



FNIB

**Fédération Nationale
des Infirmier(e)s de Belgique**

NFBV

**Nationale Federatie
van Belgische Verpleegkundigen**

**(Association Sans But Lucratif / Numéro d'entreprise : 425685290)
Siège Social: Rue de la Source, 18 - 1060 Bruxelles**

www.fnib.be

Proposition de réforme de la formation infirmière en Fédération Wallonie-Bruxelles

Bruxelles, le 22 août 2012

Rapport du Groupe de Travail

Fédération Nationale des Infirmières de Belgique - FNIB

Proposition à l'issue de nos réflexions et ateliers de travail

Du 29 février 2012, Espace Santé à Charleroi

Du 6 avril 2011, Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Table des matières

Remerciements

1.	Préambule.....	4
2.	Vers un titre unique d’infirmier en Fédération Wallonie-Bruxelles ...	5
3.	Contexte européen et international.....	6
4.	Une réforme pour un système gagnant	8
5.	Situation actuelle.....	9
6.	Dualité entre les Accords de Bologne et le respect de la Directive sectorielle 2005/36/UE ...	11
6.1.	Deux processus obligatoires.....	11
6.2.	Un processus non obligatoire.....	16
7.	Différentes filières de formation pour un titre unique ...	18
7.1.	Lien entre l’évolution de la population des étudiants infirmiers et l’attractivité de la profession infirmière	18
7.2.	Filières de formation infirmière et titre unique	21
8.	Qualité et sécurité	23
8.1.	Cadastre infirmier et Commission de planification du SPF Santé publique.....	23
8.2.	Cadastre belge des praticiens de l’art infirmier ; où en est-on ?	23
9.	Former à l’« esprit réflexif » et non pas uniquement aux « gestes »	25
10.	Pourquoi envisager un master en soins infirmiers de base en quatre ans ?	26
10.1.	Quelques facteurs et arguments qui plaident en faveur d’une mastérisation	26
10.2.	Bachelier en soins infirmiers en 4 ans versus master en soins infirmiers en 4 ans	27
11.	Comment intégrer dans notre réforme le master en sciences infirmières tel que proposé par le CGHE.....	31
11.1.	Avis du CGHE portant sur la programmation de masters	31
11.2.	Création du master en sciences infirmières et sages-femmes.....	32
12.	Conclusion	39
13.	Références bibliographiques.....	40



La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique
- FNIB -
&
la Société des Infirmiers Belges en Recherche et Formation
- SIBReF -

remercie chaleureusement le Comité de rédaction
(Belghezli Nassira, Dalla Valle Alda, De Zorzi Fabienne, Héraut Jacques,
Lothaire Thierry, Mengal Yves et Vos Bénédicte)

ainsi que tous ceux et celles, qui de près ou de loin,
ont soutenu et collaboré activement durant plusieurs
années à l'élaboration du présent rapport.

Le Conseil d'Administration

1. Préambule

Investir dans les praticiens de l'art infirmier d'aujourd'hui pour les soins de demain ...

La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique – FNIB (www.fnib.be), membre du Conseil International des Infirmières - CII (www.icn.ch), de l'European Federation of Nurses Associations – EFN (www.efnweb.org) ainsi que du Secrétariat International des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone – SIDIIEF (www.sidiief.org), poursuit ses réflexions depuis plusieurs années et notamment celles réalisées le 6 avril 2011 au Parlement de la Communauté française à Bruxelles et du 29 mars 2012 à l'Espace santé à Charleroi. Elles portaient principalement sur « la différenciation de fonction, le titre unique et la réforme de la formation infirmière » ; ce présent rapport est le fruit d'une collaboration étroite avec tous les acteurs directs et indirects des soins infirmiers.

Depuis lors, nous avons continué, d'une part, à préparer inlassablement cette réforme structurelle au travers de congrès et réunions régionales, nationales et internationales composées de représentants de tous les réseaux et niveaux de formation (enseignement secondaire y compris l'enseignement professionnel secondaire complémentaire EPSC, enseignement supérieur et universitaire, promotion sociale) ainsi que les directions des départements infirmiers hospitaliers et des institutions de soins (MR/MRS, ...) et les soins à domicile tout secteur confondu, les organisations syndicales, les associations professionnelles d'infirmiers générales et spécialisées, le cabinet du Ministre fédéral de la Santé publique et des Affaires sociales ainsi que plusieurs parlementaires avisés et impliqués.

D'autre part, nous nous sommes appuyés sur de nombreux documents de travail ainsi que sur l'analyse comparative d'études scientifiques belges, européennes et internationales relatives à la réforme des systèmes de santé, à la formation infirmière et aux différenciations de fonction.

Nous voulons déposer sur la table des négociations des instances officielles un dossier circonstancié, documenté, réaliste et responsable prônant la nécessité d'un titre unique d'infirmier de niveau master.

C'est pourquoi, nous souhaitons que cette réforme en profondeur soit solidaire de toutes les personnes impliquées et tienne compte de toutes les contraintes inhérentes à un changement structurel indispensable.

2. Vers un titre unique d'infirmier en Fédération Wallonie-Bruxelles ...

Depuis plus de 30 ans et plus spécifiquement ces dernières années, le corps enseignant, les employeurs et travailleurs salariés ou indépendants belges des secteurs de la santé soulignent l'incohérence de maintenir deux filières de formation distinctes : le bachelier en soins infirmiers et le brevet d'infirmier. La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB) a dès lors initié un travail de réflexion en collaboration avec des experts issus de l'enseignement (tous niveaux et tous réseaux confondus) et du monde professionnel (hôpitaux, maisons de repos et de soins, soins à domicile,...). Elle préconise un titre unique d'infirmier en Fédération Wallonie-Bruxelles car en améliorant la qualité des soins infirmiers par un enseignement adapté aux besoins réels, on renforcera la confiance et la sécurité des citoyens envers les professionnels de la santé.

Objectifs de cette réforme ?

- Aboutir à un titre unique d'infirmier qualifié de niveau Master répondant aux normes internationales et aux directives européennes. Cette filière s'articulerait autour d'un cursus étalé sur 4 ans et débouchant sur le grade de Master en soins infirmiers (3 ans de baccalauréat de transition + un an de master) qui donnerait accès au Master 2 soit vers les spécialisations, soit vers la formation de Cadre de santé organisée dans l'enseignement de Promotion sociale ou encore le master en sciences infirmières tel que suggéré par le Conseil Général des Hautes Écoles.
- Parvenir à un titre d'aide-soignant qualifié en portant sa durée de formation à 2 ans dans l'enseignement secondaire professionnel complémentaire du 4^{ème} degré. D'une part, ce titre donnerait accès, selon des modalités définies, à la 2^{ème} année du cursus en soins infirmiers. D'autre part, la réussite de la 1^{ère} année conditionnerait l'accès à la formation de secouriste-ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente.
- Développer une structure et une qualification améliorées pour les secouristes-ambulanciers (projet de réforme en cours au SPF Santé publique). Ceux-ci étant régis par l'AR n°78 du 10 novembre 1967 fixant les modalités en ce qui concerne la prestation d'actes infirmiers.

La réalisation effective de cette réforme, suppose qu'un encadrement pédagogique clinique adéquat (en nombre et en qualifications) soit préservé, voire amélioré. Pour ce faire, les enseignants du brevet infirmier pourraient être transférés, librement et sans contrainte, vers l'encadrement clinique en Haute École.

La FNIB propose une mise en œuvre progressive de la réforme structurelle afin de garantir la stabilité des recrutements dans les institutions de soins et de permettre aux enseignants d'atteindre au minimum le niveau de master. A chaque étape, des mécanismes seraient créés ou adaptés (valorisation des acquis de l'expérience, passerelles, ...) de manière à respecter les droits acquis et la situation professionnelle de chacun, tant au niveau du terrain que de la formation.

3. Contexte européen et international

Les facteurs tels que les progrès technologiques, la complexification des services de santé, les nombreux changements structurels dans la délivrance des soins de santé et les besoins croissants en mutation constante, soulignent la nécessité d'approches innovantes et rentables en ce qui concerne les soins de santé au niveau mondial. Une solution qui rencontre un succès croissant est d'employer des infirmiers aux compétences et connaissances accrues.

La reconnaissance de qualifications obtenues dans un autre État membre est devenue une composante fondamentale du marché unique. La mobilité professionnelle est un élément clé pour la compétitivité de l'Europe, comme le souligne la stratégie « Europe 2020 - Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive », COM(2010) 2020 du 3.3.2010 et l'Acte pour le Marché unique : douze leviers pour stimuler la croissance et renforcer la confiance. "Ensemble pour une nouvelle croissance" » – COM(2011) 206, SEC(2011) 467.

Selon le rapport 2010 sur la « Citoyenneté de l'Union : lever les obstacles à l'exercice des droits des citoyens de l'Union, COM(2010) 603 du 27.10.2010 », la lourdeur et le manque de clarté des procédures de reconnaissance des qualifications professionnelles sont un des principaux obstacles auxquels se heurtent encore les citoyens de l'Union Européenne dans leur vie quotidienne lorsqu'ils veulent exercer dans un autre État membre les droits qui leur sont conférés par la législation européenne.

Dans l'Union européenne, la mobilité des professionnels demeure faible. C'est pourquoi, une mobilité accrue, notamment des infirmiers, contribuerait à pourvoir les postes de travail hautement qualifiés, à l'heure où la population active diminue pour un ensemble de raisons. Selon les projections du Centre européen pour le développement de la formation professionnelle (Cedefop), d'ici à 2020 (http://www.cedefop.europa.eu/en/Files/3052_en.pdf), il faudra 16 millions de personnes supplémentaires pour occuper les emplois très qualifiés, ce qui signifie, si les tendances actuelles se maintiennent, une grave pénurie de professionnels qualifiés.

Dans le cadre de ces projections, l'Union européenne prévoit notamment qu'il manquera un million de professionnels de la santé, ce qui est particulièrement préoccupant. Pour enrayer ce fléau, la Commission européenne et les États membres entreprendront des actions distinctes et appropriées aux besoins afin d'améliorer la gestion de la mobilité des professionnels de la santé au niveau national, en renforçant préférentiellement les politiques et les conditions de travail en général et en développant des mécanismes de planification des effectifs (cadastre).

En effet, malgré de nombreuses réformes entreprises depuis des années au niveau local, national ou européen, les professions de santé subissent une pénurie souvent récurrente. Ce sont principalement les médecins, les infirmiers et les sages-femmes qui subissent cette pénurie de plein fouet dans tous les secteurs de santé, spécialisés ou non, et partout en Europe. Ailleurs dans le monde, la situation de la pénurie des professionnels de santé est encore nettement plus accrue avec des conséquences humanitaires et socio-économiques énormes.

C'est pourquoi, afin de faciliter la libre circulation comme pour tous les citoyens et de préserver leur droit individuel à travailler n'importe où dans l'Union européenne, il faut que les professionnels de la santé voient leurs qualifications reconnues facilement dans, et par, les autres États membres. Il est donc essentiel que la Directive sectorielle 2005/36/CE portant sur les qualifications professionnelles (JO L 225 du 30.9.2005, p. 22) soit amendée, modernisée et établisse des règles simples et claires pour la reconnaissance de ces qualifications.

4. Une réforme pour un système gagnant

Andrew Green (1996) définit la planification comme étant : « *une méthodologie qui a pour but d'assurer que les ressources disponibles à présent et dans le futur soient utilisées de la façon la plus efficiente pour remplir des objectifs explicites* ».

Les éléments déterminants de cette définition à la planification des soins infirmiers peuvent se résumer comme suit :

- Où voulons-nous aller ? (*objectifs*)
- Avec quoi ? (*ressources*)
- De quelle manière ? (*efficience*)
- Quand ? (*présent ou futur*)

Si la planification n'est pas une science et qu'il n'existe pas de réponse unique, la planification des soins infirmiers concerne avant tout les changements et tout changement entraîne son lot d'« opposants » ! Celle-ci doit tenir compte des différentes relations de pouvoir (notamment politiques), des situations économiques et valeurs culturelles entre les différents acteurs concernés en vue d'assurer un système construit sur du « Win-Win ».

La planification des systèmes et services de santé n'échappe pas à cette règle générale ; elle doit faire appel dans le cadre de cette réforme à de « vrais » experts. Ceux-ci doivent connaître le terrain et obtenir une participation active.

Dans son plan d'attractivité de la profession infirmière en date du 28 août 2008, Madame Laurette Onkelinx, Ministre fédérale ayant en charge la Santé publique et les Affaires sociales, souligne qu'« *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* ». Ce plan d'attractivité relevait également les effets non souhaités de plusieurs niveaux de formation pour accéder à une même profession.

