

*L'ART INFIRMIER:
PROFESSION
EN PLEINE
MUTATION*

Le Centre Jean Gol organise la réflexion politique sur différents sujets de société et d'actualité. L'art infirmier en fait naturellement partie. La présente étude du CJG offre une analyse détaillée d'une série d'enjeux liés à ce dossier et les aborde d'une façon originale et complète.

Cette publication a été portée par **Corentin de Salle**, directeur scientifique du Centre Jean Gol, par **Violaine Herbaux**, conseillère, et par **Siméon Ndaye**, conseiller. Je les en remercie, ainsi que les nombreux participants aux réunions organisées sur ce thème, parmi lequel le Sénateur et Député aux parlements de la Région bruxelloise et de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Jacques Brotchi.

Je vous souhaite une excellente lecture de ce numéro des Etudes du Centre Jean Gol.

Les Etudes du Centre Jean Gol sont le fruit de réflexions entre collaborateurs du CJG, des membres de son comité scientifique, des spécialistes, des mandataires et des représentants de la société civile.

Accessibles à tous, elles sont publiées sous version électronique et sous version papier.

RESPONSABLES SCIENTIFIQUES

Olivier Chastel, Président du CJG
Richard Miller, Administrateur délégué du CJG
Laurence Glautier, Directrice du CJG
Corentin de Salle, Directeur scientifique du CJG

RICHARD MILLER

Administrateur délégué

résumé

Le Centre Jean Gol souhaite poser les jalons d'une indispensable réforme de l'art infirmier. Si la qualité de notre système de santé est unanimement saluée, certains maillons de la chaîne des soins de santé doivent être améliorés.

Le secteur infirmier connaît une mutation substantielle. Face à l'augmentation de l'espérance de vie, au développement des maladies chroniques et à un manque manifeste d'attractivité de la profession, l'art infirmier mérite une attention toute particulière. Des mesures doivent être prises afin d'amener des solutions aux problèmes de surcharge de travail, à la spécialisation des compétences, à l'émergence de nouvelles structures d'accueil ou encore aux enjeux croissants de la sécurité des patients.

Pour préparer l'avenir du secteur des soins de santé, véritable vecteur d'emplois, la dualisation de la formation infirmière en Belgique doit être harmonisée, conformément à la Directive européenne 2013/55/UE. Les normes d'encadrement du personnel infirmier doivent être réévaluées. En raison de l'augmentation du nombre de plaintes déposées auprès du Fonds des Accidents Médicaux, les mesures visant à garantir la sécurité des patients en milieu hospitalier doivent être renforcées. Afin de suivre l'évolution de la profession et de s'adapter aux mutations, un Ordre professionnel doit être créé. Enfin, en réponse aux conséquences du vieillissement de la population, le nombre de places d'accueil en maison de repos et en maison de repos et de soins doit être augmenté.

Une étude réalisée par **VIOLAINE HERBAUX**, *Conseillère*
SIMÉON NDAYE, *Conseiller*



INTRODUCTION

La qualité des soins de santé en Belgique est unanimement reconnue. Sa qualité est élevée, aussi bien dans les établissements de soins publics que privés. Cette renommée, qui s'étend bien au-delà de nos frontières, se justifie avant tout par la qualité du travail de l'ensemble des prestataires de soins et du personnel médical, qui, jour après jour, sauvent des vies humaines et améliorent la qualité de vie des patients.

Toutefois, depuis près de 60 ans, la formation infirmière en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) s'articule autour d'une double filière "produisant" un personnel infirmier à deux vitesses. De ces deux formations, dépendent notamment la qualité de l'enseignement, les enjeux de spécialisation et la mobilité des infirmiers. Les Etats membres de l'Union européenne ont été invités à harmoniser les filières de formation à l'art infirmier via la transposition en droit national de la Directive 2013/55/UE. Cette directive doit être appliquée au plus tard début 2016.

Dès 2011, le MR s'est clairement positionné en faveur d'une réorganisation de la formation des infirmiers.

Les Députés Jacques Brotchi, Françoise Bertieaux et Sybille de Coster-Bauchau, ont alors déposé une proposition de résolution visant la clarification des filières menant au diplôme en soins infirmiers en FWB. Vu l'évolution du dossier au niveau européen, une nouvelle proposition de résolution relative à une clarification des filières menant au diplôme en soins infirmiers a été déposée en FWB le 28 avril 2015 par les Députés Jacques Brotchi, Françoise Bertieaux, Olivier Maroy, Jean-Luc Crucke et Philippe Knaepen.

Nous pressons dès lors la Fédération Wallonie-Bruxelles de tout mettre en œuvre pour concrétiser cette transposition dans les plus brefs délais.

Par ailleurs, en Belgique, de nombreux infirmiers en milieu hospitalier font face à une charge de travail particulièrement importante en raison, notamment, du nombre élevé de patients pris en charge. Conséquence directe de cette surcharge de travail, le phénomène de burnout s'est sensiblement développé, multipliant les cas de surmenage et de fatigue prononcée au sein du personnel infirmier.

Cette étude se penchera sur les raisons de cette surcharge de travail et sur les conditions d'une meilleure organisation des soins.

Nous nous intéresserons également à l'évolution du métier d'infirmier. Quels sont les enjeux de demain en matière de soins de santé ? La profession d'infirmier souffrait-elle d'un déficit d'attractivité ? Les normes d'encadrement et le renforcement de la spécialisation des compétences jouent-ils un rôle dans les "pénuries" d'infirmiers(ères) ? Enfin, existe-t-il une corrélation entre la surcharge de travail, le niveau de formation et la qualité des soins proposés ?

Afin de garantir la qualité des soins de santé en Belgique, nous pensons qu'il convient de redéployer les ressources infirmières au sein des hôpitaux, de renforcer la formation en soins infirmiers en Fédération Wallonie-Bruxelles et de mettre en place une politique d'information systématisée.

LA FORMATION DES INFIRMIERS EN BELGIQUE

1. SITUATION ACTUELLE : DEUX FILIÈRES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES ET EN RÉGION FLAMANDE

Une étude publiée par la revue médicale "The Lancet"¹, en février 2014, met en évidence la prise en compte de la formation du personnel infirmier dans le cadre de l'étude de la qualité des soins infirmiers dans nos hôpitaux.

Cette étude démontre, avec acuité, le lien étroit entre le niveau de formation du personnel infirmier et le taux de mortalité en milieu hospitalier. Clairement, la mortalité des patients est en hausse lorsqu'il existe une forte différence dans le niveau d'études des infirmiers. Selon cette même étude "une augmentation de la proportion d'infirmière bachelière à l'hôpital est associée à une réduction de 7% de la mortalité"².

L'étude de Tourangeau et al. réalisée en 2002 avait également conclu que lorsqu'on augmentait de 10% le nombre d'infirmières détenant un baccalauréat, il y avait 9 décès de moins par 1 000

patients sortants. Estabrooks et al. (2005) confirmaient cette relation en concluant qu'un niveau de formation des infirmières plus élevé est lié à une diminution de 19% des taux de mortalité des patients dans les 30 jours³.

Dès lors, se pose la question du niveau de formation de nos infirmiers et de la dualisation de celle-ci. En Belgique, il existe deux⁴ filières de formation pour exercer le métier d'infirmier. La première est la filière dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire accessible sans le certificat de l'enseignement secondaire supérieur (CESS) et aboutissant à l'obtention d'un brevet. L'autre filière de formation, dans l'enseignement supérieur, permet d'obtenir un diplôme de bachelier en soins infirmiers. Donc, quels que soient le niveau, les exigences de formation et les acquis d'apprentissages visés lorsque l'infirmier est engagé et qu'il exerce le

TABLEAU COMPARATIF DES DEUX FILIÈRES

INFIRMIÈRE PROFESSIONNELLE	BACHELIER EN SOINS INFIRMIERS
18 ans et 12 ans d'études préalables	18 ans et 12 ans d'études préalables
3 ans d'études	3 ans d'études (180 ECTS)
Titre délivré : infirmier (breveté)	Titre délivré : bachelier en soins infirmiers
Niveau 5 EQF	Niveau 6 EQF
Différenciation de fonction : • Accès aux soins généraux • Accès limité aux soins spécialisés • Accès aux qualifications professionnelles particulières	Différenciation de fonction : • Accès aux soins généraux • Accès limité aux soins spécialisés (avec ou sans spécialisation) • Accès aux titres et qualifications professionnels particuliers
Salaires inférieurs	Accès aux formations universitaires (niveaux 7 master et 8 doctorat)
Compétences, expertises et autonomie limitées aux soins de base	Compétences, expertises et autonomie importantes
Accès limité aux formations continuées	Accès limité aux formations continuées
Carrière linéaire	Opportunités de carrière +++

métier, il assume, à quelques détails près, les mêmes responsabilités, la même fonction et le même rôle. D'ailleurs, l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, modifié par la Loi du 10 août 2001, ne

différencie ni la fonction ni les actes. Cet état des choses entraîne inévitablement un certain nombre d'incohérences et de dysfonctionnements, comme le rappellent Salminen⁵ et Currie⁶.

1 AIKEN L. et al.-RN4CAST Consortium (2014), *Le V Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study*, The lancet, february 26if

2 Le Soir, DURY C., « Par quelles infirmières voulons-nous être soignés », 14

mars 2014, www.lesoir.be/494438/article/debats/cartes-blanches/2014-03-14/par-queles-infirmieres-voulons-nous-etre-soignes

3 KCE (2008) Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites, p.31, https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_

documents/d20081027353.pdf

5 Salminen, L. At al. (2010) *Future challenges for nursing education. A European perspective*. *Nurse Education Today*, 30, 233-238.

6 Currie E.J. & Carr-Hill R.A. (2013)

Outre la dualité de notre enseignement, se pose la question de son efficacité. À ce propos, l'étude européenne RN4CAST, coordonnée par la KU Leuven et analysant le niveau des formations aux soins infirmiers de 19 pays européens, place la Belgique en bas du classement des pays en fonction du niveau de formation.

