

# ATTRACTIVITE DE LA PROFESSION INFIRMIERE

## Plan pluriannuel

Laurette ONKELINX  
Ministre de la Santé Publique et des Affaires sociales

Ce Plan d'attractivité est une concrétisation de l'accord de Gouvernement qui prévoit d'élaborer « des mesures afin d'améliorer l'attractivité de la profession d'infirmier ».

La situation critique du recrutement d'infirmiers dans le pays exige un signal fort, expression d'un projet ambitieux, toutes mesures d'adaptation mineure n'étant pas de nature à solutionner le problème.

Les propositions sont toutefois ancrées sur le socle existant : les changements doivent être réels et significatifs mais progressifs.

Les mesures sont étalées dans le temps, leurs impacts organisationnels également.

### Le plan compte 4 axes d'actions

Allègement de la charge de travail et du stress

Qualifications

Rémunérations

Reconnaissance sociale et implication dans le processus de décision

Il concerne 3 secteurs : les hôpitaux, les maisons de repos (MRPA et MRS), les soins à domicile

L'objectif est un **objectif de santé publique** : rencontrer les besoins en soins infirmiers des patients et de la population en général dans les conditions optimales, au sein de l'ensemble du système de santé. La sécurité et la qualité des soins aux patients restent la priorité.

## Présentation succincte des 4 axes d'action

Les axes d'action sont interdépendants et il est indispensable de les mener simultanément pour obtenir l'effet souhaité. Mais un phasage répartit les actions dans le temps.

### **1. Allègement de la charge de travail et du stress**

- Application intégrale de l'Accord Social 2005-2010, générateur d'emplois complémentaires (p.m.)
- Relance du Projet 600
- Diminution de la charge administrative et logistique qui détourne les infirmiers des soins
- Financement du personnel prévu, pour assurer leur présence effective sur le terrain
- Augmentation des effectifs affectés aux soins

### **2. Qualifications**

- Titre d'infirmier réservé à un niveau de compétences réévalué. Les voies pour accéder à ce titre sont du ressort des Communautés
- Spécialisations encouragées en sorte de rencontrer les exigences des soins, de plus en plus complexes
- Différenciations des fonctions
- Responsabilités renforcées et élargies

### **3. Rémunérations**

- Extension des prestations inconfortables donnant droit à sursalaire
- Rémunération des spécialisations, selon leur niveau
- Valorisation renforcée des fonctions d'encadrement

### **4. Reconnaissance sociale et association à la prise de décision**

- Au travers d'un cursus de formation supérieur, y compris universitaire
- Au travers d'une meilleure rémunération
- Grâce à une visibilité officielle renforcée
- Par une implication de la profession structurée et systématique

## Rappel du contexte

La difficulté à recruter les infirmiers sera appelée pénurie, quel que soit le nombre d'infirmiers formés potentiellement actifs dans les secteurs de santé : ce qui compte est de comparer les effectifs nécessaires aux effectifs disponibles sur le marché de l'emploi.

La pénurie est constante depuis des décennies, même si elle est hétérogène selon les (sous) régions et dans le temps.

Toutes les mesures adoptées n'ont pas suffi à augmenter le nombre d'infirmiers actifs à la mesure de la croissance des besoins, qui est constante : les évolutions biomédicales, technologiques et démographiques expliquent cette croissance, qui perdurera dans les prochaines années.

En outre, les évolutions culturelles et sociales modifient le profil d'exigences et de disponibilité de la population infirmière.

Il est difficile d'apprécier avec précision l'impact de certaines mesures dont l'objectif est de retenir des infirmiers au travail : l'élévation de l'ancienneté pécuniaire et le nombre d'infirmiers bénéficiaires des mesures de fin de carrière portent à croire qu'elles ont porté leurs fruits. Le nombre de temps partiels est élevé, ce qui accroît les difficultés organisationnelles.

Le potentiel d'infirmiers formés dans lequel recruter pour accroître les infirmiers en activité dans les secteurs de santé ne pourra être évalué qu'au travers d'un cadastre global et mis à jour de manière constante : ce cadastre est en cours d'élaboration (DGII du SPF Santé publique) et est attendu pour fin 2009.

Il est indispensable d'inciter des professionnels formés à rejoindre leurs collègues en activité et d'éviter que ces derniers ne quittent la profession. Mais il faut aussi d'encourager des jeunes à entamer les études d'infirmier, en remettant ce métier à l'honneur au travers des services rendus et des multiples facettes et possibilités de carrière qu'il ouvre, dans une large gamme de secteurs, le plus souvent méconnus.

## Plan

- |   |              |
|---|--------------|
| <b>1. Allègement de la charge de travail et du stress</b>                     | <b>p. 4</b>  |
| <b>2. Qualifications</b>  | <b>p. 9</b>  |
| <b>3. Rémunérations</b>   | <b>p. 13</b> |
| <b>4. Reconnaissance sociale et implication dans le processus de décision</b> | <b>p. 16</b> |

## Axe 1. ALLEGEMENT DE LA CHARGE DE TRAVAIL ET DU STRESS

La charge de travail et le stress qui en découle sont de toute évidence devenus excessifs : les infirmiers travaillent à temps partiel pour supporter de telles conditions, refusent les services les plus lourds voire fuient l'exercice professionnel.

Plusieurs mesures seront déclinées dans le temps :

### 1. Informatiser le volet infirmier du dossier patient / extraction automatique du DI-RHM

Associations professionnelles et syndicats partagent l'opinion que la charge induite par l'enregistrement du DI-RHM (Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum) est l'élément « en trop » dans le contexte de surcharge de travail actuelle : les exigences liées à son enregistrement induisent un travail supplémentaire que les professionnels de terrain ont de la peine à comprendre et assumer.