Une mise en œuvre progressive de la réforme sera indispensable afin de garantir la stabilité des recrutements dans les hôpitaux et les institutions de soins.

5. Situation actuelle

Quelques constats

D'une part, les enjeux sanitaires dans le monde exigeront à l'avenir une pratique sécuritaire, efficiente et autonome des soins infirmiers. Selon l'OMS, les coûts de la non-qualité et des incidents évitables (piqûres par aiguille, chutes, troubles musculo-squelettiques...) représentent 10 % des dépenses des systèmes de santé. D'autre part, le taux d'infirmiers ou ratio infirmier/patient de niveau bacheliers dans les services de soins est corrélé à la sécurité des patients et à la qualité des soins.

De plus, la recherche est cruciale dans l'évolution des pratiques soignantes ; c'est pourquoi, le rehaussement au niveau master en Haute École de la formation initiale des infirmiers ainsi que la mise en œuvre des pratiques avancées constitueront non pas un coût mais un investissement ...

En effet, tout système de santé qui reconnaît et investit dans l'expertise infirmière fait un choix éclairé, véritable moteur de l'évolution inévitable des soins. Le Secrétariat international des infirmiers et infirmières de l'espace francophone – SIDIEF dans son mémoire adopté le 26 mai 2011 et intitulé « *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé* » écrit :

« Loin de n'être qu'une dépense, le salaire consacré à l'expertise infirmière s'avère économiquement favorable, tant pour le système de santé que pour l'ensemble de la société. Des chercheurs estiment que le salaire d'une infirmière détenant un grade universitaire est d'emblée compensé à hauteur de 75% par une réduction des coûts médicaux et hospitaliers directs imputables aux erreurs, accidents, complications et mortalité. Un ratio optimal d'infirmières formées à ces niveaux d'études contribue directement à réduire les coûts associés aux accidents et événements indésirables, estimés par l'OMS à 10% des dépenses de santé d'un pays. Une telle économie pourrait être réinvestie dans le soutien au personnel, l'amélioration de la qualité des soins et le développement de pratiques innovantes ».

C'est pourquoi, l'expertise acquise par ces infirmiers formés à la pratique avancée (Advanced practice) contribuerait d'une part, à limiter la pénurie d'infirmiers causée principalement par les difficultés de recrutement localisées et de rétention et, d'autre part, participerait à l'amélioration des soins. Ceux-ci représenteront un facteur d'efficience à long terme capable de remodeler les systèmes de santé.

Aujourd'hui dans les hôpitaux ou institutions de soins, on ne sait pas facilement dire « qui est qui », ni « qui fait quoi »... Déroutant pour les patients et/ou leurs familles. Il n'existe pas de réelle différenciation de fonction malgré des normes rigoureuses, une législation particulièrement appropriée, mais ... pas assez appliquée.

Un seul « titre » alors que deux formations persistent bien que très différentes. Arriver à une vision unique de la profession serait beaucoup plus simple. La profession est en accord avec cette vision

depuis bien longtemps, mais nous constatons malheureusement encore des levées de drapeaux de certaines organisations syndicales, une certaine frilosité au changement de la part de Pouvoirs organisateurs tant dans l'enseignement secondaire que supérieur, de plein exercice ou de promotion sociale, voire encore des freins à l'extension des filières de formation notamment de masters en sciences infirmières au sein des Universités et des Hautes Ecoles.

Même travail sur le terrain, mais salaires différents et ambiguïté dans la délégation des tâches.

Hormis pour les infirmiers spécialisés travaillant dans les secteurs concernés, il n'y a pas vraiment de différenciation dans la gestion des soins ainsi que dans l'application de la liste d'actes et des prestations infirmières... Dans une vision logique de cette réforme, la délégation légale des tâches infirmières à des aides-soignants impose que celles-ci répondent aux attentes des secteurs de soins concernés. Aujourd'hui, aux dires réitérés de bon nombre d'enseignants des écoles de formation, des directions des hôpitaux et institutions de soins, ce n'est absolument pas le cas !

C'est pourquoi, il faudrait revoir tant la durée de formation, en passant d'un an à deux, que les matières enseignées aux aides-soignants. Forts des recommandations des tables rondes nationales initiées par le Ministre de la Santé publique Marcel Colla en octobre 1997, nous préconisons de changer le nom d'aide-soignant en « aide-infirmier ». En effet, concomitamment à notre projet de réforme infirmière, il est primordial d'offrir à ces « aides » des compétences réelles, notamment par la révision des actes infirmiers pouvant être délégués, afin de répondre aux attentes croissantes des patients, résidents et familles.

L'étudiant infirmier à l'issue de sa formation n'est ni un produit fini, ni polyvalent, ni prêt à affronter tous les méandres et arcanes de notre profession quelque soit le secteur des soins de santé envisagé. En effet, le monde de la santé a fortement changé ; les compétences exigées aujourd'hui sont complexes et imposent le respect strict des critères et normes de soins tout cela réalisé dans un contexte de rigueur budgétaire et organisationnelle. Car, même si l'infirmier est le maillon incontournable dans la gestion globale des soins, le temps qu'il consacre aux soins au chevet du patient, c'est-à-dire à sa fonction première, n'est pas suffisant car il est contraint de prendre en charge diverses autres tâches non spécifiques aux soins (administratives).

Nous souhaiterions souligner également que dans le contexte hospitalier actuel, toutes les directions des hôpitaux universitaires et généraux qui ont collaboré à nos réflexions expriment le désir que l'on puisse renforcer, si possible, les cours et au moins les stages dans les disciplines générales de médecine et de chirurgie. En effet, une tendance transparait depuis plusieurs années ; les « jeunes » infirmiers font le choix dès le départ de poursuivre des spécialisations ce qui est légitime et répond aux besoins et normes hospitalières mais déforce grandement l'équilibre à maintenir dans les services généraux de médecine et chirurgie. Nous demandons dès lors d'envisager de former des infirmiers « généralistes » de niveau master qui répondront aux attentes du secteur.

6. Dualité entre les Accords de Bologne et le respect de la Directive sectorielle 2005/36/UE

Trois processus structurels européens parallèles coexistent.

6.1. Deux processus obligatoires

6.1.1. La Directive 2005/36/CE est une directive sectorielle qui vise à créer une Europe compétitive et attractive, notamment par la régulation à l'accès à l'exercice professionnel (libre circulation) dans les 27 États membres de l'Union européenne.

Le texte de la Directive 2005/36/CE réactualise 15 Directives européennes dont la Directive 77/453/CEE du 27 juin 1977, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux.

Elle comporte 7 titres de base, à savoir : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, sages-femmes, infirmiers et architectes. Lors du Sommet européen portant sur la Directive 2005/36/CE en 2011 il a été décidé, dans son rapport intermédiaire de la Commission européenne, de l'amender; le vote devrait avoir lieu en janvier 2013.

Après la parution du « Livre vert » édité le 22 juin 2012 par la DG Marché Intérieur et Services de la Commission européenne, où en sommes-nous avec cette Directive contraignante, mais déterminante pour les soins infirmiers ?

Voici quelques réponses probantes :

- large consensus obtenu des États membres pour appliquer les amendements proposés,
- les conditions minimales ont été sauvegardées (26/27 pays),
- recherche d'un accord portant sur le débat des 10 ou 12 années (socle de base) entre le Parlement européen et les parlementaires, les syndicats et le Gouvernement allemand,
- la Commission européenne explore l'inclusion potentielle d'une série minimale de compétences (3 maximum devant être ajoutée à l'Article 31 – Annexe V).

Directive 2005/36/CE actuelle pour les infirmiers	Directive 2005/36/CE amendée pour les infirmiers
Critères actuels en août 2012	Critères prévus en janvier 2013
• Minimum <u>10 ans</u> de formation de base sanctionnée par diplôme ou certificat • Minimum 4600 heures • <u>OU</u> • <u>Minimum 3 ans</u> • Répartition : - o 2300 heures de théorie et 2300 heures de pratiques (enseignement clinique) - o avec un minimum de 1/3 de théorie (33 %) et maximum 2/3 de pratique (66%).	• Minimum <u>12 ans</u> de formation de base sanctionnée par diplôme ou certificat • Minimum 4600 heures • <u>ET</u> • <u>en au moins 3 ans</u> • Répartition : - o 2300 heures de théorie et 2300 heures de pratiques (enseignement clinique) - o avec un minimum de 1/3 de théorie (33 %) et maximum 2/3 de pratique (66%).

Quelques remarques importantes :

L'application rigoureuse des critères de la Directive sectorielle 2005/36/CE en ce qui concerne les infirmiers est obligatoire ; elle est contraignante et impose à tous les Etats membres de s'y conformer et de la transposer dans leur législation nationale ou communautaire. Après des années de réflexion, il apparaît clairement que cette Directive, prochainement amendée, a au moins le mérite d'exister et de renforcer la garantie des conditions minimales de libre circulation en Europe. Même si elle ne s'applique qu'aux pays membres de l'Union Européenne, elle détermine néanmoins un socle de base minimal (12 ans) qui pour certains pays comme l'Allemagne constitue une réforme en profondeur.

Enfin, les 4.600 heures (de soixante minutes) exigées entraînent des modifications structurelles pour plusieurs pays ayant opté, dès le départ, pour l'application du système d'accumulation de crédits transférables (ECTS). C'est le cas des trois Communautés ayant en charge l'enseignement secondaire et supérieur en Belgique et ayant subi en 2009 et 2010 deux mises en demeure par la Commission pour non-respect de la législation européenne (Directive 2005/36/CE). Plusieurs accords entre les autorités de la Commission européenne et la Fédération Wallonie-Bruxelles ont permis depuis lors de dégager un certain assouplissement, voire un consensus portant notamment sur le nombre d'heures à prester, en regard aux ECTS.

En outre, la prise en compte par la Commission Européenne, en principe dès 2013-2014, des « compétences » soutiendra à l'évidence nos réflexions par l'entremise des récents référentiels de compétences élaborés par le Conseil Général des Hautes Ecoles, notamment pour les bacheliers en soins infirmiers. Sur base des Accords de Bologne, il faut que nous puissions mettre davantage

l'accent sur la formation axée sur les résultats déclinés dans un référentiel de compétences à acquérir avant l'obtention du diplôme.

6.1.2. Le Cadre Européen de Certification – CEC (European Qualification Framework – EQF) est la Certification européenne des qualifications.

- Il comporte une classification en 8 niveaux de références décrivant ce que l'étudiant connaît, comprend et est capable de faire.
- Il permet une comparaison entre les divers cadres ou systèmes de certifications nationaux.
- Depuis 2012 - toute nouvelle qualification est référencée par un niveau, allant de 1 à 8.

Acquis de l'éducation et de la formation	Savoirs
	Le CEC fait référence à des savoirs théoriques et/ou factuels.
 1	savoirs • généraux de base
2	savoirs factuels de base dans un domaine de travail ou d'études
3	savoirs couvrant des faits, principes, processus et concepts généraux, dans un domaine de travail ou d'études
4	savoirs factuels et théoriques dans des contextes généraux dans un domaine de travail ou d'études
5	savoirs détaillés, spécialisés, factuels et théoriques dans un domaine de travail ou d'études, et conscience des limites de ces savoirs
6	savoirs approfondis dans un domaine de travail ou d'études requérant une compréhension critique de théories et de principes
7	savoirs hautement spécialisés, dont certains sont à l'avant-garde du savoir dans un domaine de travail ou d'études, comme base d'une pensée originale et/ou de la recherche.
8	conscience critique des savoirs dans un domaine et à l'interface de plusieurs domaines
	savoirs à la frontière la plus avancée d'un domaine de travail ou d'études et à l'interface de plusieurs domaines.

Un des objectifs prioritaires de cette réforme doit être la différenciation de fonction en lien avec le Cadre Européen de Certification ; pour ce faire, nous reprenons la proposition de classification de fonction élaborée en 2008 par le Conseil International des Infirmières (ICN Regulation) intitulé « *Nursing Care Continuum Framework and Competencies* ».

