

Lart infirmier a cinquante ans : le bon âge pour dresser un bilan. Depuis des siècles, les infirmiers et infirmières jouent un rôle majeur pour la santé. Cette profession aujourd'hui incontournable a traversé les époques, s'adaptant aux besoins sociétaux, aux progrès scientifiques et aux crises sanitaires majeures. De vocation religieuse, elle s'est muée en discipline scientifique rigoureuse, règlementée et structurée. En Belgique comme ailleurs, cette évolution fut marquée par des étapes clés, reflet d'une profession en constante mutation.

La construction d'un savoir

Au Moyen-Âge, les soins aux malades étaient prodigués dans les hospices et les hôtels-Dieu, sous la direction de congrégations religieuses. Ces institutions, souvent attachées aux monastères, servaient à la fois de refuges pour les plus démunis et de centres de soins sommaires. Les connaissances médicales étant limitées, les traitements se fondaient sur des pratiques empiriques, des herbes médicinales et des prières. L'hôpital Saint-Jean fondé à Bruxelles en 1195 et l'hôpital Notre-Dame à la Rose fondé en 1242 à Lessines illustrent cette période où les soins étaient indissociables de la foi. Avec la Renaissance et les bouleversements scientifiques, la profession commence à s'organiser différemment. Si les ordres religieux restent prédominants, la montée en puissance des hôpitaux civils et militaires marque une première rupture. Les guerres de l'époque, notamment celles qui touchent les Pays-Bas espagnols (dont faisaient partie les territoires de l'actuelle Belgique), exigent une prise en charge plus structurée des blessés, amorçant ainsi une lente professionnalisation des soins infirmiers.

Une profession qui se structure

C'est au XIX^e siècle que la profession infirmière prend un virage décisif. Sous l'impulsion de la Britannique Florence Nightingale, la discipline acquiert une nouvelle dimension : hygiène rigoureuse, formation théorique et pratique, et reconnaissance progressive de la valeur du soin infirmier. La Belgique, influencée par ces idées, voit apparaître des formations plus structurées, notamment sous l'impulsion de congrégations comme les Sœurs de la Charité, qui posent les bases d'une organisation moderne.

En 1921, une première avancée majeure survient avec la reconnaissance officielle de la profession infirmière en Belgique. Ce statut est renforcé en 1937 par une loi imposant une formation obligatoire et une certification pour exercer. Ces mesures permettent de professionnaliser le secteur et d'assurer un encadrement plus rigoureux des soins dispensés. La Croix Jaune et Blanche (CJB) est fondée cette même année, organisant les soins à domicile auparavant assurés par des religieuses ou des bénévoles provenant d'initiatives locales.

Réformes de la profession infirmière

Les deux guerres mondiales jouent un rôle fondamental dans l'évolution de la profession. Sur le front, les infirmières sont en première ligne, prodiguant des soins d'urgence aux blessés. Le courage et le professionnalisme dont elles font preuve leur valent une reconnaissance accrue et conduisent à une structuration plus officielle de la profession. En 1944, année de l'instauration de l'assurance maladie-invalidité, l'importance des soins à domicile est renforcée. En 1948, certains actes infirmiers tels que les injections, les pansements et les lavements deviennent remboursables par les mutuelles. Cette même année, le ministère de la Santé publique et de la Famille reconnaît officiellement la CJB comme service spécialisé en soins infirmiers à domicile.



L'après-guerre voit une explosion de la demande en personnel soignant, notamment avec l'extension des services de santé publique et l'amélioration des techniques médicales. La profession continue à se structurer, avec la création de spécialisations et l'intégration progressive des sciences infirmières dans le monde universitaire. Aujourd'hui, les infirmiers et infirmières belges peuvent suivre des formations avancées et bénéficient d'une reconnaissance accrue de leurs compétences.

Un champ élargi de pratiques

La profession ne se limite pas à l'hôpital. À domicile, en maison de repos, en secteur psychiatrique, en soins intensifs, dans les services d'urgence ou encore dans l'enseignement, les infirmières exercent sous différentes bannières, mais partagent un même combat : être reconnues et revalorisées, tant au niveau salarial que dans la reconnaissance de leurs compétences.

Le Covid-19 a laissé des traces profondes. Nombre d'entre elles, épuisées, ont quitté le métier, aggravant une pénurie déjà préoccupante. Il est temps de redorer le blason de cette profession essentielle. Les réformes récentes vont dans ce sens et suscitent l'espoir. En réunissant témoignages et réflexions sur l'avenir du métier, ce dossier nous plonge dans son quotidien et invite à découvrir les défis qui bousculent cette profession essentielle, au service de la santé de toutes et tous. ■

**Marilyn Magerotte, infirmière à la maison de santé des Libertés (Bruxelles),
membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.**

L'ART INFIRMIER A 50 ANS!

1974-2024. En un demi-siècle, l'art infirmier a connu une profonde mutation. Il est passée d'une profession paramédicale à une profession soignante à part entière, d'actes soumis à prescription médicale à des actes infirmiers autonomes, et à une multiplication de nouvelles fonctions avec qui partager ces soins...

Miguel Lardennois, chargé de cours en législation et histoire de la profession à la Haute École Francisco Ferrer, à la Haute École Vinci et au Centre de perfectionnement en soins infirmiers (CPSI) de l'Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

La fonction d'infirmière, voire d'infirmier, existe depuis bien avant que la Belgique ne soit créée, mais il faudra attendre les années 1907 à 1910 – avec l'ouverture d'écoles privées sur le modèle Nightingale – pour amorcer sa reconnaissance comme une profession qui nécessite une formation et qui peut être exercée contre un réel revenu, autre que le gîte et le couvert, et sans obligation vocationnelle.

Il faudra encore attendre 1974 pour que les infirmières belges se voient reconnues par l'État comme exerçant une discipline qui leur est

propre, basée sur des savoirs spécifiques et avec une certaine autonomie. Le 20 décembre est en effet promulguée une loi modifiant l'arrêté royal n° 78 de 1967¹ les sortant du chapitre « Professions paramédicales » pour les insérer,

avec leurs assistantes hospitalières, dans un nouveau chapitre intitulé « L'art de soigner », indépendant mais collaborant avec l'autre grande catégorie appelée « L'art de guérir » (exercé par les médecins, dentistes et pharmaciens – tous pouvant être assistés de professions paramédicales). À l'époque, la description de la discipline dans la législation belge est avant-gardiste par rapport au reste de l'Europe et comprend les éléments autonomes suivants : observer et déterminer l'état de santé du patient d'un point de vue biopsychosocial, déterminer ses problèmes en matière de soins, collaborer avec le médecin, assurer une assistance continue auprès du patient et réaliser des activités afin d'améliorer ou maintenir son état de santé, ou accompagner le mourant.

Il faudra ensuite attendre l'arrêté royal du 18 juin 1990² pour avoir une liste précise de toutes

les prestations techniques que les infirmières peuvent utiliser pour soigner leurs patients : les prestations autonomes (B1, comme les soins d'hygiène ou, plus récemment, les soins de plaies) ou les prestations soumises à prescription médicale (B2, comme l'administration de médicaments injectables). On en profite pour indiquer que les médecins peuvent aussi éventuellement leur confier quelques actes qui relèvent de l'art de guérir (C, comme la ponction de sang artériel).

Des moments clés

Le tournant important suivant se déroule en 2001, année où le chapitre « Art de Soigner » de l'arrêté royal n° 78 est rebaptisé « Art infirmier », où les infirmières accoucheuses quittent la profession infirmière pour (re)devenir des sages-femmes, et où – les assistants et assistantes en soins hospitaliers (ASH) n'étant plus formés depuis 1995 – on introduit à côté des infirmiers et des infirmières une nouvelle forme d'assistance : les aides-soignantes et aides-soignants.

Cette réglementation belge de la profession doit également, depuis la fin des années 1970, se conformer à une directive européenne qui facilite la mobilité des travailleurs tout en imposant des conditions minimales de formation pour sept professions, dont les infirmiers, médecins, dentistes et sages-femmes. En 2013, la Commission européenne adopte une nouvelle version de sa directive relative à la libre circulation des travailleurs³ et notamment une description bien plus claire et ambitieuse des compétences minimales des infirmiers, des capacités à acquérir durant la formation, ainsi que du contenu minimal d'heures de formation, distinguant enseignement théorique et clinique.

Autant dire que l'Europe a voulu frapper fort, tant en quantité qu'en qualité, puisque certains

À l'époque, la description de la discipline dans la législation belge est avant-gardiste.

1. Arrêté royal du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales.

2. Arrêté royal du 18 juin 1990 relatif aux prestations techniques infirmières et aux actes médicaux qui peuvent être confiés aux infirmières.

3. La version 2013/55 remplace la EU/2005/36.

États s'étaient laissés aller à organiser des formations de 3000 heures alors que l'ancienne directive en demandait 3500, que d'autres diplomaient des infirmiers ayant réalisé un nombre considérable d'heures de « stage » dans des laboratoires pratiques auprès de mannequins ou dans des activités professionnelles dans lesquelles il n'y a pas de réels patients, voire que certains considéraient que le plus important était surtout de former un technicien infirmier – très bon en pratique –, mais pas forcément capable d'expliquer les tenants et aboutissants des gestes qu'il pose ou d'avoir une réflexion clinique autonome et pertinente...

L'Europe a exigé 4 600 heures de formation, dont 2 300 heures de stage en contact direct avec la personne/communauté soignée, et des compétences cliniques et intellectuelles plus poussées. Les États membres disposaient de trois ans pour transposer cette directive dans leur réglementation, pour une entrée en vigueur en 2016. Pour répondre à ces nouvelles exigences, les trois Communautés du pays ont augmenté leurs formations d'infirmier bachelier de 180 à 240 crédits (quatre ans dans l'enseignement supérieur de plein exercice). La Communauté française et la Communauté germanophone ont augmenté de six mois leur formation de brevet (passage de trois ans à trois ans et demi), mais la Communauté flamande n'a rien changé, estimant qu'un pays (une région) pouvait former des infirmiers ne répondant pas à la directive, mais réservés à son marché de l'emploi national/régional.

Différences régionales

En 2019, la Flandre formait donc encore 50 % de ses infirmières dans une formation (HBO5) en trois ans et de niveau secondaire professionnel complémentaire (quatrième degré) en contradiction avec les exigences européennes. Se rendant enfin à l'évidence, elle a obtenu du fédéral que, durant la législature 2019-2024, une solution à ce problème soit trouvée. Solution – finalement trouvée par le fédéral – inspirée de ce que les associations professionnelles infirmières et la Communauté française lui avaient suggéré déjà en 2014, à savoir créer et reconnaître un nouveau métier pouvant délivrer des soins infirmiers, plus compétent et autonome qu'un aide-soignant, plus utile et plus proche de

la profession infirmière, un peu comme l'ont été les assistantes en soins hospitaliers par le passé.

En juin 2023, c'est ce nouveau praticien de l'art infirmier qui a été inséré dans le chapitre « Art infirmier » de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPS)⁴, sous le titre professionnel d'assistant en soins infirmiers (AESI)⁵. L'infirmier, lui, y est dorénavant dénommé « infirmier responsable des soins généraux » (IRSG) – ce qui était aussi une demande européenne.

Évidemment, « seulement » solutionner la problématique des infirmières brevetées flamandes et rebaptiser les infirmiers du niveau européen n'aurait pas été digne d'une vraie vision politique du rôle que devrait jouer la profession infirmière dans le système de santé d'aujourd'hui et de demain. Tout en rattrapant le retard européen pris depuis 2016, il était aussi grand temps de redéfinir les compétences attendues des infirmiers les mieux formés et d'être conséquent en matière d'actes autonomes. On ne pouvait pas (tant pour des raisons symboliques que rationnelles) exiger depuis 2016 que nos infirmiers soient formés en quatre ans sans en même temps reconnaître qu'ils ont dès lors plus de compétences et qu'ils sont capables d'exécuter encore plus d'actes autonomes.

Cette réflexion a abouti en 2024 à une redéfinition complète de la discipline « Art infirmier » dans la LEPS et à une description complétée de l'ensemble des fonctions nécessaires dans ce domaine des soins. Ces textes de 2024 ont créé pas mal de remous, mais quoi qu'on pense des imperfections et de certains détails peu satisfaisants qui sont certainement la conséquence de compromis entre les visions flamande et francophone des soins infirmiers et entre les tendances politiques progressistes et conservatrices qui composent le gouvernement fédéral, le ministre fédéral de la Santé a entendu et appliqué plusieurs avis émis par le monde infirmier pour enfin transformer la profession et mieux l'outiller pour répondre aux objectifs du système de santé moderne.

Des fonctions qui évoluent

Depuis 2024, la nouvelle description de la discipline infirmière prévoit comme actes autonomes : l'évaluation de l'état de santé du patient, la détermination de diagnostics infirmiers,

Il était grand temps d'être conséquent en matière d'actes autonomes.

4. Le 10 mai 2015, l'arrêté royal n° 78 a été coordonné et republié sous un nouveau nom : la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPS).

5. En néerlandais, le titre professionnel est moins explicite et/ou s'appelle à dessein *basisverpleegkundige* (infirmier de base).

la planification des soins requis, la coordination-prescription-délégation-supervision d'actes infirmiers à d'autres professionnels, la collaboration interdisciplinaire et l'appréciation de l'évolution clinique du patient, l'éducation à la santé du patient, l'assistance continue par des interventions infirmières, les soins palliatifs, le soulagement de la douleur, la collaboration à la planification précoce des soins, et la réaction autonome et immédiate aux urgences vitales. De nouveaux actes deviennent autonomes, tels que des dépistages, les vaccinations, la prescription de certaines analyses en laboratoire, la mise en place de perfusions d'hydratation, etc. Une base légale a même été introduite permettant à un futur gouvernement d'autoriser les infirmiers à prescrire certains médicaments et produits de santé.

La différenciation de fonctions au sein de cette discipline est aussi plus claire et, sur cette base, le système de santé et l'enseignement peuvent s'adapter à son évolution. Dans l'exercice de l'art infirmier, on distinguera dorénavant les fonctions suivantes : aide-soignant, assistant en soins infirmiers (AESI), infirmier responsable des soins généraux/infirmier spécialisé (IRSG/IRSG-S), infirmier de pratique avancée (IPA), infirmier chercheur clinicien (ICC). Il manque bien sûr encore des arrêtés d'exécution, principalement du côté de l'Inami, pour combler cer-

taines lacunes de cette nouvelle version du chapitre art infirmier de la LEPS, ainsi qu'une éventuelle révision de l'arrêté royal de 2006 relatif aux spécialisations infirmières (qui pose question depuis le passage à 240 crédits du bachelier IRSG). Il y a aussi une discussion à mener

entre patrons et syndicats sur les barèmes à appliquer dans cette nouvelle configuration, car, sans adaptation de l'IF-IC⁶ concomitamment aux clarifications légales développées ci-dessus, il ne se présentera pas assez de candidats praticiens de l'art infirmier pour utiliser ce nouveau modèle de différenciation de fonctions au mieux de son potentiel.

La Fédération Wallonie-Bruxelles devrait également se poser la question de l'intérêt, mais surtout de la cohérence à faire coexister une formation d'IRSG en brevet de trois ans et demi et une autre en bachelier de quatre ans.

Par ailleurs, dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, le législateur a décidé en 2024⁷ de dépénaliser l'exécution d'actes « historiquement infirmiers » (administrer un médicament, par exemple) lorsqu'ils sont réalisés par un aidant proche ou par un aidant qualifié (par exemple dans le secteur du handicap). On vient en effet de déterminer d'une part que n'importe quel individu peut réaliser une série d'actes relevant *a priori* des « activités de la vie quotidienne » (prendre des médicaments, avoir une bonne hygiène, s'alimenter, etc.) pour aider un autre individu tant qu'un médecin ou un infirmier ne trouve pas cela dangereux. D'autre part, pour d'autres actes infirmiers, on estime qu'un infirmier doit pouvoir, s'il évalue cela sans danger pour son patient, les déléguer à d'autres professionnels (du monde de l'enseignement, de la petite enfance, du sport ou du handicap) afin d'améliorer la vie de ces patients dans des milieux qui jusqu'à présent sont souvent mis en difficulté par l'ancienne obligation d'y faire venir des infirmiers pour réaliser certains soins (sondages, injections, soins à une trachéotomie, etc.).

L'année 2024 aura donc été l'occasion d'opérer une fameuse mutation de la profession, un tournant historique majeur à l'occasion de son cinquantenaire. On peut espérer que celle-ci profite de ce changement plutôt que de le subir, à la condition que les infirmiers et les infirmières soient davantage soutenus dans ce nouvel exercice de leur discipline par des conditions de travail (charge et revenus) qui le permettent. En effet, si les infirmiers responsables des soins généraux sont trop peu nombreux auprès des patients, ils risquent de déléguer de plus en plus d'actes sans aucune évaluation, analyse de risque et supervision correcte de la qualité des soins et de l'évolution clinique du patient, ce qui est dangereux et continuera à augmenter le sentiment de perte de sens au sein de la profession expliquant en grande partie la pénurie actuelle. Et d'autre part, si ces IRSG ne sont pas rémunérés à la hauteur de leurs responsabilités actuelles et des nouvelles qui arrivent, ou pas suffisamment mieux que les professions qui pourront réaliser tous ces actes infirmiers, suivre de telles études perdra encore plus de son intérêt pour la jeunesse. Espérons que nos nouveaux gouvernements sont conscients de ces défis. ■

6. Développement et implémentation de nouvelles classifications de fonctions sectorielles et analytiques, qui forment la base de nouveaux modèles de rémunération, dans les secteurs non marchands, spécifiquement dans les secteurs des soins de santé.

L'année 2024 aura été l'occasion d'opérer une fameuse mutation de la profession.

7. Art. 124 de la LEPS tel que modifié par la loi du 11 juin 2023 et les arrêtés royaux du 29 février 2024 relatifs aux prestations techniques infirmières qui relèvent des activités de la vie quotidienne et peuvent être réalisées par un aidant proche et aux prestations techniques infirmières qui peuvent être déléguées à l'aidant qualifié.

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE DE L'ART INFIRMIER

Plusieurs évolutions législatives relatives à l'exercice de l'art infirmier ont eu lieu ces dernières années en Belgique : de nouvelles professions ont vu le jour, certains actes peuvent désormais être délégués ou exercés de manière autonome... Faisons le point.