L'intérêt de disposer d'une banque de données professionnelles exploitables sur divers plans est pourtant incontestable : la mise en évidence de profils de patients et de soins sous l'angle infirmier ainsi que des professionnels actifs au moment de ces enregistrements est exploitable dans divers registres. Ces données sont plus appropriées que d'autres dans le financement hospitalier puisqu'elles concernent et représentent directement les activités financées. Mais elles permettent aussi d'autres applications à d'autres niveaux, de l'hôpital au fédéral : évaluations qualitatives, comparaisons entre services ou unités de soins, profils de soins par programme ou par groupes de patients, ... etc. Les avantages secondaires de cet enregistrement sont indéniables sur le plan de l'organisation des soins : pour être admis, les éléments du DI-RHM doivent se retrouver au dossier du patient, sous des formes codifiées et intégrées dans un plan de soins adapté à chaque patient ; la tenue du dossier patient est indispensable car il permet une transmission d'informations professionnelles indispensables à la continuité des soins et aux collaborations interprofessionnelles.

Le Conseil National des Etablissements Hospitaliers a relayé cette préoccupation qualitative et la demande des gestionnaires hospitaliers, qui réclament des moyens récurrents pour cette informatisation.

Le contenu du dossier infirmier a été arrêté en 2006 (A.R. du 28 décembre 2006)

Une étude financée par le SPF Santé publique (2RIM2) a défini les conditions minimales d'une extraction automatique des données DI-RHM de ce dossier.

La question de « label » (accréditation) des logiciels est posée (cf. projet VINCA pour le domicile)

Octroyer un montant complémentaire dans la sous-partie A1 du Budget des moyens Financiers (BMF), avec priorité d'affectation à l'informatisation du volet infirmier du dossier patient, dans le but de permettre l'extraction automatique des données du DI-RHM :

16,3 millions d'€ dans le BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Ces moyens sont récurrents.

Le niveau d'informatisation des hôpitaux étant variable, il n'est pas indiqué de fixer des obligations ou orientations plus précises. Mais le processus doit être lancé là où il ne l'est pas et soutenu là où il existe. Il devra faire l'objet d'un suivi.

## 2. Emplois supplémentaires non infirmiers

Depuis plusieurs années, des aides ont été apportées aux équipes de soins hospitaliers au travers d'emplois supplémentaires (Maribel social ou Premier emploi) : des activités logistiques et administratives sont confiées à des personnes peu qualifiées à qui une formation courte et ciblée est donnée.

Ces fonctions sont utiles à divers titres :

- Aide appréciée aux infirmiers : complément de personnel utile et sans confusion de rôles avec les soignants<sup>1</sup>
- Support aux patients, par une meilleure prise en charge de certains aspects de type hôtelier, ce qui rend l'hospitalisation plus humaine
- Sortie du chômage de personnes peu qualifiées, pour des emplois stables et gratifiants

Ces personnes sont disponibles sur le marché du travail : leur recrutement peut dès lors être assuré dès que les emplois sont financés.

La priorité sera accordée aux services gériatriques et de réadaptation: ils ne bénéficient pas de financement complémentaire au-delà des normes, ils n'ont pas encore été pris en compte dans le calcul des aides Maribel et la charge de travail s'y est accrue au cours des dernières années d'une manière significative.

Assurer, par 60 lits, la présence de 3 ETP aides logistiques et administratives dans les lits d'indice G et Sp (hors palliatifs).

Financement : Maribel social (« train » supplémentaire)

Par la suite, une estimation du nombre d'emplois existants à ce jour devrait permettre d'évaluer le nombre d'emplois à prévoir éventuellement en compléments dans les autres indices et secteurs. L'Administration SPF Santé publique réalisera cette évaluation durant l'année 2009.

La formule Maribel social a fait la preuve de son efficacité (coûts réduits mais emplois nets réels). Cette mesure s'inscrit dans les lignes de force de la politique socio-économique du gouvernement fédéral qui prévoit de stimuler l'emploi dans le secteur non marchand, avec l'avantage supplémentaire d'y proposer des emplois peu qualifiés.

---

<sup>1</sup> Le nombre d'aides soignants utiles en milieu hospitalier est limité : l'extension des activités autorisées, par délégation d'un infirmier, a surtout permis de régulariser des pratiques déviantes par rapport aux limites légales ; les connaissances acquises à ce niveau de formation limitent un élargissement des actes qui pourraient leur être confiés pour des raisons de sécurité des patients.

### **3. Financer les effectifs prévus au Budget des Moyens Financiers (BMF)**

Le sous-financement hospitalier, entre autres les enveloppes destinées à couvrir les coûts des infirmiers et aides soignants, a pour effet la réduction des effectifs prévus dans les équipes en sorte de rester dans les limites des montants financés.

Cette restriction du nombre d'infirmiers présents sur le terrain a pour effet de détériorer les conditions de travail, cause de fuite du secteur hospitalier : il est indispensable de briser ce cercle vicieux.

Par ailleurs, le mode de calcul de ce qu'il est convenu d'appeler « garantie du budget de base » ainsi que, certaines années, le budget national qui y est consacré, ont pour effet de ne pas financer ce budget annoncé garanti.

Refinancer le BMF par une adaptation des enveloppes concernées, dont une augmentation de la valeur du point, en exigeant des gestionnaires que les moyens supplémentaires soient effectivement consacrés aux effectifs des équipes de soins.

Revoir les modalités de calcul du budget de base garanti.

### **4. Encourager les investissements à caractère ergonomique**

La plupart des hôpitaux ont investi dans des équipements mobiliers (en particulier des lits électriques) sur impulsion de financements orientés.

D'autres mesures et moyens, déterminés sur base d'études ad hoc par des chercheurs spécialisés en ergonomie, devraient contribuer à alléger la charge physique pesant sur les infirmiers et les aides soignants. La contribution et la collaboration des SIPP et SEPP (services internes et externes de prévention et de protection) sera précieuse.