ICN Regulation	CEC	Belgique
Nursing Care Continuum		Essai de différenciation de fonction
Nursing support worker (SW)	Niveau 4	Aide-soignant
Enrolled, registered or licensed practical nurse (EN)	Niveau 5	Infirmier (breveté)
Registered or licensed Nurse (RN)	Niveau 6	Infirmier gradué / Bachelier en soins infirmiers (> 2004)
Nurse Specialist (NS)	Niveau 6	Infirmier gradué spécialisé + titre professionnel particulier / Bachelier en soins infirmiers + titre professionnel particulier
Advanced Practice Nurse (APN)	Niveau 7 et 8	Infirmier spécialiste (en pratique avancée) de niveau master ou doctorat

Remarques :

Dans la perspective d'un titre unique, nous plaçons pour relever les conditions d'accès requises pour l'entrée des infirmiers en Haute Ecole ou équivalent en créant un nouveau « profil » ainsi qu'augmenter la durée minimale de formation spécifique à quatre ans au niveau d'un master. Dans ce cadre, il est essentiel de clarifier et de réviser les grilles de formations initiales afin de mieux répartir les matières enseignées ainsi que d'envisager les tronc communs possibles par exemple avec les sages-femmes ou d'autres formations paramédicales.

Actuellement, il manque entre 800 et 1.400 heures de formation quelque soit la filière de formation.

Dans l'enseignement supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles, une année académique comporte au minimum 700 heures et au maximum 1.200 heures. Il n'est dès lors pas possible de répondre aux 4.600 heures minimales exigées par la Commission européenne en moins de 4 ans.

Le respect de la Directive européenne est indispensable. La Fédération Wallonie-Bruxelles devrait s'adapter aux exigences de santé publique si on veut continuer à permettre la libre circulation de nos infirmiers.

Un autre axe fondamental est la poursuite des études de 2^{ème} et de 3^{ème} cycles universitaires en sciences infirmières afin d'assurer la formation d'enseignants compétents aptes à garantir une formation de base de qualité ainsi que la formation d'infirmiers cliniciens spécialisés (Haute Ecole) et la formation de chercheurs, tant en Hautes Ecoles qu'à l'Université.

L'enseignant en soins infirmiers doit avoir une expertise scientifique acquise ; il travaille à la fois comme chargé de cours et complète, si possible, sa charge dans l'enseignement clinique. Un objectif à se fixer serait que tous les enseignants possèdent au minimum un master d'ici 10 à 15 ans ; il faudra également collaborer étroitement avec les Universités pour améliorer notamment l'accès au doctorat.

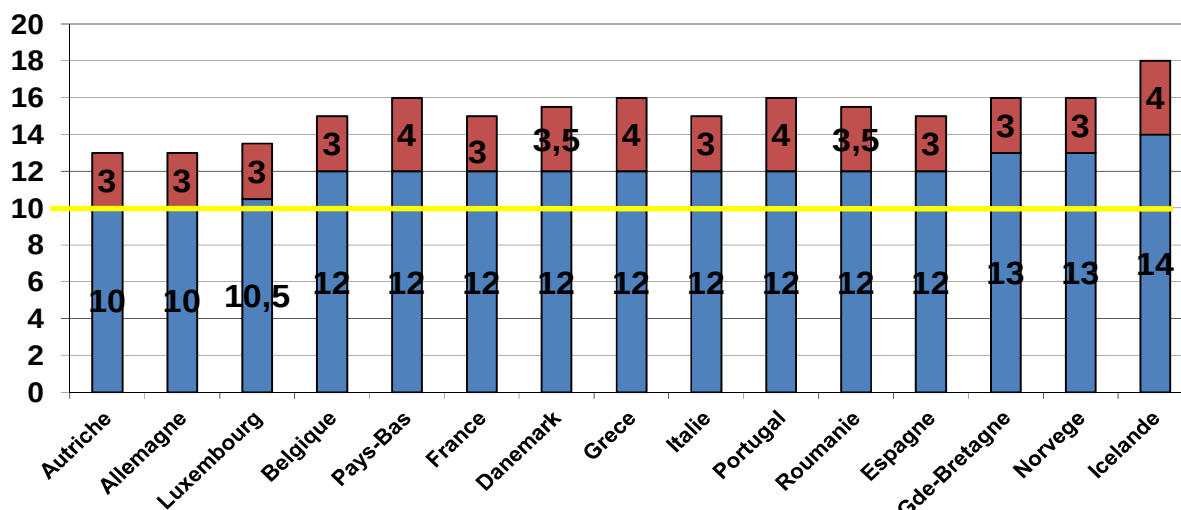
Il faudra absolument tenir compte de la législation fédérale en matière de santé qui fixe les conditions d'accès et d'exercice des professionnels infirmiers ; il faudra associer le Ministère de la Santé publique fédérale pour toutes concertations, voire décisions.

Formation infirmière selon les pays de l'UE :

BLEU: nombre d'années d'études primaires+secondaires avant l'entrée
(ligne jaune = minimum EU requis 1977 pour entrée = 10 ans mais réel 10 à 14 ans)

ROUGE : nombre d'années d'études
(minimum EU requis 1977 = 4600 h / 3 ans)
(mais réels = 3364 à 6700 en 3 ou 4 ans)

Attention = validité du terme « heure » - d'enseignement / de présence / de travail ?



Adapté de : Liefgen, Torresani (2007) Etude comparative européenne,
Association Nationale des Infirmières Luxembourgeoises

Formation infirmière dans 19 pays européens (niveau et durée du premier cycle)

Pays	Formation professionnelle	Premier cycle		2 ^{ème} et 3 ^{ème} cycle	
		Haute école	Université	Master et Doctorat	
Islande			Bachelor – 4 années	MA, PhD	Msn
Irlande			Bachelor – 3 et 4 années	MA, PhD	Msn
Italie			Bachelor – 3 années	MA, PhD	Msn
Norvège			Bachelor – 3 années	MA, PhD	Msn
Espagne			Bachelor – 3 années	MA, PhD	Msn
Suède			Bachelor – 3 années	MA, PhD	Msn
Royaume-Uni			Bachelor – 3 années	MA, PhD	Msn
Malte			Bachelor – 4 années		
Grèce		Bachelor – 4 années	Bachelor – 4 années	MA, PhD	Msn
Portugal		Bachelor – 4 années	Bachelor – 4 années	MA, PhD	Msn
Finlande		Bachelor – 3,5 années		MA, PhD	Msn
Danemark		Bachelor – 3,5 années		MA, PhD	Msn
Suisse	Diplôme – 3 années	Bachelor – 4 années		MA, PhD	Msn
Pays-Bas	Diplôme – 3 années	Bachelor – 3 années		MA, PhD	Ms ?
Belgique	Diplôme – 3 années	Bachelor – 3 années		MA, PhD	Msp or N
Allemagne	Diplôme – 3 années			MA, PhD	Msp
France	Diplôme – 3 années	Licence - 3 années (2010)		Msn , pilote en cours	PhD
Autriche	Diplôme – 3 années				
Luxembourg	Diplôme – 3 années				

Source: Spitzer en Perrenoud, 2006 – Adapté Y MENGAL 2011



www.RN4CAST.eu

6.2. Un processus non obligatoire

Par la Déclaration de Bologne du 19 juin 1999, les Accords dits de Bologne correspondent à un processus intergouvernemental et volontaire regroupant actuellement 47 pays d'Europe qui visent à créer une plus grande cohérence, transparence et compatibilité (notamment avec les European Credits Transfert System - ECTS ou crédits transférables et accumulables) au sein de l'Enseignement supérieur européen.

Dans la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'introduction des premiers éléments de la réforme de Bologne est le résultat du décret du 31 mars 2004 dont le titre renvoie explicitement à l'adaptation de l'enseignement supérieur belge au Processus de Bologne. Le décret communautaire constitue, en fait, une réforme en profondeur de l'enseignement supérieur qui dépasse largement l'adaptation au Processus de Bologne.

Il comporte 3 niveaux de diplômes :

- Bachelier ou Bachelor
- Master
- Doctorat

Le système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS) est un système européen de reconnaissance des prestations d'études qui permet également de les transférer et de les accumuler. Centré sur l'étudiant(e), il se base sur le volume de travail qu'il ou elle doit fournir en vue de réaliser les objectifs d'une unité d'enseignement. Ceux-ci sont fixés de préférence sous forme d'acquis de formation (Learning outcomes).

Le volume de travail est exprimé en crédits :

- 1 crédit correspond à un volume de travail de 25 à 30 heures,
- 60 crédits correspondent à 1 année d'études à plein temps,
- à l'Université, 180 crédits sont nécessaires pour obtenir un diplôme de bachelor (de transition) et 90 à 120 crédits supplémentaires pour un diplôme de master,
- en Haute Ecole, 180 à 240 crédits sont nécessaires pour obtenir un diplôme de bachelor professionnalisant (type court) ou 180 crédits pour obtenir un diplôme de bachelor de transition (type long), et 90 à 120 crédits supplémentaires pour un diplôme de master.

Dans un contexte de mondialisation des services et de l'éducation tel que défini par l'Organisation mondiale du commerce - OMC, il est devenu prépondérant de spécifier des indicateurs probants marquant clairement la qualité de la formation des infirmiers afin d'assurer la protection de la population, principalement les patients, dans une perspective croissante de mobilité de main-d'œuvre tant à l'intérieur de la Belgique qu'à l'extérieur de nos frontières.

Dans son document de consultation de la DG Marché Intérieur et Services relatif à la Directive sectorielle 2005/36/CE portant sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, la Commission européenne recommande de maintenir la reconnaissance des qualifications étrangères comme élément fondamental d'un Marché unique. Cela nécessite de soutenir la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles au 21^{ème} siècle, celle-ci étant fondée sur l'éducation et la formation.

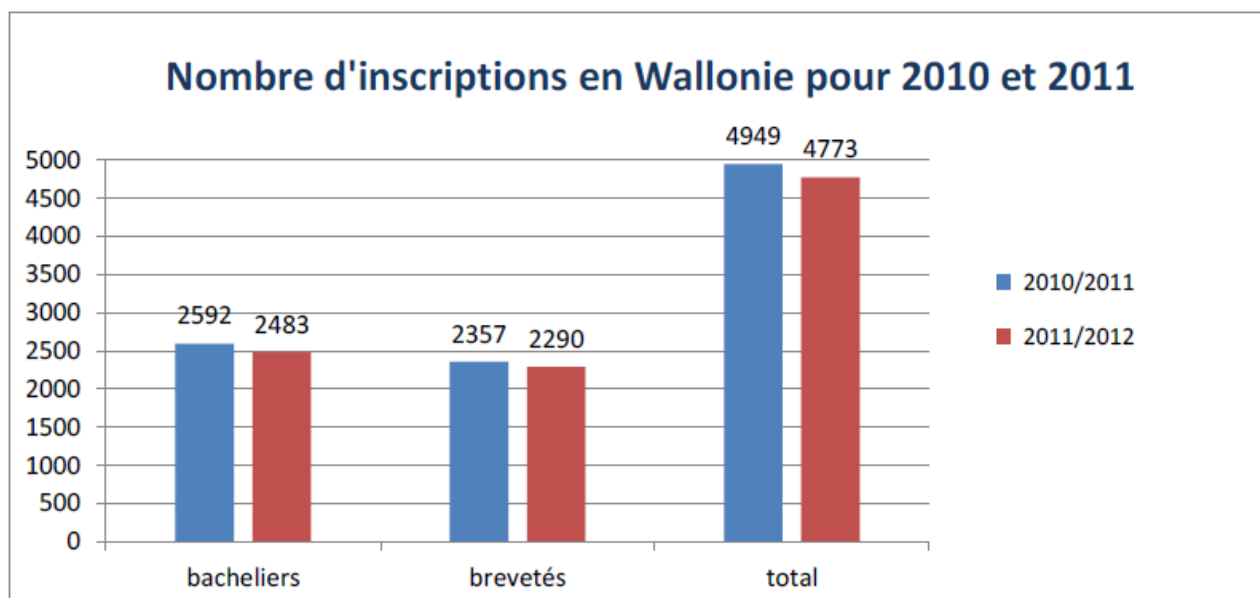
C'est pourquoi, pour les 27 Etats membres de l'Union Européenne, attirer des professionnels infirmiers pleinement qualifiés est un facteur réel de croissance déterminant.

7. Différentes filières de formation pour un titre unique ...

7.1. Lien entre l'évolution de la population des étudiants infirmiers et l'attractivité de la profession infirmière

L'Accord de Gouvernement fédéral prévoit des mesures visant à augmenter l'attractivité de la profession infirmière. De ce fait, Madame Onkelinx, Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales a présenté le 28 août 2008 son plan pluriannuel pour améliorer l'attractivité de la profession infirmière. Malgré les difficultés politiques inhérentes à l'absence de Gouvernement, ce plan est progressivement mis en œuvre par les autorités de Santé Publique. Ce plan d'attractivité prévoit plusieurs mesures déterminées dans quatre axes d'action, à savoir l'allègement de la charge de travail et du stress, les qualifications, la rémunération ainsi que la reconnaissance sociale et l'association à la prise de décision.

