

SPF SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, 08/03/2012

Direction générale Organisation
des établissements de soins

CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Section « Programmation et Agrément »

Réf. : CNEH/D/407-1 (*)

**Problématique du personnel infirmier dans les établissements de
soins : avis supplémentaire axé sur la différenciation et la
classification des fonctions en art infirmier**

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 14 juin 2012

Introduction

Dans son avis du 11 juin 2009, le Conseil national des établissements hospitaliers identifie la problématique du personnel infirmier dans les établissements de soins.

Etant donné que l'objectif était en premier lieu de brosser le tableau le plus complet possible, il en a découlé une vaste note qui proposait de nombreuses mesures. Certaines de ces mesures étaient très concrètes. D'autres propositions étaient davantage d'ordre préliminaire et nécessitaient une meilleure compréhension et/ou une vision plus développée.

C'est la raison pour laquelle, dans la conclusion de l'avis mentionné ci-dessus, le Conseil national des établissements hospitaliers mettait l'accent sur un ensemble de mesures qui lui semblaient prioritaires et il s'engageait à transmettre les avis suivants.

Dans son avis général, le Conseil a notamment souligné la complexité sans cesse croissante des soins. Si nous voulons répondre de manière adéquate aux besoins de soins des patients, une spécialisation plus poussée s'impose, ainsi qu'un modèle qui fasse en sorte que l'expertise favorise le plus possible les soins dispensés.

La différenciation de fonctions est donc une manière d'améliorer la qualité des soins, notamment en intégrant les données scientifiques probantes dans la pratique.

Si l'on veut rendre la profession infirmière plus attrayante, outre la possibilité de gravir les échelons hiérarchiques, il faut qu'il y ait des possibilités de développement supplémentaires. Plusieurs infirmiers ont acquis une grande expertise clinique au travers de leur expérience et grâce à des formations complémentaires dans le domaine du contenu des soins ; cette expertise n'est pas suffisamment considérée à l'heure actuelle. Des collaborateurs valables qui ont de l'ambition cherchent de plus en plus souvent leur bonheur dans d'autres emplois ou ils sont approchés par d'autres secteurs que le secteur de la santé, en raison de leurs capacités, pour y exercer d'autres fonctions.

La différenciation de fonctions n'est donc pas seulement un moyen de mieux répondre à la demande de soins de qualité pour le patient. On peut également s'attendre à ce que des jeunes se sentent davantage attirés par une profession qui se professionnalise et à ce que des infirmiers compétents et expérimentés soient suffisamment passionnés par la possibilité de nouveaux défis au sein de l'art infirmier.

Le présent avis a été préparé par un groupe de travail ad hoc, composé des membres et experts suivants:

- membres de la section Financement :
Goemaere D., Lietar M., Rosseel L., Sermeus W., Tuerlinckx M.
- membres de la section Programmation et Agrément :
Baeyens J-P., Devos D., Dierickx S., Dusart M., Froyens J., Heuschen W., Hotterbeex A., Pauwels J., Piraprez E., Vandenbosch K.
- membre du groupe de travail permanent « Psychiatrie » :
Van Holsbeke J.

- experts :
Cambier I., Foulon M., Jacob C., Lothaire Th., Lucas M., Plompteux Ch., Theunis K., Vanboven C., Vaneerdewegh K.

Ce groupe de travail mixte s'est réuni les 31/05/2011, 10/06/2011, 20/06/2011, 28/06/2011, 17/10/2011, 10/11/2011 et 23/01/2012

La présidente, Mme Frieda Ghekiere, remercie les participants de leur contribution à l'échange de vues et à l'élaboration du présent avis.

Portée de l'avis

L'objectif du groupe de travail était d'initier une réflexion spécifique concernant la différenciation de fonctions au sein de la profession infirmière et de proposer une taxonomie intégrée et logique.

Nous constatons en effet que des fonctions au contenu similaire sont dénommées de manière différente sur le terrain et que des principes parfois très divergents s'appliquent à une même dénomination de fonction.