Réaliser des études pilotes permettant de déterminer les moyens les plus efficaces en termes d'ergonomie dans le secteur hospitalier (BMF juillet 2009)

Ensuite prévoir des moyens financiers complémentaires sous condition de respect de critères d'« ergonomie au travail », tant dans les hôpitaux que dans les MRPA (Maisons de Repos pour Personnes Agées) et les MRS (Maisons de Repos et de Soins)

Définir un label « ergono friendly »

## 5. Ajuster les effectifs selon les profils des patients

### 5.1. Hôpitaux

A ce jour, les effectifs sont prévus pour l'essentiel sur base de normes, dont l'historique remonte souvent à 1963... Seuls certains services ont vu leurs normes d'effectifs adaptées.

Depuis 1991, des mesures favorables à l'emploi ont ajouté des fractions d'ETP, sans revoir le fondement même de fixation des effectifs à prévoir. Ces mesures ont même, par leurs sources différentes, induit des confusions dans ce qui est effectivement prévu, financé et selon quelles modalités. Un relevé de ces emplois additionnels est réclamé par infirmiers et gestionnaires hospitaliers.

Le raccourcissement des durées de séjour a pour effet de concentrer les soins les plus aigus et lourds sur une période courte : les conséquences de cette concentration expliquent la pénibilité actuelle. Par ailleurs, il est utile d'ajuster les effectifs en nombre et en qualification aux profils de patients pris en charge : une base normative minimale qui assure la permanence infirmière doit être complétée en fonction des soins requis, selon leur nature et leur intensité.

Une étude récente menée conjointement par la KUL et l'ULg pour le compte du KCE, à partir d'un échantillon de données DI-RHM (version pré-officielle) confirme les études internationales indiquant que les classements sur base de données médicales (type DRG's ou APRDRG's) n'ont pas toujours de liens avec les profils infirmiers des patients. Par contre cette étude a montré que le DI-RHM peut mettre en évidence des profils homogènes de patients sur base des besoins en soins infirmiers.

Une étude complémentaire, à réaliser sous l'égide du SPF Santé Publique, devrait dès lors pouvoir dégager à brève échéance, sur base des enregistrements officiels du DI-RHM, des profils de soins infirmiers (Nursing Related Groups) scientifiquement fondés et des propositions d'exploitation dans la fixation des budgets hospitaliers.

D'autre part, le KCE vient de publier les résultats d'une étude mettant en évidence que différents profils de soins peuvent être pris en charge par différents profils de compétences. Dans ses conclusions le rapport recommande de poursuivre les études sur cette différenciation de fonctions. Coupler les profils de soins et les qualifications nécessaires pour les prendre en charge avec des fonctions différenciées pourraient déterminer avec plus de pertinence les équipes à constituer compte tenu des patients.

Les résultats de ces études pourraient être utilisés pour adapter les moyens budgétaires et les mécanismes de financement tant des hôpitaux que des MRPA et des MRS, voire des soins à domicile pour ce qui concerne certains soins et patients, sans menace pour la qualité des soins.

- Etablir le relevé des effectifs issus des normes et de diverses mesures complémentaires successives afin de donner une visibilité complète sur les effectifs prévus et financés (2009)
- Mener via le SPF Santé publique une étude relative aux DI-RHM et à leur utilisation dans le BMF, en privilégiant la mise en évidence de groupes de patients homogènes sur le plan des soins infirmiers (Nursing Related Group's – NRG's) (2009)
- Mener via le SPF Santé publique et en lien avec les profils de patients une étude relative aux différenciations de fonction, complémentaire et sur base de celle qui a été publiée en 2008 par le KCE (2009)

## MRPA et MRS

Les indicateurs utilisés pour ajuster le financement et les équipes de soins sont critiqués parce qu'ils valorisent en € la dépendance des patients. Ceci est normal dans une certaine mesure – un patient dépendant demande plus de soins qu'un résident autonome - mais doit être corrigé en sorte d'encourager les soins qui permettent de maintenir l'autonomie ou de retrouver un degré d'autonomie plus élevé.

L'instrument RAI est davantage approprié pour évaluer l'état global et particulier du patient / résident âgé. L'évaluation de ses utilisations potentielles est indispensable, au regard de ce qui précède.

Les expériences de plate-forme palliative<sup>2</sup> et des équipes d'accompagnement en soins palliatifs ainsi que des Services intégrés de soins à domicile (SISD) peuvent être étendues à d'autres aspects des soins.

En sorte d'apporter des conseils, voire de réaliser des soins complexes ou inhabituels dans une perspective de formation continuée des infirmiers de première ligne, il est souhaitable d'intégrer progressivement des infirmiers disposant d'autres spécialisations et expertises.

- Prévoir des infirmiers spécialisés (porteur du Titre Professionnel Particulier en Gériatrie, en Oncologie, expert en soins de plaies, ... etc.) dans le cadre de plate-formes et / ou des SISD, dont la mission de conseil et d'appui est d'accompagner l'amélioration de la prise en charge des patients et résidents.
- Revoir l'échelle utilisée pour déterminer les profils de patients et de soins en sorte d'encourager les soins favorisant le maintien ou le recouvrement de l'autonomie.

---

<sup>2</sup> Un projet de plate-forme gériatrique a été discuté en Conférence interministérielle du 17 juin 2008.

### Qualifications et différenciation de fonctions / Transferts de tâches et responsabilités

A ce jour la fonction d'infirmier est exercée par des personnes disposant de qualifications diverses sans que des distinctions suffisantes soient opérées dans les activités exercées et les responsabilités assumées : ceci concourt à une confusion et à une déqualification de fait de l'ensemble dans la perception du public et des partenaires. En effet les formations sont de niveaux différents mais elles conduisent à des fonctions exercées sur le terrain semblables dans la majorité des cas. Les différences qualitatives ne peuvent pas aisément être attribuées aux différences de formations ... ou aux compétences et aptitudes personnelles.

