

# Réforme des professions de soins

Le projet porté par le Ministre fédéral de la santé vise à répondre à plusieurs enjeux liés à la situation des soins de santé mais également à la présence de soignants dans divers secteurs non directement en charge de soins mais où des actes infirmiers sont réalisés et peuvent être délégués (aide sociale, aide aux familles, milieux d'accueil de l'enfance, etc.)

Ce modèle est imposé au pas de charge en multipliant les concertations qui se sont résumées à nous voir informés de la réforme par le cabinet du Ministre de la Santé. Nos multiples questions sont restées sans réponse. Il reste énormément de flou et, pour une partie importante de la réforme, une inquiétude sur l'avenir des différentes professions de soins et sur les filières d'enseignement et de formation permettant d'exercer ces différents métiers.

Il existe deux grands pans à cette réforme :

- La réforme des professions de soins et de l'échelle des soins
- Les actes infirmiers qui peuvent être délégués

## 1. La réforme des professions de soins

Actuellement, il existait deux grandes professions de soins : les infirmières et les aides-soignantes<sup>1</sup>.

La première catégorie est largement modifiée et va se voir ajouter plusieurs types de professions reconnues. Aux côtés de l'infirmière responsable en soins généraux, deux nouveaux cadres légaux sont posés pour les infirmières de pratique avancée (elles devront au minimum être IRSG et avoir suivi un master en sciences infirmières) et pour les infirmières chercheuses cliniciennes.

Cette reconnaissance va de pair avec un nombre important d'actes médicaux qui deviennent une compétence autonome des infirmières. En effet, les prestations techniques de soins infirmiers sont divisées en trois catégories :

- B1 qui ne requièrent pas de prescription médicale,
- B2 qui nécessitent une prescription médicale,
- C qui sont des actes confiés par le médecin à l'infirmier.

Suite à la mise en œuvre de cette réforme, certains actes B2 passeront en B1 (exemple prélèvement de sang veineux, de sécrétions ou d'excrétions) et d'autres seront ajoutés comme la prescription de vaccins. Il s'agit d'un transfert de responsabilité des médecins vers les infirmières.

## **Nos solutions**

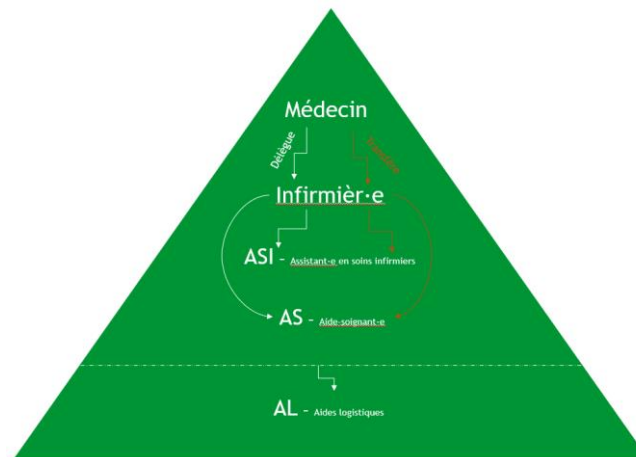
**Assurer une valorisation de ce transfert de tâches, notamment financière et recevoir la garantie que cette nouvelle responsabilité n'impose pas plus de tâches administratives**

---

<sup>1</sup> Pour des raisons assez évidentes vu la féminisation importante de ces métiers, le féminin sera employé mais il existe bien des infirmiers et des infirmières, des aides-soignants et des aides-soignantes.

au détriment de la présence au chevet du patient. A ce jour, l'inquiétude est grande de voir cette réforme se concrétiser sans budget et sans ces différentes garanties.

La modification la plus importante porte sur la création d'un nouveau métier : l'assistante en soins infirmiers (AESI), en néerlandais *basisverpleekundige* (BV) ou infirmière de base. Cette différence linguistique traverse toute la réforme et l'impact est fondamentalement différent en Flandre et en Belgique francophone.



En effet, il faut remonter à l'origine de cette réforme dans l'articulation entre le niveau européen et le niveau belge et, dans le niveau belge, aux différences entre la Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La directive européenne 2013/55 modifie la directive 2005/36 et définit un certain nombre de praticiens au regard de la mobilité européenne (Médecins, Pharmaciens, Dentistes, Vétérinaires, Sages-femmes, Infirmiers et Architectes). Le cadre de certification est contraignant et prévoit, pour recevoir cette certification d'euro-mobilité, un nombre d'heures de formation et un nombre d'heures de stage minimal.

Or, il existe en Belgique deux types de diplôme pour exercer le métier d'infirmière, le bachelor (anciennement graduat ou A1) et le brevet (A2). En Flandre, ce brevet est appelé HBO5. Les filières d'enseignement de type A2 (brevet et HBO5) ne rencontraient pas ces exigences minimales posées par la directive, au moment de son adoption. La Fédération Wallonie-Bruxelles décide de modifier la formation en passant de 3 ans d'étude à 3,5 ans et en augmentant le temps de formation et de stage pour se conformer à ces exigences.

