



Association belge des praticiens de l'Art Infirmier

Av Hippocrate, 91
1200 Bruxelles
Tél. 02/762.56.18
Fax. 02/772.52.19
acn@infirmieres.be
Visitez www.infirmieres.be !

La profession infirmière en Belgique : 17 propositions pour arrêter l'hémorragie...

1. Les infirmières veulent participer à la politique de santé par une représentation adéquate, assurer le suivi démographique de la profession, protéger le public et lui garantir des soins de qualité par **la création d'un ordre des infirmiers et infirmières belges** sur le modèle français ou québécois.
2. **Les normes actuelles** (ou qui entreront en vigueur en 2010 suite à l'accord social) sont (déjà) dépassées ! Elles **doivent être revues**.
3. Il faut trouver une solution urgente aux **difficultés de recrutement** dans certaines régions en créant **un fond de type "impulseo"** comme pour la médecine générale.
4. Les infirmières demandent qu'**un seul titre** soit reconnu pour exercer comme infirmière. Sinon, une différenciation de fonction doit être envisagée et un organe représentatif et neutre doit s'occuper : de la reconnaissance des compétences entre les différents niveaux et des équivalences éventuelles des diplômes étrangers.
5. **La formation continue** doit être obligatoire et financée (aussi bien en pratiques intra qu'extra-muros), les spécialisations et titres complémentaires acquis en plus du diplôme de base doivent être valorisés.
6. Les **soins infirmiers à domicile** sont les seuls soins qui ont dû subir une baisse de moyens par l'INAMI en 2005 alors que l'ont fait peser sur la première ligne de plus en plus de soins qui avant étaient pris en charge par les institutions !
7. Les patients à domicile ne peuvent pas profiter **du rôle autonome de l'infirmière** pourtant reconnu par la loi car ils ne sont pas remboursés sans prescription médicale, de plus les **actes infirmiers intellectuels** sont trop peu financés.
8. Les rôles spécifiques de leadership et de gestion des **cadres infirmiers** (de l'infirmier chef à la direction infirmière) indispensables aux institutions doivent être financés correctement.
9. La création de **Conseils Infirmiers** représentatifs dans toutes les institutions doit être rendue obligatoire et financée.
10. La représentativité des infirmières d'une manière générale dans toutes les instances doit être revue à la hausse et **les associations professionnelles représentatives doivent être financées** pour le travail qu'elles fournissent.
11. Les **horaires hors-normes** doivent être **revalorisés** et toute modification d'horaire dans le mois doit faire l'objet d'une compensation financière automatique et financée.
12. Il faut obliger et financer partout **l'informatisation du dossier infirmier**.
13. Il y a encore de l'emploi à créer dans des **aides infirmières administratives et logistiques**.



14. **La recherche** en soins infirmiers doit être financée à hauteur du nombre de praticiens qui exercent.

15. **L'enseignement** actuel **doit être évalué**, la législation sur le nombre maximum de stagiaires sur le terrain doit être modifiée ou des **moyens complémentaires** doivent être octroyés aux équipes qui supervisent des étudiants (financement d'une infirmière relais pour étudiants dans chaque équipe), **l'enseignement clinique/pratique** doit être rétribué de la même manière que l'enseignement théorique.

16. Il faut soutenir la création de structures d'accueil à horaires spécifiques pour les enfants des infirmières. Il faut lier l'existence de **places suffisantes dans les crèches** à l'agrément des hôpitaux.

17. Les **dorsalgies** et leurs séquelles doivent être mieux prévenues par une incitation à l'achat de matériel de travail adéquat (lits réglables en hauteur, matériel de manutention...). Une **aide psychologique** et des **lieux de parole** pour les infirmières vivant des moments difficiles (agressivité des patients, décès, choix éthiques difficiles...) doivent être financés et rendus obligatoires.



Association belge des praticiens de l'Art Infirmier

Av Hippocrate, 91

1200 Bruxelles

Tél. 02/762.56.18

Fax. 02/772.52.19

acn@infirmieres.be

Visitez www.infirmieres.be !

La profession infirmière en Belgique... une crise annoncée

Malgré une augmentation de 4,5% du budget global de la santé sous cette législature, les employeurs de différents milieux de santé disent ne pas pouvoir recruter un nombre suffisant d'infirmières qualifiées. Cette norme de croissance du budget santé est donc un minimum qui doit être maintenu lors de la prochaine législature.