Marie Rygaert, juriste à la Fédération des maisons médicales.

La loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (la LEPS) définit en son article 46, §1^{er}, alinéa 2, les soins infirmiers de la sorte : « Les soins infirmiers peuvent être préventifs, curatifs et/ou palliatifs et sont réalisés de manière autonome et, le cas échéant, interprofessionnelle, en concertation avec le patient et son entourage. Ils sont de nature technique, relationnelle et/ou éducative. Ils s'adressent aux individus et à leur entourage, groupes et collectivités et tiennent compte d'une approche personnalisée et intégrée, incluant notamment les composantes psychologique, sociale, économique, culturelle et spirituelle. Ils tiennent compte des acquis scientifiques, technologiques, des normes de qualité et de la déontologie professionnelle. » Cette définition récente, introduite dans la LEPS par une loi du 18 mai 2024, présente plusieurs intérêts. D'une part, elle met en évidence les aspects relationnel et éducatif de la profession infirmière. D'autre part, elle encourage une prise en charge globale des patientes et des patients, en mentionnant les déterminants non médicaux de la santé.

Plus concrètement, toujours selon la LEPS, les soins infirmiers peuvent inclure notamment les actions suivantes : l'observation, l'identification et l'évaluation de l'état de santé du patient sur les plans psychique, physique et social, la collaboration à l'établissement du diagnostic médical, l'information du patient et de son entourage, l'éducation à la santé, la planification des soins et l'accompagnement en fin de vie, la réaction dans des situations de crise...

Une nouvelle échelle de soins

Trois nouvelles professions ayant vu le jour ces dernières années, l'échelle de soins infirmiers

est désormais divisée en six niveaux. L'accès à chaque niveau « supérieur » n'est possible qu'à la condition de disposer d'un diplôme ou d'un titre du niveau précédent. Détaillons les missions et compétences attendues pour chaque praticien de l'art infirmier.

Les aides-soignants. Selon l'article 59 de la LEPS, un aide-soignant est une personne spécifiquement formée pour assister les assistants en soins infirmiers et les infirmiers responsables de soins généraux, sous leur contrôle et dans le cadre d'une équipe structurée. Cette équipe doit répondre à une série de critères : permettre le contrôle des activités des aides-soignants par les infirmiers, garantir la continuité et la qualité des soins, organiser une concertation commune au sujet des patients, instaurer une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant et bénéficier d'une formation permanente. Les aides-soignants ne peuvent effectuer que certaines activités, détaillées à l'annexe de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes¹, et uniquement si ces activités leur ont été déléguées par un infirmier. Dans cette liste, on retrouve notamment les actes suivants : assister le patient et son entourage dans les moments difficiles, aide à l'alimentation et l'hydratation, soins d'hygiène en cas de dysfonction dans les activités de la vie quotidienne, aide à la prise de médicaments par voie orale, prise du pouls et de la température...

■ *Formation requise : depuis le 1^{er} septembre 2019, au moins 150 heures de formation, dont*

La LEPS encourage une prise en charge globale des patientes et des patients.

1. Cette liste a été entièrement revue en 2019, via un arrêté royal du 27 février 2019.

la moitié maximum en stage. De plus, l'aide-soignant doit bénéficier d'une formation permanente d'au moins huit heures chaque année.

Les assistants en soins infirmiers. Selon l'article 45, § 1/2, alinéa 2, de la LEPS, un assistant en soins infirmiers agit « dans le cadre de la prévention, du maintien et de la promotion de la santé en relation avec la qualité de vie ». Il peut agir de manière autonome dans des situations dites « moins complexes ». Dans des situations complexes, il doit travailler dans une équipe structurée en collaboration avec un infirmier responsable des soins généraux ou un médecin. La complexité est déterminée par un infirmier responsable des soins généraux ou un médecin, sauf si les prestations techniques à réaliser portent sur une période de moins de vingt-quatre heures. L'arrêté royal du 20 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice, détaille les prestations techniques qui peuvent être exercées par les assistants en soins infirmiers, certaines nécessitant une prescription médicale.

- *Formation requise : au minimum trois ans d'études, pour un total d'au moins 3 800 heures d'enseignement théorique et clinique. L'enseignement théorique doit représenter au moins un tiers de la formation, tandis que l'enseignement clinique doit représenter au moins la moitié de la formation.*

Les infirmiers responsables des soins généraux. La dénomination d'infirmier responsable des soins généraux correspond, pour les personnes ayant débuté ou terminé leur formation avant le 18 janvier 2016, aux diplômés et titres suivants : bachelier en soins infirmiers, infirmier gradué ou infirmier breveté. Outre leurs interactions avec les aides-soignants et les assistants en soins infirmiers, les activités qui incombent aux infirmiers responsables des soins généraux sont toutes les activités qui sont au cœur des soins infirmiers (mentionnées au point précédent), y compris les actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste (sur lesquels nous revenons au point suivant).

- *Formation requise : au minimum trois ans d'études, pour un total d'au moins 4 600 heures d'enseignement théorique et clinique. L'enseignement théorique doit représenter au moins un tiers de la formation, tandis*

que l'enseignement clinique doit représenter au moins la moitié de la formation.

Les infirmiers spécialisés. L'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier détaille les spécialisations et les expertises particulières que peuvent acquérir les infirmiers responsables des soins généraux. Celles-ci sont parfois requises pour qu'un infirmier puisse exercer dans un secteur ou une unité de soins particulière.

Les qualifications professionnelles particulières, autrement dit les expertises particulières, possibles sont les suivantes : santé mentale et psychiatrie, gériatrie, soins de plaie, soins palliatifs, diabétologie et évaluation et traitement de la douleur.

- *Formation requise : formation théorique de 150 heures minimum.*

Les titres professionnels particuliers, autrement dit les spécialisations, possibles sont les suivants : pédiatrie et néonatalogie, santé mentale et psychiatrie, santé communautaire, gériatrie, soins intensifs et d'urgence, oncologie, imagerie médicale, stomathérapie et soins de plaies, soins périopératoires, perfusionnistes et anesthésie.

- *Formation requise : formation de 900 heures minimum, comprenant au moins 450 heures d'enseignement théorique et au moins 450 heures d'enseignement clinique.*

Les infirmiers de pratique avancée. L'article 46/1, § 2, de la LEPS indique que l'infirmier de pratique avancée, en plus de l'exercice de l'art infirmier, joue un rôle d'expertise en art infirmier. Son autonomie, dans son contexte de soins ou son domaine de spécialisation, est conséquente. Comme le prévoit l'arrêté royal du 14 avril 2024 fixant les activités cliniques et les actes médicaux que l'infirmier de pratique avancée peut exercer et les conditions selon lesquelles il peut les exercer, dans le cadre d'une convention de collaboration interprofessionnelle établie avec un médecin et s'il s'agit d'actes médicaux courants ou de complexité limitée, l'infirmier de pratique avancée peut : adresser des patients à d'autres professionnels de la santé, prescrire des médicaments et des produits de santé et rédiger des certificats médicaux (à partir du 1^{er} janvier 2026²), prendre des décisions quant à l'admission et la sortie d'une institution de soins, et

2. En vertu d'un arrêté royal du 16 janvier 2025.

même prendre des décisions quant au diagnostic et au traitement médical d'un patient (éventuellement même sans que le médecin ait préalablement posé son diagnostic et proposé son traitement).

- *Formation requise : avoir le titre d'infirmier responsable de soins généraux, un diplôme de master en sciences infirmières qui prépare à la fonction d'infirmier de pratique avancée et avoir travaillé au moins 3 000 heures dans un contexte ou une spécialisation spécifique durant les cinq années précédentes. Pour pouvoir garder ce titre, il est par ailleurs nécessaire, par période de quatre ans, de suivre une formation continue d'au moins 80 heures et de prêter au moins 1 500 heures comme infirmier de pratique avancée.*

Les infirmiers chercheurs cliniciens. L'article 46/2, § 2, de la LEPS indique que l'infirmier chercheur clinicien a un rôle d'expertise clinique et possède des compétences académiques avancées. Il accomplit principalement des activités de recherche et d'enseignement, dans l'objectif de développer de nouvelles connaissances et pratiques *evidence-based* pour les soins infirmiers. Il joue un rôle de lien entre le secteur des soins et celui de l'enseignement.

- *Formation requise : au minimum un diplôme de doctorat.*

Les assistants de pratique. En dehors de l'échelle de soins infirmiers, mentionnons la nouvelle profession d'« assistant de pratique », qui a vu le jour dans le contexte du New Deal, un troisième mode de financement de la médecine générale³. Selon l'arrêté royal du 26 novembre 2023 qui instaure ce titre professionnel, un assistant de pratique est un praticien paramédical qui soutient un ou plusieurs médecins, et éventuellement d'autres prestataires, dans le cadre d'une pratique de groupe, multidisciplinaire ou non. Il exécute pour ce faire des tâches médicales techniques de support ainsi que des tâches administratives, logistiques et informatiques. Il peut également remplir une fonction d'accueil. La liste des actes médicaux qui peuvent être posés par un assistant de pratique est inscrite à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 26 novembre 2023. Il s'agit essentiellement des éléments suivants : prise de paramètres, prélèvement d'échantillons, certains examens médico-techniques, réalisation de certains tests, pré-

paration de matériel gynécologique, préparation de soins de plaies et de pansements et communication d'instructions aux patients sur l'usage correct de médicaments à inhaler.

Prestations techniques et actes pouvant être confiés par un médecin

Les listes des prestations techniques de l'art infirmier et des actes qui peuvent être confiés à un praticien de l'art infirmier par un médecin ou un dentiste se trouvent en annexes d'un arrêté royal du 18 juin 1990 maintes fois modifié⁴. On distingue deux types de prestations techniques : les actes « B1 », aussi appelés actes autonomes, qui ne requièrent pas de prescription médicale, et les actes « B2 », pour lesquels une prescription médicale écrite ou orale est nécessaire. Quant aux actes qui peuvent être confiés par un médecin ou un dentiste, ils sont désignés par la lettre C.

Le principe est qu'un praticien de l'art infirmier peut réaliser uniquement les prestations techniques ou les actes pour lesquels il dispose de la compétence, de la formation et/ou de l'expérience nécessaires. De plus, l'arrêté royal du 18 juin 1990 encadre certaines délégations de façon précise. Ainsi, seuls les infirmiers responsables de soins généraux (ou ayant obtenu précédemment un diplôme leur permettant d'être reconnus de façon équivalente aujourd'hui) peuvent se voir confier des actes par un médecin ou un dentiste. Ces listes de prestations techniques et d'actes confiés ont également évolué ces dernières années. À cet égard, il paraît particulièrement pertinent de mentionner que plusieurs actes sont devenus B1 et peuvent donc être effectués de façon autonome par les infirmiers. Il s'agit notamment des actes suivants : l'administration de vaccins, la réalisation de dépistages dans le cadre des campagnes des autorités de santé, le prélèvement de sang et la prescription de l'analyse de ce prélèvement par un laboratoire. Toutefois, ces actes n'ont pas encore été intégrés dans la nomenclature infirmière. Des codes de nomenclature ne leur ont donc pas encore été attribués et cela crée des difficultés pour les infirmiers sur le terrain, notamment car des laboratoires pourraient refuser d'effectuer des analyses sollicitées par une personne portant un numéro Inami infirmier, qui n'est pas encore reconnu comme pouvant prescrire cette prestation... ■

3. H. Jamart, J.-L. Belche, « New Deal pour la médecine générale, New Deal pour les maisons médicales ? », *Santé conjugulée* n°103, juin 2023.

4. Ces listes, tenues à jour, sont disponibles sur le site du SPF Santé publique : www.health.belgium.be.

DE NOUVELLES FONCTIONS INFIRMIÈRES EN SOINS PRIMAIRES

Infirmier responsable de soins généraux, infirmier de pratique de médecine générale, infirmier spécialisé en santé communautaire et infirmier de pratique avancée : la coexistence de ces nouvelles fonctions dans le cadre des soins primaires représente un défi, mais aussi la plus-value possible d'une pratique intégrée.

Jean-Luc Belche, médecin généraliste à la maison médicale Saint-Léonard, PhD, chargé de cours à l'ULiège, **Jacinthe Dancot**, infirmière, PhD, chargée de cours à la Haute École Robert Schuman, professeure associée à l'ULiège.

La réforme de l'art infirmier menée successivement par les ministres de la Santé Maggie De Block (Open Vld) et Franck Vandenbroucke (Vooruit) a entraîné une multiplication des praticiens (aide-soignant, assistant en soins infirmiers, infirmier responsable de soins généraux, infirmier spécialisé, infirmier de pratique avancée, infirmier chercheur clinicien) et d'autres professionnels ayant la possibilité, sous certaines conditions, d'exécuter des prestations techniques infirmières (aidant proche, aidant qualifié, professionnel de soins de santé au sein d'une équipe structurée, assistant de pratique). Les fonctions qui semblent les plus prometteuses

ses arrêtés royaux d'exécution. L'infirmier responsable de soins généraux réalise ainsi toute une série d'actes intellectuels, déployables au niveau individuel et populationnel, peu ou pas valorisés dans la nomenclature actuelle des soins de santé². Sa liste des prestations techniques infirmières (« liste d'actes ») inclut des actes autonomes et d'autres sous prescription médicale, pour collaborer au diagnostic médical et au suivi du traitement. Concrètement, un infirmier responsable de soins généraux est légalement habilité à travailler dans un contexte non hospitalier, y compris une pratique de médecine générale, et a une formation de base pour tous les aspects de cette pratique. Il peut cependant manquer de connaissance ou d'expérience sur certaines spécificités. Cela peut s'acquérir avec le temps selon le contexte de travail, ou avec une formation complémentaire.

Le Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI) suggère en 2017³ que puisse être nommé « infirmier spécialisé » tout infirmier ayant suivi une formation de minimum 20 crédits dans un domaine de spécialisation – l'accès aux formations de l'enseignement supérieur étant réservé aux infirmiers responsables de soins généraux de niveau bachelier. Les avis 2024-01⁴ et 2024-3⁵ identifient les spécialisations possibles sur base des formations existantes, tout en reconnaissant la nécessité d'une liste évolutive.

ISSC

L'infirmier spécialisé en santé communautaire est placé dans le domaine des soins transversaux. Ce bachelier de spécialisation, de 60 crédits incluant des stages, permet de dévelop-

pour soutenir et optimiser le travail en pratique de médecine générale et plus généralement en soins primaires sont l'infirmier responsable de soins généraux (IRSG), l'infirmier spécialisé en santé communautaire (ISSC), l'infirmier de pratique de médecine générale (IPMG), et l'infirmier de pratique avancée (IPA). La filière et la longueur de la formation diffèrent, de même que les actes qui peuvent être posés.

IRSG

L'infirmier responsable de soins généraux est formé dans l'enseignement supérieur (bachelier, 240 crédits, en quatre ans minimum) ou au quatrième degré de l'enseignement secondaire (brevet, en trois ans et demi minimum). Il peut exercer de manière autonome l'ensemble de l'art infirmier tel que décrit dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 sur l'exercice des professions de soins de santé¹ (LEPS, art. 46) et

1. Loi coordonnée relative à l'exercice des professions de santé, *Moniteur belge*, 18 juin 2015.

Des fonctions qui semblent prometteuses.

2. W. Sermeus et al., *Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique*, KCE Reports 122B (2010), kce.fgov.be.

3. Avis concernant le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur, CFAI 2017.01, organesdeconcertation.sante.belgique.be.

4. Avis du Conseil fédéral de l'art infirmier concernant les infirmiers spécialisés, CFAI 2024-01.

5. Avis du Conseil fédéral de l'art infirmier concernant les infirmiers spécialisés (complément à l'avis 2024-01), 19 mars 2024.

per des compétences par exemple en santé des groupes et des populations, promotion de la santé et prévention de la maladie, éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient, déterminants de la santé, droit à la santé et soins de santé primaires, etc. Ces compétences, développées à un niveau plus approfondi que l'infirmier responsable de soins généraux, sont particulièrement pertinentes pour une pratique de médecine générale. Cette formation ne permet pas de prester des actes supplémentaires ou de financement supplémentaire par rapport à un infirmier responsable de soins généraux.

IPMG

Une formation d'infirmier de pratique de médecine générale a été développée en Flandre depuis quelques années et est en cours de création en Fédération Wallonie-Bruxelles – le nom de cette formation pourrait encore évoluer avec le temps, ainsi que son statut si la législation sur les infirmiers spécialisés évolue dans le sens préconisé par le CFAI dans son modèle de fonctions précité. Il s'agit d'un certificat universitaire de 30 à 35 crédits selon les institutions de formation, visant les spécificités nécessaires à la pratique de médecine générale (promotion, prévention, éducation thérapeutique, interdisciplinarité, certains types de pathologies ou de vulnérabilités, réseaux mobilisables, certains actes techniques peu ou pas pratiqués par l'infirmier responsable de soins généraux, etc.) et incluant des stages. À nouveau, bien que l'infirmier de pratique de médecine générale garde la même « liste d'actes » que tout infirmier, il est préparé, dans une formation courte et adaptée aux infirmiers déjà en fonction, à l'intégration dans une pratique de médecine générale.

IPA

L'infirmier de pratique avancée est un infirmier titulaire du master en sciences infirmières et ayant au moins 3 000 heures de pratique dans son contexte de soins ou domaine de spécialisation⁶. Il est formé au soin direct ou indirect dans des situations complexes, au leadership clinique de manière à améliorer la qualité des soins et l'intégration des résultats de la recherche dans la pratique pour répondre à de nouveaux défis sanitaires ou sociétaux, et peut influencer les systèmes dans lesquels il fonc-

tionne au niveau local ou (inter)national. Sur la base d'une convention de collaboration interprofessionnelle, il peut exercer certaines activités cliniques ou actes médicaux de manière autonome : activités liées au diagnostic, traitement et suivi du patient, adresser le patient à d'autres professionnels des soins de santé, prescrire des médicaments et produits de santé, rédiger des certificats médicaux, prendre des décisions liées à l'hospitalisation. Il exerce ces activités après diagnostic et traitement initial par le médecin (sauf situation particulière décrite dans la convention), dans son contexte clinique d'expertise, pour des actes courants et de complexité limitée, avec des risques prévisibles⁷. Les compétences légales de l'infirmier de pratique avancée sont dès lors étendues par rapport à celles d'un infirmier responsable de soins généraux ou d'un infirmier spécialisé.