Le gouvernement fédéral a été mis en demeure le 10 octobre 2019 en raison de la non-conformité du cadre juridique belge avec les exigences minimales en matière de formation des infirmiers responsables des soins généraux visées à la directive 2005/36/CE. La mise en demeure vise explicitement la formation d'HBO5 en Flandre et la formation de *Brevets in Krankenpflege* en Communauté germanophone.

Plutôt que de modifier la formation d'HBO5 pour se conformer au cadre européen, le Ministre de la Santé prévoit donc une nouvelle profession, la *basisverpleekundige*. La formation d'HBO5 commencée en septembre 2023 ne formera plus des IRSG mais bien des *basisverpleekundige* et sera révisée en fonction de cette nouvelle législation. Du côté francophone, il existe beaucoup de remous concernant la formation de brevetée. Certains veulent la supprimer, d'autres veulent renforcer les exigences pour être sûrs de se conformer au cadre européen, d'autres demandent son maintien, notamment au regard de

la pénurie actuelle. La question reste entière d'avoir une nouvelle formation d'assistante en soins infirmiers qui se placerait en plus des formations de bachelor et de brevetée.

Une autre grande inconnue est la question lancinante des normes d'encadrement (combien d'infirmières pour combien de lits, par exemple) et de voir si et comment les AESI ou BV sont « comptées » comme infirmières à l'avenir. Si la question semble résolue pour la Flandre, où les BV sont considérées comme des infirmières, le flou règne au Sud du pays, vu la compétence régionale en termes de norme.

Une grande inquiétude réside dans le flou qui entoure les délégations et espaces autonomes entre IRSG et AESI. En effet, la délimitation inscrite dans la loi se base sur une notion assez subjective de complexité. Cet arrêté reprend le principe que l'AESI exerce de manière autonome « dans les limites de ces compétences » (ce qui est déjà une obligation pour tous les professionnels de santé) dans les situations moins complexes. Dans les situations plus complexes il travaille en concertation et en équipe avec une IRSG, ou à défaut avec un médecin. Il exécute les soins précisés dans le plan de soins rédigé par l'IRSG qui a posé le diagnostic infirmier et les éventuelles limites de l'AESI pour adapter ce plan de soins. L'évaluation initiale du degré de complexité du patient est réalisée par l'IRSG, ou à défaut par un médecin. Mais l'AESI peut aussi réaliser cette évaluation s'il ressent le besoin de commencer à délivrer des soins infirmiers au patient pendant une courte période. Bref, il peut donc commencer aussi de manière autonome à évaluer la nécessité de délivrer des soins infirmiers et les réaliser. Ce flou est évidemment lié à la notion de responsabilité dans la pose des actes en question.

Il en est de même pour le renforcement des actes qui peuvent être délégués aux aides-soignantes, qui reçoivent de plus en plus de délégations au risque de voir le fondement même du métier être perturbé. Les aides-soignantes craignent également une surcharge de travail, devant faire plus de tâches sans avoir plus de bras ou plus de temps.

Enfin, un pan entier de cette réforme reste pour le moins obscur : qui va être payé pour faire quoi ? La réalité de la mise en œuvre de l'IFIC est assez récente et risque d'être largement bousculée par cet enchevêtrement de nouvelles règles, tâches et responsabilités. Il n'existe actuellement aucun budget dédié à cette réforme, ce qui nous fait craindre que les valorisations annoncées soient purement et simplement symboliques et donc « bénévoles ».

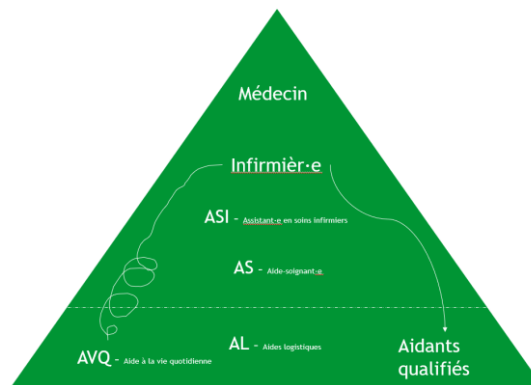
## **Nos solutions**

- **Maintenir les deux types de formation (Bachelor et brevet) pour accéder au titre d'IRSG. Après avoir reçu tous les apaisements concernant ce maintien, nous nous interrogeons sur la pertinence de créer une troisième filière et ce métier d'AESI, au regard des besoins sur le terrain.**
- **Créer des passerelles réalistes et faisables entre les différents niveaux de l'échelle de soins**
- **Assurer que la priorité majeure de l'activité infirmière soit bien au chevet du patient et que les rôles de délégation n'emportent pas une charge administrative supplémentaire.**
- **Assurer une délimitation claire dans les actes qui peuvent être transférés ou délégués entre soignants (IRSG → AESI → Aides-soignantes)**
- **Clarifier les responsabilités entre les différentes soignantes.**

- Assurer une réformes des normes d'encadrement qui fait droit à la complexité des prises en charge
- Assurer un financement pérenne et structurel des différentes professions qui accroissent leur périmètre de tâches et de responsabilité, notamment en assurant le financement des (changements de) catégories barémiques.