Un nombre important d'infirmiers et d'infirmières (probablement 30 000) refusent de postuler aux emplois vacants dans les conditions actuelles et ont préféré se tourner vers d'autres secteurs d'activités. La carrière moyenne actuelle dans le secteur est de 15 ans !

Que feront les autorités en 2015 quand la moitié des infirmières actuelles commenceront à partir en retraite et que trop peu de jeunes pourront les remplacer ?

Les moyens humains supplémentaires dégagés par le dernier accord social ne seront visibles pour les infirmières qu'en 2010... et sont déjà jugés insuffisants aujourd'hui.

La politique actuelle ne permet pas la valorisation de certains actes intellectuels et préventifs. Elle n'est pas non plus adaptée à la répartition entre les besoins en soins à domicile et à l'hôpital... alors que ces éléments pourraient être une source d'économie à long terme.

Pour ne prendre que l'exemple de Bruxelles, on estime à 2000 le nombre d'infirmières nécessaires pour couvrir les besoins de la population en soins à domicile... actuellement il y en a 600 ! Dans ce contexte on peut aisément comprendre le recours systématique et récurrent de certains patients fragiles aux urgences, le taux important de réadmissions, et l'explosion des demandes d'institutionnalisation.

La situation de certaines institutions bruxelloises obligées de recruter dans d'autres pays montre les premiers symptômes d'une crise de recrutement sans précédent dans notre pays.

C'est pourquoi nous demandons qu'un plan d'urgence pour la profession infirmière soit présent dans le prochain accord gouvernemental.

Il manque quelques dizaines de médecins dans certaines régions du pays, un fond "impulseo" a été créé ; il manque des centaines d'infirmières dans d'autres régions, que fait-on ? Les infirmières exigent autant d'attention !

Plusieurs demandes sont récurrentes au sein de la profession depuis une dizaine d'années...

1. Les infirmières demandent à participer à la politique de santé :

La situation actuelle était annoncée, les autorités sont restées sourdes aux associations professionnelles. Lors des négociations des accords sociaux par exemple, les associations professionnelles ne sont pas invitées. Elles ne sont pas considérées comme partenaire social...

2. Les autorités toujours incapables de recenser la profession :

En Belgique, depuis la réglementation de la profession en 1974, il est impossible de savoir



combien d'infirmières exercent et quelles sont leurs données démographiques (âge, régime et lieu de travail, etc.) - pourtant de nombreuses décisions se prennent sous le couvert d'une "pénurie".

3. Les infirmières veulent continuer à protéger la population et lui garantir des soins de qualité :

Depuis peu de temps, les infirmières ont élaboré un code de déontologie qui leur est propre. Elles exigent d'obtenir les moyens de pouvoir le respecter.

La communautarisation de l'enseignement infirmier, la mobilité internationale et l'ouverture aux autres formations européennes entraînent une arrivée sur le marché de l'emploi de candidats infirmiers de niveaux très différents.

C'est pourquoi les infirmières veulent la mise en place d'un organe qui serait chargé de garantir à la population que les soins infirmiers dispensés sont toujours de qualité.

Les infirmières proposent donc une mesure efficace de résolution de la problématique mise en avant dans les trois points ci-dessus par **la création d'un ordre des infirmiers et infirmières belges**.

Missions : "Cet ordre devra veiller au maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétences indispensables à l'exercice de la profession. Il devra faire appliquer le code de déontologie, tenir le tableau des infirmiers et assurer le suivi de la démographie de la profession. Il diffusera les règles de bonnes pratiques en soins infirmiers et sera consulté sur les textes législatifs et réglementaires concernant la profession."

Ces missions sont bien plus importantes et efficaces que celles d'autres ordres actifs actuellement dans le domaine de la santé – celui des médecins par exemple – car :

- Un tel ordre permettrait aux autorités de n'avoir qu'un seul interlocuteur à interroger pour avoir l'avis de toute la profession.
- Il permettrait aux autorités de déléguer la mission de suivi démographique de la profession qu'elles ont de toute façon été incapables d'assumer jusqu'à présent.
- Il permettrait aux autorités de protéger le public d'agissement non déontologique de certains professionnels.
- Il permettrait aux autorités d'être immédiatement informées des lieux où un exercice professionnel de qualité ne peut pas être assuré.
- Et finalement, il permettrait aux autorités d'offrir à la profession un organe de diffusion de bonnes pratiques et de standards professionnels tel qui n'en existe malheureusement pas aujourd'hui dans notre pays – contrairement à ceux qui nous entourent.