L'un des paramètres permettant de mesurer l'impact global de ce plan est l'évolution du nombre d'inscriptions en première année dans les écoles qui forment les futurs infirmiers. Pour ce faire, depuis octobre 2009, afin d'évaluer ce paramètre chaque année, une enquête intitulée « *Suivi de l'évolution de la population « étudiants infirmiers » dans les écoles belges* » est réalisée par le SPF Santé publique auprès des directions des 78 écoles proposant en Belgique des formations tant pour le bachelier en soins infirmiers que pour le brevet infirmier. L'année académique 2007-2008 est le point de référence. L'évolution du nombre d'inscriptions en 1^{ère} année, du nombre d'étudiants non-résidents et du nombre de réussites en 3^{ème} année ont été évaluées tant au niveau fédéral, que par région, par langue et par type d'enseignement.



d'Alleine B., Croix B., Caillet O., Lardennois M., Plan Infirmier : « Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges. », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DG1, Cellule Concepts et Organisation des Soins Hospitaliers, Décembre 2011

Evolution du nombre d'inscriptions en 1^{ère} année, du nombre d'étudiants non-résidents et du nombre de réussites en 3^{ème} année et ce, au niveau fédéral, par région, par langue et par type d'enseignement.

		Inscriptions en 1 ^{ère} année					Réussites en 3 ^{ème} année				étudiants non-résidents				
		Evolution					Evolution				Evolution				
		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Belgique		9103	9736	10618	11621	12206	4141	4479	4263	4824	841	889	1007	1765	1767
		x	6,95%	9,06%	9,45%	5,03%	x	8,16%	-4,82%	13,16%	x	5,71%	13,27%	75,27%	0,11%
Région															
	Flandre	3874	4365	4673	5165	5724	2112	2265	2167	2631	34	25	29	68	108
		x	12,67%	7,06%	10,53%	10,82%	x	7,24%	-4,33%	21,41%	x	-26,47%	16,00%	134,48%	58,82%
	Wallonie	3953	4076	4636	4949	4773	1514	1603	1490	1481	672	735	838	1457	1366
			3,11%	13,74%	6,75%	-3,56%	x	5,88%	-7,05%	-0,60%	x	9,38%	5,88%	73,87%	-6,25%
	Bruxelles	1276	1295	1309	1507	1709	515	611	606	712	135	129	140	240	293
		x	1,49%	1,08%	15,13%	13,40%	x	18,64%	-0,82%	17,49%	x	-4,44%	8,53%	71,43%	22,08%
Langue															
	Néerlandais	4030	4518	4817	5402	5957	2183	2352	2255	2726	34	25	29	69	109
		x	12,11%	6,62%	12,14%	10,27%	x	7,74%	-4,12%	20,89%	x	-26,47%	16,00%	137,93%	57,97%
	Français	5029	5183	5739	6160	6203	1942	2117	1993	2082	807	864	978	1696	1654
			3,06%	10,73%	7,34%	0,70%	x	9,01%	-5,86%	4,47%	x	7,06%	13,19%	73,42%	-2,48%
	Allemand	44	35	62	59	46	16	10	15	16	0	0	0	0	4
		x	-25,71%	77,14%	-4,84%	-22,03%	x	-60,00%	50,00%	6,67%	x	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Type d'enseignement															
	Bachelor	5087	5279	5855	6486	6576	2254	2397	2463	2890	508	545	602	731	765
		x	3,77%	10,91%	10,78%	1,39%	x	6,34%	2,75%	17,34%	x	7,28%	10,46%	21,43%	4,65%
	Brevet	4016	4457	4763	5135	5630	1887	2082	1800	1934	333	344	405	1034	1002
		x	10,98%	6,87%	7,81%	9,64%	x	10,33%	-13,54%	7,44%	x	3,30%	17,73%	155,31%	-3,09%

d'Alleine B., Croix B., Caillet O., Lardennois M., Plan Infirmier : « Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges. », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DG1, Cellule Concepts et Organisation des Soins Hospitaliers, Décembre 2011

Cette enquête fédérale montre donc pour l'année académique 2011 - 2012 :

- une augmentation de **3.103** inscriptions en 1^{ère} année par rapport à l'année de référence 2007 – 2008 ; soit 34,09% de croissance,
- cette augmentation provient également d'un accroissement considérable des inscriptions d'étudiants non-résidents qui sont passés de 841 à 1767 soit 926 étudiants en plus **ce qui représente** 210% de croissance...

Si on analyse l'évolution depuis 2007-2008, année de référence, la tendance générale en Flandre et à Bruxelles est une augmentation des inscriptions dans les écoles, à savoir 14,43 % en Flandre et de 15,83 % à Bruxelles. Par contre, elles ont diminuées de 4,46% en Wallonie.

A ce titre, l'augmentation des inscriptions est d'actualité pour les 2 types de formation : « les bacheliers et les brevetés » mais elle est plus significative chez les brevetés (12,33%). Pour les bacheliers, elle est de 1,77%.

L'évolution du nombre de diplômés en fin de 3^{ème} année au niveau fédéral pour l'année académique 2010-2011, une augmentation de 13,54% a été constatée par rapport à l'année académique 2009-2010. En analysant l'évolution depuis 2007-2008, année de référence, il est frappant de constater que le nombre de diplômés en 2011 a fortement augmenté à Bruxelles (20,58%) et en Flandre (21,97%). Par contre en regard à cette étude « Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges » de décembre 2011, en Wallonie, la tendance reste à la baisse et le nombre de diplômés a encore légèrement diminué (-0,59 %).

Toutefois, il est à noter que, sur base de la répartition de la population sur le territoire belge, il y a plus d'étudiants inscrits en Wallonie (4.076), pour l'année 2008-2009, qu'en Flandre (4365). A titre indicatif, le nombre d'étudiants à Bruxelles est de 1.295. De plus, en sachant, que nombre d'étudiants en Région bruxelloise suivent les cours en français, il y a plus d'étudiants francophones que néerlandophones. Il en ressort, qu'en Belgique, seulement 49,55% des étudiants inscrits en 1^{ère} année en 2008-2009 ont obtenu un diplôme en 2010-2011. Par contre, pour l'année 2010-2011, le pourcentage de diplômés le plus élevé se trouve en Flandre avec 60,27% (2.631), suivi de Bruxelles avec 54,98% (712) et enfin la Wallonie avec un taux de 36% (1.481).

Une autre constatation, toujours sur base de l'enquête fédérale est qu'en 2011-2012, la proportion de non-résidents dans les études d'infirmier est de 14,48% en Belgique avec une répartition allant de 28,62% en Wallonie à 1,89% en Flandre. En 2011 – 2012, sur 1767 étudiants non-résidents inscrits en 1^{ère} année, 1002 (soit 56,7%) ont choisi la filière « brevet » alors que 765 choisissent le bachelier (soit 43,3%).

Ce qui est le plus marquant, c'est la répartition inégale des étudiants non-résidents en fonction des Provinces et du type de formation. En effet, c'est dans les Provinces du Luxembourg (49,57% dont

77,97% dans le brevet), de Namur (45,09% dont 60,78% dans le brevet) et du Hainaut (35,80% dont 43,91% dans le brevet) que sont observés les plus hauts taux de non-résidents.

L'afflux massif d'étudiants notamment français dans les Provinces limitrophes explique ce nombre très important de non-résidents ainsi que l'attractivité de notre pays pour les études dans le secteur de la santé. Ils évitent ainsi les coûts excessifs du minerval et des études, les années préparatoires et les examens d'admission drastiques qui ont lieu en France.

7.2. Filières de formation infirmière et titre unique

Forts des demandes réitérées depuis plus de trente ans et plus spécifiquement des constats argumentés de ces dernières années provenant, d'une part, des enseignants, des professionnels concernés et des employeurs belges et d'autre part, des autorités belges et européennes, il s'avère inadéquat, en terme de santé publique, mais aussi paradoxalement d'équité sociale, de maintenir deux filières de formations distinctes, à savoir, l'une dans l'enseignement supérieur de bachelier en soins infirmiers et l'autre dans le quatrième degré de l'enseignement secondaire de brevet infirmier.

Le message des experts de l'Agence d'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles - AEQES à l'issue de leur mission le 13 décembre 2011, comparable à celui de l'OMS, du CII, de l'EFN, de Tuning project est: *« Compte tenu des exigences du milieu professionnel, des évolutions technologiques et les perspectives d'élargissement de la « liste d'actes » par le transfert de compétences entre les acteurs de la santé, la formation du « brevet » ne répond pas aux exigences attendues. »*.

Il faut donc un titre unique d'infirmier, mais il faut peut-être envisager aussi des filières différentes pour y accéder. Il y a de la place pour une « aide » plus qualifiée, mieux formée et répondant aux attentes réelles des secteurs de soins. C'est pourquoi, il faut éviter de (re)créer des possibilités de « sorties » intermédiaires permettant d'amener différents niveaux de fonction qui vont continuer à rendre flou le paysage actuel de la santé.

Quoi que l'on réforme, dans notre secteur des soins de santé, c'est le patient qui est au centre du débat. Dès lors, il faut partir des besoins du patient, les déterminer et y répondre concrètement au chevet de celui-ci. En effet, quelles que soient sa formation initiale ou continuée, ses compétences acquises et ses responsabilités, il reste avant tout un « infirmier » au sens noble du terme. Il est primordial de lui conférer une réelle « identité » professionnelle. Des infirmiers de terrain avec une démarche plus réflexive, chacun occupant une place bien adaptée à ses compétences et connaissances. Pour ce faire, dans le cadre de notre proposition de réforme, le tronc commun de la première année doit être consacré au « patient », bien sûr par l'apprentissage des besoins fondamentaux de l'être humain tout en garantissant un socle solide, commun ou non avec d'autres cursus de santé, associant propédeutique, mise à niveau et approche du monde professionnel. Il faut donner du temps au temps, du temps permettant à l'étudiant progressivement de s'adapter à ce monde nouveau et souvent intrigant.

Par la suite seulement, on pourra aborder une démarche réflexive et scientifique.

Si les masters professionnalisants n'existent pas en tant que tels, ils sont pourtant tous professionnalisants ! L'objectif final est de permettre à ces professionnels « mastérisés » ainsi formés, en Haute Ecole ou à l'Université, de s'épanouir et de fournir les meilleurs soins ou le meilleur management en fonction de leurs compétences acquises. La conceptualisation n'empêche pas de rester « soignant ». Il faut savoir qui on est et mieux comprendre ce que l'on fait, y compris dans les soins de base ...

Nous devons également revoir la notion de passerelle du brevet infirmier vers le bachelier en soins infirmiers. L'existence de la passerelle, organisée dans l'enseignement de promotion sociale pour des infirmiers brevetés en reprises d'études et répartis sur trois années à raison de plus ou moins un jour par semaine, prouve que le titre unique est indispensable. Il faut partir vers des droits acquis, vers la valorisation des acquis de l'expérience - VAE ... et oublier la notion de passerelle telle qu'organisée actuellement. Cependant, par respect pour tous les infirmiers brevetés qui ont repris des études de bachelier en soins infirmiers, nous ne souhaitons pas qu'il y ait d'assimilation directe dans le cadre de la réforme obligée.

L'enseignement de promotion sociale, secteur paramédical dans nos disciplines, s'appuyant sur son expertise dispenseraient notamment les formations d'aides-soignants, et les différentes qualifications professionnelles prioritairement celles qui sont répertoriées dans la liste des qualifications professionnelles particulières ainsi que nombre de formations continuées.

Néanmoins, il sera nécessaire de prendre en considération à la fois le maintien des droits acquis par la mise en place de mécanismes adaptés, d'intégrer notamment l'enseignement de promotion sociale dans la réflexion commune (formation continue, passerelle, ...) ainsi que prévoir des mesures transitoires et accroître l'application de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) dans ce secteur tout en respectant les contraintes légales inhérentes à l'enseignement secondaire et supérieur, de plein exercice ou de promotion sociale.