Les rôles infirmiers en pratique de médecine générale et leur articulation

Un infirmier responsable de soins généraux, un infirmier de pratique de médecine générale ou un infirmier spécialisé en santé communautaire peuvent assumer les rôles suivants dans une pratique de médecine générale : suivi de patients atteints d'affections chroniques selon des protocoles de collaboration, élaboration et exécution de programmes de prévention à l'échelle de la patientèle, soutien au médecin généraliste dans la prise en charge de problèmes aigus ou la réalisation d'actes techniques thérapeutiques ou diagnostiques, coordination des soins pour les patients présentant des problèmes complexes (patients âgés, polymédiqués ou soins palliatifs), élaboration de recommandations de bonne pratique, élaboration de l'évaluation de rapports de qualité et de programmes d'amélioration de la qualité, etc.⁸

L'intégration d'infirmiers dans les pratiques de médecine générale est une réalité en Belgique depuis plusieurs années. La grande majorité des pratiques forfaitaires belges intègrent des professionnels infirmiers⁹ et des enquêtes récentes (New Deal, Domus Medica, UA) renseignent une intégration dans des proportions variant de

La grande majorité des pratiques forfaitaires belges intègrent des professionnels infirmiers.

6. Arrêté royal du 14 avril 2024 visant à moderniser la liste des prestations techniques de l'art infirmier et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier.

7. Arrêté royal du 14 avril 2024 fixant les activités cliniques et les actes médicaux que l'infirmier de pratique avancée peut exercer et les conditions selon lesquelles l'infirmier de pratique avancée peut les exercer.

8. New Deal : Montants et conditions des rémunérations et des primes (2025), www.inami.fgov.be.

9. C. Van de Voorde et al., *Data requirements for risk-adjusted capitation payments for community health centres in Belgium*, KCE Reports 385, 2024.

10. K. Danhieux et al., "Scale-up of a chronic care model-based programme for type 2 diabetes in

Belgium: a mixed-methods study”, *BMC Health Serv Res*, 2023 Feb 9;23(1).

11. *Ibid.*

12. L. Desmet et al., “Task redistribution from general practitioners to nurses in acute infection care: A prospective cohort study”,

J Adv Nurs, Aug; 80(8), 2024.

13. E. Matthys et al., “An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care?”,

BMC Fam Pract, 18, 110 (2017).

14. J. Gentizon et al., « La pratique infirmière avancée : une réponse aux défis du système de santé », www.revmed.ch,

11 décembre 2024.

15. K. Kilpatrick et al., “The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 2014.

16. R. Martin-Misener, et al., “Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review”, *BMJ Open*, 015(5).

17. M. Swan et al., “Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review”, *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 2015.

5 % à 24 % des pratiques de médecine générale, tous modes de financement confondus.

Les enquêtes réalisées à l’occasion de la réforme New Deal placent l’infirmier comme le professionnel de choix cité par les médecins généralistes pour renforcer les pratiques de médecine générale¹⁰. Des données belges récentes rapportent une amélioration du suivi de patients avec maladies chroniques dans ces pratiques intégrées¹¹, et une qualité et une sécurité comparables dans la prise en charge d’infection aiguë¹². Cela rejoint les données de revues de littérature internationales sur le sujet¹³.

Un infirmier de pratique avancée peut s’intégrer dans le paysage de soins primaires (extrahospitalier) avec les compétences et activités étendues décrites ci-dessus selon deux modalités : soit un rôle clinique avec une prise en charge directe et autonome de patients selon des conventions de collaboration préétablies, ce qui est souvent envisagé dans des zones en pénurie médicale (Canada ou France) ; soit à un niveau organisationnel en coordonnant et soutenant les infirmiers de plusieurs pratiques, dans un bassin de vie donné ou à un niveau régional, afin de potentialiser leur action (Suisse¹⁴). Au niveau clinique, les données scientifiques actuelles sont favorables à l’intervention d’infirmiers de pratique avancée dans le suivi de patients chroniques, permettant d’obtenir des résultats aussi bons, voire meilleurs que ceux obtenus lors d’un suivi médical standard, à coût moindre ou égal^{15,16,17}.

Trois obstacles peuvent être identifiés à l’intégration d’infirmiers de pratique avancée au sein de pratiques de médecine générale : les effectifs disponibles, le niveau de qualification et le financement. Le master en sciences infirmières ne « produit » qu’une poignée d’infirmiers de pratique avancée à destination des soins primaires chaque année, la majorité s’orientant vers une pratique hospitalière davantage décrite. Cela ne peut répondre aux besoins du terrain au niveau clinique – mais cette fonction en est à ses débuts et pourrait évoluer si elle reçoit un accueil favorable sur le terrain. Ensuite, le niveau de compétences visé par le master trouvera difficilement terrain d’expression à sa mesure dans une pratique de médecine générale, a priori limitée à 3 000 ou 4 000 patients, avec le niveau de collaboration envisagé actuellement. Enfin, le financement infirmier actuel par la no-

menclature reste bloqué aux actes techniques. Un financement complémentaire est proposé depuis peu pour des prestations en pratique de médecine générale uniquement pour les pratiques non forfaitaires (dont New Deal), mais cela reste insuffisant pour répondre aux aspirations légitimes du détenteur d’un diplôme de niveau master.

À partir de là, il serait possible d’esquisser un système à deux niveaux :

- Infirmier responsable de soins généraux, infirmier de pratique de médecine générale et infirmier spécialisé en santé communautaire, en effectif important, intervenant au domicile du patient et en pratique de médecine générale, pour des soins globaux (incluant des actes techniques et intellectuels), avec un niveau d’intégration variable : du travail en réseau à l’intégration complète (ce dernier volet d’autant plus nécessaire pour le suivi de maladies chroniques et l’action au niveau d’une patientèle).
- Infirmiers de pratique avancée, en effectif plus réduit, intervenant en soutien aux autres infirmiers précités, sur un territoire de population plus étendu ; la fonction clinique pouvant s’exprimer selon les besoins de chaque bassin de vie.

Une troisième voie

De manière générale, ces réflexions sur la réforme des soins infirmiers interrogent la reconnaissance et le financement de la profession infirmière en regard du niveau croissant de tâches et de responsabilité attendu de ces professionnels, notamment en soins primaires. Au-delà de ces limites professionnelles, ces réflexions touchent aussi au problème de la pénurie observée en médecine générale et à la manière dont on veut y répondre : soit augmenter le nombre de médecins généralistes, en conservant les prérogatives et le champ d’action actuels de cette profession, soit à l’extrême la substituer par des infirmiers aux compétences avancées. Ou encore envisager une troisième voie, prometteuse, en misant sur des effectifs plus importants de ces deux professions clés et existantes des soins primaires et en développant un système plus intégré construit sur des collaborations élaborées pour répondre en complémentarité aux défis à venir. ■

LES CONSULTATIONS INFIRMIÈRES

Les infirmières et les infirmiers peuvent-ils avoir un rôle novateur spécifique à jouer dans un nouveau modèle visant à réaliser une meilleure prise en charge des besoins complexes, et donc à améliorer la qualité des soins? Une recherche explore l'intérêt de cette évolution du métier qui pourrait, entre autres effets, contribuer à son attrait.

Marie Dauvrin, Jens Detollenaere, Imgard Vinck, Emily Van Coolput et Koen Van den Heede, du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Mieke Deschodt, Marie Cerulus, Fabienne Dobbels et Pieter Heeren, chercheurs à la KULeuven, Tom Goffin, chercheur à l'UGent.

Vieillesse de la population, flambée des maladies chroniques, multimorbidités, demande et complexité de soins croissantes... les défis auxquels est actuellement confronté le secteur de la santé sont bien connus et de plus en plus difficiles à relever avec les possibilités du système en place et les moyens financiers et humains disponibles. Il est donc plus important que jamais de faire de ces derniers une utilisation optimale et de repenser en profondeur des modèles de soins hérités du passé, à la fois pour gagner en efficacité et pour développer des réponses plus adaptées aux besoins nouveaux. Or, les modèles de soins axés sur le traitement aigu de pathologies individuelles sont limités dans leur capacité à appréhender les situations complexes, qui nécessitent des approches centrées sur la personne et sur ses besoins spécifiques. Dans ce contexte, le KCE, en collaboration avec la KULeuven et l'UGent, a dressé un état des lieux des consultations infirmières telles qu'elles existent actuellement en Belgique et a dégagé des pistes pour améliorer leur développement dans le futur¹. Cet article fait le point sur quelques résultats clés.

Quelle efficacité ?

Il ressort d'une analyse de la littérature² que les consultations infirmières sont au moins équivalentes au comparateur (soins habituels et/ou consultation médicale). Elles pourraient même apporter une plus-value en complément ou en remplacement (partiel) des soins usuels seuls pour les résultats touchant à la qualité de vie, aux comportements de santé (comme l'arrêt du tabagisme ou l'encouragement de l'activité physique), à la mortalité, à la satisfaction des patients et à la compliance au traitement. D'autres

études ont mis en évidence un impact favorable sur l'utilisation des services de santé, au travers d'aspects comme la réduction du nombre de réadmissions hospitalières. Cependant, les données sont trop limitées pour confirmer un éventuel impact sur les coûts.

Quels infis pour quelle consultation ?

En parcourant la littérature et en investiguant les pratiques en France, en Irlande, en Finlande, dans l'Ontario (Canada) et aux Pays-Bas – quatre lieux représentant différents systèmes de santé où les consultations infirmières sont soit en émergence, soit plus développées que ce qui existe aujourd'hui en Belgique –, force est de constater que les consultations infirmières peuvent être assurées par différents types de profils. Dans certains contextes, en particulier dans les soins primaires, les consultations sont parfois confiées à des infirmières et des infirmiers de niveau bachelier sans autre formation particulière. Les profils les plus fréquemment associés à ces consultations sont toutefois ceux d'infirmières et infirmiers spécialisés (bachelier et formation/expertise supplémentaire) et d'infirmières et infirmiers de pratique avancée (IPA, master) ; c'est également ce qui ressort de notre enquête en Belgique auprès de 638 infirmières et infirmiers. Mais si dispenser des consultations requiert un certain niveau de formation et d'expérience, il n'existe pas de données tangibles qui justifieraient de les réserver aux seuls IPA, bien qu'une certaine forme de distribution des tâches puisse être envisagée.

Les consultations infirmières peuvent être assurées par différents types de profils.

1. J. Detollenaere, M. Dauvrin et al., *Consultations infirmières pour les patients avec des problèmes de santé complexes*, KCE Reports 373Bs, 2023, kce.fgov.be.
2. M. Deschodt et al., "The effect of consultations performed by specialised nurses or advanced nurse practitioners on patient and organisational outcomes in patients with complex health conditions: An umbrella review", *Int J Nurs Stud*, 2024 Oct;158.

La première ligne, un lieu de pratique privilégié... sauf en Belgique ?

Dans les cinq pays inclus dans notre comparaison internationale, les consultations infirmières trouvent leur place dans un large éventail de contextes, des soins communautaires (par exemple en institution) à l'hôpital en passant par les soins ambulatoires et les maisons de repos. Ce qui ressort, c'est que les infirmières et les infirmiers endossent des rôles très étendus dans le secteur des soins de première ligne, où ils sont tantôt premiers points de contact, tantôt acteurs de l'éducation à la santé, tantôt même responsables de l'entière d'un centre de soins de santé primaires.

En France, il existe par exemple une coopération organisée entre infirmières, infirmiers et médecins en première ligne – le dispositif ASALEE (action de santé libérale en équipe)³. Dans ce dispositif, les consultations infirmières sont organisées en complémentarité des consultations médicales pour des patients vivant avec des pathologies chroniques : diabète, risques cardiovasculaires, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), asthme, troubles du sommeil ou encore troubles cognitifs. Ces consultations visent un objectif d'éducation thérapeutique personnalisé pour renforcer l'*empowerment*, l'autonomie et l'autogestion des patients. Des protocoles listent une série de tâches

déléguées par les médecins aux infirmières et infirmiers pour leur garantir une autonomie suffisante lors de ces consultations. Il s'agit, par exemple, de la prescription et de la réalisation d'électrocardiogrammes, de la réalisation et de l'interprétation de spirométries ou de l'administration de tests cognitifs à des personnes âgées. Du côté de la Finlande, ce sont toujours des infirmières et des infirmiers qui font la première évaluation dans les centres de santé de première ligne avant d'orienter les patients vers des médecins ou vers des infirmières et infirmiers pour le suivi ultérieur. Dans ces centres, ils mènent des consultations pour toute une série de problèmes de santé aigus et chroniques : soins de plaie, suivi du diabète ou encore activités de promotion de la santé. Si la pose du diagnostic reste l'apanage des médecins, les infirmières et les infirmiers peuvent évaluer la situation, initier le traitement, faire sortir et réorienter la patiente de façon indépendante.

En Belgique, en revanche, sur la base de notre enquête de 2023, le milieu hospitalier prédomine : la grande majorité des infirmières et des infirmiers participants étaient actifs dans un (grand) hôpital général (42,2 %) ou universitaire (26,5 %). Un peu moins d'un quart travaillaient dans les soins de première ligne (maison médicale, cabinet de médecine générale, structure de soins à domicile...) et une petite minorité, dans le secteur de la médecine du travail ou dans d'autres structures de soins (hôpi-

La pose du diagnostic reste l'apanage des médecins.

Qu'est-ce qu'une consultation infirmière ?

À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus et seules les consultations infirmières qui ont lieu dans les soins à domicile sont couvertes par un code de nomenclature⁴. Dans cette étude, les consultations infirmières sont définies comme des consultations qui :

- Ont pour objectif d'apporter des informations, des conseils, un soutien et/ou un suivi aux patients et à leurs proches dans une perspective holistique et en s'appuyant sur des fondements *evidence-based*.
- Sont menées par un infirmier possédant l'expertise clinique et les compétences avancées nécessaires pour pouvoir suivre les cas qui lui sont confiés de manière autonome (ce qui n'exclut pas qu'il puisse travailler en étroite collaboration avec une équipe plus large).
- Peuvent être organisées à la demande d'un médecin, d'autres prestataires de soins, des patients ou de leur entourage, mais aussi, dans certains cas, à l'initiative de l'infirmier. Elles peuvent être planifiées ou non, ponctuelles ou récurrentes.
- S'inscrivent dans différents contextes de soins et domaines de spécialisation (par exemple soins de première ligne, hôpital, soins à domicile, maisons de repos et de soins, soins de santé mentale, etc.).
- Peuvent prendre différentes formes (en personne, par téléphone ou vidéoconférence, par voie électronique, etc.). ■

3. www.asalee.org.

4. Cette étude ne les concernait pas.

taux psychiatriques, centres de revalidation...). Les maisons de repos n'étaient pas représentées dans notre enquête. Une hypothèse pour expliquer cette situation est que les structures plus grandes peuvent plus facilement développer ce type d'approche innovante ; il serait néanmoins intéressant d'examiner si c'est dans cet environnement que les consultations infirmières sont les plus utiles.

Complémentarité ou subsidiarité des consultations infirmière et médicale ?

La relation entre la consultation médicale et la consultation infirmière s'inscrit dans un continuum entre subsidiarité et complémentarité. Dans le premier cas, les infirmières et les infirmiers peuvent reprendre un certain nombre d'activités qui incombait jusque-là aux médecins (évaluation des risques, gestion du traitement dans des populations de malades chroniques dont l'état est stable...). Cette substitution peut décharger les médecins d'une partie du suivi ou de la réalisation de certains actes. Dans le second cas, les infirmières et les infirmiers délivrent un ou plusieurs services supplémentaires qui n'étaient pas encore proposés par ailleurs, généralement dans le but d'améliorer la qualité ou la continuité des soins (par une information plus poussée ou un accompagnement plus étroit, une attention plus grande aux besoins non médicaux...).

Mais, en pratique, c'est souvent un mélange entre complémentarité et subsidiarité qui est observé, sans que l'une de ces approches soit supérieure à l'autre. Le degré de substitution et de complémentarité souhaitable dépend des besoins et réalités concrètes sur le terrain, et peut en outre présenter une variabilité plus ou moins marquée chez les patients avec des pathologies complexes stables ou instables. Soulignons aussi que, même lorsqu'ils reprennent certaines activités, les infirmières et infirmiers ne se substituent jamais complètement aux médecins.

De même, le lien de dépendance entre les deux consultations est variable. Notre enquête montre que la majorité des consultations infirmières sont liées d'une manière ou d'une autre à l'intervention médicale : 81 % des infirmières et infirmiers interrogés interviennent à la demande des médecins. En outre, près d'un quart de nos répondants planifiaient leur consultation

avant celle des médecins ; une proportion équivalente l'organisait après. Chez environ un tiers d'entre eux, la consultation infirmière ne présentait pas de lien direct avec une consultation médicale : en première ligne, cette proportion montait jusqu'à plus de la moitié, ce qui souligne – dans une certaine mesure – la plus grande autonomie des consultations infirmières en première ligne. De même, 17 % des répondants actifs en première ligne déclaraient rencontrer tous ces cas de figure, contre 10 % de ceux qui ne travaillaient pas en première ligne.

Et demain ?

Il peut sembler paradoxal de mobiliser un groupe professionnel lui-même sujet aux pénuries pour de nouveaux rôles et tâches, mais cette évolution pourrait en réalité contribuer à renforcer l'attrait de la profession (et donc à accroître le flux entrant et à améliorer la rétention des effectifs), en offrant de nouvelles perspectives d'évolution à ceux qui l'exercent. Comme la littérature et les exemples internationaux le montrent, les consultations infirmières valorisent l'expertise de la profession, sans pour autant tomber dans le piège du corporatisme ou de la course au diplôme.

Et évidemment, les consultations infirmières ont une plus-value pour la prise en charge des patients vivant des situations complexes en première ligne. La première ligne semble être un terrain fertile pour le développement de ces consultations infirmières, notamment par l'expérience existante de collaboration, de confiance, d'échange de pratiques et d'interdisciplinarité. Mais il reste encore du chemin à faire avant que ce dispositif soit pleinement fonctionnel en Belgique. C'est pourquoi nous recommandons, entre autres, de tester ces dispositifs innovants par le biais de projets pilotes. Ces projets devraient intégrer une évaluation scientifique basée sur le *quintuple aim*⁵, reposant sur une méthodologie mixte, avec des critères et indicateurs transparents. Ces projets devraient pouvoir proposer, durant une certaine période, un cadre réglementaire flexible permettant d'explorer quelles modifications pourraient utilement être apportées au cadre légal ou quels éléments devraient être repris dans les cadres d'accords interprofessionnels, le portfolio⁶ et les instruments de politique futurs. ■

5. Le *quintuple aim* s'articule autour des objectifs suivants : amélioration de la santé de la population ; justice sociale et inclusion avec attention particulière pour les plus vulnérables ; meilleure perception de la qualité des soins par le citoyen/patient ; utilisation plus efficiente des ressources ; accroissement du bien-être des professionnels de la santé.