Les différenciations d'accès aux spécialisations (titres professionnels particuliers réservés aux bacheliers, qualifications professionnelles particulières accessibles également aux infirmiers hospitaliers-brevetés) corrigent peu à peu cette situation mais ne suffisent pas à démarquer les uns des autres dans l'exercice même de la profession et la dispensation des soins.

Si on observe l'évolution de la profession, de la pénurie et des choix d'études au cours de ces quarante dernières années, on constate que :

La pénurie a été constante, à l'exception d'une courte période, inférieure à deux ans, au début des années '80. Les causes en sont : les besoins en professionnels qualifiés ont été en hausse pour les mêmes raisons que celles qui prévalent encore aujourd'hui, dans le même temps que les infirmiers exigeaient des conditions de travail plus supportables et plus compatibles avec leur vie sociale.

Une profession qui sous un même titre regroupe des personnes formées au niveau professionnel et au niveau de l'enseignement supérieur, y compris universitaire, donne une image peu claire de son contenu et de ses possibilités : elle s'avère dès lors peu attractive.

L'évolution générale conduit de plus en plus de jeunes vers le circuit universitaire : ceux qui choisissaient les études d'infirmiers il y a 30 ans s'orientent aujourd'hui vers des formations en sciences humaines dans les universités.

Les études de médecine attirent de nombreux candidats alors que les possibilités d'accès à la profession sont réduites.

Les études de kinésithérapeutes sont d'autant plus attractives qu'elles ont été hissées au niveau des études supérieures de type long, assimilées à l'université ou universitaires ; et ce, malgré les perspectives d'emploi limitées.

Les professions paramédicales en général sont toutes formées au moins au niveau bachelier : technologues de laboratoire (la formation au niveau professionnel a été supprimée), technologue en imagerie médicale, ergothérapeute, diététicien, ...

Par ailleurs, faut casser l'image de formations universitaires accessibles aux infirmiers uniquement dans les filières de gestion ou de santé publique ; les soins infirmiers eux-mêmes doivent faire l'objet de formations universitaires. C'est le cas actuellement – mais récemment – dans les quatre universités flamandes, sous forme de Master en soins infirmiers ou pour sages-femmes : les options devraient être accessibles prochainement en Communauté Française.

Sur le plan international, on observe une généralisation de la formation infirmière au niveau supérieur, voire universitaire. La difficulté à recruter des infirmiers est moindre là où la formation se situe à un niveau supérieur, de préférence universitaire – la rémunération étant évidemment liée à ce niveau.

Le Processus de Bologne tend à harmoniser, au sein des pays qui y adhèrent, les niveaux et filières de formation. Il introduit la notion d'ECTS<sup>3</sup> et la Valorisation des acquis de l'expérience (VAE) : s'inscrire dans le Processus de Bologne est une opportunité pour les étudiants car cela leur offre des perspectives nouvelles dans le cadre de leur cursus de formation puis dans leur carrière, une fois acquis un premier niveau de formation.

Les études internationales relatives aux soins infirmiers indiquent qu'un niveau de qualification élevé est corrélé avec des taux moindres d'événements adverses graves (accidents, complications, voire décès). Les constats des directions des institutions de soins, confrontées à des personnels qui ne disposent pas des connaissances requises pour assumer la complexité des prises en charge (et pas seulement des actes techniques) indiquent que les compétences de base de l'infirmier doivent être réévaluées ; le nombre élevé d'étudiants qui, au terme de leur formation de bachelier en soins infirmiers, entament une spécialisation avant de s'engager dans la vie professionnelle, en exprimant leur perception d'être insuffisamment formés pour entamer leur vie professionnelle, confortent ces observations.

Dans le cadre de la responsabilité fédérale de Santé publique – assurer que les soins dont bénéficie la population soient à un niveau optimal en termes de qualité et de sécurité –, il y a lieu de redéfinir le profil des compétences attendues de l'infirmier, compte tenu des caractéristiques actuelles et prévisibles des soins et prises en charge à assumer.

La fonction d'aide soignant, les actes infirmiers qui peuvent être délégués par les infirmiers aux aides soignants, ainsi que les conditions de cette délégation ont été redéfinis en 2006.

Mais les activités pouvant être confiées aux personnes répondant à ce profil de compétences sans prendre de risque pour la population soignée restent limitées et ne permettent pas aux infirmiers de se concentrer sur des activités qui relèvent de leur qualification. La question est dès lors posée de l'opportunité d'une qualification intermédiaire entre l'infirmier et l'aide soignant. L'étude à mener en suite de celle que vient de publier le KCE devrait déterminer quels profils de soins / de patients et quelles compétences associer dans le cadre d'une différenciation de fonctions adéquate.

Revoir le profil des compétences exigées pour porter le titre d'infirmier.

Etudier l'opportunité d'une fonction intermédiaire entre l'infirmier et l'aide soignant.

Les Communautés ont compétences en matière de formation : des concertations entre les niveaux de pouvoir permettront d'ajuster au mieux les compétences requises et les formations qui permettent de les acquérir.

---

<sup>3</sup> Bologne : enseignement en crédits ECTS (European Credits Transfer System), valorisables via un processus de reconnaissance mutuelle. Un crédit = 24 heures de travail à fournir par l'étudiant. Une année = 60 crédits.

