitent pas à changer d'employeur, ce qui entraîne une forte augmentation du nombre de procédures de sollicitation et des efforts de formation sur le terrain.

Dès lors, il vaut certainement la peine d'encourager les établissements de santé à développer une politique des ressources humaines en participant à des projets relatifs à la GRH. Les autorités pourraient développer une perspective à moyen et long termes qui inciterait les établissements à considérer l'amélioration des conditions de travail comme une priorité durable, en stimulant l'échange de pratiques d'excellence au sein du secteur des soins de santé (*evidence based management*), de sorte que l'ensemble du secteur bénéficie des développements dans ce domaine. Dans cette perspective, le SPF Santé publique pourrait assurer un suivi du modèle ARIQ et un accompagnement pour les établissements qui souhaitent adopter ce modèle de gestion.

¹⁰ Stordeur. S. e.a., Project ARIQ/ Aantrekkingskracht, behoud en betrokkenheid van verpleegkundigen en kwaliteit van zorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, maart 2006

Les autorités pourraient en outre apporter leur aide au travers de la promotion du développement professionnel et des plans de carrière au sein des établissements de santé.

Le Conseil recommande également de soutenir les projets qui soutiennent et encouragent transversalité et le travail pluridisciplinaire (p.ex. les trajets cliniques, la gestion du risque, les projets «qualité» transversaux).

Il est positif que les pouvoirs publics souhaitent inciter les établissements de soins à associer davantage les infirmiers à leur politique. Cela étant, le Conseil demande que l'on n'impose pas pour autant des organes participatifs infirmiers bien déterminés aux établissements de soins, mais que l'on se borne à définir les conditions essentielles et qu'on leur laisse par ailleurs le choix des modalités selon lesquelles ils concrétisent cette participation à la politique.

Besoin de données concernant l'emploi et les raisons du changement

Des données essentielles en matière de formation et d'emploi font souvent défaut en perspective de la réalisation des études portant sur la force de travail. C'est la raison pour laquelle il convient de tenter de trouver un système permettant d'enregistrer systématiquement les données suivantes pour chaque praticien infirmier : formation infirmière de base, formation infirmière continue, travailler ou non comme infirmier, changement du régime du temps de travail, utilisation du crédit-temps et des congés thématiques, réduction du temps de travail sous forme d'heures ou par le biais d'une prime, changement d'employeur, raisons du changement, changement de secteur de travail, date pension (/prépension),...

Promotion de la profession infirmière

Les campagnes de promotion organisées sur le plan tant national que local sont les bienvenues pour motiver les jeunes et les amener à entreprendre une formation infirmière. Les deux sont importantes et peuvent être complémentaires. Des campagnes sont menées dans l'enseignement secondaire depuis plusieurs années, dans plusieurs provinces, auprès des étudiants de dernière année. L'avantage de ces actions locales est qu'elles permettent d'approcher les jeunes personnellement, ces derniers ayant ainsi facilement accès aux établissements de soins dans lesquels ils peuvent découvrir de nombreux atouts de la profession infirmière, par le biais de stages d'observation. Ces initiatives locales devraient absolument être poursuivies et méritent un soutien financier.

Si nous voulons promouvoir la profession infirmière, nous ne devons pas oublier que les parents influencent dans une très large mesure leurs enfants dans leur choix d'une profession, qu'il s'agisse de les encourager ou de les dissuader. Les parents souhaitent pour leurs enfants une profession jouissant d'un grand prestige social

et les encouragent ainsi à choisir une formation au moins dans l'enseignement supérieur et de préférence universitaire.

Il est donc nouveau et très important que l'on puisse faire savoir à la population que la profession infirmière offre diverses possibilités de faire progresser sa carrière et que la formation peut déboucher sur un diplôme universitaire, ce qui interpellera davantage les étudiants de l'enseignement secondaire général.

Les actions visant à promouvoir la profession infirmière devraient être menées de façon récurrente, se présenter sous différentes formes et s'adresser à plusieurs groupes cibles: non seulement les groupes cibles classiques, mais également les étudiants de sexe masculin, les allochtones, les personnes qui reviennent après une interruption de carrière, etc. Le Conseil propose également de mettre le "kit de sensibilisation" du SPF Santé publique à la disposition des établissements d'enseignement et des Communautés.



Conclusion

Il va sans dire que toutes les recommandations de l'avis ne peuvent pas être réalisées à court terme. C'est pourquoi il faut fixer des priorités.

Il faut réaliser les recommandations concrètes suivantes dans un premier temps :

Le Conseil est convaincu que les acteurs de terrain doivent formuler les conditions pour pouvoir offrir à nos patients des soins professionnels, sûrs et adéquats. Il s'agit d'une nécessité absolue pour arriver à un profil professionnel bien défini et aux compétences souhaitées et c'est la première étape nécessaire pour parvenir à une formation appropriée pour les différents groupes professionnels dans les diverses équipes de soins : assistants logistiques, soignants, infirmiers, chefs d'équipe, infirmiers en chef, spécialistes infirmiers.

Par la même occasion, les conditions seront également remplies pour obtenir une différenciation des fonctions et une substitution.

Il est également absolument nécessaire de pouvoir disposer à court terme (p.ex. pour la fin de la législature) d'un instrument en vue d'une composition adéquate des équipes de soins dans les différents contextes de soins de santé. En d'autres termes, quelles sont les qualifications nécessaires et combien en faut-il de chacune d'elles à quel moment du jour en fonction du besoin de soins des patients et des missions requises dans cet établissement spécifique (soutien logistique et autres) ? Aussi longtemps que l'on ne peut pas montrer de manière transparente et objective, sur la base des besoins de soins chez les patients ou groupes de patients, quels moyens en termes de personnel sont nécessaires (nombre et qualification) pour être en mesure d'offrir des soins de qualité, nous restons limités, tant au niveau macro qu'au sein des établissements de soins, dans des discussions concernant des chiffres et des coûts.

