COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

CABINET DU MINISTRE ALAIN MARON
EN CHARGE DE L'ACTION SOCIALE ET DE
LA SANTE

Contact : Miguel Lardennois
mlardennois@gov.brussels
02/508.79.11
N/Réf. : ALM/MIL/2022_1201_1
V/Réf. :

Bruxelles, le 05/12/2022

Objet : problématique rétention des infirmiers et normes hospitalières infirmières insuffisantes

Mesdames et Messieurs Ministres de la santé, chers collègues,

La situation de la profession infirmière est on ne peut plus inquiétante, elle l'était déjà au début de la présente législature, mais ces derniers mois nous montrent que la crise COVID a largement fait déborder un vase que nous semblons condamnés à ne plus pouvoir contenir.

Actuellement nous avons plus de 10% de lits hospitaliers fermés à Bruxelles, à peu près autant en MRS, quasi uniquement par manque d'infirmiers (parfois par manque d'aides-soignants, rarement pour d'autres professions), et lorsque nous tentons de renforcer certains services de première ligne (qui permettraient d'éviter des séjours hospitaliers et des séjours en MRS) ceux-ci sont dans l'incapacité de recruter les infirmiers nécessaires.

Le rapport le plus récent (2022) sur **l'évolution des ressources infirmières** publié par la Cellule de Planification du SPF Santé Publique[1] nous montre que les densités pondérées (= le ratio entre nombre d'infirmiers et nombre de patients à soigner) **continueront à diminuer inéluctablement** sur l'ensemble du pays et chaque communauté jusqu'en 2043... et ceci sur base de la situation avant COVID !

Selon l'OMS[2], un pays qui vient à manquer de ressources infirmières court à la faillite de son système de santé car celles-ci en constituent la colonne vertébrale.

Je suis conscient que depuis le début de la législature des moyens financiers fédéraux conséquents (près de 800 millions € annuels) ont été investis dans les salaires et la formation de « blouses blanches » ainsi que pour soutenir l'engagement de personnel (en priorité infirmiers) par les hôpitaux, mais force est de constater que ces moyens sont insuffisants et/ou ne rencontrent pas les attentes des infirmiers. En effet, les hôpitaux et autres services n'arrivent pas à les dépenser en recrutement, et observent en fait une fuite des infirmiers en dehors du système de santé. Le vase continue donc à se vider.

[1] La force de travail des infirmiers en 2043 : projection future sur base de l'influx réel jusque 2020, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, janvier 2022.
[2] Rapport du Directeur Général à la 74ème assemblé de l'OMS - introduction du projet d'orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025, OMS-WHO, 19 avril 2021.

Dans les rencontres avec les fédérations d'institutions de soins à Bruxelles (GIBBIS) ou les syndicats qui représentent leur personnel, ainsi qu'avec l'Union Générale des Infirmier.e.s de Belgique, un élément revient systématiquement : **l'insuffisance des normes en infirmiers et en personnel dans les unités de soins des hôpitaux**.

Ce sujet nécessite un engagement et un investissement de tous simultanément. En effet, les normes de personnel en hôpitaux dépendent des Communautés et de la Commission communautaire commune, mais leur financement dépend de l'autorité fédérale, tandis que la formation dépend à nouveau des Communautés (unilingues). Il nous est donc impossible d'agir chacun dans notre entité, nous devons le faire conjointement de manière interfédérale.

Le KCE[3] démontre magistralement que, dans de nombreux services d'hospitalisation (médecine interne, chirurgie, gériatrie, pédiatrie, revalidation...), il devient urgent de fixer un nombre maximum de patients par infirmier.e sur son temps de travail. En général on parle d'une moyenne maximum de 8 patients/infirmier.e le jour et de 15 la nuit. L'étude montre qu'on devrait aussi favoriser un taux d'infirmiers bacheliers plus important, et ne pas permettre le remplacement de plus d'infirmiers par des aides-soignants (ce que le BMF permet déjà pour 25% des effectifs). Des études similaires sur les soins intensifs proposent d'autres normes et des études complémentaires doivent en proposer pour d'autres services.