Dans son discours en date du 10 mai 2012 dans le cadre du Congrès annuel de la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique, Madame Laurette Onkelinx, Ministre fédérale ayant en charge la Santé publique et les Affaires sociales tient toutefois à rassurer toutes les personnes qui ont suivi un cursus de formation qui se verrait adapté, voire supprimé : *« les mesures de protection des droits acquis sont la règle et seront d'application ; ces infirmiers n'ont pas de souci à ce faire. Mais il est normal que la formation s'adapte, dans un contexte d'évolution générale des patients, des connaissances et des technologies ».*

8. Qualité et sécurité

La Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales dans son discours à la FNIB du 10 mai 2012 argumente sur le fait : « *Je sais que les instances européennes poursuivent leur révision des exigences minimales de formation pour l'infirmier responsable des soins généraux. Les Communautés sont aussi attentives à suivre ce processus. En tant que Ministre de la Santé, je veux assurer que la qualité des soins et la sécurité des patients sont assurées au travers, notamment, des compétences acquises lors de la formation de base, mais aussi au travers de la formation continue. Je soutiens les spécialisations avec le même objectif* ».

8.1. Cadastre infirmier et Commission de planification du SPF Santé publique

Sur base du cadastre fédéral annuel des infirmiers belges, le nombre et les exigences seront planifiés selon les besoins réels ; en outre, les compétences des étudiants, des enseignants, des directions concernées des Hautes Ecoles seront évalués par l'Agence pour l'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur de la Fédération Wallonie-Bruxelles tous les 5 à 10 ans.

Pour ce qui concerne le cadastre fédéral des praticiens de l'art infirmier, à ce jour, le recensement des infirmiers par les services du SPF Santé Publique a été actualisé et validé (enregistrement des praticiens). Toutefois, la Commission de planification infirmière du SPF Santé Publique n'est pas encore en mesure de publier le cadastre officiel d'activité des praticiens de l'art infirmier belge.

Les données de 2008 analysées et présentées en 2011 à la Commission de planification se sont avérées erronées. Une nouvelle analyse plus fiable, sur base des données 2010, et en fonction des croisements réalisés avec les données d'activité des prestataires provenant de la Banque Carrefour est en cours de réalisation.

A ce jour, seules des estimations d'activité sur base d'une étude échantillonnée réalisée en 2010 (Enquête MAS) sont disponibles.

Les données et analyses complètes du cadastre fédéral infirmier devraient être disponibles fin 2012. Pour tout renseignement, vous pouvez contacter Madame Aurélie Somer, responsable administrative de la Commission de planification (aurelie.somer@santé.belgique.be) ou Madame Pascale Steinberg (pascale.steinberg@santé.belgique.be), secrétaire de la Commission.

8.2. Cadastre belge des praticiens de l'art infirmier ; où en est-on ?

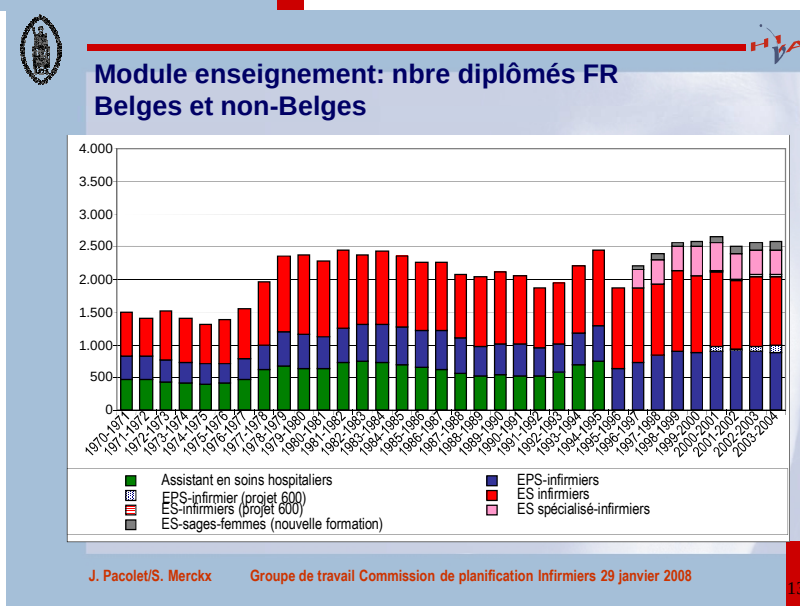
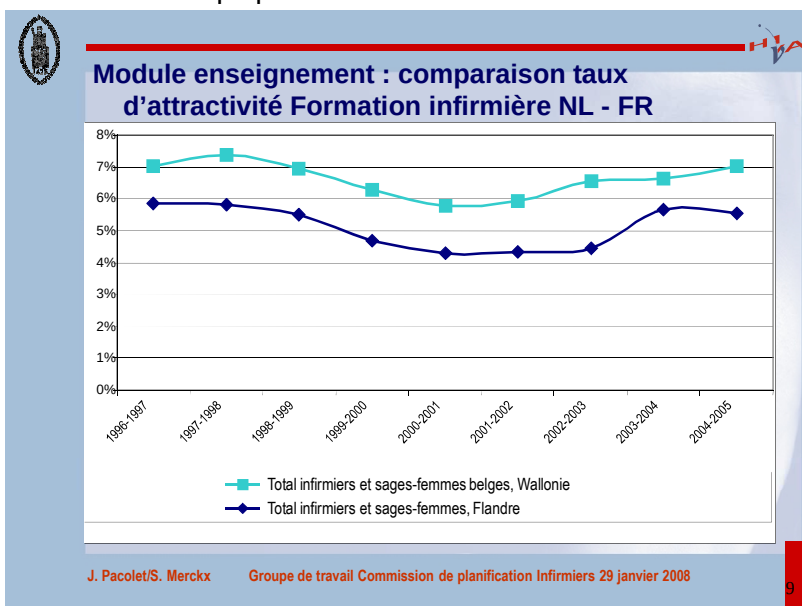
Sur base du recensement 2009 (à partir du numéro de registre national) et des estimations de la Commission Planification SPF Santé Publique, il y aurait en Belgique 185.000 infirmiers vivants, ce qui donne un ratio de 18 infirmiers par 1000 habitants. Après un ajustement pour les moins de 65 ans (2010), on recense 139.144 infirmiers, ce qui réduit le ratio à près de 14 infirmiers pour 1.000 habitants.

Selon l'enquête MAS 2009-2010 du SPF Santé publique portant sur un échantillon de 2027 infirmiers représentatifs de la population des 139.144 personnes de moins de 65 ans, il y aurait :

- 80% actifs en soins infirmiers,
- 20% non actifs en soins infirmiers, comprenant 49% étrangers et 46% en fonction sociale (milieu carcéral, médecine scolaire, ONE, entreprises,...).

Sur cette base, on estime donc qu'il y a environ 110.000 infirmiers actifs, ce qui fixe provisoirement le ratio à 11 infirmiers actifs pour 1.000 habitants. Ce taux serait un des plus élevés d'Europe ! Toutefois, nous ne disposons pas à ce jour de données efficientes belges portant sur la durée effective de travail par infirmier (nombre de temps plein versus temps partiel).

Par contre, le cadastre fédéral des « aides-soignants » en Belgique est plus précis ; à savoir plus de 70.000 aides-soignants enregistrés à ce jour, soit un ratio de 7 pour 1.000 habitants. On estime que 80% d'aides-soignants travaillent après leur premier diplôme et qu'environ 40% de ceux-ci travaillent à temps partiel.



9. Former à l'« esprit réflexif » et non pas uniquement aux « gestes » ...

Un titre unique d'infirmier est indispensable, mais il ne faut pas se focaliser uniquement que sur les actes infirmiers ou les prestations techniques ; en effet, une profession ne se définit pas que sur les actes réalisés ! Quel que soit son lieu de pratique, l'infirmier doit se hisser dans la hiérarchie par sa réflexion professionnelle.

Une opportunité est la consultation et la prescription infirmière ; à cet effet, le SPF Santé publique a mis en route depuis février 2011 un groupe de travail au sein de la Commission technique de l'art infirmier. Toute prescription imposera que l'infirmier soit formé, compétent et responsable de l'acte prescrit et délégué ; il devra, dès lors, avoir obtenu une formation de niveau master.

Si, petit à petit, on se dirige dans les domaines de la santé vers une collaboration entre les Hautes Ecoles et les Universités par l'entremise ou non de co-diplomation, il faudra inévitablement préparer nos étudiants à une réflexion plus « scientifique » (méthodologie, épidémiologie, sciences humaines, recherche appliquée, management, ...). C'est dans ce contexte et en termes de santé publique qu'il faudrait peut-être rendre l'accès aux études d'infirmier d'emblée plus « sélectionnant » ; et à l'instar d'autres professionnels de santé (kinésithérapeute, ...), le « profil » de l'étudiant devrait dès lors progressivement se modifier.

Prévoir dans ce cas un master plus clinique, plus réflexif, avec plus de cours appliqués et de la « recherche » et ne pas uniquement renforcer la formation initiale ou de base. Prévoir plus de sciences fondamentales dans le tronc commun. Former à « l'esprit » avant de former aux « gestes ». Aujourd'hui, même après une 4^{ème} année, il manque toujours cette approche plus conceptuelle, élément central d'une maîtrise.

Les étudiants d'aujourd'hui n'adhèrent pas du tout à la démarche réflexive.

La plupart du temps, c'est lié au fait que les infirmiers de terrain ne fonctionnent pas dans ce type de démarche... Ils sont là pour « soigner les malades », faire des actes, pas pour réfléchir (la représentation mentale actuelle n'est pas correcte). On reproche encore aux étudiants de poser trop de questions ...

10. Pourquoi envisager un master en soins infirmiers de base en quatre ans ?

10.1. Quelques facteurs et arguments qui plaident en faveur d'une mastérisation

- Afin de répondre aux exigences minimales de la Directive sectorielle 2005/36/CE.
- Des études ont démontré la corrélation entre le niveau de formation et:
 - o l'attractivité des étudiants (jeunes),
 - o la qualité des soins,
 - o la diminution du coût des soins (= investissement).
- Il faut tenir compte des recommandations émises dans le rapport de l'Analyse transversale de l'Agence pour l'évaluation de la qualité dans l'enseignement supérieur – AEQES du 13 décembre 2011 portant sur « Evaluation des cursus BSI, BSF en Fédération Wallonie-Bruxelles ».
- L'impact budgétaire de la réforme infirmière relevant de la Santé publique (fédéral) serait faible et surtout progressif.
- Soutien des organisations professionnelles internationales (CII, EFN, SIDIIEF).
- Le maintien actuel des deux filières de formation d'infirmier génère confusion et incohérence (interne et externe).
- La croissance et la complexité des soins entraînent :
 - o des responsabilités et compétences nouvelles,
 - o une différenciation des fonctions claires (hospitalières et extrahospitalières),
 - o la reconnaissance de spécialisations nouvelles (infirmiers cliniciens, infirmiers spécialistes cliniques, infirmiers en pratique avancée, ...),
 - o une délégation des tâches appropriées et hiérarchiques y compris la prescription et la consultation infirmière,
 - o une amélioration du rapport coût-efficacité/bénéfice,
 - o le développement de la recherche en soins infirmiers (itinéraires cliniques, programmes de soins, EBN (Evidence based nursing ou bonne pratique en soins infirmiers basée sur des preuves).
- L'évolution et la modification structurelle des soins entraînent:
 - o des profils de patients différents,
 - o le transfert de l'hôpital vers l'ambulatoire.
- L'accroissement et la complexité des problèmes sociaux, l'apparition de nouveaux besoins et comportements en matière de santé liés à la problématique socio-économique, au phénomène de diversité culturelle, philosophique, ethnique, ...
- Des compétences intellectuelles, relationnelles et organisationnelles

Nous étions en avance il y a 40 ans, nous sommes en recul aujourd'hui...

10.2. Bachelier en soins infirmiers en 4 ans versus master en soins infirmiers en 4 ans

Dans le contexte économique et social actuel, il est plus facile de réformer la formation infirmière en passant de 3 à 4 ans de formation et en délivrant au sortir un bachelier en soins infirmiers.

Cette proposition semble correspondre aux attentes de certains décideurs et pouvoirs organisateurs de l'enseignement supérieur pour des raisons de faisabilité, d'organisation et surtout d'impacts budgétaires. Sur base des chiffres 2012 obtenus de la Commission de planification, section offre infirmière du SPF santé publique, la profession infirmière est forte de plus de 110.000 prestataires actifs sur 140.000 infirmières de moins de 65 ans ; on aurait des besoins estimés de 2 à 3.000 diplômés par an en regard du vieillissement de la population et de l'évolution inévitable des soins de santé.

Toute réforme de la profession d'infirmier entraîne des répercussions importantes étant donné le nombre de personnes concernées ...