6. La loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoit que chaque professionnel des soins de santé dispose d'un portfolio contenant les données démontrant qu'il dispose des compétences et de l'expérience nécessaires, de préférence sous forme électronique. Par exemple, le portfolio peut contenir les diplômes, les attestations de formations complémentaires et continues ou des éléments attestant de l'expérience professionnelle.

ÉTOFFER SA PRATIQUE

À travers les consultations proposées dans leur maison médicale, des infirmières et infirmiers endossent une plus grande variété de rôles et de compétences, et bénéficient d'une autonomie plus importante. Ces initiatives locales pourraient-elles se déployer à plus grande échelle pour répondre à la demande croissante de soins complexes en contexte de pénurie ?

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Prisés de sang, soins de plaies, injections, mesure de la tension artérielle... constituent le cœur de l'activité infirmière. Grâce à leur haut niveau de qualification, les infirmières et infirmiers peuvent pourtant assurer des prises en charge plus complexes en réponse aux nouveaux besoins de soins liés au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Comment ces expériences se déclinent-elles en maison médicale ? À la suite d'expériences insatisfaisantes dans le milieu hospitalier, Esranur Kocakaya et Elisabeth Hespel ont choisi de travailler en maison médicale. Avec le soutien de leur équipe, elles sont parvenues à étendre

Avec le soutien de leur équipe, elles sont parvenues à étendre l'offre de soins dispensés aux patientes et patients.

l'offre de soins dispensés aux patientes et patients et à enrichir leur pratique. « Quand j'ai commencé à travailler en maison médicale, je réalisais seulement des actes techniques tels que des prises de sang ou des pansements, témoigne Esranur Kocakaya, de la maison de santé Potager à Saint-Josse-ten-Noode. Or j'avais suivi quatre années d'études

et j'avais besoin de faire de la clinique. Je voulais prendre soin des personnes et les accompagner dans leurs besoins. » Comme ce n'était pas très habituel pour les médecins, elle a dû s'affirmer pour pouvoir réaliser elle-même les anamnèses de nouveaux patients : « Avant, ceux-ci s'inscrivaient à l'accueil puis obtenaient un premier rendez-vous chez un médecin généraliste. Désormais, je me charge de l'inscription administrative d'une partie de la patientèle et je réalise l'anamnèse sur base d'un canevas qui a été validé avec les méde-

cins. J'évalue ensuite s'il est nécessaire de les orienter vers un généraliste. »

Diversification de l'activité infirmière

Forte d'une expérience similaire au moment de l'inscription de nouveaux patients dans sa maison médicale, Antenne Tournesol à Jette, Elisabeth Hespel rend compte des autres actes médicaux qui lui sont dévolus dans le cadre de ses consultations : « Je mesure souvent les INR – international normalized ratio – chez les personnes qui prennent des anticoagulants pour mesurer la fluidité de leur sang. Ce contrôle régulier permet d'adapter la posologie de leur traitement en leur évitant de se rendre systématiquement à l'hôpital. J'administre aussi des vaccins et je réalise des électrocardiogrammes dont les résultats sont analysés par un de nos assistants en médecine générale. » Tous ces actes sont encadrés par des procédures internes établies avec les médecins pour délimiter le champ d'action de chaque soignant et prévoir les cas dans lesquels la consultation d'un généraliste s'impose.

« Nous n'avons pas fait quatre années d'études pour exécuter des ordres médicaux, estime Esranur Kocakaya, nous exerçons aussi des actes autonomes. J'observe que beaucoup de compétences des médecins généralistes se recoupent avec celles des infirmières responsables des soins généraux. Pour certaines prestations, il n'est pas nécessaire de consulter un généraliste puisque l'infirmière dispose d'un large éventail de compétences encore sous-employées. Nous disposons de compétences propres d'observation et d'aide au diagnostic et c'est à nous de les faire connaître aux autres soignants. »

Quels bénéfices ?

Le développement des consultations infirmières poursuit plusieurs objectifs :

- Confier aux infirmières et infirmiers des prises en charge plus holistiques.
- Décharger les médecins et leur permettre de se focaliser sur d'autres accompagnements (en réalisant des consultations plus longues quand l'état de santé de certains patients le requiert, par exemple).
- Renforcer la continuité des soins (les infirmières prennent en charge les examens périodiques prescrits aux personnes atteintes de pathologies chroniques, par exemple).
- Étoffer l'offre de soins proposée aux patients et renforcer leur implication dans la relation de soins (par le biais d'un accompagnement plus étroit et d'informations plus détaillées).
- Favoriser le travail interdisciplinaire et les échanges de pratiques et de savoirs entre soignants.

C'est surtout l'enrichissement de leur pratique de soins qui motive les deux infirmières : « Dès le début, j'ai partagé à mon équipe que mon intérêt premier n'était pas de faire gagner du temps aux médecins, mais d'assouvir mon besoin de faire de la clinique et de renforcer ma place d'infirmière en maison médicale », précise Esranur Kocakaya.

Ces consultations permettent aussi de tisser des liens de confiance avec les patients qui se livrent parfois différemment en fonction de leur interlocuteur : « Ils nous partagent des choses dont ils n'ont pas parlé avec le médecin parce qu'ils se sentent plus à l'aise ou parce que la pose des électrodes prend du temps et leur en donne l'occasion », relate Elisabeth Hespel.

Prévention et qualité des soins

L'approche préventive déployée dans les consultations infirmières participe aussi à l'amélioration de la qualité des soins dispensés en maison médicale. Initiée dès le premier rendez-vous, cette approche se concrétise à travers un bilan de santé qui tient compte des déterminants médicaux (antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux) et non médicaux (environnement, travail, modes de vie, loisirs, etc.) de la santé. « Si nous décelons une surcharge pondérale par exemple, nous la consignons dans le dossier de santé informatisé afin de notifier les examens à programmer régulièrement », rapporte Elisabeth Hespel. « Je leur demande aussi leur statut vaccinal et je leur donne des informations sur les dépistages pos-

sibles : infections sexuellement transmissibles, cancer du col de l'utérus, mammotest et colotest, complète Esranur Kocakaya. *Compte tenu de ce qu'ils et elles me disent, je peux directement programmer les rendez-vous avec leur accord. Cela nous permet aussi de dépister des pathologies qui passaient parfois sous les radars et de les prendre en charge plus précocement.* »

Une attention est également portée aux habitudes et objectifs de vie des patients : « Quand je détecte que l'objectif prioritaire d'une personne porte sur l'arrêt de ses consommations de drogue ou d'alcool, je l'oriente vers un médecin généraliste pour qu'elle bénéficie d'un accompagnement adéquat. »

Éducation thérapeutique

Quand des maladies chroniques surviennent, les consultations infirmières peuvent prendre la forme d'un suivi continu. « Si les médecins déistent de l'hypertension artérielle chez une personne ou estiment qu'elle n'est pas assez bien prise en charge, ils me l'envoient pour que je prenne le temps de lui expliquer ou réexpliquer la maladie et pour évaluer ses connaissances et ses habitudes de vie », dit Esranur Kocakaya. Le recours à des fiches illustrées soutient les infirmières dans l'éducation thérapeutique des patients. « Je les utilise pour leur expliquer le fonctionnement d'un tensiomètre et les paramètres à mesurer, pour leur exposer les symptômes et les aider à identifier les leurs, et pour les informer sur les facteurs de risque, les comportements à éviter et les complications qui peuvent advenir, poursuit-elle. Je leur remets ensuite un document sur lequel ils peuvent noter leurs prises de paramètres et lors du rendez-vous suivant je décide sur cette base s'il faut les renvoyer chez le médecin. »

Les consultations en diabétologie sont une autre activité centrale des maisons médicales. « Quand un médecin établit un nouveau diagnostic de pré-diabète ou de diabète ou quand la prise en charge d'un patient évolue, les patients sont invités à me consulter et je m'appuie aussi sur des illustrations pour évaluer leurs connaissances, leurs compétences et leurs peurs, et pour leur prodiguer des conseils sur l'alimentation », explique Esranur Kocakaya.

Ces consultations permettent aussi de tisser des liens de confiance avec les patients.

Parallèlement, cette infirmière suit une formation en diabétologie pour renforcer sa légitimité à dispenser ce type de consultations et pour pouvoir les facturer. *« J'y apprends des choses plus pointues par rapport à la gestion des traitements, bien que ma formation d'infirmière m'ait déjà permis d'acquérir de nombreuses compétences fondamentales dans ce domaine. »*

Clarifier le cadre légal

Elisabeth Hespel souligne le manque de reconnaissance de la diversité des tâches qu'elle exerce : *« Pendant nos études d'infirmière, nous avons beaucoup de cours sur la prévention qui nous incitent à agir sur les facteurs influençant la santé. Sur le terrain, pourtant, nous n'avons presque pas de liberté d'action dans ce domaine et aucun code de nomenclature ne permet d'attester ce type de prestations en cas de facturation à l'acte. Le forfait permet en revanche de financer presque tout ce que je fais dans le cadre des consultations de prévention. Idem pour les séances d'éducation au diabète : tant que nous n'avons pas le titre d'éducateur ou d'éducatrice en diabétologie, nous ne pouvons pas attester ces prestations. »*

Plus globalement, le cadre légal belge *« ne permet pas de déployer pleinement le concept [des consultations infirmières] tel qu'il existe déjà dans d'autres pays »*, rapporte le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) dans une étude récente¹. *« Les actes qui peuvent être effectués par les infirmiers belges sont en effet clairement balisés et sensiblement plus limités que ceux qui sont ouverts aux infirmiers dans d'autres pays. »* Par ailleurs, les résultats de cette enquête laissent entrevoir *« que les infirmiers belges qui mènent des consultations flirtent parfois avec les limites du cadre légal et que le modèle en place a donc atteint ses limites »*.

Esratur Kocakaya confirme le caractère flou de la législation en vigueur qui, selon elle, ne délimite pas suffisamment le périmètre d'action des infirmières et infirmiers ni les actes médicaux qui peuvent leur être délégués. *« Le cadre a un peu évolué en 2023 et la redéfinition de la fonction d'infirmière a intégré les activités de prévention et*

les campagnes de vaccination que nous prenons déjà en charge », concède-t-elle. À l'avenir, elle privilégierait un cadre légal plus ouvert qui tiendrait compte des compétences réelles de chaque prescripteur et des spécificités de chaque lieu de soins pour favoriser l'interdisciplinarité. *« J'espère que ces changements vont s'accompagner d'une revalorisation salariale pour notre profession »*, ajoute-t-elle.

Une réponse aux défis de notre système de santé ?

Comme de nombreux autres pays, la Belgique est confrontée à une pénurie de soignants qui met à mal la qualité, la continuité et l'accessibilité des soins. Bien qu'il puisse paraître paradoxal de solliciter un secteur sujet aux pénuries pour endosser de nouveaux rôles, Esratur Kocakaya et Elisabeth Hespel y voient l'opportunité de renforcer l'attrait de la profession en offrant des perspectives d'épanouissement au travail et de reconnaissance de l'ensemble de leurs compétences. *« Si nous sommes nombreuses à quitter l'hôpital et le secteur de la santé, c'est parce que notre métier consiste en un accompagnement biopsychosocial, avance Esratur Kocakaya. Nous sommes davantage dans le care que dans le cure. À l'hôpital, je n'étais pourtant qu'une exécutante et je n'avais pas le temps d'en faire plus. Or ce qui m'anime principalement, c'est l'aspect relationnel du soin. Les consultations infirmières nous permettent de mettre en œuvre ce qu'on a appris et de faire profiter la collectivité de tous nos savoirs. »*

D'après un sondage réalisé par le groupe des infirmières des maisons médicales bruxelloises (voir l'article suivant), des freins limitent encore le déploiement de ces consultations : la réticence de certains médecins généralistes, le temps requis pour dispenser des soins à domicile, etc. *« Dans mon cas, j'ai la chance de faire partie d'une équipe qui est engagée dans un projet politique de transformation du système de santé et qui donne une place à chaque secteur »*, reconnaît Esratur Kocakaya.

Accroître le partage des tâches et des compétences, renforcer la complémentarité entre professionnels, développer des soins relationnels qui misent sur l'implication des patients... autant d'enjeux à intégrer dans une réflexion plus large sur la réorganisation des soins de première ligne et la recherche de solutions pérennes face à la pénurie structurelle de soignants. ■

L'opportunité de renforcer l'attrait de la profession en offrant des perspectives d'épanouissement au travail.

1. J. Detollenaere, M. Dauvrin et al., *Consultations infirmières pour les patients avec des problèmes de santé complexes*, KCE Reports 373Bs, 2023, kce.fgov.be.

UNE PROFESSION TOUJOURS MAL (RE)CONNUE

L'introduction de l'échelle barémique IF-IC¹ depuis 2018 a renforcé un sentiment d'injustice au sein de la profession, le profil du poste «infirmier en maison médicale» ne correspondant pas toujours au terrain. Une enquête explore cette réalité et met en lumière une méconnaissance du rôle, des compétences et des responsabilités des infirmières dans certaines équipes.

Madli Bayot, chargée de projets au service études de la Fédération des maisons médicales.

La pandémie de Covid-19 a amplifié les difficultés rencontrées par les infirmières exerçant dans les maisons médicales et dans d'autres secteurs. Elles ont continué à travailler sur le terrain ou chez les patients en étant beaucoup plus exposées au virus, parfois sans protection. En plus d'engendrer fatigue, sentiment d'isolement et charge mentale, les conditions ont montré que le travail infirmier peinait à être valorisé. Par ailleurs, le profil du poste «infirmier en maison médicale» associé au barème IF-IC 14 ne prend pas en compte toutes les dimensions du travail, car il s'agit d'un descriptif qui reprend le plus grand dénominateur commun des institutions wallonnes, flamandes et bruxelloises, fédérées ou non fédérées, afin de définir les barèmes minimaux applicables. Des inégalités existent de ce fait concernant les barèmes salariaux appliqués dans les maisons médicales membres de la Fédération.

La description de cette fonction par l'IF-IC est le résultat d'entretiens menés auprès de professionnels de terrain il y a plus de dix ans, mais la profession infirmière est toujours en évolution, via la réforme de l'art infirmier de juin 2023² : une nouvelle échelle de soins inclut notamment les assistantes en soins infirmiers et les infirmières de pratique avancée ; et la liste des actes s'élargit, conférant davantage de responsabilités aux infirmières. La profession s'inscrit en outre dans un climat général de pénurie et de croissance des besoins de santé³. Dans ce contexte, une enquête⁴ a été lancée, avec pour principaux objectifs d'offrir une perspective globale du travail infirmier en maison médicale et de mettre en avant le rôle des infirmières dans les équipes. Plusieurs hypothèses ont été émises :

- En maison médicale, les infirmières jonglent souvent entre plusieurs fonctions, sont peu nombreuses et engagées à temps partiel.
- Les infirmières solos font plus de coordination et sont donc mieux payées que celles travaillant en équipe, car les soins sont davantage externalisés.
- La prise en soins globale des patients, au-delà des aspects techniques, est insuffisamment considérée.

Premiers résultats

Nonante infirmières de 62 maisons médicales (parmi les 140 membres à Bruxelles et en Wallonie) ont répondu au questionnaire. Toutes les équipes participantes sont au forfait ou en phase de l'être. Elles ont majoritairement plus de dix ans d'existence et pour la moitié d'entre elles entre 1 500 et 3 000 patients inscrits. Ces maisons médicales emploient en moyenne deux infirmières, tandis que le temps de travail du secteur infirmier correspond à deux équivalents temps plein ou moins dans la majorité des structures (74,2 %). Dans un tiers des équipes (32,3 %), le secteur infirmier n'est composé que d'une personne qui, dans la moitié des cas, travaille à mi-temps ou moins. 30,6 % des équipes infirmières travaillent le week-end, à domicile et éventuellement au dispensaire. Près de la moitié des structures disposent d'une ou plusieurs infirmières responsables de la coordination des soins, rémunérées principalement selon les barèmes IF-IC 15 (37,5 %) ou 14 (34,4 %). La totalité des infirmières solos coordonne les soins infirmiers, là où les équipes de plus de deux infirmières fonctionnent

1. www.if-ic.org.
2. Loi modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, afin d'y insérer la réforme de l'art infirmier et d'y supprimer les Commissions techniques de l'art infirmier et des professions paramédicales et d'y adapter les missions des Conseils fédéraux de l'art infirmier et des professions paramédicales, *Moniteur belge*, 30 mai 2024.
3. H. Janssens, T. Laverigne, « Pénurie des infirmières et crise du "prendre soin" », *Santé et Société* n° 10, juillet 2024.
4. À l'initiative d'infirmières du groupe sectoriel bruxellois : A. Baise (maison médicale Norman Bethune), E. Kocakaya (maison de santé Potager),

Dans un tiers des équipes, le secteur infirmier n'est composé que d'une personne.

souvent sans coordination. Toutes les participantes à l'enquête sont salariées. 45 % des infirmières solos sont rémunérées selon le barème IF-IC 14 et 35 % selon le barème IFIC 15. 78,9 % des participantes présentent une spécialisation, qualification ou master, principalement en santé communautaire, soins de plaies ou santé publique. La plupart (62,2 %) témoigne occuper un autre poste au sein de la maison médicale, souvent en santé communautaire/promotion de la santé ou à la gestion. Par ailleurs, 16,7 % des répondantes ont une activité professionnelle hors de leur maison médicale.