FORMATION INFIRMIÈRE DANS 19 PAYS EUROPÉENS (NIVEAU ET DURÉE DU PREMIER CYCLE)

PAYS	PREMIER CYCLE			2 ^{ÈME} & 3 ^{ÈME} CYCLE
	FORMATION PROFESSIONNELLE	HAUTE ÉCOLE	UNIVERSITÉ	MASTER & DOCTORAT
Islande			Bachelor - 4 années	MA, PhD
Irlande			Bachelor - 3 & 4 années	MA, PhD
Italie			Bachelor - 3 années	MA, PhD
Norvège			Bachelor - 3 années	MA, PhD
Espagne			Bachelor - 3 années	MA, PhD
Suède			Bachelor - 3 années	MA, PhD
Royaume-uni			Bachelor - 3 années	MA, PhD
Malte			Bachelor - 4 années	
Grèce		Bachelor - 4 années	Bachelor - 4 années	MA, PhD
Portugal		Bachelor - 4 années	Bachelor - 4 années	MA, PhD
Finlande		Bachelor - 3,5 années		MA, PhD
Danemark		Bachelor - 3,5 années		MA, PhD
Suisse	Diplôme - 3 années	Bachelor - 4 années		MA, PhD
Pays-Bas	Diplôme - 3 années	Bachelor - 3 années		MA, PhD
Belgique	Diplôme - 3 années	Bachelor - 3 années		MA, PhD
Allemagne	Diplôme - 3 années			MA, PhD
France		Licence - 3 années		Msn, pilote en cours PhD
Autriche	Diplôme - 3 années			
Luxembourg	Diplôme - 3 années			

L'enseignement belge étant communautarisé, un certain nombre de disparités existent entre le nord et le sud du pays. C'est d'ailleurs ce que la Commission européenne a dénoncé⁷ dans ses mises en demeure de la Belgique en 2009 et 2010 pour infraction à la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance de l'infirmier responsable des soins généraux.

En ce qui concerne la durée de la formation infirmière, la Flandre, comme la Fédération Wallonie-Bruxelles, ne répond pas à l'exigence européenne des 4600 heures. Les autorités flamandes ont d'ailleurs tenté de définir la durée de formation des infirmiers non plus en années et en heures mais en ECTS, ce qui n'a pas convaincu la Commission européenne. En effet, si un ECTS représente 30 heures d'activité de l'étudiant, il est difficile de convertir en ECTS les stages qui imposent un contact direct avec le patient.

La communauté flamande autorise également ses écoles à dispenser les étudiants de certains cours sur base de tests de compétences.

Pour la Commission européenne, les diplômes délivrés par la Communauté flamande à des étudiants suivant déjà une spécialité en 3^{ème} année ne sont pas conformes aux critères de reconnaissance européens.

Notons enfin que la proportion des infirmiers brevetés n'est pas la même en Wallonie qu'en Flandre : selon Paul Sonkes, Président des praticiens de l'art infirmier, entre 30% et 40%

des infirmiers wallons ne seraient titulaires que du brevet, alors qu'ils seraient jusqu'à 70% en Flandre.

Fin mai 2015, le débat sur la formation infirmière était particulièrement intense. La branche flamande de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique vient de s'accorder sur une proposition de réforme de l'enseignement en Communauté Flamande. Selon Thierry Lothaire, membre de la FNIB (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique) et de l'UGIB (Union Générale des Infirmières de Belgique), il s'agit d'une avancée substantielle car les revendications flamandes rejoignent celles des francophones. En voici les principales lignes.

L'UGIB propose d'en arriver à une formation générale d'un bachelier en art infirmier pour les soins généraux :

- organisée en quatre ans et 240 crédits ;
- dont les 30 (voire 60) derniers crédits peuvent prendre la forme d'un travail ou d'apprentissage avec une compensation financière pour le stage afin que la formation reste suffisamment attrayante ;
- qui répondent aux exigences européennes afin que l'échange d'infirmiers diplômés en Flandre soit possible dans toute l'Europe ;
- avec une actualisation régulière et un renforcement du contenu de la formation sur toute sa durée afin de fournir de meilleures bases théoriques dans les

différents domaines et d'approfondir le niveau des stages en veillant au bon encadrement du travail ;

- dont la formation générique, pourra mener à un titre professionnel ou une spécialisation additionnelle moyennant l'obtention de crédits supplémentaires ;
- dont les spécialisations additionnelles restent nécessaires mais avec une orientation suffisamment vaste et un niveau suffisamment élevé qui se distingue du niveau de bachelor, p. ex. : master clinique ;
- avec pour finalité de former un infirmier qui puisse être en charge des soins généraux et qui soit armé pour relever les défis futurs posés à l'exercice du métier d'infirmier dans les soins de santé.

⁷ FNIB-NFBV, 2012, *Proposition de réforme de la formation infirmière en Fédération Wallonie Bruxelles*, p. 12



2. LA DIRECTIVE 2013/55/UE

Afin d'harmoniser le niveau de l'enseignement infirmier en Europe, une directive sectorielle a été édictée, dont la transposition doit voir le jour avant le 18 janvier 2016. La Directive 2013/55/UE préconise notamment :

- au moins trois années d'études ;
- 4600h d'enseignement théorique et clinique ;
- une durée de l'enseignement théorique représentant au moins un tiers de la durée minimale de la formation ;
- une durée de l'enseignement clinique correspondant au moins à la moitié de la durée minimale de la formation (soit 2300h).

Actuellement, le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études prévoit un baccalauréat de 180 ECTS (3 ans) pour les soins infirmiers. De nombreux étudiants suivent ensuite une spécialisation (1 an).

Par ailleurs, le Décret du 18 juillet 2008 fixant les conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier en soins infirmiers, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur, prévoit 1515 heures de stage pour l'obtention du diplôme d'infirmier bachelier (en ce compris les rapports écrits et TFE), soit 785 heures de moins que ne l'exige la directive 2013/55/UE définissant les heures d'enseignement clinique comme étant *"le volet de la formation d'infirmier par lequel les candidats infirmiers apprennent, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer l'ensemble des soins infirmiers requis à partir des connaissances, des aptitudes et des compétences acquises. Le candidat infirmier apprend non seulement à travailler en équipe, mais encore à diriger une équipe et à organiser l'ensemble des soins infirmiers, y compris l'éducation de la santé pour des individus et des petits groupes au sein des institutions de santé ou dans la collectivité"*.

La Directive 2013/55/UE suggère que l'admission à la formation d'infirmier responsable de soins généraux soit conditionnée à la possession d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre de formation ouvrant l'accès aux universités et aux établissements d'enseignement supérieur d'un niveau équivalent.

Par ailleurs, la Directive 2013/55/UE encadre l'admission à la formation d'infirmier responsable de soins généraux. Plusieurs compétences doivent être acquises, telles que notamment :

- diagnostiquer de façon indépendante les soins infirmiers requis ;
- collaborer de manière effective avec d'autres acteurs du secteur de la santé ;
- responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie sain et qu'ils se prennent en charge ;
- apporter de façon indépendante des conseils, des indications et un soutien aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches ;
- assurer, de façon indépendante, la qualité des soins infirmiers et leur évaluation.

L'autonomie et la responsabilité font partie des qualités dont doivent pouvoir faire preuve les candidats à la formation d'infirmier responsable de soins généraux.

Par ailleurs, en 2011, l'Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur (AEQES) a publié un rapport dont certaines conclusions méritent une

attention toute particulière :

*"...la seule option réaliste consisterait à **allonger la durée des études de deux semestres** en hautes écoles. Cette proposition permettrait à la fois d'alléger la charge de travail des étudiants trop dense et donnerait le temps nécessaire à la "maturation".*

*"Le comité s'interroge sur la pertinence du système actuel qui propose **deux formations de niveaux différents**. Le comité des experts exprime un positionnement clair en faveur **d'une filière unique, inscrite au niveau 6** ; un positionnement qui est comparable à celui des organisations internationales et des grands réseaux européens, entre autres l'OMS, Tuning, etc."*

Dès lors, afin d'élever le niveau de formation en soins infirmiers et de répondre à l'évolution du secteur des soins de santé dans son ensemble, une proposition de résolution relative à une clarification des filières menant au diplôme en soins infirmiers a été déposée en avril 2015 par plusieurs députés MR.

Dans cette résolution, les Députés Jacques Brotchi, Françoise Bertieaux, Olivier Maroy, Jean-Luc Crucke et Philippe Knaepen demandent notamment au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles :

- de prendre très rapidement toutes les mesures utiles afin de se conformer à la Directive 2013/36/CE* du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 ;

- de prendre toutes les mesures utiles afin de parvenir à la délivrance d'un titre unique en 4 ans dans l'enseignement supérieur pour l'infirmier(ère) générale, en concertation avec les différentes filières d'enseignement (inter niveaux et inter réseaux), le milieu associatif et les organisations professionnelles ;

- de mettre progressivement un terme au 4^e degré de l'enseignement secondaire (professionnel paramédical) qui mène au titre d'infirmier(ère) ;

- de mettre en place des collaborations renforcées entre les établissements qui organisaient cette filière d'infirmier(ère) brevetée et les Hautes Ecoles qui proposent le baccalauréat en soins infirmiers ;

- de mettre en place des passerelles plus efficaces et adaptées vers le baccalauréat en soins infirmiers pour les métiers en rapport avec les soins de santé ;

- de mieux prendre en compte la valorisation des acquis de l'expérience ;

- d'adapter le baccalauréat en soins infirmiers proposé par l'enseignement de promotion sociale et de permettre son organisation en collaboration avec les Hautes Ecoles.

8 Lothaire T, *Photographie de l'enseignement en soins infirmiers-proposition d'une réforme de la formation*, 12 mai 2015, [PPT en ligne], www.infirmieres.be/files/LothairePHOTOENSEIGNINFIRM.12052015.pdf

9 AEQES (2011) *Évaluation des cursus soins infirmiers, sage-femme et soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier en Fédération Wallonie-Bruxelles*.