Une fois un tel ordre créé, le travail que celui-ci fournira (évaluation des problèmes, interrogation de la profession, préparation des dossiers et des pistes de solutions) permettra aux autorités de prendre toutes les mesures qui s'imposent pour rencontrer l'ensemble des problématiques liées aux soins infirmiers et aux besoins de la population...



LES REVENDICATIONS RÉCURRENTES...

Depuis 1998 (Tables Rondes Infirmières) et malgré les "Dialogues Santé" (2003), de nombreuses revendications infirmières sont restées sans réponse de la part des autorités...

La formation infirmière :

Un seul titre

Il est malhonnête de leurrer la population et les jeunes étudiants en octroyant des diplômes de niveaux différents ("bachelier en soins infirmiers" ou "brevet infirmier") mais permettant d'exercer la même profession.

Les compétences attendues en fin d'études sont différentes - puisque le diplôme s'obtient dans le cadre d'études faites en enseignement supérieur et le brevet, en 4^e degré de l'enseignement secondaire professionnel. Les arguments souvent avancés pour maintenir le brevet sont "ça permet à des jeunes d'un niveau intellectuel plus faible de réussir et de trouver un emploi" et "des emplois d'enseignants sont en jeu" – le premier argument n'est pas très rassurant pour les patients et le second n'est pas digne d'une politique de santé publique cohérente (surtout que ces enseignants pourraient être réorientés dans l'enseignement de niveau supérieur ou vers la formation des nouvelles aides-soignantes).

Nous nous rendons compte également que le niveau d'études supérieures est indispensable pour exercer cet art dans des milieux de soins devenant de plus en plus complexes. 42% des jeunes diplômés actuels poursuivent d'ailleurs une spécialisation (1 an) ou entament des études universitaires (3 ans) – ces possibilités ne sont pas ouvertes aux détenteurs d'un brevet. La plupart des pays européens ont un diplôme de niveau bachelier.

Les infirmières demandent que leur avis majoritaire et répété depuis 10 ans "un seul titre d'infirmière obtenu par des études en Enseignement Supérieur" soit enfin suivi.

Nous demandons donc que la Communauté Française, en regard de l'application des accords de Bologne, opte au minimum pour le niveau d'études supérieures pour l'accès au titre d'infirmière. Une fois cette décision prise, il conviendra de revoir de façon réaliste la passerelle entre le brevet et le graduat. Nous la voulons basée sur l'évaluation des compétences, et réalisable en Enseignement de promotion sociale dans un délai raisonnable.

Si le monde politique persiste à maintenir deux diplômes, nous exigeons qu'une différentiation de fonction soit établie entre les graduées et les brevetées, comme cela est le cas dans certains pays (le Québec, par exemple).

Par ailleurs nous demandons qu'un organe neutre et représentatif des infirmières soit chargé d'évaluer l'équivalence des diplômes infirmiers non européens.

Evaluation de la formation initiale

Sur le terrain, les professionnels dénoncent une inadéquation accrue entre les besoins et les exigences de l'exercice et les compétences des nouveaux diplômés depuis la réforme des études en 1994. Nous demandons qu'une évaluation de la réforme survenue en 1994 soit réalisée, et que la création d'une maîtrise en sciences infirmières soit vivement encouragée.

Encadrement des stagiaires dans les lieux de stage

L'encadrement des stagiaires en milieu hospitalier est aussi un problème.

La réduction de l'encadrement assuré par les enseignants (moins 50% des heures d'encadrement depuis 1990), associé au manque de personnel et à l'augmentation de la charge de travail dans certaines unités de soins ne permettent plus d'encadrer correctement les étudiants en stage. Cette situation entraîne une surcharge de travail pour le personnel diplômé en place et démotive un peu plus les étudiants infirmiers. Rappelons ici que seulement 39% des inscrits en première année terminent leurs études ! Nous demandons la prise d'une mesure exceptionnelle permettant l'engagement d'infirmiers maîtres de stages soit par les hautes écoles (ce qui suppose une révision de la norme d'encadrement), soit par les



institutions. L'état verse aux médecins chefs de services un dédommagement d'environ 15 000 € par an et par candidat spécialiste en stage, pourquoi ne pas mettre en place un financement similaire pour les chefs de services infirmiers ? En attendant cette mesure, nous demandons que les normes de validité des stages fixées par les communautés stipulent que le nombre maximum d'étudiants pouvant être en stage par unité de soins soit au maximum équivalent à l'effectif infirmier réel de l'unité, c'est-à-dire maximum 1 étudiant pour 1 infirmière présente (les postes occupés par des intérimaires étant exclus).