## Transferts et délégations de compétences

Il est de plus en plus fréquent de voir confier ou d'envisager confier des prises en charge complexes de patients, chroniques principalement, à des infirmiers : les patients diabétiques illustrent ce transfert de responsabilités

Tout transfert d'activités implique un transfert de responsabilités : il ne peut se faire dans l'improvisation. Le motif qu'une qualification est en nombre insuffisant ne peut à lui seul justifier un transfert vers une autre : cette dernière doit être formée, organisée et compter suffisamment d'effectifs pour assumer les responsabilités transférées.

Les études et expériences internationales indiquent que ces transferts sont fréquents : des recommandations internationales existent pour en assurer la concrétisation dans les meilleures conditions.

Ceci vaut pour les transferts des médecins vers les infirmiers, et de ceux-ci vers les aides plus ou moins qualifiés (relations verticales). Ceci vaut également pour les transferts ou responsabilités partagées entre groupes professionnels de même niveau de formation (relations horizontales).

Analyser les transferts de compétences et délégations possibles entre professionnels, en termes d'impacts pour les professionnels concernés et pour les patients, d'impacts financiers et d'impacts organisationnels (y compris sur l'enseignement)

## Formation permanente

La formation continue est indispensable pour assurer l'adéquation entre les compétences et l'évolution des connaissances et des besoins des patients.

Ces formations comprennent la mise à niveau des connaissances dans le domaine d'activité mais aussi des formations de spécialisation de courte durée (le plus souvent un jour par semaine pendant une année scolaire).

Le problème principal est le financement de cette formation. L'offre de formations adaptées est suffisante en termes de diversité : l'enseignement de promotion sociale et divers cycles ou journées de formation permettent aux infirmiers de parfaire leurs connaissances.

Mais les structures qui présentent ces formations doivent disposer de suffisamment de moyens pour répondre à la demande.

Les congés - éducation payés dans les institutions privées ont été réduits (en sorte de privilégier les travailleurs les moins scolarisés) et les montants financés dans le BMF pour les hôpitaux est limité. L'évolution des patients pris en charge dans les MRS requiert également une évolution parallèle des connaissances des professionnels de soins.

Ajouté au fait qu'il est le plus souvent difficile voire impossible de remplacer les personnes durant les journées de formation, les formations réellement suivies sont limitées, même si les hôpitaux notamment déploient beaucoup d'efforts en formations internes. Ce qui est difficile voire impossible pour les MR et MRS.

Dans de nombreux cas, le coût des formations extérieures est même assumé par les individus et le temps y consacré pris sur leurs congés.

Or, la formation continue fait partie de la plupart des normes tant des services que des professions de santé : ceci plaide en faveur d'un financement via le BMF ou de l'INAMI.

Pour les soins à domicile, une forme d'accréditation sur le modèle appliqué aux médecins pourrait être mise en place, avec un remboursement préférentiel ou encore un soutien financier annuel pour les professionnels qui peuvent attester du suivi de formations agréées.

Une partie de la formation permanente devrait concerner la gestion du stress et de la violence : ces deux éléments sont en augmentation et figurent parmi les causes de départ de la profession.

Revoir le système des congés formation / congés éducation payés en sorte de l'adapter aux nécessités du secteur.

Prévoir un pourcentage des montants prévu pour le personnel de soins dans le financement BMF ou les forfaits INAMI, tant pour le privé que pour le public.

Domicile : analyser la faisabilité d'un système permettant de rencontrer l'objectif de formation permanente.

### **Extension des actes autorisés / Prescription infirmière**

La question de la prescription médicale obligatoire pour certains actes ou traitements est posée dans les divers terrains d'exercice.

L'exemple des soins de plaie est significatif : le médecin prescrit le plus souvent le type de soins et de matériel que lui indique l'infirmier, que sa formation et son expérience ont préparé à cette technique.

L'autorisation de prescriptions accordée aux sages-femmes ouvre le débat, surtout pour les infirmiers qui disposent d'un niveau de formation élevé.

La liste des actes a été étendue pour les infirmiers porteurs d'un Titre professionnel particulier en soins intensifs et d'urgences. La question se posera pour les autres titres et qualifications.

Etudier la possibilité d'extension d'actes autonomes ou confiés lors de la reconnaissance des Titres et Qualifications professionnels particuliers.

Analyser l'opportunité et les conditions de prescriptions autorisées aux infirmiers.

Les rémunérations actuelles ne sont plus suffisantes que pour être attractives, compte tenu du niveau de responsabilités, de la lourdeur des activités – tant sur le plan physique que psychologique -, que des contraintes horaires.

### 1. Institutions de soins

Les mesures de fins de carrière dès 45 ans constituent des augmentations salariales de fait : salaire maintenu mais moins d'heures de travail ou 38 heures de travail payées avec supplément financier croissant.

L'obligation d'assurer la permanence infirmière induit des horaires où la proportion d'heures situées dans les zones dites inconfortables se situent au-delà de 40 voire de 50%.

Les prestations de fin de journée sont de plus en plus considérées comme les plus astreignantes car les plus difficiles à concilier avec une vie familiale et sociale dite « normale ». Les horaires débutant à 7 heures et ceux qui se terminent au-delà des heures de crèche ou de garderie pour les enfants imposent une organisation complexe et coûteuse. Or ces prestations ne donnent pas systématiquement lieu à un sursalaire s'ils se terminent avant 22 heures.

De manière générale, les sursalaires payés actuellement pour ces horaires inconfortables sont insuffisants pour compenser les contraintes et surcoûts qui en découlent. Le système ne correspond plus aux évolutions et exigences sociales actuelles.

Par ailleurs, les normes imposent de plus en plus souvent des spécialisations. Les infirmiers qui en disposent soit ne bénéficient pas systématiquement d'une rémunération supérieure, soit reçoivent un complément, variable d'une institution ou d'un groupe d'institutions à l'autre.