* La directive 2013/36/CE stipule que "Les états membres mettent en vigueur les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour se conformer à la directive 2013/55/UE pour le 18 janvier 2016"

CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL INFIRMIER HOSPITALIER

1. LA SURCHARGE DE TRAVAIL DU PERSONNEL INFIRMIER HOSPITALIER

Comme nous l'évoquions plus tôt, la charge de travail reposant sur les épaules du personnel hospitalier mérite une attention toute particulière. Les conditions de travail difficiles et les ressources humaines parfois limitées sont souvent à l'origine de situations d'instabilité pour les travailleurs et ont une incidence directe sur la qualité des soins. Devant les défis auxquels le secteur hospitalier fait face et en vue de garantir des soins de la meilleure qualité possible, il semble impératif d'engager une action orientée vers une réorganisation des normes d'encadrement des services infirmiers des hôpitaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'étude "The Lancet", précédemment évoquée, fait état d'un lien indiscutable entre la surcharge de travail des infirmiers et l'augmentation de la mortalité des patients¹⁰.

Rassemblant les données d'hospitalisation de plus de 420.000 patients opérés dans 300 hôpitaux européens, y compris en Belgique, cette étude indique avec précision qu'une augmentation substantielle de la charge de

travail fait progresser le risque de mortalité du patient dans le mois qui suit son admission. Concrètement, à chaque patient supplémentaire par infirmier correspond une hausse de 7% du risque de décès. Précisons par ailleurs qu'il s'agit ici de patients hospitalisés pour des opérations tout à fait courantes : vésicule biliaire, genou, interventions vasculaires, hanche, ou encore appendicite.

En Belgique, les normes d'encadrement n'ont plus été revues depuis des dizaines d'années et le malade hospitalisé n'est plus le même qu'il y a 20 ou 30 ans¹¹. L'encadrement en personnel d'un service hospitalier ou d'un programme de soins, se base sur un encadrement minimal d'un infirmier, au côté de l'infirmier en chef, par unité et par groupe de maximum 30 patients. Dans l'arrêté normatif du 23 octobre 1964, le chapitre qui s'applique à tous les services hospitaliers prévoit qu'au côté de l'infirmier en chef, la présence d'un infirmier doit être garantie en permanence (24 heures sur 24, 7 jours sur 7), par unité et maximum par 30 patients, afin d'assurer la continuité et la qualité des soins¹².

Or, en conséquence de l'augmentation des hospitalisations courtes qui entraîne davantage de soins à domicile les patients nécessitant une hospitalisation appuyée sont généralement âgés, dépendants ou dans un état pluri-pathologiques. La charge de travail par patient s'est par

conséquent alourdie au fil des ans, sans pour autant être intégrée dans les normes.

Notons par ailleurs que, si la moyenne quotidienne de soins directs par patient est de 22 minutes, le personnel n'est pas inactif pour autant le reste du temps. Il existe de nombreuses tâches indirectes ainsi qu'une charge administrative en constante augmentation. Quatre fois par an sur une période de 15 jours, les infirmiers doivent rentrer un *Dossier infirmier résumé hospitalier minimum* (soit un DI RHM) qui récolte les données de tout ce qui a été fait et qui est ensuite envoyé au SPF Santé publique.

Le financement de la section hospitalière dépend partiellement de ces rapports dont la rédaction apparaît clairement chronophage et trop lourde sachant que de nombreux hôpitaux n'ont pas encore de dossiers informatisés.

Comme nous le verrons, il y a clairement un lien entre cette profusion croissante de tâches indirectes et la perte d'attractivité de la profession infirmière.

D'aucuns expliquent cette surcharge de travail par une importante pénurie d'infirmiers. Il y a une dizaine d'années, nous avons en effet dû faire face à une véritable pénurie d'infirmiers. Pour combler ce manque, les hôpitaux ont fait appel à des firmes qui ont recruté

¹⁰ AIKEN L. et al.-RN4CAST Consortium (2014), *Le V Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study*, The lancet, february 26if

¹¹ Conseil National des Etablissements Hospitaliers, *Avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins*, 11 juin 2009, p.3-4

du personnel à l'étranger comme en Roumanie, au Liban, en Tunisie, au Portugal et en Espagne, pays dont les niveaux de formation sont équivalents voire supérieurs à ceux de la formation belge.

En réalité, aujourd'hui, il ne manque pas d'infirmiers en Belgique. Il convient de distinguer pénurie d'infirmiers et difficulté de rétention du personnel.

Le cadastre fédéral publié en 2012 faisait état de 166.659 infirmiers en Belgique (108.559 en Flandre, 49.536 en Wallonie et 8.564 en Région Bruxelles-Capitale)¹³. En 2012, 2.547 étudiants ont obtenu leur diplôme de "Bachelier" (soit 66%) et 1.312 ont obtenu un diplôme de "Brevet" (soit 34%)¹⁴. Le nombre d'étudiants diplômés au niveau fédéral pour l'année académique 2011-2012 avait augmenté de 10,1% par rapport à l'année 2010-2011. Depuis 2009, le nombre de diplômés "Bacheliers" est à la hausse (+36,1% entre 2009 et 2012) tandis que le nombre d'étudiants "Brevetés" est légèrement à la baisse (-4,7% entre 2009 et 2012)¹⁵. Sur base d'un recensement et des estimations de la Commission de Planification SPF Santé Publique en 2009, il y aurait un ratio de 14 infirmiers pour 1000 habitants. Ce taux est un des plus élevés d'Europe.

Notre système produirait donc assez de praticiens, mais ils ne se retrouveraient pas forcément sur le marché du travail, se dirigeant vers d'autres filières. Ainsi, selon une étude réalisée entre 2001 et 2003 à la demande du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique

et de l'environnement, 54% arrêteraient de travailler comme infirmier avant la fin de leur carrière¹⁶.

Cette tendance se confirme dans les résultats d'une étude réalisée en 2012 par la KU Leuven et l'IDEWE pour le compte du SPF Santé publique et du SPF Emploi. La charge de travail élevée et l'épuisement émotionnel constituent deux des trois principaux déterminants du burnout¹⁷.

2. LE BURNOUT MÉDICAL ET INFIRMIER

Le burnout est un phénomène qui, ces dernières années, a fait l'objet d'un très grand nombre d'études et en particulier dans le domaine médical et infirmier. Le sujet étant très vaste nous ne ferons que l'évoquer. Ce dernier et son lien avec le phénomène des erreurs médicales devraient faire l'objet d'une étude à part entière de la part du Centre Jean Gol. Cependant, nous souhaitons souligner que les réformes préconisées ne sont pas motivées uniquement par la nécessité de se conformer aux exigences du Parlement et du Conseil européen mais répondent avant tout à la volonté, largement partagée par les acteurs du secteur, d'améliorer les conditions de travail et de réduire les risques.

D'après l'étude du professeur Ferdinand¹⁸ sur la dépression et le burnout chez les médecins et le personnel infirmier belge (2011) travaillant aux soins intensifs :

- environ 15 % des médecins et des infirmiers ont obtenu un score élevé en termes d'épuisement émotionnel ;
- 28 % des infirmiers et 38 % des médecins ont obtenu

un score élevé en termes de dépersonnalisation ;

- 43 % des infirmiers et 32 % des médecins ont obtenu un score élevé en termes de diminution de l'accomplissement personnel.

Une autre étude dirigée par Moors¹⁹ et portant sur le burnout auprès de 2 075 infirmiers belges travaillant dans les départements oncologie, soins intensifs et un département général, indique qu'environ 28% des infirmiers ont obtenu un score élevé pour l'épuisement professionnel, 27 % un score élevé pour la dépersonnalisation et 24 % un score élevé pour l'accomplissement personnel réduit. Cette étude révèle également que pas moins de 8,4 % ont atteint un score élevé pour les trois dimensions. Selon le professeur Schaufeli, le burnout est un phénomène lié au travail, dont les causes se situent principalement au niveau de la charge de travail²⁰.

LISTE DES DÉTERMINANTS DU BURNOUT LIÉS AU TRAVAIL

EXIGENCES DU TRAVAIL	RESSOURCES PROFESSIONNELLES
Charges de travail	Autonomie
Manque de personnel et de moyens	Avoir son mot à dire / participation
Conflit de rôle	Possibilités d'apprentissage et de développement
Ambiguïté des rôles	Reconnaissance et feedback positif
Charge émotionnelle	Soutien de la part des collègues et du supérieur hiérarchique
	Relation médecin - infirmier

12 La Chambre, Réponse de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, 13/02/2015, <http://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=grva&language=fr&cfm=grvaXml.cfm?legislat=54&dossierID=54-b012-867-0087-2014201501172.xml>

13 SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, nombre de professionnels au 31/12/2012*, p.62

14 SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement,

Plan infirmier : suivi de l'évolution de la population « étudiants infirmiers » dans les écoles Belges, novembre 2013, p.20

15 SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, *Plan infirmier : suivi de l'évolution de la population « étudiants infirmiers » dans les écoles Belges, novembre 2013*, p.19

16 Conseil National des Etablissements Hospitaliers, *Avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins*, 11 juin 2009, p.5

17 SPF Santé publique et du SPF Emploi - KU Leuven et IDEWE, *Rapport de*

synthèse : une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique, 2012

18 Ferdinand, P., Oosterlynck, B., Waets, P., Reper, P., Sottiaux, T., Dama, P., Biarent, D., & Huyghens, L. (2011). *Quality of Life of Intensive Care Nurses in Belgium*. Unpublished manuscript, KU Leuven, Leuven, Belgium.

19 Moors, K., Symons, C., Van Der Meeren, E., De Witte, K., & Evers, G. (2001). *Burn-out bij Vlaamse verpleegkundigen. Onderzoeksrapport, KU Leuven, Leuven*.

En 2012, une étude²¹ sur le bien-être au travail chez le personnel médical et infirmier en Belgique pour le compte du SPF Santé publique et du SPF Emploi, réalisée par la KU Leuven et l'IDEWE, s'est penchée sur le *burnout*²² au sein des 36 hôpitaux belges.

Selon les résultats tirés de cette étude, davantage d'infirmiers que de médecins souffrent du *burnout* (6,9% contre 5,4%). Par contre, les médecins courent un risque plus accru que les infirmiers de développer un *burnout* (17,8 % contre 12,4 %). L'étude révèle également que les principaux déterminants du *burnout* doivent être cherchés dans les paramètres suivants : "charge de travail élevée", "épuisement émotionnel élevé" et "conflits de rôles".

Les services d'urgence sont, par ailleurs, particulièrement affectés par des phénomènes d'*overcrowding*. En effet, la médecine d'urgence se caractérise par une pression temporelle forte, variable au cours de la journée et de la semaine. Les difficultés sont accrues par le caractère dynamique de la situation : le diagnostic doit être réalisé plus rapidement que dans d'autres services, à cause des contraintes de lits, de la gravité présumée et de la possible évolution de la pathologie²³.