Un profil de poste à rallonge

En moyenne, les infirmières remplissent 93,2 % des tâches issues de la description de fonction « infirmier en maison médicale » (barème IF-IC 14). Toutefois, des tâches supplémentaires sont effectuées, davantage associées à des actes intellectuels (concertation, coordination, information, etc.), notamment : commander et gérer le stock de matériel, réaliser des consultations de prévention concernant les maladies chroniques courantes, accompagner le patient via les entretiens motivationnels, lui transmettre les valeurs du patient-partenaire, lui permettre de s'intégrer à des groupes de pairs, réaliser des planifications anticipées de soins, former les collègues à la pratique de certaines techniques de soins, coordonner les hospitalisations à domicile, collaborer avec l'assistant social, effectuer des actes confiés par un médecin, arborer la casquette de chargée d'études pour établir des diagnostics populationnels...

Peut-on rêver d'un avenir meilleur ?

D'après ces premiers résultats, ce qui malmène le plus les infirmières reste le manque de (re) connaissance du métier en maison médicale, à tous les niveaux : collègues, patients, unités externes (tels que les services hospitaliers), politiques et dans l'inconscient collectif. La profession est trop souvent considérée comme de petites mains corvéables qui pallient les manquements. Devant l'absence d'un profil type qui corresponde réellement aux tâches effectuées et au vu de la variabilité de la pratique infirmière selon la structure, il est suggéré de travailler en équipe à l'élaboration d'une adaptation du pro-

fil de poste « infirmier en maison médicale » afin de se l'approprier au mieux. En parallèle, face à la réforme de l'art infirmier en cours, une clarification par l'IF-IC des différentes dimensions de la fonction infirmières pour savoir qui engager, pour quoi faire et dans quelles conditions serait nécessaire. Dans le cadre de ce chantier d'entretiens de la classification de fonctions, une participation en tant qu'acteurs de terrain aux tables rondes et/ou entretiens individuels est possible et encouragée⁵. D'autres difficultés sont identifiées, telles que le manque de valorisation salariale de l'aspect multifonction de la profession (prévention, promotion, actes infirmiers, coordination de la prise en charge des patients...), tandis que les responsabilités associées augmentent. En effet, dans un contexte de pénurie de médecins généralistes, les infirmières, via leur formation de plus en plus poussée, sont amenées à réaliser des tâches infirmières qui sont aussi des tâches de médecins, ces derniers se reposant davantage sur leurs diagnostics. Une revalorisation salariale semble nécessaire pour assurer la continuité des soins.

Le manque de personnel entraîne une impossibilité de se faire remplacer et une charge de travail additionnelle, amplifiée par l'affaiblissement des autres secteurs, l'augmentation des situations complexes des patients ou les tâches administratives. Il en résulte un manque de temps pour effectuer les tâches de soins, de fonctionnement du secteur ou de formation. En outre, l'autogestion étant à la fois une richesse et un défi quotidien, celle-ci implique que les infirmières sont les propres gestionnaires de leur métier et de leur secteur. Dans une moindre mesure, d'autres obstacles au bien-être du personnel infirmier en maison médicale sont soulignés : charge mentale importante, complexité de l'organisation des différents temps de travail, logiciels inadaptés au travail en multidisciplinarité, spécificité des horaires, etc.

La sectorisation des barèmes IF-IC (maisons médicales, soins à domicile, soins hospitaliers...) favorise une certaine concurrence et de la complexité au niveau du calcul. Il serait préférable de travailler par dimension (aide-soignante, AESI, IRSG, IRSG spécialisée, IPA, etc.⁶), avec des barèmes revus à la hausse vu les nouvelles responsabilités infirmières et l'insertion de nouvelles professions dans l'échelle de soins. ■

Les infirmières sont les propres gestionnaires de leur métier et de leur secteur.

M. Magerotte (maison de santé des Libertés),

S. Miaka Lukebe (maison médicale Anderlecht),

A. Moschonas (maison de santé Atlas).

5. Voir l'article p. 22, J.-L. Belche,

J. Dancot, « De nouvelles fonctions infirmières en soins primaires ».

6. « Participation à la réserve pour l'entretien de la classification de fonctions », www.if-ic.org.

PÉNURIE ET CRISE

DU « PRENDRE SOIN »

Où trouver du personnel infirmier et aide-soignant ? Une étude récente¹ contribue à mieux cerner cette problématique en la chiffrant et en identifiant ses causes et ses conséquences.

Hélène Janssens, chargée d'études à la Mutualité chrétienne.

Des données de la Mutualité chrétienne montrent la croissance des besoins dans le secteur des soins à domicile tandis qu'une enquête menée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes auprès de 1 200 infirmiers, infirmières, aides-soignants et aides-soignantes révèle les liens entre l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession au regard de plusieurs difficultés : violence, impossibilité de réaliser certains soins, conflit travail-famille dans des secteurs essentiellement féminins.

La pénurie s'inscrit dans la souffrance de nombreux métiers du *care*. Aux racines de cette crise, n'y a-t-il pas une crise plus profonde de notre incapacité à valoriser « le prendre soin d'autrui » dans un système profondément individualiste ? Comme si les mythes du succès et de l'autonomie occultaient un peu trop nos vulnérabilités humaines fondamentales. Les résultats de cette étude montrent que le cœur du métier infirmier est empêché (manque de temps, de présence, d'accompagnement humain) ce qui alimente la désertion d'un métier que l'on fait justement avec cœur.

Un manque généralisé

La pénurie s'est installée dans tous les secteurs : hôpitaux, maisons de repos et de soins, soins à domicile, santé communautaire, etc., et dans de nombreux pays². Il n'est pas rare d'entendre qu'une aide-soignante doit s'occuper de trente résidents en maison de repos, que les jeunes infirmières se réorientent très vite ou que des hôpitaux ferment des services faute de personnel. La fonction infirmière occupe depuis longtemps les listes des métiers en pénurie. En Flandre, selon le VDAB, il y avait 10 000 places vacantes pour seulement 770 chercheurs et chercheuses d'emploi en 2023. Au vu de la diminution du

nombre de nouveaux professionnels entrants dans les secteurs infirmiers et des maux dont fait état la profession, la situation ne devrait pas s'améliorer. La combinaison d'une demande de soins en augmentation et du nombre de professionnelles et professionnels disponibles pour les prendre en charge menace la qualité des soins. C'est un cercle vicieux, aggravant les conditions de travail des soignantes et soignants en poste. « *Le contexte de pénurie accentue la charge organisationnelle et la charge émotionnelle des infirmiers qui vivent déjà au quotidien des situations humainement difficiles* », soulignait un article de Médor³, tout comme une carte blanche parue dans *Le Soir* : « *Menés à bout, ces travailleurs risquent à leur tour de s'absenter alors que nous ne parvenons déjà pas à engager des remplaçants.* »⁴

Quelques chiffres

La pénurie s'explique : d'un côté, le recours aux soins augmente, le vieillissement en étant particulièrement moteur, et de l'autre, les professionnels sont confrontés à de nombreuses difficultés. Même si le nombre total de soignantes et de soignants augmente, l'ampleur des besoins augmente davantage, s'intensifie et se complexifie. Selon les données de planification du SPF Santé publique⁵, les tendances projetées sur les vingt prochaines années montrent un fort déséquilibre : le personnel ne sera pas suffisant et c'est principalement dans les secteurs des maisons de repos et des soins à domicile que les pronostics sont les moins bons. Le croisement des besoins et du personnel dans toutes les régions belges fait état de 25 % d'infirmières en moins pour la

1. H. Janssens, T. Laverigne, Pénurie des infirmières et crise du « prendre soin », *Santé et Société* n° 10, juillet 2024. Collaboration entre la Mutualité chrétienne et

La fonction infirmière occupe depuis longtemps les listes des métiers en pénurie.

l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

2. C. Gard, C. Allen, *Bonnes pratiques à l'étranger en matière de revalorisation des métiers du soin. Le cas de quatre pays européens*, 2024, Institut pour l'égalité des

femmes et des hommes, igvm-iefh.belgium.be.

3. Q. Noirfalisce, « L'hôpital du futur, vraiment ? - Blouses blanches, colère noire », *Médor*, novembre 2019.

4. G. Cornu, « SOS, soins de santé en détresse ! », *Le Soir*, 24 janvier 2024.

5. SPF Santé publique, *PlanCad Infirmiers 2004-2018*.

6. Le ratio entre le nombre d'infirmières et le nombre de soins à pourvoir

prise en charge des patients dans les maisons de repos et de 20 % en moins dans les soins à domicile d'ici à 2046⁶. En Flandre, la situation est également critique dans les hôpitaux. Seules les prévisions pour la santé communautaire en Wallonie sont positives.

Pour illustrer l'augmentation des besoins, on peut regarder les données de la Mutualité chrétienne pour ses membres dans le secteur des soins à domicile. Entre 2013 et 2022, la demande de contacts à domicile entre soignants et soignés augmente de 26 %. En 2022, 25 % des membres avaient besoin de plus de sept prestations de soins à domicile par semaine, contre quatre prestations en 2013 ; les 10 % de membres ayant le plus de besoins nécessitaient vingt prestations en 2022 contre seulement treize en 2014. Ces constats, qui s'expliquent notamment par le virage ambulatoire et le souhait de plus en plus fréquent de maintenir les plus âgés à domicile, sont préoccupants.

À ces observations s'ajoutent de nombreux problèmes en cours de carrière qui affectent les professionnelles : les risques de burn-out, l'absentéisme, les emplois vacants, les problèmes de rétention des jeunes, etc. En observant les pyramides des âges entre 2004 et 2018⁷, on voit une diminution de

la présence des jeunes infirmières et une surreprésentation des plus âgées. Dans toutes les régions, un tiers des infirmières actives ont plus de cinquante ans. C'est alarmant au vu du vieillissement de la population et du départ des infirmières plus âgées à la retraite.

Il semble complexe de former de jeunes professionnelles et de susciter des vocations dans le contexte actuel. Seuls 30 à 35 % des étudiants et étudiantes terminent leurs études⁸. Parallèlement, on note une diminution des nouvelles et nouveaux professionnels (8 579 disposaient du visa pour exercer en 2013 vs 5 521 en 2022). « *La rétention des infirmières entre vingt-cinq et quarante ans est un vrai challenge* », constate une étude sur l'épuisement et l'intention de quitter la profession⁹. « *La plupart finissent par se reconverter dans d'autres secteurs* », selon une analyse des fonctions critiques dans la Région de Bruxelles-Capitale¹⁰. Cette difficulté à attirer des jeunes résonne avec le mal-être des infirmiers et

infirmières en poste. En 2019, déjà un tiers des infirmières était à risque élevé d'épuisement professionnel, un tiers avait l'intention de quitter son emploi et le dernier tiers vivait de l'insatisfaction¹¹. Dans les hôpitaux, 11,2 % du personnel est absent et le recours à du personnel intérimaire augmente¹². Tout cela signifie souvent des équipes de travail incomplètes, qui déstructurent le travail collectif. Or, dans ce métier à forte charge émotionnelle, le soutien des pairs est essentiel. Pourquoi de si sombres prévisions ? Que nous apprennent les réalités des soignantes ?

Les maux de la profession

L'étude montre que, pour 93 % des professionnelles interrogées, la mise en place des soins relationnels est très ou plutôt importante. Dans l'acte de soigner, on retrouve les aspects du *care* (aspects plus humains, relation à l'autre, écoute, présence), et ceux du *cure* (aspects plus techniques du soin). Avoir du temps pour le *care* a une influence directe sur le sens que les professionnelles rapportent avoir ou non dans leur travail et sur leur intention d'*exit* (absentéisme, intention de quitter l'emploi ou même la profession) ; 66 % des professionnelles avec des intentions d'*exit* soulignent l'incapacité de mettre en place des soins relationnels comme un motif de souffrance. De surcroît, les facultés du « prendre soin » sont très peu reconnues dans la société. Or, aujourd'hui, les difficultés de mise en place des actes relationnels forment l'une des causes profondes de la pénurie. Pour expliquer ces difficultés, on retrouve dans le top 3 : la surcharge de travail (76 %), l'épuisement émotionnel (45 %) et les difficultés avec les bénéficiaires rencontrés (30 %). Les autres raisons soulignées sont le manque de valorisation par les hiérarchies des techniques (29 %), les mobilités intraorganisationnelles (20 %), la diminution des durées de séjour (15 %) et le manque de travail d'équipe (22 %).

La surcharge, évoquée comme premier motif dans l'enquête, est imputable à l'inadéquation entre les ressources humaines et la charge de travail, à une surcharge de l'administratif (protocoles, encodage, etc.) et à la polyvalence des tâches (prise en charge de tâches non infirmières, etc.). Cette surcharge croît également avec la complexification et l'intensification des soins. Ces raisons expliquent que les actes rela-

diminue d'un quart ou d'un cinquième, ce qui veut dire que le déséquilibre entre ces deux variables augmente à hauteur de ces proportions.
7. SPF Santé publique, *op cit.*
8. C. Grard et al., *Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation*, UCLouvain, 2023.

Les facultés du « prendre soin » sont très peu reconnues dans la société.

9. A. Bruyneel et al., « Association of burnout and intention to leave the profession with work environment: A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic », *Int J Nurs Stud*, 2023 Jan: 137.
10. View Brussels, *Analyse des fonctions critiques 2020 en Région de Bruxelles-Capitale*, 2021.
11. K. Van den heede et al., *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*, KCE Reports 325As, 2019.
12. Belfius, *Analyse Maha 2023*, www.belfius.be.

tionnels sont souvent impossibles à réaliser, pesant sur la qualité des soins, le sens au travail, et le mal-être des soignantes et des soignants. Enfin, beaucoup vivent des situations de violences et les stagiaires sont également exposés à de mauvais traitements, expliquant en partie les chiffres concernant l'arrêt des études. Dans l'enquête, les liens entre fréquence des violences subies par les bénéficiaires et les intentions d'*exit* sont clairs.

En outre, comme la profession est majoritairement féminine (86 % d'infirmières et 92 % d'aides-soignantes), l'articulation entre le travail et la vie privée est d'autant plus problématique dans une société où les charges domestiques sont encore trop peu équilibrées. Les heures supplémentaires, les mobilités interservices, les remplacements au pied levé et les difficultés d'articulation entre vie privée et vie professionnelle forment d'autres nœuds dans la profession.

Éclairage par les théories du *care*

Ces maux alimentent les intentions d'*exit* et donc la pénurie. Cela crée une crise du prendre soin parce que des bras manquent et vont manquer dans le futur pour s'occuper des personnes âgées, des malades, et plus généralement de toute personne vulnérable. Or, paradoxalement, nous aurons tous et toutes un jour besoin de soins. C'est ici que nous rejoignons les pensées des théories du *care*. Selon cette littérature du soin, l'être humain est un être vulnérable et dépendant des autres en opposition avec le paradigme néolibéral qui place au centre l'autonomie et la force. Notre culture du « prendre soin » et de la relation à autrui se heurte ainsi aux diktats de l'autonomie et des injonctions individualistes. Le manque de reconnaissance du « prendre soin », l'invisibilité de ses enjeux humains continuent d'occulter l'essentialité du *care* au fonctionnement de la société. En reléguant dans les coulisses une armée invisible de femmes infirmières, aides-soignantes, enseignantes, puéricultrices, le monde de la performance continue de les ignorer¹³, rappelle la philosophe française Sandra Laugier. Or, si « *personne ne s'en chargeait, des pans entiers de l'économie seraient paralysés* »¹⁴. Par le biais de ces enjeux de non-valorisation, les racines de la pénurie des infirmières rejoignent celles de la pénurie des autres métiers du *care* exprimant des manques de personnel sans précédent dans des lieux de sens comme

les hôpitaux, les écoles, les crèches ou dans des lieux de l'action sociale. Par conséquent, quand il faut prendre le relais de ces tâches, le piège est de surcharger les sphères informelles et donc les femmes. Aujourd'hui encore, 82 % des aidants proches sont des femmes. Les inégalités risquent de se renforcer en défaveur des femmes, des personnes ayant des entourages restreints et de celles en situation de pauvreté.

Des recommandations

Comme des poupées russes, les différentes crises chez les infirmières, crise de la formation, des stages, crise du recrutement, crise de la fidélisation et crise des conditions de travail s'emboîtent les unes aux autres. Les étudiants et étudiantes allant au bout de leur formation se font rares, le recrutement est difficile et le personnel infirmier en poste est à haut risque de burn-out. Parallèlement, la population vieillit et a besoin d'aide face aux difficultés physiques et mentales de la vie. Additionner ces besoins de soins, incompressibles, avec les conditions de travail actuelles des professionnels noircissent le futur.

Face à ces problèmes, l'étude avance plusieurs recommandations. Parmi celles-ci, commençons par rendre prioritaires les métiers du *care* dans les choix politiques et budgétaires, au risque de se trouver sans soignantes et d'affecter grandement la détection des besoins, l'accessibilité et la qualité des soins. Aussi, chercher à mieux quantifier la problématique est nécessaire pour continuer à lui donner de la visibilité. Parallèlement, l'amélioration des conditions de travail semble prioritaire à toute action visant à améliorer l'attractivité. Il n'est pas possible d'agir sur les stages infirmiers tant que les conditions de travail de celles qui doivent les encadrer et donner « envie » ne sont pas améliorées. Cela passe entre autres par une diminution de la violence, une meilleure articulation entre vie privée et professionnelle, des normes d'encadrement adaptées, des équipes de travail stables et complètes, de la reconnaissance de la pénibilité, du temps pour le « prendre soin » et bien d'autres. À côté de tout ce que nous pourrions rationnellement mettre en place, il est primordial de retrouver la place, le sens et la reconnaissance que nous portons aux métiers s'occupant d'autrui au risque que les pénuries continuent de nier des parties importantes de notre humanité, et celles qui en ont la responsabilité. ■

13. S. Laugier, « L'éthique du *care* en trois subversions »,

Multitudes n° 42, 2010.

14. Oxfam, *Inégalités économiques hommes-femmes*, 2024, oxfambelgique.be.

STAGIAIRE : UN TRAVAIL PÉNIBLE ET GRATUIT

Épuisement, stress, souffrance psychique... plus de la moitié des étudiantes et étudiants en soins infirmiers sont exposés au risque de «burn-out académique». En cause? Des facteurs multiples, parmi lesquels la lourdeur des études et de mauvaises conditions de stage.

Marinette Mormont, membre de la rédaction de *Santé conjugulée*.