Nous observons aussi que ces dernières années, suite à l'attention accrue pour des soins de qualité et fondés sur des données probantes, les institutions ont davantage besoin de fonctions d'expertise en art infirmier, auxquelles elles pourvoient ci et là de façon spontanée. À l'heure actuelle, une organisation de soins peut prendre plus d'initiatives dans ce domaine qu'une autre. En soi, cette évolution mérite d'être saluée, mais il est dommage que, ce faisant, la visibilité de fonctions semblables dans les différentes institutions s'en trouve davantage encore remise en cause.

C'est pourquoi, via le présent avis, le Conseil tient à proposer un cadre et des notions, sous forme de « boîte à outils », permettant de rencontrer de manière flexible la situation et les besoins de l'institution, tout en utilisant les mêmes termes pour dénommer les fonctions.

De plus, le Conseil veut proposer un incitant financier qui vient en appui des institutions et intervient en partie dans leurs efforts consentis pour investir dans la qualité et l'efficacité des soins, et qui est réalisable d'un point de vue macro-économique.

Considérations connexes importantes

La liste de dénominations de fonction telle que proposée dans le présent avis n'a pas pour but d'être exhaustive. La description des fonctions est indicative et sert de fil conducteur. La classification et les dénominations de fonction peuvent servir de cadre de référence pour l'affichage des diverses fonctions dans l'institution.

La rationalisation des dénominations de fonction et de leur contenu doit toutefois permettre aux institutions de faire preuve de flexibilité. L'objectif n'est dès lors nullement de transposer les descriptions de fonction du présent avis en textes de loi ou normes d'agrément.

Néanmoins, cet avis devra s'intégrer dans une stratégie globale cohérente, anticipative et échelonnée en ce qui concerne le développement de la profession infirmière au sein du département infirmier des institutions eu égard à l'évolution de l'organisation des soins. Nous ne pouvons en effet dissocier les mesures contextuelles au niveau européen, au niveau de la formation initiale, etc.

Il faudra assurément s'attarder sur les points suivants

- un trajet de formation modulable et innovant intégrant un titre unique d'infirmier en tenant compte des profils et des compétences attendues parmi le modèle de différenciation de

- fonctions et de la liste des titres et qualifications professionnels particuliers existant par ailleurs ;
- une logique en matière de classification de fonction, d'échelles barémiques en y intégrant la valorisation financière accordée pour certains TPP et QPP ;
 - une organisation des soins fonctionnelle efficiente des praticiens de l'art infirmier¹ en collaboration avec le personnel de soutien² ; ceci moyennant une révision des normes d'encadrement minimales et du financement de celles-ci ;
 - une évaluation du statut de l'aide-soignant dans tous ses aspects et une réflexion spécifique pour ce groupe cible ;
 - les moyens de valorisation des infirmiers en soins généraux dont le secteur a cruellement besoin.

Cette approche au sein des établissements hospitaliers (hôpitaux généraux et psychiatriques) ne peut ignorer les autres secteurs. Nous devons envisager l'analyse d'impact d'un tel modèle sur le secteur des MR/MRS, des MSP/Habitations protégées et des soins à domicile qui sont confrontés à des éléments similaires.

En effet, l'infirmier travaille au sein de tous ces secteurs. L'attractivité de la profession, les défis de qualité, de gain d'efficacité et de sécurité des patients ainsi que la complexité des situations et profils de soins rencontrés y sont prégnants. Il en va de même pour la complexité et la spécificité accrues auxquelles les infirmiers seront confrontés dans le cadre de la transformation des soins de santé mentale.

Nous recommandons que cette réflexion cohérente soit menée pour chaque secteur afin de garantir une possibilité de parcours professionnel motivant et attractif sans pénaliser quiconque d'emblée (un secteur, les professionnels et le patient-citoyen).