Si nous comprenons aisément qu'il est plus simple financièrement de maintenir la situation actuelle du statut de maître-assistant et de maître de formation pratique, nous sommes persuadés que d'une part, nous aurions, dans un contexte de pénurie médicale et infirmière annoncée, un impact certain sur le nombre à la baisse de nouveaux étudiants entrant chaque année dans cette section et d'autre part, aucune motivation ou reconnaissance pour les enseignants.

Prenons la méthode 'SWOT' pour mieux expliciter sous forme de synthèse les arguments qui plaident en faveur ou non de l'une ou l'autre proposition de réforme.

1. **Le Bachelier en soins infirmiers formé en 3 ans...** correspond à la situation actuelle
2. **Le Bachelier en soins infirmiers formé en 4 ans...** correspond à une situation possible
3. **Le Master en soins infirmiers formé en 4 ans...** correspond à la situation souhaitée

1. Le Bachelier en soins infirmiers formé en '3 ans' ...

correspond à la situation actuelle

Forces	Faiblesses
• Cursus de bachelier professionnalisant en 3 ans • Coût des études réduit dans un contexte de crise économique • Offre d'emploi accrue et diversifiée • Reconnaissance de la profession par la population • ↗ massive du nombre d'étudiants en BSI depuis plusieurs années • Large panel de spécialisations post-base	• Encadrement actuel des étudiants en stage tant par enseignant que par professionnel est difficile • BSI professionnalisant impose passerelle (30 à 60 ECTS) pour accès à l'Université ... • ↗ attractivité par rapport au brevet • Peu d'ouverture à une dimension européenne ou internationale • Charge de travail de l'étudiant(e) excessive et non équilibrée • Pas ou peu de recherche clinique appliquée • Peu ou pas de flexibilité pour l'étudiant
Opportunités	Menaces
• Application des référentiels de compétence • Accès facile à la vie professionnelle (pas de numéris clausus, pas d'examen d'entrée, pas quota à l'entrée et à la sortie, ...) • Aide à la réussite (propédeutique en début de cursus, accès à l'année suivante moyennant la réussite de 48 / 60 ECTS) • Accès en Haute Ecole ou en Promotion sociale (possibilité d'étalement, de VAE, ...)	• Déséquilibre entre ressources matérielles et pédagogiques disponibles (rapport nombre d'étudiants par professeur, ...) • Offre limitée des lieux de stages et risque de concurrence « déloyale » brevet / BSI • Ne répond pas aux exigences de la Directive sectorielle 2005/36/CE (12 ans de base, 3 ans ou 4600 heures dont minimum 2.300 'Pratique' et de minimum 1/3 'Théorie') • Démotivation si pas de changement ... durable ! • Niveaux de formation des enseignants différents

2. Le Bachelier en soins infirmiers formé en '4 ans' ...

correspond une situation possible

Forces	Faiblesses
• Approche par compétence en interdisciplinarité • ↗ attractivité et peut-être le profil à l'entrée des étudiants • Adéquation formation et attentes des compétences professionnelles du terrain • ↘ échec, allègement et ↗ « ballon d'oxygène » • Coûte moins cher que la mastérisation • Répond aux exigences de la Directive sectorielle 2005/36/CE (12 ans de base, 3 ans et 4600 heures dont minimum 2.300 heures 'Pratique' et 1/3 'Théorie')	• Allongement de la durée de formation pour un salaire identique ... • Encadrement actuel des étudiants en stage tant par enseignant que par professionnel est difficile • Inadéquation entre reconnaissance académique et réalité professionnelle • niveau 6 de BSI, impose toujours une passerelle vers l'Université ... • ↘ attractivité par rapport au master • Où se situent les spécialisations ? Les Cadres de santé ? La clinicienne ?
Opportunités	Menaces
• Possibilité d'instaurer un tronc commun SI & SF au moins en 1^{ère} année • Met davantage accent sur l'étudiant • Concrétise les concepts d'acquis d'apprentissage et parcours + flexibles • Application des référentiels de compétence • Consolide l'acquisition d'une pratique réflexive • Apprentissage progressif et confrontation réelle • Favorise l'intégration dans la vie professionnelle	• Impose une réelle stratégie de changement • Offre limitée des lieux de stages • Concurrence « déloyale » si maintient des deux filières de formation infirmière • Coût supplémentaire pour les étudiants • Si encadrement insuffisant, il y a un risque d'autoformation ... sans guide pédagogique • Risque de discrimination au sein des cursus paramédicaux

3. Le Master en soins infirmiers formé en '4 ans' ...

correspond à la situation souhaitée

Forces	Faiblesses
• Approche pédagogique par compétence • ↗ attractivité et profil à l'entrée différent des étudiants • Adéquation formation spécialisée et attentes des compétences professionnelles du terrain • ↘ échec, allègement et ↗ « ballon d'oxygène » • ↗ niveau 7, valorisation, co-diplomation, visibilité • Répond aux exigences de la Directive sectorielle 2005/36/CE (12 ans de base, 3 ans et 4600 heures dont minimum 2.300 heures 'Pratique' et 1/3 'Théorie')	• Allongement de la durée de formation • Inadéquation possible entre reconnaissance académique et réalité professionnelle • Risque de déléguer beaucoup de soins à des moins qualifiés • Santé publique à deux vitesses • Difficulté de reconnaissance par la Santé publique fédérale car concerne beaucoup de personnes potentielles
Opportunités	Menaces
• Possibilité d'instaurer le concept d'inter-professionnalité en 1^{ère} année (ex: BSI &BSF) • Permet une conceptualisation et prépare des professionnels réflexifs, innovateurs, chercheurs, responsables, autonomes ayant un esprit critique • Accès direct aux formations universitaires • Consolide l'acquisition d'une pratique réflexive • ↗ de la recherche clinique appliquée • Favorise l'intégration dans la vie professionnelle	• Impose un niveau minimum de master et, en principe, de doctorat pour enseigner • Risque de « pénurie » de professeurs • ↗ des salaires des enseignants • Impose une réelle stratégie de changement • Coût supplémentaire pour les étudiants • Si encadrement insuffisant ou absent, il y a un risque d'autoformation ... sans guide

11. Comment intégrer dans notre réforme le master en sciences infirmières tel que proposé par le CGHE

11.1. Avis du Conseil Général des Hautes Ecoles portant sur la programmation de masters

Dans son avis n°102 du 29 mars 2012 relatif aux créations et ouvertures de section, le Conseil Général des Hautes Ecoles – CGHE écrit : « *Le contexte européen oblige, à court terme, de revoir le volume des formations paramédicales ; en outre, il est question de la création d'une école de santé* ».

En effet, une réflexion autour d'un master générique dans la catégorie paramédicale s'était dégagée suite aux délibérations concernant les demandes de créations de masters orphelins introduites dans le cadre des nouvelles programmations.

Les trois idées principales de cette réflexion sont les suivantes :

1. *« la création d'un master accessible aux différents bacheliers de la catégorie paramédicale participerait à l'amélioration des soins ;*
2. *la possibilité de permettre aux bacheliers de la catégorie paramédicale qui le désirent d'atteindre les compétences spécifiques du niveau 7 du CEC (recherche et management) ;*
3. *ce master générique de 120 crédits disposerait d'un tronc commun et se déclinerait en finalités dans lesquelles les expertises cliniques spécifiques d'une section à l'autre seraient abordées ».*

En sa séance du 15 juin 2012, le CGHE confirme et soutient l'avis favorable du Conseil supérieur paramédical portant notamment sur la création de deux masters :

- Un master orphelin en sciences infirmières et sages-femmes – SI-SF.

Remarques :

« Les spécificités d'un master SI-SF en Haute Ecole seraient axées essentiellement sur le développement de pratiques avancées. Dès lors, il se démarquerait de la formation proposée par les Universités ».

« La formation de SF étant assez proche en termes de GHM (ndlr grille horaire minimum) les premières années d'études SI, ces 2 formations pourraient faire l'objet dans un premier temps d'une réflexion commune. Il s'agirait d'étudier la faisabilité d'un master générique à finalité SI-SF. Actuellement, le BSI est dispensé en 3 ans et le BSF en 4 ans. »

- Un master orphelin paramédical.

Remarque :

Dans un premier temps, il est envisagé de prendre en compte séparément le master orphelin en sciences de l'ergothérapie et de l'activité humaine ainsi que le master orphelin en sciences de la diététique. Nous n'envisagerons volontairement aucune réflexion sur ces dossiers dans ce présent rapport.

Il est décidé en séance du CGHE de :

« postposer ces demandes à 2013-2014 et de créer, tous réseaux confondus, une commission issue du CGHE et regroupant des représentants de toutes les Hautes Ecoles concernées par la problématique de l'ouverture d'un master orphelin de la catégorie paramédicale.

Le travail d'élaboration d'un master générique doit être chapeauté par le Conseil général qui demandera au Conseil supérieur paramédical de piloter la réflexion déjà entamée au sein de certaines institutions.

Ce master générique en sciences paramédicales pourrait comporter un tronc commun et différentes finalités correspondant aux cursus de bacheliers professionnalisants concernés dans la catégorie. Son organisation devrait faire l'objet de collaborations interréseaux dans chaque zone de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La réflexion devrait aboutir fin 2012. Ce dossier devrait être traité par le Conseil supérieur paramédical de novembre afin de remettre un avis au CGHE de décembre 2012, et ce, dans la perspective d'une entrée en vigueur en septembre 2013. »

11.2. Création du master en sciences infirmières et sages-femmes

11.2.1. Convergence avec la réforme proposée par la FNIB

En synthèse, la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique est en adéquation avec la plupart des arguments émis dans la proposition 2012 de la Haute Ecole Leonard de Vinci (Catégorie paramédicale, implantation ISEI) portant sur la programmation d'un nouveau master générique en sciences infirmières.

C'est notamment le cas pour leur conclusion : *« En réponse aux avancées scientifiques, à l'évolution de la médecine et de la profession infirmière ainsi qu'à la nouvelle réalité hospitalière et extrahospitalière, les infirmières de la Fédération Wallonie-Bruxelles doivent rejoindre le mouvement international qui converge vers l'émergence des nouvelles fonctions infirmières ».*

Dans cette optique, la FNIB contribue largement au développement de la pratique avancée et de la clinique infirmière en Belgique. Elle collabore étroitement avec la Suisse, la France, le Luxembourg et le Canada et a organisé plusieurs Congrès internationaux portant sur cette thématique, notamment en 2005 et plus récemment les 16 et 17 décembre 2011 à Bruxelles.

11.2.2. Divergence avec la réforme proposée par la FNIB

Nous reprenons les arguments suivants de la proposition de programmation d'un master en sciences infirmières de la Haute Ecole Leonard de Vinci, site ISEI : « *Les infirmières experts en pratique avancée exerceront leur art dans les secteurs hospitaliers de soins aigus (soins intensifs, urgences, néonatalogie, ...), de soins chroniques (clinique de la douleur, du cancer, diabétologie, soins palliatifs, ...) ou spécialisés (pédiatrie, personnes âgées, chirurgie cardiaque, neurologie...).* ».

Force est de constater qu'il semble qu'il y ait confusion dans les termes utilisés et dans les pratiques envisagées. En effet, les spécialisations infirmières post-base en 4^{ème} année de plein exercice existent depuis plus de 25 ans pour certaines et depuis quelques années pour les plus récentes. Elles sont pour partie reconnues par l'obtention d'un Titre professionnel particulier (TPP) ou d'une Qualification professionnelle particulière (QPP) qui sont délivrés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Sous les termes « pratique avancée », « infirmière clinicienne » et « infirmière spécialiste clinique », on mélange souvent les champs de compétences ainsi que les limites légales ...

Afin de faciliter la compréhension de ces rôles émergents, et pour guider leur expansion, le Réseau international des infirmières spécialisées et des pratiques avancées du Conseil International des Infirmières – CII – a formellement adopté en 2002 la définition de la pratique avancée en soins infirmiers dans sa version intégrale comme suit :

« Une infirmière spécialiste/experte est une infirmière diplômée (d'Etat) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée ».

En 2009, ce même Réseau international du CII clarifie la situation des infirmières spécialistes et infirmières expertes :

« L'expertise, la formation et les aptitudes associées à ces rôles sont divers et dépendent du contexte. Une large gamme de dénominations est utilisée de par le monde pour définir les pratiques avancées (PIA) : infirmière familiale, infirmière pour adultes, infirmières de soins de base, infirmière obstétricienne, infirmière spécialiste des soins cliniques, infirmière anesthésiste, infirmière de soins communautaires, infirmière spécialiste en gynécologie. Les pratiques avancées comprennent également les infirmières en pédiatrie, en gériatrie, en soins intensifs et soins aigus. ».