La reconnaissance de Titres Professionnels Particuliers (TPP) et de Qualifications Professionnelles Particulières (QPP) ouvre la voie à des valorisations supérieures, incitatives à disposer de ces Titres et Qualifications, donc à une amélioration progressive du nombre d'infirmiers spécialisés et de la profession dans sa globalité.

Les fonctions de cadres infirmiers sont des fonctions lourdes : aux confins des diverses professions et fonctions, en ligne directe avec patients et familles, avec obligation d'assurer la continuité des soins, le plus souvent 24 h sur 24 et 365 jours par an.

On observe que ces postes intéressent de moins en moins de candidats : les responsabilités et difficultés ne sont pas compensées par des valorisations financières suffisantes.

Le complément fonctionnel prévu pour les infirmiers en chefs et cadres intermédiaires ne corrige pas cette situation.

Les cadres infirmiers ont vu leurs missions confirmées par A.R. en 2006 et l'accès y a été réglementé : l'obligation d'être bachelier se cumule à l'obligation de disposer d'une formation de cadre, obligatoirement universitaire pour les chefs de service (cadres intermédiaires) et pour la direction infirmière. Ceux qui doivent en sus disposer d'un Titre professionnel particulier ne le voient pas valorisé.

Etendre les plages horaires donnant lieu à un sursalaire : valoriser les prestations de fin de journée et de soirée.

Valoriser (différemment) les TPP et les QPP, au fur et à mesure de leur reconnaissance officielle. Réserver cette valorisation aux personnes qui disposent de la formation complète requise – non aux bénéficiaires via les mesures transitoires et sous condition de travailler dans le secteur spécialisé correspondant.

Prévoir une valorisation supérieure pour les spécialisations de type Master, acquises à l'Université.

Prévoir la rémunération des cadres infirmiers en tenant compte des niveaux de qualification exigés.

## **2. Domicile**

Le remboursement des prestations infirmières ne tient compte ni de la formation ni des éventuelles spécialisations ou qualifications particulières.

Il faudrait, comme pour les médecins, des remboursements différenciés pour certaines prestations.

La consultation infirmière, qui permet d'établir un bilan des problèmes d'un patient en termes de soins infirmiers, avec le patient et / ou son entourage, fait l'objet d'une décision à l'INAMI.

Limitée à une consultation annuelle par patient (sous réserve de répondre à des critères), cette mesure devra être évaluée et soutenue si les résultats sont concluants.

Les soins à domicile doivent, comme à l'hôpital, différencier les fonctions, les tâches et les responsabilités, donc également le remboursement des prestations effectuées.

Les aides soignants peuvent se voir confier des activités, par délégation d'un infirmier et dans le cadre d'une équipe structurée.

Les conditions d'exercice doivent également y être analysées : contraintes liées aux grandes villes, par exemple.

En pratique indépendante, il faut renforcer la prise en charge infirmière globale, voire le rôle de supervision d'autres soignants ou aidants, ainsi que les soins aux patients chroniques dans une pratique plus autonome et responsable, au travers de remboursements adaptés, compensant les remboursements liés à la répétition de soins moins complexes.

Les pratiques de groupe doivent être favorisées (structures organisées avec recours à des infirmiers salariés ou groupes composés d'infirmiers indépendants) : elles facilitent la continuité des soins et permettent un contrôle par les pairs.

Dans les maisons médicales, les infirmiers avec certaines spécialités comme la gériatrie, les soins communautaires ou les soins palliatifs, l'oncologie, ... etc. doivent être encouragés, compte tenu de la population qui recourt à leurs services : les collaborations interdisciplinaires sont de nature à améliorer la qualité des soins.

Etudier les conditions de différenciations de fonctions dans les soins à domicile.

Revoir la structure des remboursements pour favoriser les prises en charges globales et spécialisées par les infirmiers et soutenir les alternatives à l'hospitalisation.

Valoriser les TPP ou Qualifications professionnelles particulières (gériatrie, oncologie, diabétologie...) au travers de remboursements ciblés et conditionnés au respect de critères établis.

Valoriser les pratiques de groupes, y compris entre infirmiers indépendants.

Soutenir les alternatives à l'hospitalisation et les collaborations interprofessionnelles.

#### **Axe 4. RECONNAISSANCE SOCIALE IMPLICATION DANS LE PROCESSUS DE DECISION**

La reconnaissance sociale à l'égard de la profession infirmière est ambivalente : si beaucoup s'accordent à trouver ce métier utile, se réjouit-on de voir ses enfants s'y engager ?

Fonction de service, le métier d'infirmier est facilement assimilé à une fonction d'exécution. La réalité est tout autre.

Métier de femme. La tradition pèse lourdement : le niveau de connaissances et de compétences à acquérir et maintenir pour l'exercice professionnel est largement occulté sous l'image persistante d'une vocation. L'usage systématique du féminin, en totale contradiction avec la grammaire, atteste du poids de ce stéréotype.

Les valeurs sous-jacentes à cette profession ne sont plus valorisées dans le contexte culturel actuel, qui reconnaît principalement les valeurs financières.

Les infirmiers sont systématiquement présentés comme un coût, alors qu'ils représentent tout autant que les médecins des recettes et un apport en tant que service presté.

Les infirmiers sont souvent noyés dans le vocable impersonnel de « personnel soignant » : masse anonyme, aux prestations et responsabilités mal connues, voire discréditées.

L'aura favorable de la profession auprès de la population a souvent servi à obtenir des avantages généraux ou généralisés pour le personnel hospitalier en général, sans que cela contribue à l'attractivité de la profession infirmière.

Alors que la pénurie sert à certaines professions pour améliorer leur prestige et leurs rémunérations (médecins spécialistes, informaticiens, ...etc.), elle n'a (eu) pour effet que de détériorer les conditions de travail – donc de s'aggraver – chez les infirmiers.

En conclusion : un beau métier ... pour les autres.