Le *burnout* n'a pas uniquement des conséquences néfastes sur le bien-être psychologique et physique

de l'individu et sur son entourage. Les personnes avec lesquelles le travailleur entre en contact dans le cadre professionnel (clients et patients) peuvent également subir des conséquences négatives. Dans leur étude réalisée auprès d'infirmiers et de médecins, Laschinger et Leiter expliquent que le *burnout* a un impact important sur la qualité des soins apportée aux patients, sur la prévention des incidents cliniques et sur les erreurs médicales²⁴.

Il ressort également d'une étude²⁵ dirigée par le Professeur Ashforth que le *burnout* est fortement lié à l'intention de quitter son emploi.

Une modernisation des normes d'encadrement permettrait, entre autres, de diminuer les risques de *burnout* des infirmiers. L'attractivité du métier et le renforcement de la motivation des infirmiers doivent passer par une révision de la répartition des tâches entre les infirmiers et les aides-soignants. Nous recommandons dès lors :

- de confier les charges administratives aux aides-soignants pour permettre aux infirmiers de se concentrer sur la qualité des soins et des traitements médicaux ;
- de généraliser la présence d'un "infirmier du tri" chargé d'optimiser l'identification des cas urgents ;

- de nommer systématiquement un "référé pour les enregistrements légaux" responsable, notamment, des volets infirmiers du dossier patient informatisé.

De manière plus fondamentale, la révision des normes et le renforcement de la formation permettront ainsi de renforcer l'attractivité de la profession en constante évolution, de réduire les risques de *burnout* et d'augmenter la qualité des soins. .

20 Schaufeli, 1990; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli & Salanova, 2007

21 SPF Santé publique et du SPF Emploi – KU Leuven et IDEWE , *Rapport de synthèse : une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique*, 2012

22 Le burn-out a été mesuré à l'aide de l'« *Utrechtse Burn-out Scale (UBOS-C)* » pour les métiers de contact. L'UBOS-C comporte 20 items et est une traduction scientifiquement validée du MBI. L'UBOS-C

se compose de 3 dimensions : l'épuisement émotionnel (8 items), la dépersonnalisation (5 items) et l'accomplissement personnel (7 items). Chaque item de l'UBOS-C a reçu un score sur une échelle de Likert à 7 points allant de (0). « Jamais » à (6) « toujours/quotidiennement » et un score moyen a ensuite été calculé pour chaque dimension. Les normes existantes ont alors déterminé à partir de quel score une personne avait un résultat élevé ou bas pour une dimension donnée.

23 Marquié L. et al., 2003/4, *L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence: application de l'analyse rationnelle des situations de travail*, Le travail

humain 2003/4 (Vol. 66), p. 348

24 Laschinger, H.K.S., & Leiter, M.P. (2006). *The impact of nursing work environments on patient safety outcomes*. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.

25 Ashforth, B.E. (1996). *A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout*. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.

LES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE

1. LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

Les risques évitables renvoient communément à la notion d'erreur médicale ou d'aléa thérapeutique. La problématique des erreurs médicales est un sujet trop vaste pour être traité dans le cadre de cette étude. En effet, l'erreur médicale résulte de multiples causes qui ne peuvent être résumées au sein de cette étude. En outre, le personnel infirmier n'est qu'un des acteurs de la pratique médicale. Nous évoquons néanmoins brièvement ce sujet pour faire prendre conscience de la nécessité d'améliorer la formation aux soins infirmiers.

Errare humanum est. Si les erreurs médicales sont une réalité, rappelons que le système des soins de santé en Belgique est considéré comme l'un des plus performants et l'un des plus abordables au monde. L'étude annuelle publiée par "Health Consumer Powerhouse" plaçait, en 2014, la Belgique à la 6^{ème} place du classement des soins de santé en Europe²⁶. Près de 97% des Belges considèrent d'ailleurs que la qualité des soins de santé administrés dans leur pays est bonne²⁷. Les points forts sont notamment la qualité des soins, l'inclusion des organisations de patients dans les prises de décision, la

possibilité pour les patients d'obtenir des compensations sans qu'il y ait une intervention du système judiciaire dans le cadre d'erreur médicale ainsi que la facilité pour les patients d'avoir accès à leur dossier médical (sur simple demande du patient à son médecin)²⁸.

Malgré ces bons résultats, 18% des personnes interrogées dans le cadre d'une étude publiée en 2006 par la Commission européenne sur les erreurs médicales disaient qu'elles ou un membre de leur famille avaient été victimes d'une erreur médicale grave en milieu hospitalier belge²⁹. Parallèlement, 44% des citoyens belges déclaraient, en 2006, qu'il était probable que des erreurs médicales graves se produisent dans leurs hôpitaux³⁰. La majorité des personnes (63%) pensaient qu'il n'était pas probable qu'un patient hospitalisé puisse avoir une quelconque influence pour éviter une erreur médicale. Les personnes interrogées attribuaient la responsabilité des erreurs aux professionnels des soins de santé³¹.

On estime que dans les Etats membres de l'Union Européenne, 8 à 12% des patients admis dans des hôpitaux souffrent d'affections associées aux soins reçus : erreurs nosocomiales, erreurs liées aux médicaments, erreurs chirurgicales, défaillance des appareils médicaux, erreurs de diagnostic³², etc.

Par ailleurs, s'il n'existe actuellement pas de statistiques fiables et systématiques en Belgique, le "Département de la Santé du Royaume-Uni" estimait, en 2000, à 850.000 le nombre d'événements indésirables, soit 10% de l'hospitalisation. La France, l'Espagne et le Danemark ont également publié des études d'incidence dont les résultats sont similaires³³.

Certaines sources permettent toutefois d'estimer le nombre de risques évitables et d'événements indésirables dans notre pays. Ainsi, dans le cadre d'un exposé au CHU de Mont-Godinne, le Docteur Margareta Haelterman (SPF Santé publique) annonçait que 150 opérations étaient menées chaque année dans notre pays pour retirer des corps étrangers laissés au cours d'une intervention³⁴.

Par extrapolation de chiffres publiés dans d'autres pays industrialisés, on estimerait qu'entre 2.000 et 4.000 personnes mourraient chaque année en Belgique des suites d'événements indésirables en milieu hospitalier³⁵. Malgré la publication de plusieurs études sur cette problématique, les erreurs médicales restent un sujet tabou dans cette société moderne qui exige toujours plus de technicité. Elles suscitent d'ailleurs depuis plusieurs années le débat au sein de l'opinion publique, des organisations scientifiques et des autorités politiques.

26 Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2014*, p.8, www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf

27 Commission européenne, *Eurobaromètre-Sécurité des patients et qualité des soins de santé*, 2010, p. 26, ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_fr.pdf

28 Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2014*, p. 24, www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf

29 Commission européenne-Eurobaromètre, *Les erreurs médicales*, janvier 2006, p.17, ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_fr.pdf

30 Commission européenne-Eurobaromètre, *Les erreurs médicales*, janvier 2006, p.23, ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_fr.pdf

31 Commission européenne-Eurobaromètre, *Les erreurs médicales*, janvier 2006, p.26, ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_fr.pdf

32 European Commission, *Public Health, Patient Safety*, mai 2015, ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

33 World Health Organization, *Data and statistics*, mai 2015, www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics

34 SPF Santé publique, Dr. M. Haelterman, *Les risques en milieu hospitalier : du constat au contrat*, 2011, slide 12, www.uclmontgodinne.be/files/QS%20MHaelterman27102011.pdf

35 SPF Santé publique, *La sécurité du patient : éviter l'évitable-note stratégique sur la sécurité des patients*, p. 3, health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dgt1/@acutecare/documents/ie2divers/15772533.pdf

DÉFINITIONS

L'objectif de notre étude étant avant tout de contextualiser la problématique des erreurs médicales, nous n'entendons pas ici en définir précisément les contours. Néanmoins, afin de mieux comprendre les enjeux et les conséquences, il convient de distinguer, dans la littérature existante, **l'erreur médicale** et **l'aléa thérapeutique**.

L'erreur médicale se définit comme le fait de se tromper par rapport à des pratiques moyennes couramment employées en l'état actuel des connaissances médicales. Ce registre s'inscrit donc dans la compétence et la formation. Dans ce domaine, lorsqu'elles sont reconnues et analysées, les erreurs peuvent permettre de faire avancer la médecine. Elles nous rappellent que le risque zéro n'existe pas³⁶. On considère comme "erreur humaine" tout comportement humain ne respectant pas le bon usage et pouvant conduire de façon involontaire à des préjudices divers³⁷. Nous pouvons également nous rapporter à la théorie des déficiences dans l'organisation de soins proposée par Woolf, dans laquelle il distingue l'erreur active (erreur de dosage, erreur sur le médicament, etc.) de l'erreur latente (défaut d'organisation du travail, de communication)³⁸.

L'aléa thérapeutique désigne l'ensemble des dommages causés à un patient au cours d'un acte médical en l'absence de faute ou d'erreur. C'est un évènement dont la survenance potentielle peut être suspectée mais qui reste imprévisible.

A elle seule, une erreur n'entraîne pas la responsabilité juridique du praticien. Pour ce faire, il faut qu'il y ait une faute médicale (manquement à un devoir), un dommage et un lien de causalité entre la faute médicale et le dommage. Quoi qu'il en soit, l'objectif n'est pas nécessairement d'empêcher l'erreur mais de traiter les circuits qui la favorisent et de mettre en place ceux qui la corrigent³⁹.



36 GALAM, E. (2005), *Dédramatiser et travailler nos erreurs : l'erreur médicale*. La Revue du praticien, tome 19, p.1, www.bichat-larib.com/publications.documents/3364_Erreur-Rdp-Fev05.pdf

37 PELLERIN, D. (2008), *Les erreurs médicales*. Les tribunes de la santé, 20, p. 4

38 LATIL, F. (2007), *Place de l'erreur médicale dans le système de soins, Pratiques et organisation des soins*, vol. 38 n°1, p. 70, www.sfm.org/data/actualite/actualite_fiche/264/fichier_l_erreur_medicale_dans_le_systeme_de_soinsdccb0.pdf

39 Ibidem

Selon une étude réalisée en 2005-2006 par la Commission européenne sur les erreurs médicales dans les pays membres de l'Europe (UE25), près de 72% des Belges considéraient que les erreurs médicales étaient un problème important dans leur pays⁴⁰.