1. V. Baudewyns, HELB Ilya Prigogine, HE Galilée, École de santé publique ULB; A. Bruyneel, École de santé publique ULB; P. Smith, Sciensano, UCL; J.-Ch. Servotte, Henallux; J. Dancot, HE Robert Schuman, ULg.
2. Pour les résultats de la première phase de la recherche : V. Baudewyns

La prévalence du risque de burn-out académique n'a fait qu'augmenter au cours des observations.

et al., "Prevalence and factors associated with academic burnout risk among nursing and midwifery students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study", *Nursing Open*, 10, 2023.
3. La seconde filière étant le brevet d'infirmier hospitalier, formation en trois ans et demi.
4. M. Michiels, « Les études en soins infirmiers : la chute des inscriptions », *RTBF Info*, 15 janvier 2024.

Le phénomène de souffrance au travail chez les professionnels des soins de santé est connu de longue date et tend à s'accroître. S'il touche en particulier les médecins et les infirmières, il affecte aussi les étudiantes et les étudiants. Le Covid-19 a mis en lumière et accentué la prévalence du burn-out chez les soignants et leurs étudiants. Dès le début de la pandémie, des chercheurs de plusieurs universités et hautes écoles¹ ont donc tenté de mesurer, chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers et sages-femmes, le risque de burn-out académique, ce «trouble psychologique nouvellement décrit qui affecte la santé mentale des étudiants et qui est lié à la pression de la réussite académique et à l'acquisition de nouvelles responsabilités». Cette étude² en quatre

phases a été poursuivie jusqu'en 2022 et a touché entre 1 104 et 2 275 répondants selon les phases, soit entre 10 et 22 % de la population étudiante.

Qu'en est-il ressorti? La prévalence du risque de burn-out académique n'a fait qu'augmenter au cours des observations, passant de 50 % en 2020 à 63 % en 2022. Au rang des facteurs associés à ce risque, épinglons notamment : le fait d'avoir un enfant (10 % de l'échantillon était dans cette situation) ; le fait d'avoir un job étudiant (c'était le cas de 50 % des répondants) ; des facteurs liés à l'épidémie du Covid-19 comme le manque de matériel de protection, des heures supplémentaires de stage, le fait d'être porteur du virus et celui d'avoir un proche décédé ; ou encore le fait d'être en qua-

trième année de formation, particulièrement chargée en heures de stage.

De moins en moins d'étudiantes et d'étudiants

Outre le phénomène du burn-out académique, l'étude a interrogé l'intention des étudiantes et étudiants d'accepter un emploi comme infirmier en fin de formation. Les résultats indiquent qu'ils sont relativement favorables à cette idée (en moyenne 8 sur une échelle de 0 à 10), mais que cette intention décroît au fil des années d'études. «De plus en plus d'étudiants finissent leur formation pour avoir leur diplôme, mais ne souhaitent pas travailler comme infirmier. Certains étudiants sont déjà un peu dégoûtés par le métier durant leur formation», commente Arnaud Bruyneel, du Centre de recherche en économie de la santé de l'ULB et l'un des auteurs de l'étude.

Plus globalement, l'attractivité du métier d'infirmière en a pris un coup ces dernières années. En témoigne la baisse du nombre d'inscriptions au bachelier «infirmier responsable de soins généraux», l'une des deux filières de formation pour cette profession³ : alors que l'on comptait 3 325 nouvelles inscriptions en 2014, celles-ci étaient tombées à 2 556 sept ans plus tard (chiffres de l'ARES, Académie de recherche et d'enseignement supérieur)⁴.

Parmi les causes probables de cette diminution, le passage, en 2016, à 4 600 heures de formation, dont la moitié en heures de stage, une évolution imposée par la directive européenne 2013/55/UE relative aux normes minimales de formation des infirmiers. «Nous sommes passés de trois à quatre ans d'études. C'est aujourd'hui l'une des formations les plus lourdes dans le champ de la santé, avec 1 150 heures de

formation par an contre 700 heures pour d'autres professions soignantes. Les étudiants infirmiers ont un bon paquet de choses sur le dos : des cours qu'ils doivent étudier, des travaux à rédiger et, quand ils sont en stage, ils se retrouvent dans un monde assez dur et sont confrontés à la souffrance, à la maladie, à la mort. Et il y a des équipes qui sont accueillantes, d'autres qui le sont moins... », explique Karin Franck, maître-assistante à la Haute École libre de Bruxelles Ilya Prigogine.

Les stages pointés du doigt

« Mon stage d'infirmière devait être un rêve. Je suis devenue de la main-d'œuvre gratuite et corvéable pour des supérieurs qui me méprisent »⁵ ; « Étudiants infirmiers : quand le stage se transforme en vrai calvaire »⁶ ; « Pourquoi le stage pousse des futurs infirmiers à stopper leurs études »⁷... Ces quelques titres de presse en disent long sur les conditions dans lesquelles se déroulent les stages en soins infirmiers.

Cette problématique a fait l'objet d'une recherche qualitative menée entre 2021 et 2023 par le Laboratoire d'anthropologie prospective de UCLouvain auprès de stagiaires en soins infirmiers : « Par-dessus les épaules des stagiaires : la profession infirmière »⁸. Celle-ci fait état de la récurrence des difficultés rencontrées : presque la moitié des stages y sont décrits comme « peu intéressants en termes d'apprentissages techniques et parfois empreints de maltraitements ». Près de la moitié des étudiantes et étudiants y rapportent aussi avoir mal vécu leur toute première expérience de stage, alors que celle-ci est déterminante pour découvrir la pratique du métier.

La principale raison de ces mauvaises expériences ? Les mauvaises conditions de travail des infirmières, tellement surchargées qu'elles se trouvent peu à même d'encadrer des étudiantes. « Les conditions de stage sont vraiment très difficiles, elles l'ont toujours été. Mais depuis la pandémie, cela a empiré en raison de la souffrance des équipes et des nombreux départs de soignants, constate Karin Frank. La pénurie de la profession infirmière, c'est un peu comme le monstre du loch Ness : quand j'étais étudiante il y a quarante ans, on en parlait déjà, mais maintenant c'est quand même plus documenté. » Selon elle, le virage ambulatoire lancé il y a une dizaine d'années en Belgique a grandement contribué à l'augmentation de la charge de travail dans les hôpitaux : « On a fait sortir plus rapi-

dement les patients des hôpitaux pour ne garder que ceux qui ont des besoins plus élevés. La charge de travail a dès lors augmenté alors que le ratio infirmier/patient a peu évolué depuis les années soixante. »

Au moment de leurs premiers contacts avec le terrain, les étudiants découvrent le grand écart entre la théorie – l'importance de l'empathie, de prendre soin, de considérer la personne comme un être unique – et la pratique : ils prennent brutalement conscience des problèmes structurels des institutions de soins, des situations de pénurie, de la pénibilité du travail. Prises dans des logiques de rentabilité, les institutions utilisent fréquemment les stagiaires comme une main-d'œuvre indispensable à leur fonctionnement. « La place qui leur est attribuée n'est plus celle d'apprenant surnuméraire qui ne sait a priori pas, qui doit être accompagné et supervisé par un professionnel. De facto, la place du stagiaire en soins infirmiers est celle d'exécutant au service de l'équipe soignante, sans pour autant être reconnu comme faisant partie de cette équipe, analysent les chercheuses du Laboratoire d'anthropologie prospective. Le sentiment exprimé par les stagiaires lors de nos enquêtes est souvent celui d'être extérieurs à l'équipe, ignorés et seuls dans leur apprentissage. »⁹

Et cette main-d'œuvre est jusqu'à présent¹⁰ gratuite puisque les stages ne sont pas rémunérés en Fédération Wallonie-Bruxelles (contrairement à la Flandre pour ce qui est de la quatrième année de formation). « En outre, cela peut même coûter cher de se former, ajoute Arnaud Bruyneel : sans voiture, c'est compliqué de se rendre dans des lieux de stages parfois peu accessibles et avec des horaires pas évidents. Suivre des formations à Bruxelles, dans des milieux académiques comme Érasme, quand on vient de loin, cela peut être difficile aussi : comment faire pour se loger ? Certains hôpitaux proposent des solutions, mais cela reste très anecdotique. »

Hôpitaux inhospitaliers

Stagiaires ayant dû réaliser seuls des soins compliqués, insuffisance de reconnaissance pour l'aide apportée, manque de place accordée au sein des équipes : le non-accueil et la relégation des stagiaires sont monnaie courante, particulièrement dans les services hospitaliers généraux, surtout lorsque ceux-ci acceptent beaucoup de stagiaires au même moment. Censées accueillir et encadrer les étudiants, les équipes de terrain sont non seulement débordées, mais aussi

5. M. Benayad, *DHnet*, 28 février 2023,

6. B.T., *Le Guide social*, 25 septembre 2019.

7. B.T., *Le Guide social*, 27 septembre 2019.

8. C. Grard et al., *Par-dessus les épaules des stagiaires : la profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation*, UCLouvain/LAP, 2023.

9. *Ibid.*

10. L'accord de coalition du gouvernement Arizona prévoit d'étudier, avec les entités fédérées, « comment éliminer les obstacles en introduisant un statut pour les infirmiers en formation, afin que les étudiants en soins infirmiers puissent être dédommagés pendant leur stage en quatrième année par le biais d'une indemnisation des frais ».

en déficit de compétences pédagogiques. « Dans un cadre structuré par “l’efficacité”, l’effort de créer du lien avec les stagiaires semble peu “utile” pour la dynamique d’équipe », relève l’étude « Par-dessus les épaules des stagiaires »¹¹. Les étudiants y rapportent se sentir « en trop », « non accueillis », « gênants », « transparents ». En bref, ils trimballent « cette identité négative “d’ignorants encombrants” » bien lourde à porter.

À ce tableau s’ajoute une certaine culture de la violence. Maltraitements verbales et physiques, racisme, négligences, invisibilisation, discriminations, harcèlement, intimidations, insultes, moqueries, mépris... : nombreux sont les faits répréhensibles, souvent banalisés, voire normalisés, relatés par les étudiantes et les étudiants. Des faits qui « se produisent le plus souvent dans un rapport hiérarchique inégalitaire et dans un climat de peur voire de menaces insidieuses qui pousse au silence », relève la même étude.

« Le monde de la santé est très dur et les stagiaires sont historiquement malmenés, que ce soit en médecine ou en soins infirmiers, que ce soit en France ou en Belgique », confirme Karin Franck. « Il y a quelque chose de culturel qui s’est formé au cours des années : une maltraitance qui se perpétue ; quand les étudiants deviennent infis, ils reproduisent ce qu’ils ont vécu en stage. Mais les choses changent petit à petit », précise Arnaud Bruyneel. Autre difficulté : la distance qui se creuse entre les générations, de nature culturelle (le rapport au travail, les modes de communication, par exemple, sont différents), mais aussi liée aux évolutions des études (entre les personnes formées en trois ans et celles formées en quatre, les compétences se différencient). « Aujourd’hui cohabitent dans des unités de soins des personnes avec des cultures différentes, beaucoup plus qu’auparavant », résume Karin Franck.

Évolutions et pistes d’action

Le tableau, s’il est sombre, n’est pas tout noir. Et des pistes sont envisagées pour l’améliorer. « Il existe des lieux de stage paradisiaques, des unités de soins qui fonctionnent bien, avec des professionnels bienveillants et accueillants. Il y en a, et ils ne sont pas si rares. Quand ils sont en stage, les étudiants

ont la chance de découvrir plein de milieux différents et de pouvoir choisir où ils auront envie de travailler », nuance tout d’abord Karin Franck. Et de préciser aussi qu’une prise de conscience a émergé depuis un ou deux ans dans les institutions de soins autour de la nécessité de prendre soin des étudiants. Exemples ? Une formation de « praticien formateur » visant à améliorer les compétences d’encadrement des infirmières de terrain a été mise sur pied par les hautes écoles bruxelloises. Dans certains hôpitaux, les « ICANE » (infirmières chargées de l’accueil des nouveaux engagés et des étudiants) organisent aussi des journées d’accueil à destination des stagiaires.

De son côté, la HELB Ilya Prigogine s’efforce de préparer les stages en amont avec les étudiantes et les étudiants, elle organise des « séminaires de stages » où vécu et difficultés peuvent être partagés, et elle met en place chaque année un feed-back vers les lieux de stage sur base des évaluations des étudiants. En cas de problème, elle joue le rôle de médiateur entre le stagiaire et l’institution de soins.

L’amélioration de l’encadrement passera aussi par l’organisation structurelle de débriefings à la suite des situations de stress et par le remplacement de certaines heures de terrain par des séances de simulations. « Les études montrent que les simulations diminuent le stress. Elles permettent de faire des erreurs sur des mannequins et d’arriver ensuite plus serein sur le terrain », commente Arnaud Bruyneel.

La programmation de davantage de stages au sein de la première ligne de soins, l’établissement de normes et de conditions d’encadrements des étudiants en terrain de stage en lien avec la qualité de la formation, la mise en place d’aides matérielles (parking, transport, logement, repas, etc.), la révision de la directive européenne relative aux normes de formation et la mise sur pied d’une campagne pour améliorer l’image de la profession sont autant d’autres pistes évoquées. Mais surtout, il s’agit de modifier les conditions salariales et de travail des infirmières, et d’élaborer un plan global d’attractivité et de rétention pour cette profession. « Souvent, ce sont des mesures one shot qui sont prises. En Flandre, un plan global est mis en œuvre depuis 2019, le burn-out y est désormais trois fois moins important que dans la partie francophone du pays... », indique Arnaud Bruyneel. ■

Une prise de conscience a émergé depuis un ou deux ans dans les institutions de soins.

11. C. Grard et al., *op. cit.*

RÉFÉRENT HOSPITALIER ET BESOINS DE LIAISON

La transition entre l'hôpital et la première ligne de soins – et vice-versa – constitue une période charnière caractérisée par un risque accru de rupture dans la continuité et la cohérence des soins, de l'aide et de l'accompagnement offerts aux bénéficiaires.

Lucía Alvarez Irusta, chargée d'appui scientifique à Brusano, asbl bruxelloise d'appui à la première ligne.

Si la liaison entre les professionnels déjà impliqués et les professionnels appelés à prendre le relais n'est pas assurée, la qualité des soins fournis en pâtit et la sécurité des patients, en particulier des plus vulnérables, se trouve compromise. Une situation qui, conjuguée à la surcharge de travail engendrée, peut générer de l'insatisfaction chez les professionnels. Le système de santé serait donc doublement impacté : d'une part, au niveau de la sécurité et de l'utilisation des ressources et, d'autre part, au niveau du vécu tant des professionnels que des bénéficiaires¹. Face à ce constat et dans un contexte marqué par le raccourcissement des durées de séjours en service hospitalier, l'augmentation du nombre de transitions entre l'hôpital et la première ligne ainsi que des situations de soins complexes, la figure du référent hospitalier ou de la référente hospitalière (RH) est apparue comme agent de liaison.

Les soins de transition (transitional care)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les transitions de soins désignent les divers points où un patient se rend, ou en revient, dans un endroit physique particulier, ou entre en contact avec un professionnel de la santé, dans le but de recevoir des soins »². Cela comprend les transitions de soins entre le lieu de vie des bénéficiaires, d'autres services intermédiaires et l'hôpital.

Les soins de transition visent à assurer une continuité optimale des soins et des services par le biais de la coordination et de la communication entre acteurs et actrices. Cette démarche implique un partage fluide et efficace des informations, une collaboration entre les professionnels concernés ainsi qu'une transmission claire

des responsabilités. L'objectif : garantir que le bénéficiaire reçoive un accompagnement adapté à ses besoins et préférences, cohérent, sans interruption ni perte d'informations, tout en minimisant les risques d'erreurs et les efforts redondants³. Pour ce faire, la collaboration de toutes les personnes impliquées (y compris le bénéficiaire et son entourage) est fondamentale. Les preuves montrant l'efficacité de cette approche sont toutefois limitées et dépendent du type d'intervention testée^{4,5}. On observe que les initiatives partagées à l'échelle internationale mettent principalement l'accent sur les transitions de l'hôpital au domicile avec des actions couvrant différents moments :

- Avant la sortie de l'hôpital : interventions préparatoires (la concertation pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire, par exemple) ;
- Lors de la sortie : interventions de liaison (un contact direct avec le professionnel de référence pour annoncer la sortie et transmettre le plan de sortie, par exemple) ;
- Après la sortie : suivi post-hospitalisation (un appel téléphonique pour s'assurer du bon déroulement des soins, par exemple).

En Belgique, différentes approches ont été mises en place pour faciliter ces transitions. Au niveau fédéral, des programmes de soins et des parcours de soins transmurales ont été développés. Concrètement, cela s'est traduit par une organisation structurée et transmurale des parcours de soins pour certaines maladies. Ainsi, le trajet de

Cette démarche implique une transmission claire des responsabilités.

1. S. Nundy et al., "The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity", *JAMA*, 2022 Feb 8;327(6).

2. OMS, *Transitions of care*, 2016, iris.who.int.

3. M. Naylor, SA Keating, "Transitional Care: Moving patients from one care setting to another" *Am J Nurs*, 2008 Sep;108(9).

4. D. Sezgin et al., "The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review", *Eur Geriatr Med*, 2020;11(6).

5. N. Tyler et al., "Transitional Care Interventions From Hospital to Community

soins pour le diabète précise les rôles des professionnels impliqués à chaque étape de la prise en charge du bénéficiaire. Au niveau régional, certaines procédures comme l'agrément des hôpitaux visent à renforcer la continuité à l'intérieur et à l'extérieur des établissements hospitaliers. Des fonctions spécifiques ont par ailleurs été créées pour répondre à ce besoin spécifique. Cela concerne des équipes de liaison (interne ou externe) ou des actrices et acteurs individuels proposant des services afin de répondre aux besoins spécifiques des transitions principalement intrahospitalières.

Des concepts innovants ont été développés autour de ces rôles de liaison, notamment celui de « référente hospitalière » ou « référent hospitalier » qui fut exploré dans le cadre du projet bruxellois de soins intégrés BOOST⁶, lié à Brusano. Cette initiative, axée sur la réflexion autour des enjeux de liaison lors des transitions ainsi que sur l'exploration et l'expérimentation de nouveaux rôles, identifiait deux volets à la mission de référent hospitalier : l'un organisationnel, puis un autre individuel ou clinique.