Différenciation de fonctions, substitution et classification de fonctions

Dans le présent avis, la **différenciation des fonctions** sera définie comme suit :

« La différenciation de fonctions consiste à créer des fonctions comprenant des tâches, des responsabilités et des compétences distinctes au sein d'un même groupe professionnel ». Dans le cas présent, nous nous limitons au groupe professionnel des infirmiers.

La différenciation de fonctions inclut une analyse des missions et tâches prévues dans un domaine d'activité donné. Dans un second temps, ces missions et tâches sont divisées en ensembles logiques, confiés à des titulaires de fonction. Les missions et tâches sont agencées de façon à donner lieu à une structure de fonction qui répond aux tâches multiples qui composent l'art infirmier : soins aux patients, gestion des soins, enseignement, recherche et développement professionnel.

L'analyse susmentionnée peut aussi donner lieu à une **substitution**, une « redistribution des tâches entre des groupes professionnels existants ou à créer ». Dans la mesure où il s'agit principalement de transférer ou de déléguer certaines tâches à un autre groupe professionnel, on parle aussi parfois en néerlandais de « **taakuitzuivering** » (épuration des tâches).

La différenciation de fonctions est une notion définie de manière différente par différents auteurs, ce qui peut prêter à confusion. Dans son rapport de 2008³, le Centre fédéral d'expertise

¹ Infirmiers, aides-soignants, article 54bis

² Service brancardage, assistance logistique, aide administrative, aide hôtelière.

³ Berckmans G., Alvarez Irusta L., Bouzegta N., Defloor T., Peeters G., Stordeer S., et al. Différenciation de

des soins de santé aborde plus largement cette notion de différenciation en y incluant la substitution décrite ci-dessus.

Depuis 2002, les partenaires sociaux des secteurs fédéraux de la santé s'efforcent d'établir une **classification de fonctions** analytique. Au cours des dernières années, l'IF-IC⁴ (Institut de Classification de Fonctions) a systématiquement analysé et décrit toutes les fonctions que compte le secteur des soins.

Cette classification de fonctions doit servir de base au développement d'une politique de rémunération actualisée et plus objective.

Proposition de taxonomie en matière de fonctions infirmières

1. Fonctions d'expertise en art infirmier

De par leur expérience et les formations complémentaires qu'ils ont suivies en ce qui concerne le contenu des soins, plusieurs infirmiers ont acquis une expertise importante. S'ils disposent en plus des aptitudes adéquates, ils sont capables de jouer un rôle spécifique et d'apporter, directement ou non, une valeur ajoutée en termes de soins aux patients.

La présence de fonctions d'expertise en art infirmier dans un établissement de soins est liée en premier lieu au besoin d'avoir ce type de fonction pour l'un ou l'autre domaine de l'art infirmier et varie par conséquent d'un service à l'autre et d'une institution à l'autre. Par exemple, un service de gériatrie aura plus besoin d'un infirmier de référence en soins d'incontinence qu'un service de chirurgie.

En outre, un même domaine peut nécessiter plusieurs types de fonctions d'expertise en art infirmier. Il peut ainsi être opportun de prévoir un infirmier de référence en oncologie dans plusieurs services et de désigner un infirmier clinicien en soins infirmiers oncologiques.

Hormis les fonctions d'expertise décrites ci-dessous, les établissements de soins peuvent également avoir besoin de personnes de contact, auxquelles certaines tâches sont confiées, comme la responsabilité du matériel dans le service.

Cette fonction n'est pas mentionnée ici car on peut difficilement la considérer comme une fonction d'expertise en art infirmier.

Les fonctions d'expertise éventuellement comparables en obstétrique ne sont pas non plus évoquées ici, le premier avis et ce supplément d'avis s'orientant vers la profession infirmière.

1.1. Infirmier de référence

- L'infirmier de référence est un infirmier qui possède un savoir-faire particulier dans un domaine précis de l'art infirmier, dans une catégorie de patients donnée ou dans un aspect

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).

⁴ L'ASBL IF-IC a été fondée et est gérée par les partenaires sociaux du secteur fédéral des soins de santé. Elle assure le développement et l'entretien d'un système de classification de fonctions. Voir www.if-ic.org.

des soins infirmiers déterminé. Il occupe ce rôle dans l'équipe infirmière à laquelle il appartient.