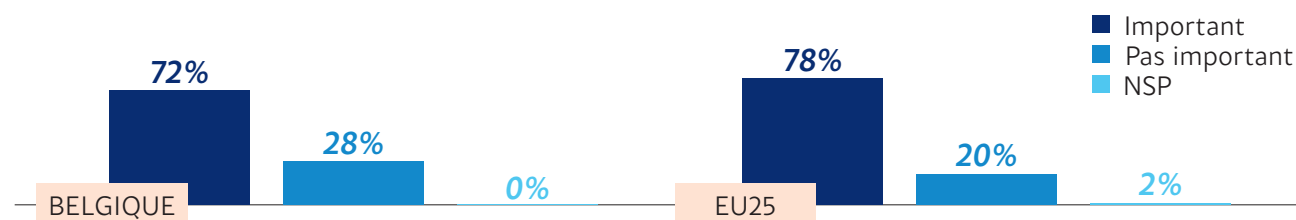
Les Belges témoignent cependant d'un degré de confiance relativement important envers leur médecin, leur dentiste ou leur personnel soignant⁴¹.

DEGRÉ DE CONFIANCE DU PERSONNEL HOSPITALIER SELON EUROBAROMÈTRE 2005-2006

% CONFIANCE	LES MÉDECINS	LE PERSONNEL SOIGNANT	LES DENTISTES
Belgique	85%	86%	90%
UE25	69%	68%	74%

Contrairement à des pays comme les Etats-Unis, les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou encore le Danemark, aucune étude sur les incidents indésirables avec dommages et sur les données primaires n'est disponible dans notre pays. Néanmoins, l'analyse des données secondaires de la banque de données RCM (Résumé Clinique Minimum) pour l'année 2000 suggérait que la situation en Belgique est, à peu de choses près, comparable à celle des autres pays.

DEGRÉ D'IMPORTANCE DES ERREURS MÉDICALES POUR LA POPULATION BELGE ET LA POPULATION EUROPÉENNE



Des études empiriques ont, par contre, été menées aux Etats-Unis. L'Institut for Healthcare Improvement a pu démontrer que 100.000 décès pouvaient être évités chaque année dans les hôpitaux américains grâce à des actions ciblées. Dès lors, et tel qu'indiqué dans une note du SPF Santé publique, une conversion linéaire des résultats tirés de cette étude américaine permet d'estimer à 4.000 le nombre de décès évitables chaque année en Belgique. Selon le SPF Santé publique, cette projection reste réaliste malgré les différences dans l'organisation des soins de santé aux Etats-Unis et en Belgique (encadrement infirmier plus important dans les hôpitaux américains mais durée moyenne de séjour plus longue en Belgique)⁴².

Selon le rapport d'activités du Fonds des Accidents Médicaux (FAM) de 2012, 11 dossiers avaient été déposés auprès du FAM en 2010, 36 en 2011 et 463 en 2012. En 2013⁴³, 1.606 dossiers sont ouverts auprès du FAM. Sur ces 1.606 dossiers, 1.096 ont été introduits auprès du FAM durant l'année 2013. 6% des dossiers introduits ont été définis comme irrecevables administrativement.

Sur les 1.606 dossiers déposés auprès du FAM depuis le début du FAM jusqu'en fin 2013, 1.460 dossiers étaient toujours ouverts et donc non clôturés à la fin 2013⁴⁴. La répartition par année des dossiers encore ouverts indique cependant qu'ils sont de 71% pour des dossiers 2013, 27% pour des dossiers 2012, et moins de 2% des dossiers 2011 et 2010.

La grande majorité (84,34%) des dossiers introduits auprès de FAM font référence à des sinistres survenus à l'hôpital. Très loin derrière les hôpitaux, apparaissent les cabinets privés avec 8,31% des sinistres et les polycliniques avec 6,02%⁴⁵. Notons également qu'un dossier sur deux est introduit directement par la victime elle-même et qu'un dossier sur trois est déposé par un organisme assureur⁴⁶.

Sur base des documents communiqués par les demandeurs, le rapport annuel du Fonds des Accidents Médicaux de 2013 souligne que sur les 1.000 premières demandes, 93 concernent des décès et 383 des cas

40 Eurobaromètre spécial, (2006) *Les erreurs médicales*, p.5, ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_fr.pdf

41 Eurobaromètre spécial, (2006) *Les erreurs médicales*, p.17

42 Eurobaromètre spécial, (2006) *Les erreurs médicales*, p.20

43 SPF Santé publique, *La sécurité du patient : éviter l'évitable-note stratégique sur la sécurité des patients*, p. 2, health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dgi1/@acutecare/documents/ie2divers/15772533.pdf

44 SPF Santé publique, *La sécurité du patient : éviter l'évitable-note stratégique sur la sécurité des patients*, p. 3

45 Ibidem

46 Fonds des accidents médicaux, *Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux - 2012*, p.27-28, www.fmo.fgov.be/fr/about-us/annual-reports/pdf/FAM-complet-FR.pdf

47 Fonds des accidents médicaux, *Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux - 2013*, p. 24, www.fmo.fgov.be/fr/about-us/annual-reports/pdf/FAM-complet-FR-2013.pdf

graves d'invalidité permanente ou d'incapacité de travail temporaire. Par ailleurs, 47,6% des demandes concernent des dossiers dans lesquels il y a des indices que le dommage soit suffisamment grave tandis qu'environ 1/5 des demandes concernent des affections nosocomiales⁴⁷.

L'existence d'erreurs médicales n'est par ailleurs pas contestée par le personnel médical.

Les personnes ont commis, commettent et commettront encore inévitablement des erreurs. Les incidents seraient le produit d'une combinaison fortuite, mais inévitable, des manquements latents, d'erreurs actives et de mécanismes de défense inefficaces. Dès lors, les individus qui interviennent en dernier lieu avant que l'incident ne survienne n'en sont généralement pas la cause. L'incident est dans la majorité des cas le résultat d'une suite de circonstances et d'événements qui se produisent de manière ramifiée dans l'organisation et où il s'avère impossible d'attribuer la responsabilité à un facteur unique particulier⁴⁸.

Le défi, pour le SPF Santé publique, consiste donc à offrir aux professionnels de la santé une protection maximale contre les erreurs et organiser les soins de façon à minimiser les risques de commettre des erreurs. Dans notre pays, les pouvoirs publics ont, par conséquent, choisi d'opter pour une politique proactive systémique⁴⁹.

2. LA PRÉVENTION, LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT À L'HÔPITAL

Aujourd'hui en Belgique, mis à part quelques rares initiatives isolées, il n'existe aucune formation à la gestion des facteurs humains en médecine, que ce soit pendant le cursus académique ou dans le cadre de formations professionnelles.

Dès lors, pour prévenir les risques d'erreurs médicales et garantir la sécurité du patient, les pouvoirs publics, via le SPF Santé publique, proposent en collaboration avec les hôpitaux, des idées innovantes et la généralisation de bonnes pratiques.

Un premier Plan pluriannuel avait été mis en place entre 2007 et 2012 par le SPF Santé publique. 177 hôpitaux ont participé à ce Plan. Les initiatives se basaient sur 3 piliers : le développement et la mise en œuvre d'un système de gestion de la sécurité, les soins transmuraux et la collecte d'indicateurs multidimensionnels en matière de qualité et de sécurité des patients. Ce plan a permis aux hôpitaux de mettre en place un système de récolte de rapports d'incidents sur base volontaire.

Un nouveau plan "Patient Safety 2013-2017" est actuellement en cours. Ce Plan vise à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients, incitant les hôpi-

taux à mettre en place des outils comme la check-list et à organiser des formations à la communication et au travail en équipe. Depuis 2013, les hôpitaux sont également invités à réaliser des auto-évaluations via une grille d'évaluation fournie par le SPF Santé publique sur les thèmes de "Médicaments à risque", "Safe Surgery" et "Identito-vigilance". Cette auto-évaluation offre un aperçu des actions d'amélioration réalisées et permet de constater s'il subsiste des goulots d'étranglement⁵⁰.

Les contrats pluriannuels ont également pour objectif de les préparer à l'accréditation de leurs services, actuellement obligatoire dans des pays comme la France ou les États-Unis et en cours d'instauration en Belgique⁵¹.

Les hôpitaux qui souscrivent à ces plans doivent réaliser, d'ici 2017, une série d'objectifs concrets. En contrepartie, ils reçoivent un soutien financier pour la mise en œuvre de ces objectifs ainsi que pour la formation. Ainsi, lors du 1er Plan, le SPF a soutenu financièrement les hôpitaux partenaires à hauteur de 36.248.870 euros. En 2013, le montant alloué dans le cadre du contrat annuel était de 7.811.063 euros.

Le développement de solutions incombe aux collaborateurs de l'hôpital, c'est-à-dire aux experts sur le terrain avec le soutien du SPF.

48 SPF Santé publique, *La sécurité du patient : éviter l'évitable-note stratégique sur la sécurité des patients*, p. 5,

49 SPF Santé publique, *La sécurité du patient : éviter l'évitable, note stratégique sur la sécurité des patients*, 2007

50 SPF Santé publique, *auto-évaluation des thèmes médicaments à haut risque 'safe surgery' indentito-vigilance*, Contrat 2013, www.health.belgium.be.