Au niveau organisationnel, le ou la RH s'inscrivait dans les objectifs de l'institution, contribuait

Le point de vue de l'infirmière hospitalière

« J'ai eu l'opportunité de rencontrer de nombreux intervenants du secteur social-santé œuvrant extra-muros, dans l'environnement de vie des patients. Des collaborations concrètes favorisant le lien extra-intra hospitalier ont pu être développées. Au-delà de l'objectif commun des professionnels de santé, la connaissance réciproque de leurs actions respectives est essentielle pour assurer une continuité des soins efficace à la sortie de l'hôpital. Le décloisonnement entre les structures est indispensable pour assurer des prises en charge adaptées aux besoins des bénéficiaires, notamment dans les situations médico-sociales complexes et/ou de vulnérabilité. Lors de ces concertations, nous avons mis en évidence un besoin criant de communication entre les deux lignes de soins dont les contextes de travail sont très distincts. Les contraintes de la réalité hospitalière, liées à son financement, mettent la priorité sur le turn-over d'occupation des lits et, pour les services hospitaliers, ce qui se passe pour le patient à sa sortie d'hôpital est une préoccupation secondaire. Par ailleurs, certains éléments pratiques et/ou organisationnels compliquent la prise en charge infirmière à domicile. On peut citer en vrac les retours à la maison les veilles de week-end, la disponibilité d'appareillage (chaise percée, chaise roulante, béquilles...), les adaptations ergonomiques du logement requises par une perte d'autonomie, la réconciliation médicamenteuse (adaptation du schéma thérapeutique du patient entre son admission et sa sortie), etc. Les problématiques rencontrées concernent principalement les patientes et les patients isolés, dépourvus d'aidants proches pouvant assurer ce lien et gérer certaines actions à mettre en place. Par ailleurs, l'expérimentation de la fonction RH telle que conceptualisée au départ dans le cadre de BOOST a montré ses limites sur le terrain, à l'hôpital : une seule personne ne peut pas gérer l'ensemble des retours à domicile des patients isolés et/ou ayant un profil socio-médical complexe. C'est particulièrement vrai dans un hôpital public qui concentre ce type de patientèle. La gestion des sorties doit rester dédiée à l'équipe de l'unité d'hospitalisation où se trouve le patient. Le support d'un autre type d'expertise, par exemple le case manager interne spécialisé dans la gestion des situations complexes, est actuellement en réflexion. Nous devons impérativement travailler l'anticipation des hospitalisations planifiées et faciliter les voies de communication pour les patients admis en urgence. Pratiquement, les dispositions à mettre en place à la sortie du patient, qui sont connues pour les trajets de soins standards avec admissions programmées, devraient être organisées avant même l'entrée du patient à l'hôpital. L'amélioration de la communication entre partenaires des deux lignes de soins, intra et extrahospitalières, est également indispensable. Un trait d'union nécessaire compte tenu de l'évolution actuelle vers "l'ambulatorisation" des soins et la diminution des durées de séjours hospitaliers. Le virage ambulatoire est déjà bien amorcé. L'hôpital devient un grand plateau technique où œuvrent des spécialistes. Il prend en charge les urgences médicales et les actes médico-techniques pointus, dans un espace-temps court. Le suivi des soins, assuré par les prises en charge dans l'environnement de vie du patient, doit être mieux réfléchi en ce sens. » ■

Catherine Bosman, cheffe de projet-project manager office, CHU Saint-Pierre (Bruxelles).

to Reduce Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis", *JAMA Network Open*, 2023 Nov 30;6(11).
6. www.boostbrussels.be.

à des initiatives visant à améliorer la continuité des soins et participait à des groupes de réflexion, des comités de concertation ou des projets locaux et régionaux dédiés à ce rôle. Au niveau individuel, le ou la RH jouait un rôle clé pour assurer la coordination entre les différents intervenants afin de garantir une continuité optimale dans la prise en charge des patientes et patients atteints de maladies chroniques. Le RH accompagnait également les bénéficiaires durant leur séjour à l'hôpital, en adoptant une approche centrée sur la personne et son entourage. En collaboration avec d'autres professionnels, il an-

ticipait et organisait leur sortie dans le but de raccourcir la durée d'hospitalisation.

Dans le cadre de sa mission de soutien à l'organisation sociale-santé intégrée, Brusano organisera en 2025 des espaces de rencontre dédiés à la liaison entre l'hôpital et l'ambulatoire. Ces concertations thématiques se dérouleront au niveau des cinq bassins d'aide et de soins de la Région de Bruxelles-Capitale. Ils offriront aux professionnels de première ligne et du secteur hospitalier l'opportunité de se rencontrer, de mieux se connaître et de réfléchir ensemble aux pistes de solutions pour rencontrer cet enjeu majeur. ■

Le point de vue de l'infirmière de première ligne

« J'ai souvent été confrontée à la prise en charge de patients en sortie d'hospitalisation, qu'elle soit prévue ou imprévue. Cette transition est souvent émaillée de difficultés : manque de planification, absence ou insuffisance d'informations. Il m'est arrivé d'apprendre la sortie d'un ou d'une patiente plusieurs jours après, ce qui a entraîné des erreurs de traitement dues à des incompréhensions sur un nouveau protocole, un refus de prise de médicaments ou encore une absence totale de prescription médicale. Ces problèmes s'accompagnent parfois de situations inadaptées, comme des logements non préparés pour l'état de santé du patient, des pansements négligés... De telles circonstances augmentent significativement le risque de réhospitalisation. De nombreuses infirmières rencontrent ces mêmes obstacles. Cela crée un stress élevé chez les soignants contraints de gérer des urgences et de pallier des lacunes organisationnelles. Par exemple, j'ai déjà pris en charge un patient rentré chez lui sans lit ; un nettoyage complet de son appartement avait été planifié, mais sans qu'un lit de remplacement ne soit prévu. Ces situations mettent en lumière la nécessité d'une meilleure anticipation et d'une communication fluide entre la première et la deuxième ligne de soins afin d'assurer une transition optimale. Sur le terrain, cet objectif reste difficile à atteindre, en grande partie à cause de l'absence de référents dans de nombreuses structures de soins. Des collègues m'ont signalé des problèmes similaires à Namur : sorties d'hospitalisation le vendredi soir sans ressource pour les patients, mauvaise coordination des soins à domicile ou encore absence de communication entre les hôpitaux et les médecins généralistes. Ces lacunes nuisent gravement à la continuité des soins. J'ai eu la chance de participer à la communauté de pratiques BOOST organisée par Brusano qui réunissait divers professionnels du secteur social et de la santé : intervenantes sociales, aides familiales, pharmaciennes, infirmières de première ligne, ainsi qu'une infirmière référente hospitalière. Ce poste est crucial pour garantir une bonne transition hôpital-domicile, mais il reste sous-représenté dans les structures hospitalières. Ces rencontres permettent de tisser des liens, d'échanger sur nos réalités respectives et de proposer des solutions concrètes, d'identifier les enjeux des deux niveaux de soins et de trouver des moyens d'améliorer la transition pour les patients tout en respectant les contraintes de chacune des parties. À Namur, des initiatives similaires ont vu le jour : les infirmières de maisons médicales ont organisé des rencontres avec les services sociaux hospitaliers pour améliorer la transmission d'informations et présenter les spécificités des maisons médicales. Parmi les pistes envisagées, on trouve la mise en place de communications anticipées par mail pour les sorties complexes, la sensibilisation des professionnels hospitaliers à la première ligne via des ateliers, la formation d'un groupe de travail réunissant première ligne et deuxième ligne, etc. Ces initiatives visent à renforcer les liens entre les niveaux de soins, garantissant ainsi une transition fluide et sécurisée pour les patients, tout en améliorant les conditions de travail. Une collaboration structurée est essentielle pour répondre efficacement aux défis de la continuité des soins et assurer une prise en charge de qualité. » ■

Marilyn Magerotte, infirmière à la maison de santé des Libertés (Bruxelles).

JOURNAL D'UNE INFIRMIÈRE À DOMICILE

La journée commence tôt, très tôt, pour Manon Laurent. À Hastière, aux confins de la province de Namur, elle sonne à la porte de son premier patient à 6 h 30. Elle enchaînera une vingtaine de visites jusqu'à la nuit tombante.

Pascale Meunier, rédactrice de Santé conjugée.

Arrivée dans la région en 2018 après un passage par le service de médecine interne d'un hôpital puis par une maison de repos, c'est un peu la douche froide pour celle qui pensait s'éloigner – et se réparer – des cadences infernales. Elle ne regrette cependant pas le choix d'être indépendante ni le contact direct avec les patients. « Humainement, c'est incomparable », dit-elle.

Être infirmière à domicile, c'est d'abord sauter dans sa voiture quelle que soit la météo et aller plus de cent kilomètres par jour. Hastière est une commune rurale, une densité de population peu élevée, mais de nombreux hameaux dispersés.

Bucolique, elle compte parmi les plus beaux coins de Wallonie. Elle est aussi marquée par un passé touristique glorieux, quand la mode était aux vacances en bord de Meuse. Des hôtels et de belles demeures en témoignent encore, tout comme les nombreux « domaines », d'anciennes zones de loisirs tombées en décrépitude et qui accueillent aujourd'hui une

population sédentaire plus marginalisée¹. « J'ai soigné des gens qui vivaient dans des cabanes faites de bric et de broc, sans eau ni électricité. Je ne savais pas qu'en Belgique des gens vivaient de cette façon. »

Manon assure sa tournée une dizaine de jours d'affilée, week-ends et jours fériés compris. Une collègue prend ensuite le relais pendant cinq jours, ce qui lui permet de souffler avant de se relancer. « Pour se ménager, il faut s'entraider », dit-elle. Son premier patient est un retraité du genre matinal, ce qui tombe plutôt bien. Manon fera sa toilette. Le deuxième refuse catégoriquement d'aller en maison de repos. Elle vient trois fois par jour pour assurer son maintien à

domicile. Car même s'il avait souhaité un placement, encore aurait-il fallu trouver une place...

« J'ai beaucoup de personnes âgées, dit-elle, qui sont souvent très seules. Pour nombre d'entre elles, nous sommes les seules visites qu'elles reçoivent. »

La troisième patiente est une patiente psychiatrique. Un profil qui nécessite une prise en charge spécifique. « Sans nous, elle ne prend pas soin d'elle, dit Manon, elle ne se lave pas. » Elle aidera sa quatrième patiente à enfiler des bas de contention, ce que celle-ci ne parvient pas à faire toute seule. Et enchaînera avec une cinquième toilette. Et une sixième, chez une dame handicapée en soins palliatifs à domicile. « Ce n'est pas toujours facile à gérer, tant émotionnellement qu'au niveau de la prise en charge », glisse-t-elle.

Toilette, pansement, change, remplacement de poches de stomie, pompe à antibiotiques, soin de plaie... « Les hôpitaux de la région sont saturés et des patients sortent un petit peu plus vite qu'ils ne devraient. Fatalement on a beaucoup plus de prises en charge, et plus lourdes. Des hospitalisations à domicile également ; c'est assez nouveau, mais ça se fait de plus en plus. »

Non-stop

À raison d'une demi-heure par personne – impossible dignement de faire moins, difficile de rester plus –, il est 9 h 30 lorsqu'elle arrive chez sa septième patiente, atteinte de la maladie d'Alzheimer. « C'est assez compliqué à gérer à domicile, reconnaît Manon. Heureusement, ses filles sont très présentes et l'une d'elles n'habite pas loin. » Huitième sur la liste, à nouveau un monsieur. « Je viens pour sa toilette, une prise en charge classique. » Manon enchaîne avec une dame dont les enfants ne se parlent plus. « Mais nous sommes tombés d'accord pour un maintien à domicile. Des aides familiales viennent aussi trois fois par jour, sinon

Manon assure sa tournée une dizaine de jours d'affilée, week-ends et jours fériés compris.

1. « Les domaines hastiérois : l'épineux dossier des mandatures à venir », 21 janvier 2022, www.matele.be.

ce serait ingérable, dit Manon qui apprécie cette collaboration. *Les aides familiales sont des petits cadeaux, vraiment.* »

Le numéro 10 habite une ferme isolée. *« Des chemins de cambrousse et beaucoup de nids de poule. L'hiver, c'est compliqué d'y aller, mais on y arrive toujours. »* Inimaginable en effet de suspendre les soins ou un traitement, même avec vingt centimètres de neige. La onzième visite est consacrée à une dame de nonante-cinq ans. Un passage quotidien qui produit ses effets. *« Elle est plus ouverte, plus joviale depuis que nous nous occupons d'elle. Au début, elle était fort déprimée et maintenant je vois qu'elle se remet à porter des bijoux. Les visites lui font du bien, c'est chouette ! »*

Poser ses limites

Il est bientôt midi, mais ce n'est pas le moment de croquer un sandwich. *« Je grignote en chemin, dit Manon. C'est n'importe quoi comme régime alimentaire ! »* Le monsieur chez qui elle arrive en avait assez d'être en maison de repos. Sa nièce a organisé son retour chez lui. *« Pour le maintien à domicile, c'est important qu'un membre de la famille soit référent, souligne Manon. Ce monsieur par exemple est très angoissé et quand quelque chose ne va pas, il peut m'appeler dix fois de suite. À plusieurs, c'est plus facile à gérer. »*

La prise en charge suivante concerne un couple qui vit en caravane dans l'un de ces fameux domaines. *« C'est une situation compliquée. Madame est en soins palliatifs et monsieur a des problèmes de mémoire. Le logement est insalubre. Leurs enfants font ce qu'ils peuvent. Les aides familiales font aussi ce qu'elles peuvent, mais le souci c'est que ce service n'est pas gratuit. Même si son coût est adapté aux revenus, il y a un reste à payer. Du coup les gens n'y font pas assez appel. »*

Comment rester dans un strict rôle d'infirmière face à ce genre de situation ? Comment poser des limites ? Des patients qui ne peuvent se déplacer, peu de commerces de proximité... il n'est pas exceptionnel que l'un ou l'autre demande à Manon de faire un crochet par la pharmacie ou par la boulangerie. *« Évidemment qu'on va y aller, dit-elle. On ne va pas laisser une personne qui a besoin d'antibiotiques sans antibiotiques ni sans manger. Évidemment aussi qu'on avance parfois les sous et que ce n'est pas toujours facile d'être remboursé... »* Il lui est arrivé d'être appelée en pleine nuit pour un dégât des eaux et de se

retrouver à éponger... *« Oui, on pose des limites, mais on ne parvient pas facilement à les garder. On pourrait se dire que ce n'est pas à nous de faire ce genre de choses, effectivement, mais je n'allais pas laisser ces gens dans le pétrin... Quand on est infirmière, on est humaine. »* Car à force de rencontrer les gens chez eux tous les jours se développe une relation de confiance, de la sympathie. *« On fait parfois partie intégrante de la famille. Certains patients me voient plus que leurs propres enfants. On devient des confidentes, mais nous sommes des infirmières, et cela doit rester une relation professionnelle », dit Manon.*

Elle se rend ensuite chez un second patient psychiatrique dont la mère, qui n'habite pas tout près, vient en général une fois par semaine s'occuper de l'intendance. *« Le hic, c'est que les autres jours c'est le chantier. Il ouvre une boîte de céréales, il en met partout et laisse tout en plan. On a essayé d'organiser le passage d'aides familiales et d'aides ménagères, mais c'est un monsieur qui en impose par sa taille et ses troubles psychotiques. »* Pour soulager la maman, Manon fait un peu de rangement, jette la nourriture périmée qui traîne. *« On le connaît depuis des années, on repère le moindre signe et on a le contact avec son centre de soins. »*

Convivialité

Un petit café serait bienvenu. *« Il est important ce petit café partagé avec les patients ! dit Manon. Et je vois la déception sur leur visage quand je suis obligée de décliner la proposition, faute de temps. »* Ce sera pour la prochaine fois, promis.

Il est en général 13 heures quand elle effectue un deuxième passage pour un change chez sa patiente handicapée. Elle reviendra encore la voir plus tard. *« Je me rends compte que je fais énormément de toilettes », dit-elle. Beaucoup, donc un peu trop. « Avec ma collègue, on s'était dit qu'on n'en accepterait plus au-delà de midi, mais, mais, mais... Comme les rapports sont bons avec les équipes d'aides familiales, parfois c'est moi qui leur envoie des patients, parfois c'est elles qui me relaient des demandes. »*

Encore une toilette, donc. Manon n'est pas peu fière d'avoir quelque peu ramené à la vie ce monsieur qui buvait beaucoup et se laissait aller. *« Il nous a appelées ma collègue et moi un jour qu'il était tombé et ne parvenait pas à se relever, raconte-t-elle. On lui a dit qu'on était triste, qu'on ne voulait pas qu'il termine comme ça. Ça lui a fait*

comme un électrochoc, depuis il ne boit plus une goutte et il est plus heureux, je pense. De telles évolutions, ça fait plaisir.»

Il est 15 heures quand elle termine sa « matinée » et rentre chez elle le temps d'une (courte) pause, avant de repartir à 16 h 30 pour une nouvelle série de visites. Chez une dame, puis chez le couple qui vit en caravane – une visite dédiée à monsieur cette fois – et troisième change chez la patiente handicapée. Quelques mises en pyjama, des mises au lit et l'administration des médicaments du soir. Six à huit visites en moyenne avant de clôturer sa journée autour de 20 heures.