## 2. Les actes délégués et les actes de la vie quotidienne

L'autre pan de cette réforme, c'est la « sortie » d'une série d'actes infirmiers de l'exercice de l'art infirmier. La première réalité concerne la définition des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et la seconde concerne la possibilité de déléguer des actes infirmiers à des aidants qualifiés.



Les AVQ sont certains actes infirmiers simples, comme prendre la température ou administrer du paracétamol, qui ne doivent pas dépendre de l'aidant qualifié ni de l'infirmier dans certaines situations. Un ami, un voisin ... peuvent exercer des actes infirmiers simples dans le contexte de la vie quotidienne moyennant le respect des conditions énoncées dans la législation.

La question est cependant complexe puisque ces actes peuvent être considérés par des médecins ou des soignantes comme relevant de l'exercice de l'art infirmier, si la situation l'exige. On se retrouve de nouveau avec une définition assez subjective, avec toutes les questions de responsabilité qui se posent.

Nos solutions :

- Clarifier la notion de responsabilité liée à ces AVQ

Certains actes peuvent être *délégués* aux *aidants qualifiés*. Un aidant qualifié est une personne qui n'est pas infirmière ou infirmier. Cependant, il /elle peut effectuer un ou plusieurs actes infirmiers dans le cadre de sa profession ou d'une activité bénévole, en dehors d'un établissement de soins. L'aidant qualifié, sur respect d'un certain nombre de conditions, est protégé par la loi pour réaliser un ou plusieurs actes infirmiers bien définis dans l'intérêt des patients.

Ces aidants qualifiés se retrouvent dans les secteurs non spécifiquement liés aux Soins de santé. Il s'agit du secteur de l'aide aux familles, de l'aide sociale, des Milieux d'accueil de l'enfance, etc.

Les actes qui peuvent être délégués sont de deux types : soit il s'agit d'AVQ et ils sont alors exercés dans le même cadre (et le même flou) que les AVQ réalisés par n'importe quelle personne, soit des actes délégués qui nécessitent une délégation claire et une formation par une IRSG ou un médecin.

Divers enjeux parcourent ce pan de la réforme, notamment sur les questions de responsabilité, d'organisation de la formation et de la certification qui y serait liée. Assez globalement, les secteurs et professions concernés (aides familiales, éducateurs, puéricultrices, etc.) n'ont absolument pas été concertés par ce volet de la réforme.

Si certains mettent en avant que cela crée un cadre légal à ce qui se pratique parfois *de facto* sur le terrain, d'autres estiment que cela crée une modification structurelle des métiers qui n'est pas prise en compte à sa juste mesure. Il faut donc des balises pour encadrer cette réforme des aidants qualifiés.

### **Nos solutions :**

- **1. Notion de responsabilité : Clarifier les notions de responsabilité, notamment entre les hiérarchies « classiques » et les délégations entre soignantes et aidants qualifiés.**
- **2. Formations : initiales et continues :**  
Il faut prévoir des modules de formation pertinents, concrets et en rapport avec la réalité des situations possibles. Ces formations doivent se faire préalablement à la mise en application de la délégation. La participation doit être compatible et intégrée dans le temps de travail. La formation initiale doit inclure l'apprentissage de tous les actes qui seront délégués.
- **3. Volontariat :**  
La volonté d'inscrire cette possibilité de délégation dans un double volontariat (celui qui accepte de déléguer et celui qui accepte la délégation) se heurte à l'organisation concrète du travail. Il ne faut pas d'aidants qualifiés à deux vitesses.
- **4. Cohérences des mesures :**  
Il faut (re)mettre de la cohérence dans les modalités d'exercice des tâches, au regard de ce qui se pratique dans les faits.
- **5. Respecter l'essence même du métier et reconnaître les professionnelles :**  
Le contenu du travail des différents professionnels doit garder sa spécificité sociale, éducative, pédagogique, etc.: il faut arrêter la polyvalence ou le transfert de métiers. Une réelle concertation doit exister, notamment au sein des secteurs considérés.
- **6. Impacts sur le temps et la qualité de la prestation :**  
Les actes délégués doivent être intégrés dans la prestation et pas à part. Le temps de la prestation doit comprendre ces actes supplémentaires de façon à ne pas restreindre le travail des professionnels concernés.
- **7. Augmentation des tâches et revalorisation :**  
La formation initiale va être enrichie de nouveaux savoirs et savoir-faire, le contenu des prestations va s'accroître et la charge mentale des travailleurs

augmente. Il faut prévoir une revalorisation pécuniaire et un financement pérenne.