Prendre toutes mesures qui sortent la profession de l'anonymat : cette proposition peut s'assimiler aux mesures prises en matière de « genre » (féminin / masculin)

La sortir de l'ombre : prévoir une campagne de promotion de la profession en montrant les facettes peu connues et la diversité (printemps 2009)

L'implication des infirmiers dans les processus de décision qui les concernent et plus généralement, dans les dispositions qui touchent à la santé : les infirmiers ne sont pas confinés dans les institutions de soins ou les soins à domicile : leur rôle dans d'autres institutions (prisons, entreprises diverses, écoles), en soins de première ligne ou dans les actions de prévention sont moins connus mais essentiels.

Ceci doit se concrétiser autant dans les Organes d'avis officiels, tant au plan fédéral que dans les institutions elles-mêmes, où il y a lieu de confirmer l'implication des infirmiers.

### **Dans les institutions :**

Hôpitaux : identifier comme telle la position de direction infirmière en lieu et place du « chef de département infirmier » (appellation à supprimer).

MR / MRS : compléter les dispositions relatives aux fonctions d'encadrement (chef hiérarchique direct et cadre intermédiaire éventuel), compte tenu de la taille des institutions.

### **Dans les organes d'avis**

#### **1. KCE**

« Le Centre d'Expertise a pour but la collecte et la fourniture d'éléments objectifs issus du traitement de données enregistrées et de données validées, d'analyse d'économie de la santé et de toutes autres sources d'informations, pour soutenir de manière qualitative la réalisation des meilleurs soins de santé et pour permettre une allocation et une utilisation aussi efficaces et transparentes que possible des moyens disponibles de l'assurance soins de santé par les organes compétents et ce, compte tenu de l'accessibilité des soins pour le patient et des objectifs de la santé publique et de l'assurance soins de santé » (Art.262 de la Loi Programme du 24 décembre 2002).

Les sujets des études et rapports dont doit se charger le KCE sont notamment :

- l'évaluation de la pratique médicale et des activités hospitalières
- le développement de systèmes de remboursement, de techniques de financement et d'incitants financiers nouveaux
- l'utilisation de données de pathologies dans le financement
- l'application de règlements en matière de responsabilisation individuelle et collective des différents dispensateurs de soins de santé
- le soutien de remboursement de choix concernant le remboursement de prestations de santé
- la promotion de l'efficacité et de la qualité de la dispensation des soins et l'accessibilité à ces derniers
- l'évaluation des effets sociaux et des effets de santé publique (de certaines mesures).

Les infirmiers sont au cœur de ces problématiques, de façon active ou passive, mais il n'y a aucun infirmier au Conseil d'administration du KCE (24 membres).

Ajouter deux membres au Conseil d'Administration du KCE, sur proposition des organisations professionnelles représentatives des infirmiers.

## **2. Structure Multipartite en matière de politique hospitalière**

Cet organe d'avis a été instauré par la Loi portant des mesures en matière de soins de santé de 2003. Dans l'exposé des motifs présenté à la Chambre des Représentants, on peut lire que cette compétence d'avis concerne notamment :

- le financement (dont le Budget des Moyens Financiers), les normes d'agrément
- l'enregistrement, l'utilisation, le traitement et/ou la diffusion des données (Résumé clinique minimum, Résumé infirmier minimum – devenu Données infirmières du Résumé hospitalier minimum, Résumé psychiatrique minimum).

Cette structure a aussi pour mission d'initier une concertation sur toutes les questions afférentes à la cohérence des activités, des avis et des organes en ce qui concerne la politique hospitalière.

Malgré ces compétences et l'importance des infirmiers dans les institutions hospitalières, les infirmiers n'y sont pas représentés.

Modifier la composition de la Structure Multipartite en y ajoutant deux infirmiers.

## **3. Conseil National des Etablissements Hospitaliers**

Le CNEH compte deux infirmiers et deux suppléants, dont un vice-président, dans chacune de ses deux sections. Mais cette représentation est trop faible pour y faciliter une intervention significative sur les options.

Il serait utile de revoir la composition du CNEH en sorte de faire occuper au moins deux mandats de plus par des infirmiers dans la section programmation-agrément et dans la section financement.

Revoir la répartition des mandats au sein des deux sections du CNEH, en sorte d'augmenter la représentation infirmière.

## **4. INAMI**

Le Comité de l'Assurance compte un membre infirmier.

La Loi du 21 avril 2007 fixant la représentation des infirmiers de la Commission des soins infirmiers à domicile a fait l'objet d'un recours. Le report de sa mise en application du 28 juin 2008 au 31 décembre 2009 doit permettre de trouver une solution solide et non conflictuelle.

Assurer une représentation optimale des infirmiers à domicile dans la Commission de convention soins infirmiers à domicile ; adapter la Loi du 21 avril 2007 en ce sens.

## 5. Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière / Collèges de médecins

Depuis 1999, des Collèges de Médecins ont été créés dans divers domaines de l'activité hospitalière, avec pour objectif la promotion de la qualité dans leurs spécialités respectives, par :

- la fixation, en consensus, d'indicateurs de la qualité et de critères d'évaluation en matière de bonne pratique médicale
- l'élaboration d'un modèle d'enregistrement informatisé et d'un rapport type
- la réalisation éventuelle de visites et l'exécution de contrôles des données enregistrées
- la rédaction d'un rapport annuel national à l'intention du groupe de travail ad hoc de la Structure Multipartite
- la réalisation d'un feedback pour les hôpitaux et les médecins concernés

L'Arrêté Royal du 27 avril 2007 crée le Conseil Fédéral pour la qualité de l'activité infirmière. Certaines missions confiées au Conseil fédéral sont semblables à celles qui sont dévolues aux Collèges de médecins, mais concernent l'activité infirmière dans son ensemble. Il faut soutenir cette vision globale homogène de la profession.