[be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19084352.pdf](http://internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19084352.pdf)

51 Ibidem

52 RTL-TV1, « Voici la solution pour limiter les erreurs médicales : apprendre aux médecins à piloter des avions », le 26 février 2015, www.rtl.be/info/belgique/societe/voici-la-solution-pour-limiter-les-erreurs-medicales

apprendre-les-medecins-a-piloter-des-avions-703728.aspx

53 Association Belge des syndicats médicaux, *Une utilisation plus systématique de la « Safe Surgery checklist » au quartier opératoire*, le 20 mai 2014, www.absym-bvas.be/actualite/une-utilisation-plus-systematique-de-la-safe-surgery-checklist-au-quartier-operatoire



54 Haute Autorité de Santé, PACTE-Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe, mai 2015, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe

55 Ibidem

56 Europa.eu, *Education and training in patient safety across Europe Work of education and training in Patient Safety Subgroup of the Patient Safety and Quality of Care Working Group of the European Commission*, Avril 2014,

ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcug_education_training_en.pdf

57 Organisation Mondiale de la santé, *Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale*, www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_checklist_french.pdf

58 SPF Santé publique-Groupe de travail Sécurité des Patients de la Commission Nationale d'accompagnement pour la Performance hospitalière, *La sécurité du patient : éviter l'évitable, note stratégique sur la sécurité des patients*, 2007, [health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@](http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/15772533.pdf)

public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/15772533.pdf

59 Journal Officiel de l'Union Européenne, *Recommandations du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients*, ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_fr.pdf

60 Health Program of the European Union, PaSQ, pasq.eu/Home.aspx

61 World Health Organization, *Data and statistics*, www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics

LES INITIATIVES EN BELGIQUE :

- Un projet pilote mené notamment entre le CHU de Liège et l'aéroport de Zaventem propose à des médecins et à des infirmiers de s'initier aux techniques de l'aviation civile dans le but d'acquérir les méthodes de contrôle, de vérification et de communication des pilotes pour mieux lutter contre les risques évitables.

L'aviation civile est, en effet, citée comme référence dans de nombreuses publications médicales. Les outils de gestion des facteurs humains pouvant être adaptés à la médecine⁵².

- 83% des hôpitaux belges déclarent utiliser une checklist au quartier opératoire. La checklist a permis, depuis son introduction en 2011, d'éviter un incident au quartier opératoire dans plus d'un hôpital sur deux. Les hôpitaux citent comme exemples les erreurs de localisation ou de côté, la mauvaise identification du patient, l'indisponibilité de matériel, des problèmes de décompte de compresses ou d'instruments. Généralement, les hôpitaux adaptent la «Safe Surgery Checklist» qui, conçue par l'OMS, fait partie du deuxième programme pluriannuel «coordination qualité et sécurité des patients 2013-2017» du SPF Santé Publique⁵³.

LES INITIATIVES EN EUROPE :

- **En France**, la Haute Autorité de la Santé a rendu obligatoire l'utilisation de la check-list chirurgicale et a mis en place le Programme pour l'Amélioration Continue du Travail en Equipe⁵⁴;
- **Au Danemark**, la Loi "Patient Safety Act", votée en 2003, oblige les praticiens témoins ou responsables d'une erreur à faire un rapport. Une formation à la gestion des facteurs humains a également été intégrée au cursus académique⁵⁵;
- **L'Espagne** propose un Master en Sécurité de patients et Qualité des soins⁵⁶.

Il existe d'autres outils de prévention. L'OMS, l'OCDE, la Commission européenne publient également des recommandations en matière de diminution des risques en milieu hospitalier.

Le SPF Santé publique a ainsi envoyé en 2011 aux hôpitaux du pays une "liste de contrôle de la sécurité chirurgicale" publiée par l'OMS dont l'objectif était d'offrir aux patients une chirurgie plus sûre. La check-list permettait de vérifier toute une série de données, avant, pendant et après l'intervention.

L'OMS, l'OCDE, la Commission européenne et le Conseil européen s'intéressent à cette problématique et ont formulé plusieurs recommandations⁵⁸.

Ces recommandations se retrouvent dans le document 2009/C151/01 du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées

aux soins et la lutte contre celles-ci. Cette recommandation vise à définir un cadre favorisant, dans les Etats membres, l'adoption de mesures permettant de faire face aux grands problèmes auxquels est confrontée l'Union Européenne dans le domaine de la sécurité des patients⁵⁹.

D'autres publications servent également d'outil de prévention aux hôpitaux : recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins ; recommandations de l'OMS concernant le SRAS et la Sécurité transfusionnelle ; recommandations pour la prévention et le contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de Fièvre Hémorragique à Filovirus ; recommandations en vue d'assurer la sécurité des interventions de chimioprévention pour la lutte contre les maladies tropicales négligées, etc.

Le projet PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care) est un autre exemple

d'initiative co-financée et soutenue par l'UE dans le programme de santé publique. Son objectif est d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins à travers le partage d'informations, d'expériences et la mise en œuvre de bonnes pratiques. Ces plates-formes sont organisées autour de Points de contact nationaux (Pasq PCN), qui sont aussi les personnes de contact pour les questions de Pasq dans leurs pays respectifs⁶⁰.

Selon les statistiques de l'OMS, les stratégies visant à réduire le taux d'événements indésirables dans les pays membres de l'Union européenne conduiraient à la prévention de plus de 750.000 erreurs médicales par an, conduisant chaque année à une diminution:

- de 3,2 millions de jours d'hospitalisation ;
- de 260.000 accidents d'invalidité permanente ;
- de 95.000 décès⁶¹.

3. L'ÉVOLUTION DU MÉTIER D'INFIRMIER DANS LES SECTEURS DES SOINS À DOMICILE ET DES SOINS EN MR ET MRS

Le métier d'infirmier, tel que nous le connaissons aujourd'hui plonge ses racines dans le Moyen-Âge où la profession s'organisait via des congrégations religieuses bénévoles. Les services rendus à la communauté en soins de santé sont devenus, des siècles plus tard, une profession à part entière.

Selon l'ancienne présidente de l'Association belge des praticiens de l'art infirmier dans une interview consacrée au magazine "Health-Forum" des Mutualités Libres, le métier d'infirmier a évolué vers plus de professionnalisation, d'autonomie, de responsabilisation et de réflexion⁶². Bien que la plupart des infirmières travaillent au sein d'établissements de soins de courtes durées, elles sont nombreuses à prodiguer des soins de longue durée, des soins primaires, des soins ambulatoires ou des soins à domicile.

La description de l'exercice de l'art infirmier est régi par l'AR 78 du 10/11/1967 tandis que la liste des actes infirmiers autorisés, qu'ils soient autonomes, prescrits ou confiés, sont fixés par un AR du 18/06/1990 qui se complète

régulièrement en fonction des évolutions du métier. Cet Arrêté Royal détermine donc la liste des prestations techniques de soins infirmiers et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ses prestations et les conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

La pratique infirmière connaît constamment de nouvelles transformations, particulièrement dans les établissements de courts séjours où les patients atteints de maladies chroniques peuvent être traités.

L'ÉVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES ET DES SOINS À DOMICILE

Avec, en 2004, plus d'un quart (28%) des personnes âgées de 75 ans faisant appel aux soins infirmiers à domicile, l'enjeu de ces prestations est plus qu'important. L'augmentation des dépenses annuelles pour les soins infirmiers à domicile est en moyenne de 7%, soit 1% de plus que l'augmentation moyenne des dépenses totales de soins de santé. Les raisons de cette augmentation sont à chercher dans le vieillissement de la population, le nombre croissant d'affections chroniques et la réduction de la durée de séjour à l'hôpital⁶³.

Les maladies chroniques touchent en effet tous les pays et leur augmentation est largement attribuable à l'évolution de la démographie, à l'allongement de l'espérance de

vie, au changement des modes de vie, à l'amélioration de la prise en charge et du traitement des maladies ainsi qu'à une meilleure compréhension des facteurs à l'origine de la mauvaise santé et de la maladie⁶⁴. Avec les progrès de la médecine, le nombre de personnes qui vivent plus longtemps augmente constamment, souvent avec des maladies chroniques, généralement incurables, nécessitant des soins constants.

Une étude publiée en 2008 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) indiquait que dans 53 États membres de la Région européenne de cette organisation, 86% des décès étaient imputables à des maladies chroniques. De plus, sachant que les dépenses liées aux traitements des maladies chroniques représentent entre 50% et 80% des dépenses de santé au niveau mondial, il est évident que les systèmes de santé tels qu'ils sont aujourd'hui organisés ne peuvent se permettre de continuer à prendre en charge durablement les maladies chroniques de plus en plus nombreuses en conservant leurs pratiques actuelles⁶⁵.

Les maladies chroniques constituent par conséquent l'un des plus grands défis auxquels se trouvent confrontés les systèmes de santé. De nombreux malades chroniques survivent très longtemps, hors de structures médicales tout en ayant besoin de soins continus. Au-delà de 70 ans, 50 à 70% des personnes souffrent d'au moins deux affections chroniques⁶⁶. Dès lors, la prise en charge des maladies chroniques consiste à coordonner les soins et à

62 Mutualités libres, Magazine Health Forum Mars 2012, n°9, p. 7, www.mloz.be/files/20202012-hf9-fr.pdf

63 Centre Fédéral d'Expertise en Soins de santé, *Mieux financer la qualité et la continuité des soins infirmier à domicile: c'est possible...et souhaitable!*, 2010, kce.fgov.be/fr/press-release/mieux-financer-la-qualite%20C3%A9-et-la-continuite%20C3%A9-des-soins-infirmiers-%20C3%A0-domicile-c%E2%80%99est-possible-VYPol_l4tpg

64 Debbie Singh, Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, *Comment mettre en œuvre des programmes de*

prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins?, 2008, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/79219/E93680.pdf

permettre aux personnes malades d'obtenir le soutien dont ils ont besoin au moment voulu. Les résultats et données factuelles d'études réalisées en la matière démontrent que des soins planifiés proactifs peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie et l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques⁶⁷.

Or, le système de soins de santé en Belgique reste fragmenté et axé sur la guérison de problèmes de santé uniques, aigus, nécessitant des soins spécialisés et en milieu hospitalier. Les soins chroniques nécessitent, quant à eux, une toute autre approche. En raison de leur caractère généralement incurable, ils requièrent de prendre en considération l'ensemble des problèmes et des besoins des patients⁶⁸.

Les infirmiers sont, par conséquent, généralement les acteurs de soins de santé de première ligne. La maladie chronique demande souvent au patient de reconsidérer son mode de vie sur de nombreux plans, sous peine de rendre les stratégies d'adaptation inefficaces. L'intervention de l'infirmière est essentielle pour pallier les connaissances insuffisantes du malade ou pour le motiver à compléter son savoir en vue de gérer au quotidien son nouvel état de santé. Outre les soins prodigués par l'infirmier, celui-ci apporte également au patient et à sa famille un soutien psychologique ainsi qu'une aide en matière de prévention de la douleur⁶⁹.