Définition et caractéristiques

Nous reprenons, dans notre argumentaire, la position officielle du Conseil International des Infirmières (CII 2002) portant sur les caractéristiques ainsi que sur les rôles actuels et potentiels au niveau mondial. Cependant, ces indications sont entendues comme des caractéristiques à atteindre avant le développement des rôles, mais ne reflètent pas nécessairement l'état actuel de la situation de tous les pays où les infirmiers experts et spécialistes exercent leur profession.

Formation :

- formation académique de haut niveau,
- reconnaissance formelle des programmes de formation aux fonctions d'infirmiers experts / spécialisés, fonction accréditées ou approuvées,
- procédure formelle de reconnaissance des diplômes, d'inscription à un registre professionnel, de certification et d'accréditation.

Nature de la pratique :

- intègre la recherche, la formation, la pratique et la gestion,
- degré élevé d'autonomie professionnelle, exercice indépendant de la profession,
- gestion du travail et de sa propre charge de travail,
- grandes aptitudes à l'évaluation des situations de santé et à l'établissement de diagnostics, capacités décisionnelles,
- compétences cliniques étendues, et reconnues comme telles,
- services consultatifs à d'autres fournisseurs de soins de santé,
- planification, mise en place et évaluation de programmes,
- l'infirmière s'est imposée comme interlocutrice de premier recours auprès des clients (patients).

Mécanismes régulatoires – la pratique des infirmières expertes / spécialisées est tributaire de normes nationales :

- droit d'établir un diagnostic,
- autorité pour la prescription de médicaments,
- autorité pour la prescription de traitements,
- autorité pour diriger les clients (patients) vers d'autres praticiens,
- autorité pour faire admettre des patients à l'hôpital,
- une législation appropriée décerne et protège les titres d'infirmière experte / spécialiste,
- des titres officiels sont décernés aux infirmières qui assument des fonctions avancées.

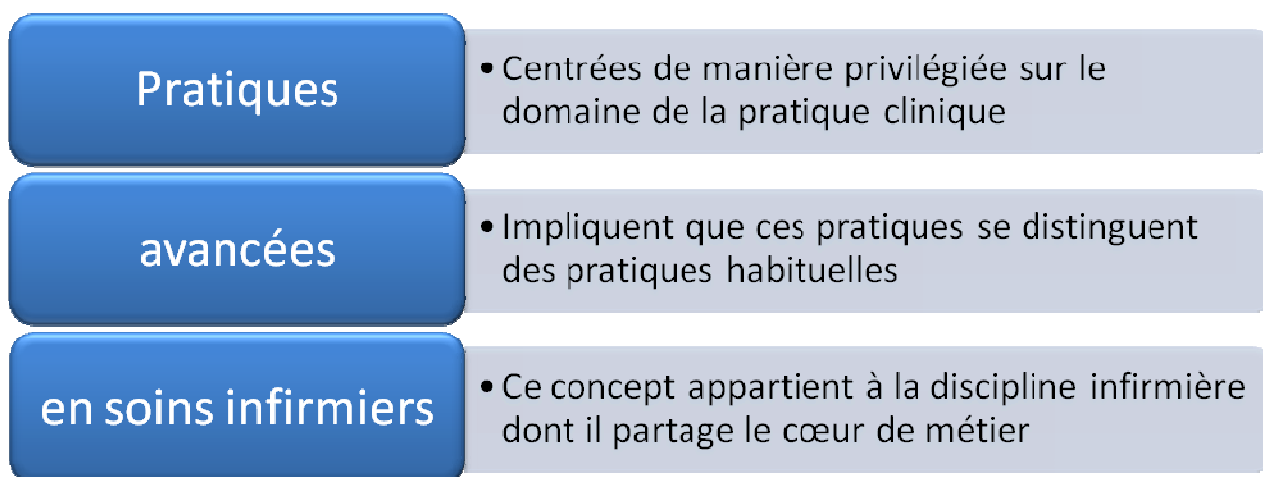
Normes et réglementation

Des normes, une réglementation et une législation adéquates étayent la progression des pratiques avancées de par le monde. Etant donné que nombre d'infirmiers experts ou spécialisés cherchent un emploi et sont disposés à offrir leurs services dans d'autres pays, il faut que s'imposent la transparence et la cohérence dans les procédures d'accréditation des infirmiers et des programmes de formation.

En conclusion de ce chapitre, nous pouvons dire que nous sommes prêts en Belgique à répondre à toutes ces caractéristiques et réglementations. En effet, notre système fédéral de la Santé publique qui offre au travers de plusieurs organismes officiels (Conseil National de l'Art Infirmier, Commission technique de l'Art infirmier, Commission d'agrément, ...) offre des garanties et critères sur la réglementation infirmière, l'accès à et l'exercice de la profession, l'application des normes, l'application de la liste d'actes et des prestations infirmières, ...

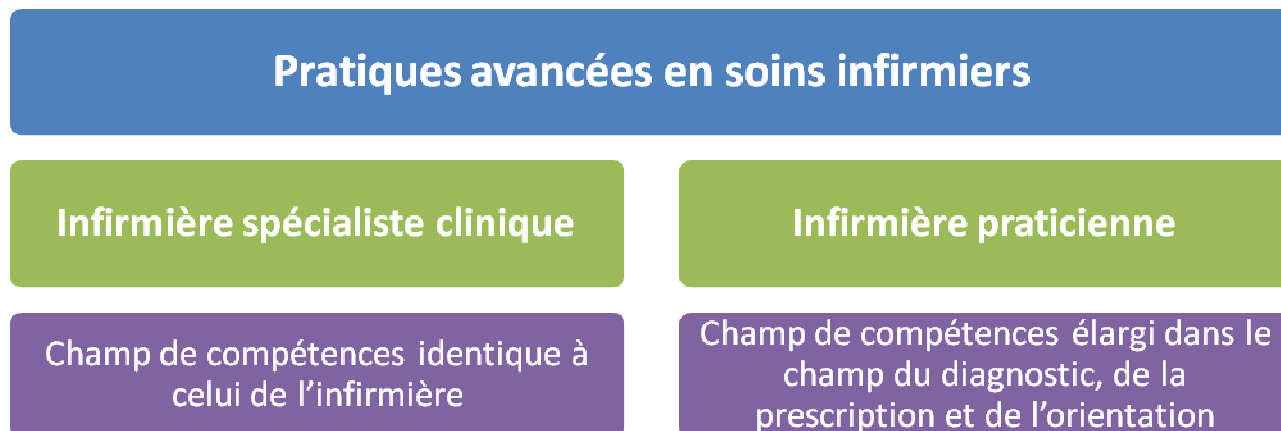
Nous devons encore améliorer certains secteurs tels que la consultation et la prescription infirmière, la mise en adéquation des actes en lien avec l'évolution des programmes de soins et des pratiques avancées, la différenciation claire et univoque des fonctions ainsi que la mise sur pied d'un Ordre infirmier ayant en charge le respect déontologique et éthique de la profession.

Soit un concept subdivisé en 3 éléments :



Un concept unitaire:

Un dénominateur commun: développement de l'expertise infirmière_à partir du cœur de métier.



Repris de Christophe Debout in « *Former des infirmières de pratiques avancées pour contribuer à relever les défis de santé publique* », XI^{ème} Congrès européen des infirmières cliniciennes & des infirmières spécialistes clinique, Bruxelles, le 16 décembre 2011.

Les pratiques avancées en soins infirmiers ne doivent pas être associées uniquement à la substitution d'infirmière pour assumer des fonctions des médecins. On ne peut qualifier une pratique infirmière d'avancée à la seule constatation qu'elle réalise des actes relevant jusqu'alors d'une prérogative exclusivement médicale.

Les infirmières de pratiques avancées ne font pas mieux que les médecins et ne font pas moins bien que les médecins ; elles font simplement autrement. De ce fait, il ne doit pas exister de concurrence et il faut éviter toute comparaison.

La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique pense qu'il serait vraiment souhaitable de refondre la proposition de programmation du master en sciences infirmières dans notre réforme globale infirmière en y intégrant toutes les spécialisations infirmières, agréées ou non, y compris les cadres de santé dans la deuxième année du master tel que proposé. Cela répondrait assurément aux attentes des professionnels, employeurs et simplifierait l'intégration de la réforme dans les Hautes Ecoles.

Ci-dessous, voici la liste des titres et qualifications professionnels particuliers officiels :

AR 27 septembre 2006 – MB 24 octobre 2006, article 1^{er} : La liste des titres professionnels particuliers pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers s'établit comme suit :

- infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie,
- infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie,
- infirmier spécialisé en santé publique,
- infirmier spécialisé en gériatrie,
- infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence,
- infirmier spécialisé en oncologie,
- infirmier spécialisé en imagerie médicale,
- infirmier spécialisé en stomathérapie et soins de plaies,
- infirmier spécialisé en assistance opératoire et instrumentation,
- infirmier spécialisé comme perfusionniste,
- infirmier spécialisé en anesthésie.

AR 27 septembre 2006 – MB 24 octobre 2006, article 2 :

La liste des qualifications professionnelles particulières pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué, de bachelier en soins infirmiers, les titulaires du diplôme de verpleegkunde « graduaat » et les titulaires du brevet infirmier ou titre d'infirmier s'établit comme suit :

- infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie,
- infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie,
- infirmier ayant une expertise particulière en soins de plaies,
- infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs,
- infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie,
- infirmière ayant une expertise particulière en évaluation et traitement de la douleur.

Toutes les spécialisations infirmières existantes ou à venir y compris les cadres de santé devraient être organisées dans un 2^{ème} cycle (Master 2 – 60 ECTS) en Hautes Ecoles afin de garantir la finalité professionnalisante de ces formations en lien direct avec les secteurs de la santé concernés.

Au terme de sa quatrième année de formation organisée en master 1, l'infirmier recevra un renforcement en soins généraux dans les disciplines médicales et chirurgicales ce qui tient compte de l'évolution des soins. Dès lors, il obtiendra le titre de master en soins Infirmiers (Cadre Européen de Certification 7). Cela renforcerait les compétences et la polyvalence de base des infirmiers en soins généraux et cela répondrait aux besoins des différents secteurs de soins de santé.

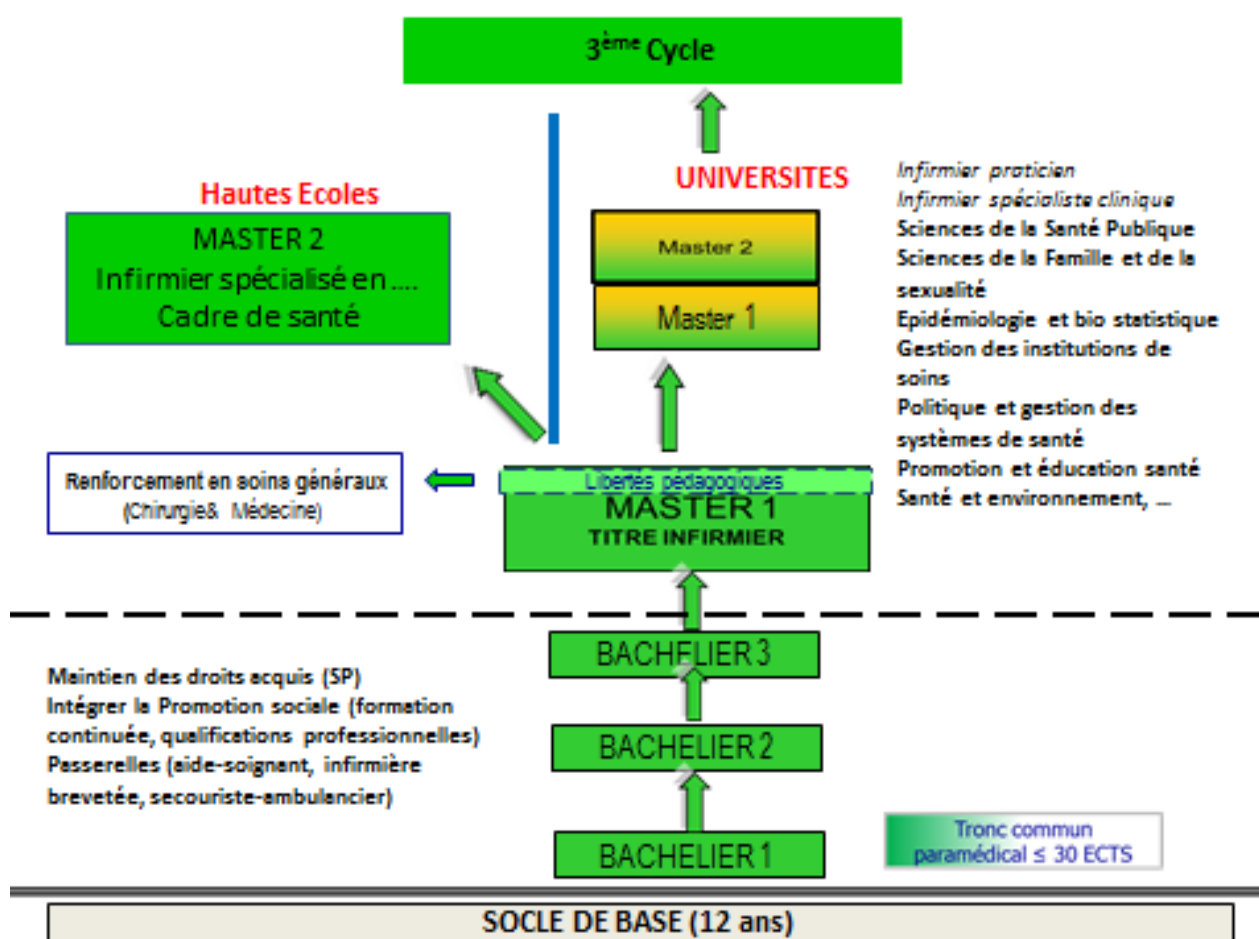
L'infirmier aura également la possibilité de poursuivre son cursus à l'Université en accédant directement (c'est-à-dire sans passerelle ou année préparatoire) au niveau master 1 universitaire dans une des options existantes ou à venir. Au sortir du deuxième cycle universitaire (Master 120 ECTS – CEC niveau 7), le professionnel aura accès au troisième cycle (Doctorat > 180 ECTS - CEC niveau 8).