- Exemples : soins de plaies, coaching en manutention, clinique de la douleur, perfusions, psychoéducation, incontinence, maître de stage, etc.
- Le rôle d'infirmier de référence se combine à la mission d'infirmier. L'infirmier de référence n'a donc pas de fonction exclusive.
- L'infirmier de référence encourage les collègues à procéder à des observations de meilleure qualité et davantage orientées patient dans le domaine de référence.
- Il collabore activement au développement et la mise en œuvre en matière de protocoles, normes de soins et itinéraires cliniques.
- Il dispense des conseils, des instructions et des formations aux collègues.
- Il répond aux questions de collègues confrontés à des problèmes de soins infirmiers.
- Il est l'interlocuteur privilégié dans la communication avec les prestataires de soins d'autres disciplines au sein du département / de l'équipe pour tout ce qui concerne le domaine de référence.
- Il entretient des contacts réguliers avec l'infirmier en chef, les infirmiers consultants, les spécialistes infirmiers ou les infirmiers du cadre intermédiaire, et échange des informations avec les collègues infirmiers.
- Il conseille et assiste le patient et sa famille pour des problèmes simples rencontrés dans le cadre de l'auto-administration de soins pour cause de maladie ou traitement.
- Il organise un traitement infirmier adéquat pour les patients dans le domaine de référence, et les assiste lors d'interventions techniques, diagnostiques ou thérapeutiques particulières.
- Si une organisation compte plusieurs référents pour un domaine de soins donné, il serait judicieux de faire en sorte que ces référents puissent s'accorder mutuellement à intervalles réguliers, apportent des améliorations sur le plan qualitatif, etc. sous la coordination d'un infirmier consultant, un spécialiste infirmier ou un infirmier du cadre intermédiaire.
- L'infirmier de référence doit tenir à jour ses compétences dans son domaine d'expertise.

1.2. Infirmier consultant

- L'infirmier consultant travaille au niveau de l'organisation et/ou au-delà du cadre de l'organisation, dans le secteur des soins aux patients, en fonction d'une expertise particulière et son action est ciblée sur le patient. Le patient en tant que personne concrète est le point de départ de ses activités.
- Les actions de l'infirmier consultant peuvent être orientées patient ou collègue, mais sont la plupart du temps une combinaison des deux.
- Exemples : éducateur en diabétologie, infirmier du sein, consultant palliatif, liaison psychiatrique ou gériatrique, consultant en gestion de l'agressivité, consultant en prévention des chutes, consultant en manutention, etc.
- Les fonctions de consultant restent combinées à des activités d'infirmier au chevet du patient, mais exigent une dispense suffisante pour permettre l'exécution de la mission d'expertise.
- Certaines missions sont similaires à celles de l'infirmier de référence, mais se situent au niveau de l'organisation voire dans un cadre plus large encore. C'est ainsi que la coordination du fonctionnement des infirmiers de référence dans un domaine de soins fait partie des missions susceptibles d'être confiées à l'infirmier consultant.
- L'infirmier consultant dispose au moins d'un bachelier en art infirmier, complété par une formation spécifique dans leur domaine d'expertise. Il entretient ses connaissances dans le domaine d'expertise de plusieurs façons : étude, revue de la littérature, formation permanente, réseaux de savoir...