Par ailleurs, au-delà de la prise en charge psychologique et éducative, certaines maladies chroniques lourdes requièrent des infirmières techniquement spécialisées capables d'élaborer une prise en charge globale du patient dans tous les domaines. Il est donc indispensable de réfléchir à la manière selon laquelle hôpitaux et infirmières à domicile peuvent travailler de façon complémentaire en vue d'offrir des soins infirmiers à domicile de haute qualité.

La prise en charge du patient à son domicile est, pour beaucoup, la seule solution qui permette un système d'accompagnement qui dépasse la simple hospitalisation et qui se poursuit jusqu'en fin de vie⁷⁰.

En effet, le patient possède un projet de vie et doit toujours être mis au centre du débat. Prodiguier des soins chroniques est avant tout une affaire d'équipe, orientée vers le patient.

Les soins sont donc de plus en plus souvent prodigués en milieu ambulatoire, c'est-à-dire sans hospitalisation afin de permettre au malade de poursuivre ses occupations habituelles⁷¹. Par conséquent, l'attraction de la profession des infirmières travaillant en milieu ambulatoire est un chantier important pour assurer des soins de qualité à domicile.

De plus, constatant l'évolution des tâches, les infirmiers sont confrontés à un partage croissant de celles-ci avec d'autres professionnels de la santé⁷². Tout en continuant de superviser chacune des tâches, les infirmiers doivent confier certaines de celles-ci à d'autres profils professionnels tels que les aides-soignants⁷³. Les activités et les conditions dans lesquelles l'aide-soignant peut effectuer des activités déléguées par l'infirmier dans le cadre des services de soins à domicile sont d'ailleurs fixées par Arrêté Royal (AR du 12/01/2006). L'intégration des aides-soignants dans des équipes structurelles de soins infirmiers à domicile est relativement récente (1^{er} janvier 2014). Ceci permet avant tout de répartir les soins des infirmiers sur davantage de dispensateurs de soins et donc d'accorder plus de temps et d'attention au patient⁷⁴.

Pour suivre cette évolution, des curricula spécifiques pour les infirmiers sont appelés à se développer, afin de prodiguier des soins spécialisés à domicile pour les patients atteints d'affections chroniques⁷⁵. Pour faire face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et à une demande croissante en soins infirmiers, le secteur soutient et encourage pleinement les initiatives qui vont dans le sens d'une formation adaptée à ces évolutions⁷⁶.

65 Debbie Singh, Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, *Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins?*, 2008

66 Centre Fédéral d'expertise des soins de santé, *Soins chroniques du futur: le patient aux commandes – 50 points d'action pour une réforme en profondeur du système de soins de santé*, 10 décembre 2012, [kce.fgov.be/fr/press-release/soins-chroniques-du-futur-le-patient-aux-](http://kce.fgov.be/fr/press-release/soins-chroniques-du-futur-le-patient-aux-commandes-50-points-d%E2%80%99action-pour-une-r%C3%A9forme#.VYPWNjI4tpg)

[commandes-50-points-d%E2%80%99action-pour-une-r%C3%A9forme#.VYPWNjI4tpg](http://kce.fgov.be/fr/press-release/soins-chroniques-du-futur-le-patient-aux-commandes-50-points-d%E2%80%99action-pour-une-r%C3%A9forme#.VYPWNjI4tpg)

67 Ibidem

68 Centre Fédéral d'expertise des soins de santé, *Soins chroniques du futur: le patient aux commandes – 50 points d'action pour une réforme en profondeur du système de soins de santé*, 10 décembre 2012

69 Ordre National des Infirmiers, *Maladies chroniques – Expertises infirmières*

70 Le Devoir-Cahier Thématique-Francophonie des soins infirmiers en évolution, *Une profession en mutation*, www.ledevoir.com/documents/cahier_special/pdf/91764776f91581e2a9a3e063e0209b443f.pdf?utm_source=Openfield&utm_medium=email&utm_campaign=M68g016

71 Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique: développement d'un position paper*, 2012, kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190B_organisation_soin_malades_chroniques_0.pdf

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LE PLACEMENT EN MR ET MRS

D'après une étude publiée en 2011 par le Centre Fédéral d'Expertise de soins de santé, 17% des Belges étaient âgés de plus de 65 ans en 2010. Cette proportion s'élèvera à 21% en 2025 et à 26% dès 2050. La part des personnes âgées de 85 ans et plus a progressé de manière encore plus spectaculaire. Le vieillissement de la population belge va donc augmenter considérablement le nombre de personnes âgées qui auront besoin de soins à domicile ou de soins en institutions résidentielles⁷⁷.

Tout comme l'accès aux soins à domicile, l'accès aux maisons de repos (MR) et aux maisons de repos et de soins (MRS) est un défi majeur. Or, face à l'évolution démographique et au moratoire qui limite les nouvelles places à créer, les listes d'attente s'allongent et la situation s'annonce difficile pour les prochaines décennies.

Ces dernières années ont été marquées par une forte augmentation du nombre de places en Maison de Repos et de Soins (MRS). Ainsi, entre 2000 et 2011, le nombre de lits dans les MR est passé de 87.940 à 64.255, tandis que le nombre de lits en MRS a pratiquement doublé, passant de 33.103 à 65.325⁷⁸. Cette augmentation s'explique par l'établissement de conventions successives entre le gouvernement fédéral et les gouvernements régionaux

pour le remplacement progressif des lits en maisons de repos pour personnes âgées peu dépendantes par des lits en MRS pour des résidents très dépendants⁷⁹.

Ces compétences sont dorénavant sous la responsabilité des entités fédérées. En effet, depuis la 6^{ème} Réforme de l'Etat, les politiques en matière de gestion des MR et MRS ont été transférées aux Communautés et aux Régions. Celles-ci joueront donc un rôle central dans les choix qui seront faits en matière de politique du 3^{ème} âge.

La qualité des soins et des conditions de travail du personnel des MR et MRS est également d'ores et déjà au cœur des préoccupations. Le secteur des maisons de repos est d'ailleurs aujourd'hui régi par toute une série de décrets et de règlements relatifs, notamment, à l'architecture des bâtiments dans leur dimension de sécurité, aux normes d'hygiène, à la qualité des soins de santé, à la nourriture et au personnel.

Notons également que les maisons de repos sont des employeurs importants dans l'économie nationale. Ainsi, en 2012, sans compter les emplois indirects, 100.000 travailleurs (dont 68.750 TP) étaient employés dans les MR. Le secteur des MR est également créateur de nouveaux emplois stables, non délocalisables et accessibles à des niveaux de qualification de base⁸⁰.

Certains dénoncent par ailleurs une détérioration des conditions de travail du personnel soignant. Selon la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, l'exigence de continuité des soins serait compliquée par la survenance d'aléas et d'imprévus en tous genres aussi bien dans le chef des patients en termes d'urgence que dans le chef du personnel lui-même.

Marianne De Troyer, chercheuse à l'ULB, explique ce phénomène : *"les travailleuses des unités de soins connaissent des contraintes d'horaires spécifiques : irrégularité dans les prestations, travail de nuit, travail de week-end et des jours fériés, travail en début de matinée et en début de soirée avec leurs inconvénients en ce qui concerne la vie familiale et sociale. Les problèmes d'horaires s'additionnant avec d'autres conditions difficiles que sont la charge physique, la charge mentale et psychique"*⁸¹.

Le manque d'effectifs dans certaines MR et MRS serait également criant. Selon Alda Dalla Valle, présidente de la FNIB, cette "pénurie" serait davantage liée à une mauvaise répartition des infirmiers. Nombreux sont celles et ceux qui abandonnent leur carrière au sein d'institutions de soins. Les établissements pour personnes âgées n'échappent pas à la règle⁸².

En outre, le personnel infirmier, ainsi que les autres prestataires de soins de la structure

72 Ibidem

73 Mutualités libres, *Magazine Health Forum Mars 2012*, n°9, p. 9, www.miloz.be/files/20202012-hf9-fr.pdf

74 INAMI, *Intégrer un aide-soignant dans votre service de soins infirmiers à domicile*, www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/Pages/aides-soignants-integrer-soins-infirmiers-domicile.aspx#.VYPtpv4tptg

75 Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique : développement d'un position paper*, 2012,

kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190B_organisation_soin_malades_chroniques_0.pdf

76 Organisation Mondiale de la Santé, *Former les personnes de santé du XXI^e siècle-le défi des maladies chroniques*, 2005, p. 3, www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf

77 Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, *Les maisons de repos ne se préparent pas un avenir de tout repos*, 2011, kce.fgov.be/fr/press-release/les-maisons-de-repos-ne-se-pr%C3%A9parent-pas-un-avenir-de-tout-repos#.VYP39_l4tptg

78 KCE, *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025*, 2011, p. 10, kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_167B_soins_residentiels_en_Belgique_Synthese.pdf

79 KCE, *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025*, 2011, p. 9

80 FEMARBEL, *La communautarisation des maisons de repos*, mars 2013, p.10, www.femarbel.be/wp-content/uploads/2013/12/Femarbel_La-Communautarisation_des_Maisons_de_repos.pdf

MAISON DE REPOS ET MAISON DE REPOS ET DE SOINS, QUELLE(S) DIFFÉRENCE(S) ?

Selon la définition du Décret wallon relatif à l'hébergement des personnes âgées, les "maisons de repos pour personnes âgées" sont des établissements destinés à l'hébergement de personnes âgées de plus de 60 ans (65 ans en Flandre) qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux.

Les "Maisons de repos et de soins" sont, quant à elles, destinées aux personnes nécessitant des soins lourds et souffrant d'une pathologie de longue durée.

C'est l'échelle de KATZ, qui mesure la dépendance d'un patient, qui permettra d'évaluer si une personne âgée ira en MR ou en MRS.

Les normes d'encadrement et les exigences en termes d'infrastructure sont différentes dans les MR et les MRS. Les MRS nécessitent un taux d'encadrement supérieur de 30%.



doivent être formés aux soins palliatifs. Outre le caractère pénible de certains soins pouvant mettre la personne âgée dépendante dans une situation inconfortable, le personnel soignant doit pouvoir faire face à des situations d'impuissance.