Si les infirmiers souhaitent acquérir une certaine autonomie et montrer clairement la valeur ajoutée qu'ils représentent, nous devons être en mesure de l'objectiver.

Il doit en résulter des équipes composées de manière équilibrée, au sein desquelles chacun pourra se concentrer sur les tâches pour lesquelles il/elle a été formé(e). De cette situation découle automatiquement la substitution ; en outre, dans ces conditions, la différenciation devient possible, l'infirmier en chef peut se consacrer à sa fonction dirigeante et il est possible de repenser le modèle de soins.

Toutefois, si l'équipe est trop petite, nous ne devons pas différencier ou envisager une telle substitution. Toutes les campagnes de promotion sont alors vouées à l'échec parce que la réalité ne répond pas aux attentes créées.

C'est pour cela qu'il faudra toujours prévoir au moins un encadrement de base suffisant, indispensable à l'accomplissement des soins infirmiers minimaux, lequel encadrement sera ensuite complété par un encadrement supplémentaire, en fonction des besoins que l'on aura établis pour le groupe de patients concernés en utilisant l'instrument de mesure.

Et par-dessus tout, il faudra que les pouvoirs publics soient disposés à rémunérer effectivement cet encadrement en nombre et en qualification, ce qui implique qu'ils acceptent logiquement le surcoût que celui-ci représente. Cela suppose également que l'on élargisse fondamentalement l'enveloppe budgétaire disponible à cet effet.



En attendant les résultats de l'étude relative à un tel instrument de mesure objectif, il faut déjà prévoir le financement complémentaire nécessaire pour

- l'extension de l'encadrement infirmier : financement supplémentaire au total de 2,25 ETP par unité de soins et la liberté pour l'institution de soins d'utiliser cet ETP supplémentaire de la manière qui lui semble la plus appropriée.
- le complément d'encadrement infirmier qui permet de dispenser l'infirmier en chef pour assumer son rôle et ses missions de dirigeant : financement supplémentaire pour 1 ETP par unité d'hospitalisation, service médico-technique ou fonction
- l'extension de l'appui logistique : financement pour généraliser le droit à l'appui logistique à toutes les unités, mais aussi pour augmenter l'appui logistique par unité
- du personnel administratif pour chaque service

Le financement correct des normes d'encadrement et du personnel supplémentaire, et également de n'importe quelle initiative que les établissements de soins sont invités ou contraints de mettre en œuvre.

C'est uniquement lorsque toutes ces conditions seront respectées que l'on pourra tenter, dans une phase ultérieure, de réaliser les autres objectifs de l'avis. Le Conseil national des établissements hospitaliers s'engage à traduire tous ces autres objectifs en propositions concrètes. Il considère donc que cet avis comme non terminé et transmettra par la suite les avis qu'il juge nécessaires en la matière.

Dans la mesure du possible, on pourra alors déjà travailler à certains sous-segments en recourant, par exemple, à des champs d'expérimentation. Ces expériences pourront ensuite fonctionner en appui dans le cadre d'un roulement fédéral.

Le plan pluriannuel proposé par la ministre afin d'améliorer l'attractivité de la profession infirmière contient de nombreuses initiatives de qualité et les membres du Conseil national des établissements hospitaliers apprécient vraiment le fait que la ministre se soucie de la problématique des praticiens infirmiers.

Cela étant, le plan pluriannuel contient également certaines propositions que le Conseil ne souhaite pas suivre.

Au lieu de proposer de réserver le titre de praticien infirmier aux bacheliers, le Conseil propose que l'on définisse les compétences d'enseignement nécessaires à partir du profil souhaité et des compétences requises, en fonction des besoins de soins actuels.

Il recommande de surcroît que l'on maintienne le grand nombre de possibilités d'entrer dans la profession, en tenant compte à cet égard des exigences minimales en termes de formation et de compétences fixées dans la directive européenne concernant l'infirmier responsable des soins généraux (IRSG). Les missions et responsabilités des infirmiers, telles qu'elles sont définies dans l'AR n°78 et dans la directive IRSG, requièrent des compétences et qualifications qui se situent au niveau 5 du Cadre européen des qualifications professionnelles. Toutes les formations doivent dès lors garantir au minimum ce niveau de qualification.

Pour le Conseil, la création de niveaux intermédiaires à l'intérieur des soins ne présenterait aucun avantage, mais uniquement des inconvénients.

Le Conseil propose enfin de laisser aux établissements de soins la liberté de choisir les modalités selon lesquelles ils associent les praticiens infirmiers à leur politique, pour autant que certaines conditions bien précises soient réunies, plutôt que d'imposer de nouveaux organes de concertation.

Le Conseil a conscience de l'importance des efforts qui sont nécessaires pour réaliser les priorités mises en avant. Néanmoins, il est convaincu qu'ils sont absolument nécessaires et qu'il faut faire les choix sociaux nécessaires si nous souhaitons conserver la possibilité d'offrir, à l'avenir, des soins infirmiers de qualité.

Les avis du Conseil national des établissements hospitaliers sont disponible sur www.health.fgov.be

- soins de santé
- structures de concertation
- Conseil national des établissements hospitaliers



Conclusion



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**