1.3. Infirmier clinicien

- L'infirmier clinicien s'attelle à l'amélioration continue de la qualité des soins aux patients, et à la professionnalisation et au développement de l'art infirmier.
- L'infirmier clinicien traduit les constatations scientifiques en éléments pratiques utilisables sur le terrain, fait de la recherche scientifique pratique et met en place des projets qualité.
- L'infirmier clinicien met au point des projets d'amélioration orientés résultats (directives, protocoles, itinéraires cliniques, guidelines « evidence-based »).
- Il travaille à l'échelle de l'organisation et au-delà, mais se concentre aussi sur un environnement de travail infirmier déterminé.
- La spécialisation peut s'orienter sur
 - un groupe cible de patients donné
 - une forme de traitement bien précise
 - un domaine particulier de l'art infirmier
- Les missions de l'infirmier clinicien sont : direction clinique, management de la qualité de la politique de soins infirmiers, recherche, acquisition et transmission de l'expertise clinique, enseignement dans le domaine de compétence spécifique...
- L'infirmier clinicien possède au moins une maîtrise en art infirmier, en plus d'une formation complémentaire dans sa spécialité de niveau supérieur ou universitaire, et même éventuellement sous la forme de doctorat.
- La mission de l'infirmier clinicien comporte aussi la mise à jour en permanence des connaissances sur la base d'études. À cet égard, l'infirmier clinicien fait partie de réseaux de savoir et de groupes de recherche.
- Les fonctions d'infirmier clinicien restent combinées à des activités d'infirmier au chevet du patient, mais exigent une dispense suffisante pour permettre l'exécution de la mission d'expertise.

Toutes les fonctions d'expertise en art infirmier sont et restent activement engagées dans les soins directs aux patients. Elles accomplissent leur mission d'expertise soit uniquement pour leur service, soit pour plusieurs services moyennant exemption partielle de leur emploi du temps dans leur service.

Comme le montre la description de fonction, il y a une différence entre l'infirmier clinicien et l'infirmier spécialisé. Ce dernier possède un titre professionnel particulier ou une qualification professionnelle particulière et a suivi en tant que telle une formation complémentaire.

Il ne peut pas être simplement repris dans l'une ou l'autre catégorie de fonctions infirmières. En fonction de son expérience et de missions spécifiques le cas échéant, il peut relever de plusieurs types de fonctions en art infirmier, allant de l'infirmier de base débutant à l'infirmier clinicien.

2. Fonctions de management en art infirmier

Les fonctions de management sont notamment définies dans les arrêtés d'exécution de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins⁵. Ces descriptions de fonction peuvent servir de source d'inspiration pour la description de fonctions de management analogues dans les soins aux personnes âgées, les soins à domicile et les soins de santé mentale.

2.1. Infirmier en chef et infirmier en chef-adjoint

- L'infirmier en chef dirige une équipe infirmière et organise des activités dans cinq domaines : soins aux patients, politique du personnel, gestion du matériel, formation et développement, communication.
Un diplôme de bachelier en art infirmier ainsi qu'une formation complémentaire de cadre de santé ou une formation complémentaire de niveau universitaire sont requis. Cette formation doit porter sur la gestion d'une équipe infirmière.
- Un infirmier en chef-adjoint peut assister l'infirmier en chef, qui lui délègue un certain nombre de tâches.
Un diplôme de bachelier en art infirmier et une formation en gestion d'équipe sont également requis ici.
- La fonction d'infirmier en chef-adjoint offre des possibilités d'évolution.

2.2. Cadre infirmier intermédiaire (chef de service)

- Les infirmiers chefs de service sont responsables des activités de soins infirmiers dans
 - a) soit plusieurs unités de soins
 - b) soit un ou plusieurs services médico-techniques
 - c) soit un ou plusieurs domaines de l'art infirmier au sein de l'établissement
 - d) soit une ou plusieurs fonctions visées sous a), b) et c).⁶
- Les infirmiers chefs de service forment le cadre intermédiaire.
- Les infirmiers chefs de service participent au développement de la politique infirmière de l'hôpital et l'appliquent dans leur domaine de compétence.
- L'infirmier chef de service exerce donc soit une fonction dirigeante, soit une fonction d'encadrement. Dans le premier cas, ou dans le cas d'une combinaison entre une fonction de ligne et une fonction d'encadrement, ils relèvent de la présente rubrique, à savoir des fonctions de management en art infirmier. Dans l'autre cas, ils rejoignent les fonctions d'expertise.
- Les infirmiers chefs de service avec une fonction dirigeante mènent une politique en rapport avec les soins, le personnel, le matériel, la formation et le développement, la communication et la concertation. Cette politique doit concorder avec la politique stratégique de l'organisation.
- Le profil d'entrée exigé pour cette fonction est un bachelier en art infirmier ou en obstétrique ayant en outre suivi une formation complémentaire de niveau universitaire. Une expérience comme infirmier en chef constitue une plus-value.