Je pense que nous sommes dans un moment politique où tous les arguments et opportunités convergent pour que nous prenions ensemble la décision de fixer de telles normes sécuritaires et de les financer. En effet, au-delà des arguments cités jusqu'ici, il y a aussi celui de la faisabilité opérationnelle actuelle. D'une part le rapport 289b du KCE[4] ayant déjà montré que notre pays avait un excédent de 7000 lits hospitaliers (à condition de continuer le shifting vers le "One Day" et de renforcer les moyens en 1ère ligne) – les lits aujourd'hui fermés faute de personnel ne sont donc pas obligatoirement à rouvrir. Le budget nécessaire pour atteindre les normes sécuritaires proposées par ce rapport du KCE (de 110 (pour commencer) à 400 millions d'€ (à terme)) semble possible à récupérer si l'on considère la différence entre le financement de l'activité réelle avant le COVID et le financement de l'activité réelle avec 80% de lits ouverts aujourd'hui, et pour autant que la marge soit injectée dans la mise en place de ces nouvelles normes infirmières sécuritaires - les experts BMF du SPF pourraient explorer cette piste.

Il sera aussi indispensable de communiquer largement sur cette décision auprès de tous les professionnels de terrain, y compris ceux qui ont quitté la profession et les jeunes qui envisageraient de la rejoindre, il faut porter un message positif expliquant que la situation va s'améliorer et qu'il n'y aura pas plus que 8 patients (15 la nuit) à soigner... ce qui devrait motiver ces professionnel.le.s à tenir bon, voire à (re)venir dans le système de santé.

Enfin, un dernier élément me semble contribuer au mal-être de cette profession essentielle et à la désaffection croissante à son égard: à ce jour cette discipline majoritaire dans nos hôpitaux ne dispose toujours pas obligatoirement d'un organe de représentation et de réflexion interne à sa profession au sein de chaque hôpital. Il me semble hautement souhaitable qu'un arrêté « organique » soit pris au niveau fédéral et/ou sur base d'un accord interfédéral.

Ma première demande est qu'une décision de principe pour atteindre des normes infirmières sécuritaires (tant pour le personnel que pour les patients) soit prise en CIM santé publique en se fixant des échéances et responsabilités claires sur leur implémentation.

[3] KCE Report 325B « Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus », KCE 2019
[4] KCE Report 289B « De combien de lits hospitaliers aurons-nous besoin en 2025 ? », KCE 2017

Au-delà de la problématique des normes hospitalières, d'autres éléments pertinents sont mis en avant par les représentants des travailleurs en général, et des infirmiers en particulier. Si ces autres éléments ne sont pas pris en considération, agir uniquement sur les normes pourrait s'avérer moins efficace pour améliorer la satisfaction professionnelle des infirmier.e.s et donc leur rétention dans le système de santé. Ces éléments peuvent être synthétisés dans les 4 axes suivants :

1. Amélioration de la formation et des capacités de progression professionnelle via la formation

   Le modèle de promotion par spécialisations infirmières qui prévalait avant 2016 a été mis à mal par l'allongement des études initiales et par le nouveau système de rémunération IF-IC. Par ailleurs la reconnaissance fédérale (future) de nouveaux titres infirmiers (aide-infirmier, infirmier de pratique avancée, infirmier chercheur clinicien), que je salue, ouvre de nouvelles perspectives. Il devient urgent de se pencher sur ces différents éléments et de donner une vision claire des perspectives futures à la profession (et aux jeunes qui entament des études). Ce serait plus rassurant, positif et améliorerait la rétention tout comme l'attractivité.

   Par ailleurs, les étudiants infirmiers se plaignent beaucoup de la dureté de leurs stages. Il y a à la fois des problèmes matériels (déplacements, repas, uniformes...), mais aussi pédagogiques (demande d'avoir des maîtres de stage dans les équipes, un meilleur accompagnement), nous devons aussi y travailler ensemble.

2. Reconnaissance des compétences infirmières

   Les infirmier.e.s sont de mieux en mieux formés dans notre pays, nous sommes passés en 30 ans d'une formation générale de 2 ans complétée par 1 année d'orientation dans un secteur (hôpital, psychiatrie, pédiatrie, social etc), en une formation minimale de 4600 heures (4 ans). Or durant cette même période la législation de base de l'exercice de la profession n'a quasi pas changé. La liste des actes infirmiers (AR du 18/06/1990) a légèrement augmenté, mais elle est toujours en retard sur l'exercice réel sur le terrain, et pour toute une série d'actes on prévoit encore la prescription préalable par un médecin alors qu'en réalité sur le terrain elle ne se fait plus ou se fait à posteriori. Sans compter les nombreuses prestations intellectuelles non reprises dans la règlementation ou non prises en compte dans la nomenclature à domicile.