Mais en sorte de confirmer l'importance des Titres professionnels particuliers et de créer un parallélisme avec les Collèges de médecins, qui ont tous une orientation spécialisée, il serait utile de créer des Collèges infirmiers, un par Titre professionnel particulier, au fur et à mesure de leur reconnaissance légale.

Leur mission serait de compléter les évaluations et recommandations générales du Conseil fédéral de considérations spécifiques à leurs spécialités.

Compléter le Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière de Collèges d'infirmiers, et les organiser en son sein.  
Prévoir un Collège par Titre professionnel particulier.

## 6. Hôpitaux : Conseil Infirmier

Un Conseil Infirmier existe dans certains hôpitaux, sur base volontaire, avec des missions et des modes de fonctionnement différents.

Les infirmiers attendent de ce Conseil une meilleure implication dans l'organisation interne de l'hôpital, dans l'évaluation de la qualité des soins donnés et leur amélioration.

Il faut néanmoins éviter une confusion de rôle avec d'autres organes (comité de concertation et de négociation, par ex.) ainsi qu'avec les responsabilités de la ligne hiérarchique.

Il est opportun de définir les missions de manière légale et de fixer les dispositions à respecter compte tenu des caractéristiques de l'organisation hospitalière. La référence au Conseil médical sera limitée, compte tenu des différences objectives dans l'organisation des professions.

Parmi les conditions, prévoir un mode d'élection qui assure la présence de candidats proposés par les organisations syndicales.

Légiférer en matière de Conseil infirmier : missions et composition.
--

## 7. Comité d'éthique / Code de déontologie / Ordre Infirmier

Le rapport annuel 2005 du Comité Consultatif de Bioéthique relatif aux Comités d'éthique locaux (CEL), imposés dans chaque hôpital met en évidence que :

Sur 142 CEL, pour une moyenne de 12,3 membres, 62 % sont médecins, 16 % sont infirmiers et 9 % juristes.

Les sujets traités concernent à 22 % la fin de vie, 13 % le début de la vie et 9 % les études cliniques.

53 % des autres sujets sont très variés.

L'implication modérée des infirmiers tient pour l'essentiel à leur indisponibilité : il leur est très difficile de se dégager des contraintes obligatoires de leur service pour participer aux réunions.

La nature des sujets traités est pourtant intimement liée à leur pratique professionnelle.

Par ailleurs un Code de déontologie a été adopté par les associations professionnelles infirmières belges en 2004, sans qu'il fasse l'objet d'un texte législatif.

Lui imposer le parcours officiel pour être reconnu comme référence lui donnera une visibilité puis la robustesse indispensable à son application.

Un Ordre professionnel a pour mission essentielle de faire respecter l'éthique et la déontologie propres à une profession. En Belgique, les Commissions Médicales provinciales<sup>4</sup> n'assument que très partiellement cette responsabilité, dans la mesure où elles peuvent retirer le visa « à un praticien qui ne réunit plus les aptitudes physiques ou psychiques pour poursuivre sans risques l'exercice de sa profession ». Elles doivent aussi veiller à ce que l'art infirmier – en ce cas – soit exercé conformément aux lois et règlements ; mais aussi de faire connaître aux organes des Ordres intéressés les fautes professionnelles reprochées aux praticiens qui en relèvent. Pour les infirmiers, le chaînon Ordre est manquant.

Le sujet est débattu au Sénat depuis plusieurs années avec proposition de Loi déposée en mars 2008.

---

<sup>4</sup> Art.36 et 37 de l'AR n° 78. Les modifications proposées dans la Loi santé ne changent pas cette situation.

Légiférer en matière de Code de déontologie infirmier.

Débattre de l'opportunité et des conditions de création d'un Ordre Infirmier au sein de et avec la profession.

## **10. Associations professionnelles infirmières**

Les associations représentatives de médecins puis, plus récemment des praticiens de l'Art dentaire, bénéficient d'un financement à charge de l'INAMI, en sorte de leur permettre de participer aux réunions et discussions inhérentes à l'exercice de leurs professions et à leurs règles de financement.

Le financement se fait pour partie par un montant de base par association et par un montant par vote valable.

L'INAMI peut l'accorder à un groupe d'associations.

Il semble justifié d'étendre ces dispositions aux infirmiers, mais il faut adapter la formule étant donné l'absence d'élections au sein des organisations professionnelles, regroupées au sein de l'UGIB-AUVB.

Octroyer un montant annuel à l'Union générale des Infirmiers de Belgique (UGIB-AUVB).

## CONCLUSION

Ce Plan d'amélioration de l'attractivité de la profession infirmière est un défi en matière de santé publique.

La population de notre pays doit pouvoir compter sur des infirmiers bien formés, centrés sur leurs activités et responsabilités, secondés par d'autres professionnels de diverses qualifications ; leurs compétences doivent être mises en œuvre au sein d'équipes interdisciplinaires, y compris dans le secteur des soins à domicile, sous les formes les plus appropriées.

Ce Plan doit être pluriannuel car il implique des changements significatifs, à divers niveaux et sur plusieurs plans, ainsi que des budgets complémentaires conséquents.

Pour porter les soins infirmiers au XXIème siècle, il est indispensable que tous les partenaires concernés unissent leurs efforts et expertises : associations professionnelles infirmières, syndicats, gestionnaires d'institutions de soins, autres professions de santé, experts scientifiques, responsables politiques des entités fédérées sont indispensables pour réaliser cet objectif.

Les infirmiers eux-mêmes, où qu'ils soient engagés dans l'exercice de leur profession, sont au cœur de ce processus d'amélioration de l'attractivité de leur profession.

Que tous soient d'ores et déjà remerciés.

Laurette ONKELINX  
Ministre de la Santé Publique et des Affaires sociales