2.3. Chef du département infirmier

⁵ Arrêtés royaux des 13 juillet 2006, 14 décembre 2006 et 26 avril 2007.

⁶ Loi sur les hôpitaux du 7 août 1987, art. 17 bis, 2°

- Le chef du département infirmier inscrit l'implication administrative du personnel infirmier dans l'organisation globale des soins et encourage la collaboration mutuelle dans un contexte interdisciplinaire.
- En termes de professionnalisation, le chef du département infirmier est responsable du développement de la profession et de soins infirmiers de qualité. Pour ce faire, il coordonne et intègre les fonctions managériales et cliniques.
- Une formation académique est requise en plus d'un diplôme de bachelier en art infirmier.
- Une expérience dans une fonction dirigeante ou d'expert constitue une plus-value.
- Le chef du département infirmier dispose des compétences managériales pour participer à la politique d'une institution de soins de santé et des capacités de leadership nécessaires pour diriger le groupe professionnel des infirmiers.
- Cela exige de connaître les défis et évolutions de la pratique professionnelle infirmière.

Lien entre classification de fonctions et différenciation de fonctions

L'IF-IC a analysé 205 fonctions à l'aide de six critères : connaissance et savoir-faire, gestion d'équipe, communication, résolution de problèmes, responsabilité et facteurs environnementaux. Ces critères constituent les éléments de base pour une comparaison objective des fonctions.

La valeur relative d'une fonction est déterminée sur la base du score obtenu pour chacun de ces critères.

Les fonctions pondérées sont ensuite regroupées en classes auxquelles est rattachée plus tard une échelle barémique distincte.

Si l'on compare la différenciation proposée pour les fonctions en art infirmier à la classification de l'IF-IC, on observe des différences et des similitudes.

Les fonctions les plus connues dans les modèles d'organisation actuels se retrouvent dans la classification IF-IC.

En revanche, certaines fonctions infirmières de la proposition de taxonomie précitée ne figurent pas ou vaguement dans la version actuelle de la classification de fonctions de l'IF-IC.

Ce n'est pas étonnant, dans la mesure où l'IF-IC décrit les fonctions qui y figurent actuellement. Dès le moment où de nouvelles fonctions ou différenciations proposées seront mises en place sur le terrain, p. ex. parce que l'organisation des soins change ou parce que les autorités imposent et financent spécifiquement ces fonctions, celles-ci devront être reprises via une mise à jour de la classification IF-IC.

Concernant les fonctions d'expertise en art infirmier, on retrouve dans l'éventail de l'IF-IC à la fois l' « infirmier de référence dans un service » et l' « infirmier de référence interservices ». Ce dernier est comparable à l'infirmier consultant.

Pour l'infirmier clinicien, il n'y a pas d'équivalent dans la liste IF-IC des descriptions de fonctions.

Concernant les fonctions hiérarchiques, toutes les fonctions décrites dans la proposition de taxonomie se trouvent également dans la classification de l'IF-IC.

Avis

Le Conseil constate qu'en matière de différenciation des fonctions de la profession infirmière, il est urgent d'encourager les initiatives et de prendre des mesures pour garantir à terme la qualité des soins offerts et la sécurité des patients en optimisant simultanément l'efficacité des soins prodigués et l'efficience de l'organisation du travail. C'est pourquoi le Conseil suggère de favoriser la mise en œuvre et la concrétisation des recommandations et propositions politiques suivantes, qui permettent d'importantes améliorations de la qualité et de l'efficacité.