12. Conclusion

Par ce rapport étoffé mais non exhaustif, la FNIB souhaite amener sur la table de négociations des instances officielles un dossier **circonstancié, documenté, réaliste et responsable** prônant la nécessité d'un titre unique d'infirmier de niveau master.

C'est pourquoi, la FNIB prône que cette réforme en profondeur soit solidaire de toutes les personnes impliquées et tienne compte de toutes les contraintes inhérentes à un changement structurel indispensable.

Le schéma suivant synthétise toute notre réflexion :



13. Références bibliographiques

Accès direct à la proposition de Directive 2005/36/EC modernisée en français :

http://ec.europa.eu/education/lifelong-learningpolicy/doc28_fr.htm

Cette étude, réalisée par GBP, a été publiée en octobre 2011.

Pour de plus amples informations, voir:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0367:FIN:fr:PDF>

ACN, « La formation en soins infirmiers : nos propositions », Edition spéciale, Info Nursing, hors série, Bruxelles, Décembre 2011.

AEQES, « Evaluation des cursus soins infirmiers, sage-femme et soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier en Fédération Wallonie-Bruxelles », Analyse transversale, rapport de l'Agence pour l'Evaluation de la Qualité de l'Enseignement supérieur, Fédération Wallonie-Bruxelles, le 13 décembre 2011.

Brotchi J., Bertiaux F., Coster-Bauchau S., « Proposition de Résolution relative à une clarification des filières menant au diplôme en soins infirmiers », in « L'Art infirmier : vers un titre unique en Communauté française ? », Bruxelles, le 6 avril 2011.

CGHE, « Avis n°102 du 29 mars 2012 relatif aux créations et ouvertures de section », Conseil Général des Hautes Ecoles, DGENORS, Fédération Wallonie-Bruxelles, mars 2012.

CII, « Classification internationale de la pratique infirmière (ICNP) », Fiche d'information, Conseil International des Infirmières, Genève, 2009.

CII, « Les soins infirmiers, c'est important ; infirmière spécialiste et infirmière experte : définition et caractéristiques », Fiche d'information, Conseil International des Infirmières, Genève, 2009.

CNEH, "Avis relative à la problématique infirmière dans les institutions de soins", SPF Santé publique, Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Bruxelles, le 11 juin 2009.

CNEH, "Projet d'avis relative à la classification et la différenciation des fonctions en art infirmier », Groupe de travail « différenciation de fonctions, Conseil National des Etablissements Hospitaliers, le 23 janvier 2012.

Commission européenne, "Moderniser la Directive sur les qualifications professionnelles", Livre vert, COM(2011) 367 final, Bruxelles, le 22 juin 2011.

Commission européenne, "Survey on the training of General care nurses in the European Union", Background document for the discussion of the Commission's legislative proposal to modernize the minimum requirements for general care nurse trainings, June 2012.

Commission Européenne, « Investir dans le personnel de santé de demain en Europe » : possibilités d'innovation et de coopération, Conférence ministérielle, Dolce, La Hulpe, Belgique, les 9-10 septembre 2010.

Communication de la Commission «Europe 2020 — Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive», COM(2010) 2020 du 3.3.2010.

Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions: «L'Acte pour le marché unique. Douze leviers pour stimuler la croissance et renforcer la confiance. "Ensemble pour une nouvelle croissance"» – COM(2011) 206, SEC(2011) 467.

Communication de la Commission européenne « Livre vert – Moderniser la directive sur les qualifications professionnelles » - COM(2011) 367 final du 22.6.2011.

d'Alleine B., Croix B., Caillet O., Lardennois M., Plan Infirmier : « Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges. », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DG1, Cellule Concepts et Organisation des Soins Hospitaliers, Décembre 2011.

De Raeve P., « Nurses' Voice in the EU Policy process"; European Federation of Nurses Associations - EFN, Editions Kluwer, a Wolters kluwer business, 11/2011.

Debout C ; « Former des infirmières de pratiques avancées pour contribuer à relever les défis de santé publique », XI^{ème} Congrès européen des infirmières cliniciennes & des infirmières spécialistes clinique, Bruxelles, le 16 décembre 2011.

Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (JO L 225 du 30.9.2005, p. 22).

EFN, « EFN briefing note recent developments on the modernisation of the Professional Qualifications Directive », European Federation of Nurses Associations, Brussels, le 13 April 2012.

EFN, « EFN members'experiences report on Directive 2005/36/EC, Bruxelles, 2011.

EFN, « The impact of the financial crisis on nurses and nursing », Caring in crisis, A comparative overview of 34 European countries, European Federation of Nurses Associations, Brussels, January 2012.

European Commission, « Directive 2005/36/EC : Everything you need to know about the recognition of professional qualifications », 66 answers, User guide, Brussels, March 2011.

FIH, « Compte rendu de la réunion du groupe de travail « Formation infirmière et différenciation de fonction », Fédération des Institutions Hospitalières, Erpent, le 9 juin 2011.

FINE, « Response to the Consultation Paper by DG Internal Market and services on the Professional Qualification Directive », European Federation of Nurse Educators, 2011.

FNIB, « Congrès annuel FNIB 2012 : discours de Madame la Ministre Laurette onkelinx », Agora, Le journal de l'infirmier(e), n°8, Publiest Belgique, juillet-septembre 2012.

FNIB, « Vers un titre unique d'infirmière en Communauté française », Communiqué de presse, Fédération National e des Infirmières de Belgique, Bruxelles, le 16 juin 2011.

HELV, « Création d'un master en sciences infirmières », Enseignement supérieur, dossier de programmation destiné au CGHE, Haute Ecole Leonard de Vinci, Bruxelles, 2012.

Hérault J., Lothaire T., orateurs, « L'approche pédagogique par compétences en Belgique », organisé dans le cadre des 20 ans de l'Institut en Soins Infirmiers Supérieur – ISIS, Saint-Raphaël, France, le 25 juin 2010.

Hérault J., Lothaire T., orateurs, « L'AR du 21 avril 2007 – Etat des lieux et extension de la liste des prestations techniques et des actes médicaux confiés », Congrès FNIB, CHU Ambroise Paré, le 16 octobre 2007.

Kerouac S., « Cartographie de la formation infirmière dans la francophonie », Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'Université, ACN, Belgique, le 25 mai 2011.

Le processus de Bologne a été lancé en 1999 afin d'améliorer la comparabilité, la compatibilité et la cohérence des systèmes d'enseignement supérieur en Europe. Pour de plus amples informations, voir : <http://www.ehea.info/> (en anglais).

Lothaire T., « Titre unique en soins infirmiers », Actualités professionnelles et règles de bonnes pratiques, Congrès FNIB 2012, Cercle de Wallonie, Namur, le 10 mai 2012.

Lothaire T., auteur du chapitre 4 « Secteurs d'emploi du personnel infirmier », in Partie pratique, Memento de l'Art infirmier 2009-2010, Wolters Kluwer Belgium, Bruxelles, D/2009, pp. 201-242.

Lothaire T., auteur du chapitre 4 « Thématique particulière : La redistribution des tâches à des infirmiers - Secteurs d'emploi du personnel infirmier », in Partie pratique, Memento de l'Art infirmier 2008-2009, Wolters Kluwer Belgium, Bruxelles, D/2008, pp. 265-330.

Lothaire T., expert invité « Processus de Bologne, formation et soins infirmiers », Ecole de santé publique, ULB, CAPAES, 22 avril 2009.

Lothaire T., Mengal Y., co-auteurs, « Santé publique et soins infirmiers en Europe : stratégies et perspectives pour le 21^{ème} siècle » ; livre édité in Collection « Soins infirmiers – La pratique », Editions Kluwer - Wolters Kluwer Editorial SA , Bruxelles, D/2001, 275 pages.

Lothaire T., Mengal Y., orateurs, « Bologna process ... and nursing », délégation du Royal College of Nursing – Royaume-Unis, Hôtel le Dôme, Bruxelles, le 21 septembre 2010.

Lothaire T., orateur, « Nouveaux titres, qualifications et actes infirmiers : implications pour les soins à domicile ... », colloques organisés par Convatec, Liège le 15 mai 2008, Charleroi le 20 mai 2008, Tournai le 22 mai 2008, Nivelles le 27 mai 2008 et Mons le 29 mai 2008.

Lothaire T., orateur, « Perspectives belges en matière de formation », Congrès FNIB, « L'infirmière d'hier, aujourd'hui et demain », Mons, le 24 avril 2009.

Lothaire T., orateur, « Pratique avancée de l'infirmier et responsabilités étendues – L'évolution de la législation belge et l'impact sur la formation générale et spécialisée », Congrès international FNIB, Campus ULB Erasme, Bruxelles, le 27 novembre 2008.

Lothaire T., Stuckens D., orateurs, « Réflexion sur la profession infirmière », CHR de Namur, le 12 mai 2009.

Mengal Y., Lothaire T., « Appui à la mise en place d'un Master en soins infirmiers et obstétricaux », Projet 5, Mission Wallonie-Bruxelles International, Rapport des experts belges, Université d'Abomey-Calavi, INMeS, Cotonou, Bénin, 30 avril 2012.

Ordem dos Enfermeiros, "Strategic plan for nursing education 2008-2012 », Lisbon, Portugal, May 2009.

Parlement de la Communauté française, Commission de l'Enseignement supérieur, Session 2010-2011, CRlc N°94-Ens. Sup. 13, Compte rendu intégral, Bruxelles, séance du 26 avril 2011.

Rapport 2010 sur la citoyenneté de l'Union: lever les obstacles à l'exercice des droits des citoyens de l'Union, COM(2010) 603 du 27.10.2010.

Royaume de Belgique, Représentation permanente de la Belgique près l'Union européenne, Mise en demeure complémentaire, infraction n°2008/2118, Non respect du droit communautaire en ce qui concerne les infirmiers en soins généraux – Directive 2005/36/CE, Bruxelles, le 26 novembre 2009.

Sermeus W., « La formation infirmière : les enjeux en Belgique », Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'Université, ACN, Belgique, le 25 mai 2011.

SIDIIEF, « La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé », Mémoire, Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'espace francophone, adopté le 26 mai 2011.

Skills supply and demand in Europe: medium-term forecast up to 2020 [Offre et demande de compétences en Europe: prévisions à moyen terme jusque 2020] (2010), disponible à l'adresse: http://www.cedefop.europa.eu/en/Files/3052_en.pdf.

Spetz J., « Le chômage et le sous-emploi des infirmières », Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers, conseil international des Infirmières, Genève, 2011.

VVU, « La différenciation de fonctions dans les soins infirmiers », Vlaamse Verpleegunie, 2010.