Si la majorité du personnel médical est un jour ou l'autre confrontée à la mort imminente d'un patient, accepter son incapacité à pouvoir vaincre la maladie n'est pas toujours évident, *a fortiori* pour le personnel soignant des services de gériatrie, des MR et des MRS⁸³.

La profession d'infirmier en maison de repos semble souffrir d'un déficit d'attractivité. Le rythme parfois intense, les horaires difficiles, la confrontation quotidienne à des personnes en fin de vie sont autant d'éléments qui peuvent décourager le personnel soignant des MR et MRS. De plus, le manque de places disponibles et les capacités limitées en matière budgétaire nous laissent à penser que l'avenir des MR et MRS ne sera pas des plus favorable.

Il appartient dès lors aux entités fédérées de prendre les mesures nécessaires pour, à l'instar du Plan pluriannuel d' "Attractivité de la profession infirmière", augmenter les lits disponibles en MR et MRS et combler le déficit de personnel de soins de santé dans ces mêmes structures.

Pour conclure, nous rappellerons qu'il appartient

également à la Fédération Wallonie-Bruxelles de prendre les mesures nécessaires pour renforcer la formation de l'art infirmier. Réformer la formation de l'art infirmier conformément à la Directive 2013/55/UE permettra à ces prestataires de soins d'être mieux préparés pour faire face aux pratiques et aux soins de plus en plus spécifiques, variés et en constante évolution.

UNE INSTANCE ORDINALE POUR SUIVRE L'ÉVOLUTION ET RÉGULER L'ART INFIRMIER

Alors que la pratique de l'art infirmier est en constante évolution, il n'existe en Belgique toujours aucun interlocuteur unique pour cette profession auprès des pouvoirs publics. Tel est le constat tiré depuis plusieurs années par le Député-Sénateur et neurochirurgien, Jacques Brotchi.

Or, et tel que souligné dans la proposition de loi déposée au Sénat en 2010 par M. Jacques Brotchi et consorts⁸⁴, le projet de création d'un Ordre national des praticiens de l'art infirmier est parvenu à maturité. De nombreuses associations et organismes représentatifs appellent à la mise en place d'une instance ordinale capable d'organiser et de représenter au mieux la profession ainsi que de s'exprimer en leur nom avec force et d'une seule et même voix.

À l'instar des autres professions médicales et paramédicales, la création d'un Ordre infirmier serait une réponse globale aux profondes évolutions en cours concernant tant la qualité que la déontologie et l'éthique des soins infirmiers.

La FNIB, dans un communiqué de presse de 2008 affirmait son soutien à la proposition de loi déposée par le Député Jacques Brotchi en soulignant que *"le texte est principalement centré sur la «déontologie et l'éthique professionnelles», garantes de la qualité des soins et du comportement professionnel irréprochable des praticiens de l'art infirmier, pour la population et les patients dont ils ont la charge. Il donne aussi à notre profession une reconnaissance, un statut et une autonomie (régulation par les pairs) supplémentaires par rapport aux textes législatifs existants. Le texte nous paraît équilibré. Il correspond aux attentes des professionnels. Il s'agira d'une avancée majeure pour notre pays dans le cadre formel de la création d'organes de régulation et de suivi déontologique de notre pratique prôné tant par les instances internationales (Conseil International des Infirmières - CII) qu'euroennes (Fédération Européenne des Organes Régulateurs Infirmiers FEPI – Fédération Européenne des Associations d'Infirmières – EFN.(..)) La FNIB appuie donc, sans réserve, cette proposition de loi et forme le voeu que l'ensemble des familles politiques du pays se joigne à la proposition du Sénateur et Professeur Brotchi pour défendre ce texte législatif."*

81 Santé conjugée, Les conditions de travail du personnel soignant, janvier 2009, n°47, file:///C:/Users/vhe/Downloads/Sc47C_gt_cond_trav_leonard%20(1).pdf

82 Réponse Question orale M. PREVOT à E. TILLIEUX, 21 septembre 2010

83 JACQUEMIN D., La souffrance des soignants en soins palliatifs, <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/viespirituelle/documents/Frontieres-Souffrance.pdf>

84 Sénat de Belgique, Proposition de loi portant création d'un Ordre des praticiens de l'art infirmier déposée par M. Jacques Brotchi et consorts, le 12 octobre 2010, document législatif n° 5-283/1

Par ailleurs, en 2007, le Conseil international des infirmières (CII) encourageait les États à se doter d'un organe ordinal chargé de structurer et de réguler l'exercice professionnel et la déontologie des praticiens de l'art infirmier dans le but de garantir à la population une qualité et une sécurité des soins infirmiers ainsi qu'un comportement professionnel irréprochable. La Fédération européenne des régulateurs de la profession d'infirmiers (la FEPI) déclarait également, suite à une conférence organisée par la Fédération nationale des infirmières de Belgique en 2007 *"the objective of this congress was to stimulate interaction and experience sharing between nursing regulatory bodies, in view of the establishment of a Belgian Council of Nursing in the very near future. (...)FEPI is following very closely the evolutions relating to the establishment of a Belgian Nursing regulatory body"*.

Réclamé par le secteur et soutenu par les Députés MR, l'Ordre des praticiens de l'art infirmier serait chargé des missions de contrôle de la déontologie et de défense des intérêts de la profession. Cet Ordre serait le garant, vis-à-vis de la population, de la qualité des soins et du comportement professionnel du praticien de l'art infirmier. L'instauration de l'obligation d'inscription au tableau de l'Ordre des praticiens de l'art infirmier pour l'exercice de la profession (article 8 §1 de la loi du 12 octobre 2010 portant sur la création d'un Ordre des praticiens de l'art infirmier) permettrait enfin à la Belgique de connaître avec précision le nombre de praticiens de l'art infirmier qui exercent effectivement sur son territoire.



RECOMMANDATIONS

La profession d'infirmier et d'infirmière fait face à de grands défis dans une société en mutation. Il faut tout à la fois la réformer, la moderniser et lui redonner de l'attractivité. Au terme d'un long processus de réflexion, de consultations, de rencontres avec les principaux acteurs de terrain (ACN, UGIB, FNIB, AGEBRU...) et d'échange avec de nombreux experts (Paul Sonkes, Lawrence Cuvelier, Alda Dalla Valle, Thierry Lothaire, Linda Yalman, et bien d'autres) nous avons été en mesure d'identifier des recommandations indispensables au développement des soins infirmiers.

CONSIDÉRANT

- × la directive 2013/55/UE dont la transposition en droit belge doit avoir lieu avant le 18 janvier 2016 ;
- × la confusion et l'incohérence générées par la dualité de la formation en soins infirmiers qui par ailleurs, ne répond ni à l'évolution des besoins de soins de santé ni aux attentes des professionnels ;
- × que la pénurie d'infirmiers dans nos hôpitaux est surtout un problème de rétention du personnel dû à une démotivation des infirmiers et à un manque d'attractivité de la profession ;
- × que la profession est en constante évolution ;
- × le caractère inadapté des normes d'agrément ;
- × les efforts déployés par les hôpitaux et les pouvoirs publics dans le renforcement de la sécurité des patients.

NOUS RECOMMANDONS

- l'adoption de toutes les mesures utiles à la transposition en droit national de la Directive 2013/55/UE et à ses exigences ;
- la mise en place d'une réforme de la formation en soins infirmiers aboutissant à un titre unique d'infirmier qualifié, au terme d'un cursus (baccalauréat) étalé sur 4 ans, avec des conditions d'accès rehaussées (profil étudiant) et donnant accès aux formations complémentaires : Masters en Santé

publique, formations intégrant les spécialisations infirmières en Hautes Ecoles, ainsi que les doctorats universitaires ;

- la révision des normes d'agrément du personnel infirmier en milieu hospitalier dans le sens d'une meilleure répartition de la charge de travail, d'une plus grande responsabilisation des infirmiers et d'un plus grand nombre de perspectives d'ascension, notamment à travers un nouveau système de classification des fonctions et rôles infirmiers incluant une valorisation et réévaluation de la fonction d'infirmier en chef : formation complémentaire de niveau universitaire. (A.R. du 14 août 1987.) ;
- une politique d'embauche d'assistants logistiques dans les unités de soins chargés des tâches administratives ;
- la généralisation d'un "infirmier du tri" dans les services des urgences chargé de l'identification des besoins des patients de l'orientation de ceux –ci ;
- la reconnaissance et le financement d'une fonction infirmier "réfèrent pour les enregistrements légaux" également responsable des volets infirmiers du dossier patient informatisé ;
- l'informatisation généralisée du dossier infirmier du patient assortie de moyens financiers suffisants et d'une contrainte pour les gestionnaires (date limite) ;
- une meilleure représentation de la profession dans divers organes où elle peut difficilement faire valoir son point de vue et, notamment, au sein du Conseil National des Etablissements Hospitaliers ;

- le renforcement de l'attractivité du métier d'infirmier en milieu ambulatoire, en maisons de repos et maisons de repos et de soins ;
- le renforcement de la formation des prestataires de soins de santé en matière de qualité des soins et de sécurité des patients ;
- d'encourager et de promouvoir la formation continue des prestataires en soins de santé ;
- l'intégration dans les institutions de soins belges des recommandations émises par les organisations internationales (dont l'OMS, l'OCDE, la Commission européenne, le Conseil de l'Europe) en matière de sécurité des patients, en tenant compte des spécificités des soins administrés dans les structures ;
- le développement de projets pilotes visant à développer des outils d'accompagnement pour les institutions de soins dans leurs politiques de diminution des risques évitables ;
- la création d'une Task-Force composée d'experts et de spécialistes du monde médical dont la mission sera d'évaluer avec précision les contours de l'urgente réforme infirmière que nous recommandons ;
- la création d'un ordre infirmier sur le même modèle que l'ordre des médecins (structures, règles déontologiques, etc.) et dont la répartition des compétences et des missions seraient organisées selon la proposition de loi du 12 octobre 2010 portant sur la création d'un Ordre des praticiens de l'art infirmier déposée par M. Jacques Brotchi et consorts



Centre Jean Gol

*Avenue de la Toison d'Or 84-86
1060 Bruxelles*

*02.500.50.40
info@cjg.be*



facebook.com/centrejeangol



@CentreJeanGol

www.cjg.be