Amélioration de l'organisation du travail et extension de l'encadrement de base

Dans ses avis précédents en matière d'exercice de la profession infirmière, le Conseil a formulé une série de recommandations concrètes en vue de la mise en place d'une aide logistique et d'une aide administrative axées sur le soutien aux activités infirmières, et de la mise à disposition d'outils ICT (dossier infirmier électronique en tant qu'élément du dossier patient). Dans ce domaine, quelques premières mesures ont été prises ces dernières années (financement d'aides logistiques, support d'applications informatiques...), mais la tâche est loin d'être terminée.

Valorisation et réévaluation de la fonction d'infirmier en chef

Les infirmiers en chef sont des figures clés dans l'organisation de la profession infirmière. Par le passé, le Conseil a maintes fois plaidé en faveur d'un renforcement de leur fonction managériale. C'est possible par une garantie de financement de cette fonction venant s'ajouter au financement du personnel chargé des soins directs au patient: en d'autres termes, un financement de l'infirmier en chef en plus de la norme de personnel de base. Une rémunération correcte est également une nécessité absolue.

Garantie de la continuité des soins

La mise en place des "équipes mobiles" et le financement du personnel destiné à les constituer est un premier pas sur la voie d'une meilleure garantie de la continuité des soins infirmiers à la suite, entre autres, de maladie, d'absences... Il y a lieu d'examiner les résultats de l'expérience acquise entre-temps dans le recours aux équipes mobiles et d'en tirer les conclusions adéquates.

Définition claire des fonctions d'expertise au sein de la profession infirmière

Il est souhaitable que, par cet avis, le Conseil présente un cadre pour le développement ultérieur des fonctions d'expertise.

Les dénominations de fonctions et descriptions correspondantes, telles qu'exposées dans la proposition de taxonomie ci-dessus, peuvent servir de cadre de référence pour la mise en place des diverses fonctions d'expertise et de management au sein de l'institution.

La rationalisation des dénominations de fonction et de leur contenu doit toutefois permettre aux institutions de faire preuve de flexibilité. L'objectif n'est dès lors nullement de transposer les descriptions de fonction du présent avis en textes de loi ou normes d'agrément.

Le Conseil exprime son inquiétude face à l'absence ou la présence trop occasionnelle des fonctions d'expertise infirmière, en particulier, celles de l'infirmier consultant ou de l'infirmier clinicien, dans la profession infirmière. Néanmoins, le développement de ces deux fonctions

d'expertise dans la pratique quotidienne des soins directs et en tant qu'éléments d'une équipe de soins est crucial pour continuer à garantir la sécurité et l'efficacité de la profession infirmière. C'est pourquoi le Conseil propose, en commençant par les hôpitaux (psychiatriques et généraux), l'instauration d'un forfait spécifique supplémentaire pour les hôpitaux désireux de mettre en place ces fonctions d'expertise, destiné à leur permettre d'assurer les honoraires des infirmiers disposant d'une formation de master et voulant assumer une fonction d'expertise au sein des équipes de soins financées existantes.

Concrètement, le Conseil demande que ces institutions de soins, dans le cadre du plan de personnel pour lequel elles sont financées, puissent prétendre à une intervention financière correspondant au surcoût de 0,5 ETP infirmier clinicien par 30 ETP personnel soignant liés aux journées d'hospitalisation. Concrètement, il est proposé que cette fonction d'expertise soit financée conformément au barème d'un master en art infirmier.

Pour pouvoir prétendre à une compensation financière partielle, les institutions de soins doivent prouver qu'elles ont effectivement eu recours à la fonction d'expertise concernée en vue de renforcer leur équipe infirmière et que le surcoût découle effectivement de la rémunération. Elles doivent pouvoir démontrer l'output de la mobilisation de la fonction d'expertise.

Concordance entre la différenciation de fonctions et la classification de fonctions IF-IC en cours

Le Conseil recommande de surveiller la concordance entre la différenciation de fonctions proposée ici et la poursuite de la classification des fonctions infirmières. Cette concordance est essentielle pour garantir l'adéquation entre la réglementation, le financement et la politique des conditions de travail et de rémunération.