   Un travail de fond sur cette législation devient indispensable, on ne peut prétendre qu'en 30 ans d'évolution et plus de 1000h de formation générale supplémentaire la profession infirmière n'aurait pas grandement gagné en autonomie.

3. Revalorisation financière de la pratique infirmière en première ligne

   Actuellement, en dehors de soins très spécifiques ou chez des patients particulièrement lourds (forfaits C ou soins palliatifs), la nomenclature infirmière est violente envers les infirmier.e.s et leurs patient.e.s. Elle pousse certains infirmier.e.s à devoir accumuler environ 20 visites par jour, (soit environ 24 minutes, déplacements compris, par patient !) pour un salaire horaire de 15€ net de l'heure (2200€/mois), le remboursement d'une injection correspond à 86 secondes de travail infirmier... Les patients et les infirmiers ne peuvent pas être heureux d'un tel rythme de soins qui ne laisse pas vraiment de temps pour dialoguer entre eux.

   On sait que le système de santé hospitalier de demain ne survivra qu'au prix d'un plus grand transfert d'activités en « one day » et d'un raccourcissement des durées de séjour. Ce transfert est impossible sans un transfert du budget qui sera économisé de l'hôpital vers la première ligne, et sans une reconnaissance du rôle intellectuel de suivi et d'éducation thérapeutique du patient une fois retourné à son domicile. A Bruxelles il y aurait au moins 500 patients qui cherchent un.e infirmier.e à domicile sans trouver !

Et nous avons le même type de défi à relever avec les sages-femmes en première ligne, qui elles ont vu leur règlementation fortement évoluer au cours des 30 dernières années mais qui n'ont pas à domicile des rémunérations attractives.

4. Meilleure organisation du système de santé grâce aux infirmier.e.s

   Sur base de la reconnaissance des compétences (de base et complémentaires) et de l'autonomie infirmière visées aux 2 points précédents il est possible d'améliorer le fonctionnement de notre système de santé et la réponse aux besoins de la population.

   La possibilité qui a été donnée durant la crise COVID aux infirmiers à domicile d'apprendre à leurs patients comment appliquer à la maison les règles de prévention des contaminations, ou encore ma demande en CIM d'autoriser les infirmier.e.s à vacciner sans prescription médicale, sont des exemples éclairant des enjeux et des potentialités actuelles. Il y a en a beaucoup d'autres que nous pourrions examiner ensemble, comme le rôle des infirmiers en première ligne pour la santé communautaire ou dans le suivi de patients chroniques.

Je propose donc que nous nous engagions tous en CIM santé publique pour la publication d'un plan d'attractivité et de rétention des infirmier.e.s dans le système de santé. Ce plan reposerait sur le renforcement des normes des institutions de soins ainsi que sur les 4 axes complémentaires susmentionnés et déterminerait la manière dont chaque entité contribuera à les implémenter.

Proposition de décision

La CIM santé publique approuve les orientations de la note Soins infirmiers telle que décrite ci-dessus et mandate le GT Professions de santé de la CIM pour rédiger un plan d'action « soins infirmiers » sur cette base. Celui-ci sera présenté à la CIM pour adoption avant le 15 juin 2023.

NB : Pour ce qui est de la COCOM en matière de normes en MR-MRS, nous avons décidé de progressivement convertir les lits MR en lits MRS (400 depuis 2020 + 150 en 2023) ce qui de facto provoque une augmentation normative en infirmier.e.s, aides-soignants, paramédicaux et personnel de réactivation. Nous allons aussi ajouter des normes qualitatives (avec accompagnement méthodologique) et des sanctions financières aux contrevenants. Nous avons également mis en place un « réseau des infirmières chefs de MRS » sur le modèle du « réseau des médecins coordinateurs » afin de renforcer le leadership de la profession et son implication dans notre politique. Et dans la nouvelle politique d'organisation de la première ligne (PSSI) nous mettons également en avant le rôle essentiel de la profession. Nous sommes prêts à échanger avec les entités qui souhaitent en savoir plus sur ces mesures qui devraient aussi contribuer à un meilleur épanouissement de la profession et à l'efficacité de nos politiques, et à apprendre ce que les autres entités mettent aussi en place

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Mesdames et Messieurs Ministres de la santé, l'assurance de ma considération distinguée.

Alain MARON
Ministre, président de la Conférence Interministérielle Santé Publique

Botanic Building - 12e étage - Boulevard Saint-Lazare, 10 - 1210 Bruxelles – Belgique
Tél. +32 (0)2 506 34 11