Coût/bénéfice

Manon gagne entre 3500 et 5000 euros net par mois, selon la densité de ses tournées. Une bonne rentrée dans l'absolu, mais à relativiser au regard du nombre d'heures prestées – une dou-

Comment gérer son bien-être et celui des patients ?

zaine par jour –, de l'énergie déployée, des kilomètres parcourus, des pannes de voiture inévitables et de la couverture sociale qu'elle doit elle-même prévoir : congés payés, cotisation pour la retraite, assurance

maladie... « Comparé au taux horaire d'une infirmière salariée, ce n'est pas rentable du tout, dit-elle. Les périodes fluctuent bien sûr, mais je n'ai jamais été aussi épanouie professionnellement. Les relations sont tellement plus personnelles qu'à l'hôpital ! »

Comment gérer son bien-être et celui des patients ? Manon balaie la question. « C'est la vie d'indépendante, comme on dit ! » Vacances, accrocs de santé, besoin de souffler : il faut pouvoir se faire remplacer. « Si certains patients ne sont pas lavés un jour, évidemment ils n'en mourront pas, dit-elle. Mais d'autres ont besoin de moi pour se lever de leur lit. Même avec du verglas, une perfusion ne peut être reportée. » Fonctionner en binôme est un gage de la continuité des soins, et l'assurance pour les patients d'être suivis par les mêmes soignantes. Cependant, on n'est jamais à l'abri de rien. « Quand l'une de nous deux est malade ou empêchée, il faut assurer, même quand on a autre chose de prévu... »

Les tâches administratives font également partie du métier. Compter une demi-heure par jour quand on est régulier. « Ce qui n'est pas mon cas, reconnaît Manon. Quand je rentre à 20 heures,

j'ai juste envie de prendre une douche. » Elle s'en remet à une tarificatrice pour sa facturation et l'encodage pour les mutuelles – à faire dans les dix jours, sinon c'est perdu. Les tarifs sont règlementés. Une toilette simple, en semaine, c'est 6,68 euros brut, additionnés de 4 euros de forfait pour le déplacement, quelle que soit la distance. Les soins de plaie qui durent plus de vingt minutes avec la réfection d'un pansement sont rétribués 30 euros brut, une injection 2,77 euros brut... Un forfait palliatif de 40 euros, toujours brut, couvre une prise en charge plus grande, avec de l'incontinence par exemple, des personnes grabataires. « Des situations où l'on se déplace plusieurs fois par jour avec la même enveloppe », précise Manon. Sans compter une petite réserve de matériel bien utile au cas où. « Des gens n'ont parfois pas de quoi s'acheter de l'iso-Bétadine pour leurs soins. » L'équilibre se trouve entre le nombre de toilettes et le nombre de forfaits. Sauf qu'il faut faire avec ce qui se présente, surtout en début d'activité. « On espère avoir des patients, on accepte un peu tout, et on se retrouve avec beaucoup de toilettes... »

Un maillon de la chaîne

La pluridisciplinarité est incontournable : avec les aides familiales, les aides ménagères, les médecins traitants, les familles. « Impliquer la famille fait partie d'un bon soin parce qu'il y a des choses dont nous n'avons parfois pas conscience en passant une fois par jour. Elle apporte des éléments de contexte. » Manon instaure toujours un cahier de communication au domicile du patient, dans lequel chaque intervenant, médical ou non, peut noter ses observations, les actes qu'il a posés ou les choses qu'il a faites. Les contacts sont réguliers avec les services de soins palliatifs et les hôpitaux pour les situations de maintien à domicile. « Je les appelle ou eux m'appellent pour ajuster un traitement par exemple. Je participe aussi à des réunions de concertation pour mettre en place des protocoles. » Les autres titulaires de tournée de la région sont aussi une ressource. « On se soutient, on partage nos difficultés. Il m'est arrivé d'avoir un patient au comportement déplacé et elles m'ont aidée à rappeler le cadre. Quand je ne sais pas prendre en charge une demande parce que j'ai trop de travail, je les appelle au secours et, à l'inverse, je leur propose mon aide quand c'est plus calme dans mon secteur. » ■

ÉCO-INFIRMIER, L'INFIRMIER DE DEMAIN ?

À la croisée des soins et des questions environnementales, l'éco-infirmier éclaire les patients sur les risques pour la santé liés aux pollutions croissantes. Il joue aussi un rôle dans les équipes pour faire évoluer les pratiques. Car si notre santé est influencée par tout ce qui nous entoure, le secteur médical au sens large contribue aussi à dégrader nos milieux de vie.

Philippe Perrin, éco-infirmier, formateur, directeur de l'Institut de formation en santé environnementale (IFSEN), vice-président de l'association française SERA (Santé Environnement Rhône-Alpes).

Il est souvent d'usage de commencer un sujet par ses aspects historiques. Ils sont ici très particuliers. Hippocrate, le fondateur de la médecine moderne, vers 2400 avant notre ère, précisait qu'« *on ne peut prétendre guérir un patient sans prendre en considération les influences de son environnement quotidien* ». Bien plus tard, vers le milieu du XIX^e siècle, Florence Nightingale, la fondatrice des soins infirmiers déclarait : « *Soigner, c'est mettre le patient dans la meilleure situation pour que la nature puisse agir. Ce n'est pas simplement appliquer un traitement. Il est cinq points essentiels pour assurer l'hygiène d'une demeure : air pur, eau pure, égoûts efficaces, propreté, lumière.* » Ainsi, dès leurs fondements, ces professions de santé se construisaient sur le champ de la santé environnementale. Cette santé environnementale n'a pourtant été définie qu'en 1994 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ : « *La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures.* »

Plus simplement, la santé environnementale est la prise en compte de l'impact des polluants sur la santé, qu'ils soient locaux ou globaux. Par exemple, la qualité de l'air est considérée sous l'aspect de l'air intérieur jusqu'à l'aspect planétaire avec les conséquences du réchauffement climatique. En travaillant à réduire les expositions environnementales et ses conséquences, la

santé environnementale s'inscrit principalement dans le champ de la prévention primaire.

L'ensemble de ces facteurs que l'on pourrait appeler l'exposome² – l'ensemble des expositions environnementales au cours de la vie, y compris les facteurs liés au mode de vie, dès la période prénatale – est finalement associé au génome, la clé de la santé ou de toutes les maladies qui peuvent toucher un individu.

Prévention primaire et réduction des risques

Nous sommes face à une augmentation très préoccupante de nombreuses maladies chroniques qui menacent la viabilité et l'existence de nos systèmes de santé, mais aussi, bien sûr, la qualité de vie de plus en plus de nos concitoyens et concitoyennes. Comment en effet ignorer l'impact sur notre santé de la qualité de l'air que nous respirons, de l'eau et de l'alimentation dont nous nous nourrissons, de la qualité des produits que nous nous appliquons sur la peau ou qui envahissent notre quotidien ? Imaginez : en une vie moyenne, nous consommons pratiquement 70 tonnes de nourriture, 100 000 litres de boissons, 400 000 tonnes d'air... Comment pouvons-nous, professionnels de santé, faire abstraction de l'importance de la qualité de l'environnement que nous incorporons ? Si notre environnement est conta-

Comment pouvons-nous, professionnels de santé, faire abstraction de l'importance de la qualité de l'environnement ?

1. Plan d'action en faveur de l'environnement et de la santé dans la Région européenne : deuxième Conférence européenne sur l'environnement et la santé, Helsinki (Finlande), 20-22 juin 1994.
2. CP Wild, "Complementing the

miné, notre corps le sera inévitablement lui aussi. Les plastiques ont contaminé tous les milieux et notamment les océans, nous en sommes nous-mêmes imprégnés. De nombreuses études pointent déjà la présence préoccupante de nombreuses substances chimiques dans notre corps. Bien sûr, certains facteurs d'importance sont déjà pris en compte par les professionnels de santé et les pouvoirs publics : tabagisme, malbouffe, exposition au soleil, etc. Mais il s'agit là d'une vision très étriquée de notre environnement. Se limiter à ces sujets habituels du domaine de la prévention nous mène à une coupable responsabilité dans l'explosion des maladies chroniques. Quid en effet de la prise en compte des effets sanitaires de l'exposition aux perturbateurs endocriniens, pesticides, plastifiants, perfluorés, retardateurs de flamme, pollutions électromagnétiques, nanocomposés ? Certes, les incertitudes sont nombreuses sur l'impact de ces agents sur la santé humaine. Nous sommes là au cœur du principe de précaution qui nous dit que dans l'incertitude nous ne devons pas attendre pour agir. Il en va de notre responsabilité professionnelle « de santé ».

One Health

Un autre aspect qui fait défaut dans les politiques de santé et de prévention, c'est une vision globale des mécanismes auxquels nous sommes soumis. L'impact de la dégradation des écosystèmes naturels, du changement climatique, de l'effondrement de la biodiversité ne sont que trop rarement mis en avant dans les actions de prévention. Ils sont pourtant d'une extrême importance face aux bouleversements dans lesquels ils nous plongent. Les pouvoirs publics et l'OMS ne s'y trompent d'ailleurs pas, en mettant en avant le concept « One Health »^{3,4}, selon lequel les organismes vivants et les écosystèmes sont interconnectés et la santé des uns dépend de celle des autres. One Health, ou « une seule santé » en français, tient compte de ces liens complexes dans une approche globale des enjeux sanitaires. Celle-ci inclut la santé des animaux, des végétaux et des êtres humains, ainsi que les perturbations de l'environnement générées par l'activité humaine. Pourtant, la déclinaison de cette vision transversale de l'OMS manque cruellement dans le travail réalisé sur le terrain par les professionnels de la prévention.

Ce concept One Health prend tout particulièrement en compte le risque de développement des zoonoses. Ces maladies infectieuses transmises entre animaux et humains peuvent être causées par des virus, des bactéries, des parasites, des champignons ou des agents infectieux non conventionnels. La plupart des spécialistes s'accordent à dire que l'ensemble des bouleversements environnementaux que nous voyons s'accélérer sont autant de facteurs favorables à leur développement. Ainsi, le changement climatique affecte profondément la biodiversité et pousse de nombreuses populations animales à se déplacer pour trouver de nouveaux habitats. Ces brassages de populations animales vont favoriser la rencontre avec les agents microbiens qu'elles hébergent, favorisant ainsi l'apparition de nouveaux agents infectieux. Dans le même temps, le défrichage des dernières grandes forêts primaires conduit les populations humaines à pénétrer chaque jour plus profondément dans ces environnements d'une incroyable richesse biologique et à entrer en contact avec des animaux sauvages favorisant – ici aussi – des brassages microbiens favorables à la constitution de nouveaux agents infectieux. Il suffit de rajouter à cela le développement du transport aérien (qui permet de déplacer en quelques heures un individu porteur asymptomatique d'une maladie émergente d'un continent à l'autre) pour comprendre que le risque de nouvelle pandémie est très élevé. Éviter l'apparition de ces risques et anticiper leurs conséquences est devenu un enjeu de santé publique de tout premier plan. Qui a pu oublier les conséquences sur l'ensemble de nos sociétés de la crise du Covid-19 ? Si nombre des décisions à prendre face à ces risques relèvent des politiques nationales ou locales, n'aurions-nous pas ici aussi notre place ?

Un rôle d'information des patients

Le concept One Health intègre aussi la question de l'antibiorésistance qui nous met face à un incroyable défi. En Europe : 35 000 décès par an y sont liés⁵ et les perspectives sont extrêmement inquiétantes. Nous connaissons depuis de nombreuses années le rôle d'un usage inapproprié et trop large des antibiotiques. Si le rôle des médecins est directement engagé, n'oublions pas pour autant notre rôle infirmier pour participer à diffuser l'information auprès

- Genome with an 'Exposome': The Outstanding Challenge of Environmental Exposure Measurement in Molecular Epidemiology", *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2005, 14(8).
3. OMS, « Une seule santé », octobre 2023, www.who.int.
4. Comme d'autres pays, la Belgique a développé un plan d'action arguant notamment « qu'une politique en matière de résistance aux antimicrobiens ne doit pas être une histoire de type top-down mais une politique dans laquelle les autorités coopèrent avec les secteurs et tous les professionnels sur le terrain », www.health.belgium.be.
5. Conseil européen/Conseil de l'Union européenne, « Cinq raisons de s'inquiéter de la résistance aux antimicrobiens (RAM) », www.consilium.europa.eu.

de la population, tant à propos de la nécessité de respecter strictement les prescriptions que celle d'être très attentif aux devenirs des médicaments non utilisés qui doivent regagner les filières d'élimination et en aucun cas être déversés dans les eaux usées.

Nous oublions trop souvent que l'antibiorésistance se diffuse aussi en raison d'un surusage d'antimicrobien. Plusieurs familles de ces produits sont impliquées dans l'apparition d'antibiorésistance croisée. L'usage excessif d'antibiotiques est largement décrié, mais on peut chaque jour constater qu'il n'en est rien de l'usage des antimicrobiens. C'est même l'inverse ! Nos comportements professionnels donnent la plupart du temps une large place aux désinfectants. Si l'usage de ceux-ci est bien entendu justifié dans de nombreux cas (n'oublions pas non plus l'impact des maladies nosocomiales), il est en revanche souvent douteux, voire inutile. Dans ces cas, les conséquences sont multiples : économiques (ces produits sont chers), écologiques (ils finissent dans les stations d'épuration des eaux usées qui fonctionnent principalement par l'activité microbienne) et sanitaires (ils sont souvent potentiellement dangereux pour notre santé et ils peuvent donc favoriser l'antibiorésistance). Avec la redécouverte de l'importance de nos divers microbiotes, il serait sans doute temps de repenser notre relation au monde microbien...

Sur ce sujet comme de nombreux autres, l'une des explications de ces diverses carences graves dans la prise en compte des liens entre environnement et santé est le manque de formation des professionnels de santé à ce propos. Ils d'autant moins demandeurs de formation qu'ils n'ont pas été sensibilisés – ou trop peu – à ces liens durant leur formation initiale⁶. Et lorsque les formations continues existent, elles doivent permettre d'identifier les dangers, les sources d'exposition, mais aussi les moyens de réduction de ces expositions en n'oubliant surtout pas d'y intégrer une vision systémique. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas...

Revoir nos pratiques

Enfin, il nous restera à nous, acteurs du système de soin, de contribuer à une indispensable évolution écologique, car la responsabilité de notre secteur d'activité sur le changement climatique

Le rôle des éco-infirmiers

Formés en santé environnementale, ces infirmières et infirmiers initient et réalisent des actions de prévention primaire sur le thème des liens entre la santé et les différents facteurs de l'environnement (pollutions de l'eau, de l'air, contaminants alimentaires, rayonnements...). Par cette activité, notamment auprès des populations en difficulté, ils participent directement à l'amélioration des conditions de vie de la population, à la réduction des inégalités face à la santé, mais aussi à la réduction des déficits sociaux (les maladies chroniques sont très souvent liées à des facteurs environnementaux), ainsi qu'à la préservation des grands équilibres écologiques indispensables à notre survie. Ils se situent, de fait, au cœur d'une santé durable. Précisons que ce terme n'est pas actuellement reconnu officiellement. ■

est colossale : 8 % des émissions de gaz à effet de serre selon les données françaises. En Belgique, l'étude commandée par le SPF Santé publique en 2022 indique que « le secteur de la santé est un gros consommateur d'énergie, responsable d'environ 5,5 % des émissions de CO₂ ». Si on additionne à ce chiffre les autres émissions de gaz à effet de serre (notamment le N₂O ou les agents halogénés), les chiffres sont très probablement proches de ceux calculés en France.

Ainsi, nous soignons... en participant à dégrader les conditions même de notre survie sur la planète ! Étrange paradoxe. Pourtant des solutions existent et divers établissements se sont engagés à la réduction de leur empreinte climatique répondant par là même au besoin de cohérence de plus en plus souvent exprimé par les soignantes et les soignants qui souhaitent aligner leur activité professionnelle avec leurs convictions et leurs inquiétudes face à l'avenir de notre planète.

Un service de santé engagé dans la lutte contre le changement climatique et qui fait la promotion de la santé environnementale... ne serait-ce pas là un autre moyen de redonner du sens à notre rôle et à nos professions et donc de concourir à leur attractivité ?

« D'abord ne pas nuire, ensuite soigner », disait Hippocrate. Pour faire exister notre futur, redécouvrons les fondamentaux de nos disciplines. ■

6. Dossier « Écologie et santé », *Santé conjugquée* n° 109, décembre 2024.

LA REPRÉSENTATION INFIRMIÈRE EN BELGIQUE

Le pays compte 140 000 infirmiers et infirmières. Pour défendre les nombreux intérêts de la profession en matière de conditions de travail, de salaire ou de formation, les associations qui les représentent sont réunies sous une coupole pluraliste : l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Marilyn Magerotte, infirmière à la maison de santé des Libertés (Bruxelles), membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.

L'UGIB œuvre pour la promotion et le développement de l'art infirmier.

L'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB)¹ défend les intérêts du secteur depuis 1952. Elle est restée une alliance d'organisations professionnelles autonomes générales jusqu'en 2009 où, sous l'impulsion de cinq associations généralistes – Fédération nationale neutre des infirmières de Belgique (FNIB), Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn), Netwerk verpleegkunde (NVKVV), Nationale neutrale beroepsorganisatie voor vlaamse verpleegkundigen en vroedvrouwen (NNBVV) et Deutschsprachige Berufsvereinigung für Krankenpflege und Pflegehilfe (KPVDB) – elle a obtenu le statut d'asbl. Par la suite, l'UGIB s'est ouverte aux associations spécialisées et en compte aujourd'hui trente-cinq, couvrant tous les aspects de la formation et de l'exercice de la profession : soins pédiatriques, soins aux personnes âgées, salle d'opération, orthopédie, urgence, etc., salariés et indépendants.

Voir et être vu

L'UGIB joue un rôle clé dans des organes consultatifs officiels, conseils, commissions et organisations politiques et scientifiques, tant au niveau européen, fédéral que régional. Elle œuvre pour la promotion et le développement de l'art infirmier dans son ensemble, au bénéfice des praticiens et des patients. Les mandats, exercés bénévolement, souvent pour plusieurs années, sont attribués aux membres en fonction de leur expertise. Les mandataires siègent notamment au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), à la Commission fédérale

« Droits du patient », au Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH), au Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI), à la Plateforme déontologique santé (Mdeon), à la Commission de planification du SPF Santé publique, à la Commission fédérale de contrôle des professionnels de la santé, à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), au conseil de rédaction ebpracticenet (plateforme de référence *evidence-based practice* pour les prestataires de soins), à la Plateforme fédérale d'évaluation des soins palliatifs. On trouve aussi ses représentants à la Commission d'agrément des prestataires de soins de santé, à la Chaire interdisciplinaire de la première ligne Be.Hive, aux commissions médicales provinciales, à la Plateforme collaborative soins de santé de première ligne, au Comité consultatif du bachelier en soins infirmiers, etc. L'UGIB fait également partie de la European Federation of Nurses Associations (EFN). Plus largement encore, elle est présente au Conseil international des infirmières (CII), au Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SI-DIIEF) et à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Signalons aussi qu'en Wallonie, des cercles, endroits de discussion entre pairs par région, sont représentés par Infconsor qui défend les infirmiers et infirmières du domicile. En s'affiliant à l'une ou l'autre de ces associations, les infirmiers et les infirmières sont représentés à différents niveaux politiques et de concertation par des structures qui portent leurs intérêts. Une représentation solide, grâce à leur nombre, qui leur permet d'être entendus, visibles et défendus. Ce qui contribue à faire évoluer la profession. ■

1. www.ugib.be