Du côté de l'enseignement, nous constatons que l'enseignement clinique n'est pas rétribué à la même valeur que l'enseignement théorique. Ceci est inacceptable ! Dans la formation infirmière, l'enseignement théorique et clinique ont la même importance et les mêmes niveaux de formation sont exigés pour les enseignants. Les salaires doivent être les mêmes pour les deux matières.

Formation continue

L'évolution de l'Art Infirmier est vertigineuse, elle découle de celle des sciences humaines, sociales, médicales et de la complexification de la législation dans le domaine de la santé. Il devient inconcevable d'exercer cette profession sans mettre à jour ses connaissances par de l'information comme par de la formation.

Les infirmières sont prêtes à entrer dans un système d'accréditation comme celui des médecins.

Nous demandons que 2 jours de formation par an soient obligatoires pour tous et financés (y compris le remplacement du personnel absent pour raison de formation). De plus le financement insuffisant et inadapté du poste "formation permanente" des institutions doit être revu - actuellement le budget est le même quelle que soit la taille de l'entreprise.

La dernière mesure gouvernementale visant à diminuer les congés-éducation payés de 180 à 105 heures est inacceptable. Nous demandons de les relever au minimum à 150 heures – minimum par ailleurs exigé pour la reconnaissance des Qualifications Particulières – et d'étendre cette possibilité aux infirmières du secteur public.

Dans tous secteurs, les normes d'agrément et/ou les besoins d'excellence exigent des infirmières une formation complémentaire pouvant aller de 150h à 2 ans d'études universitaires. Toutes ces formations, si elles se rapportent à la fonction exercée, doivent faire l'objet d'une revalorisation barémique.

Recherche en Soins Infirmiers

Dans tous les pays industrialisés des investissements sont consentis dans le domaine des Soins Infirmiers et dans de nombreuses universités sont nées des facultés de sciences infirmières. C'est le cas en communauté flamande... mais pas en Communauté Française où les moyens dans ce domaine fondent à vue d'œil...

Nous voulons que la Communauté française investisse dans la création de facultés infirmières dans ses universités dotées de budget de recherche et d'enseignement suffisant que pour faire évoluer l'aspect scientifique de la profession.

Les infirmières ont besoin de baser et d'évaluer leur pratique en regard de la recherche scientifique et il n'est pas normal que certaines matières ne soient pas étudiées ou que certaines données ne soient disponibles que contre paiement.

Au niveau fédéral, beaucoup de recherches concernant la santé sont financées par le KCE... où une part infime du budget est consacré à l'Art Infirmier et dans le Conseil d'Administration duquel ne siège aucun représentant infirmier.

Nous exigeons que les budgets octroyés pour des recherches par le KCE soient à la hauteur de l'importance que représente la profession infirmière dans le domaine de la santé. La composition de son Conseil d'Administration doit aussi en tenir compte.



L'exercice de l'Art Infirmier et les responsabilités qui en découlent

Normes de dotation en personnel – protection de l'exercice professionnel

Il arrive de plus en plus souvent que des infirmières d'un service travaillent en minorité au sein d'une équipe composée majoritairement d'étudiants et/ou de personnel d'appoint. Cette situation anormale n'est plus exceptionnelle, elle met en danger la qualité et la continuité des soins au patient, elle démotive le personnel car elle entraîne une surcharge dans l'attention à apporter à l'ensemble des collaborateurs et des soins.

Nous demandons que les normes de dotation en infirmiers des unités de soins (parfois vieilles de plus de 10 ans !) soient augmentées (15/30 lits) et qu'il y soit spécifié une proportion minimale (2/3) de diplômés sous contrat avec l'institution.

Les normes de financement pourraient aussi être adaptées d'après la charge de travail - des outils de mesures de la quantité de soins requis par les patients (et donc du nombre d'infirmières nécessaires) existent. Les derniers développements en termes de programme de soins (cardiologie, pédiatrie,...) n'indiquent plus de nombre minimal d'infirmières par unité de soins, cette situation est dangereuse.

Les normes applicables aux hôpitaux psychiatriques sont complètement dépassées, aussi bien en terme de nombre que de qualification – les infirmières n'y font plus actuellement une "simple" garde ou surveillance de malades mentaux, mais participent bien au processus psycho-thérapeutique. Elles poursuivent pratiquement toutes une formation d'une année supplémentaire après le titre d'infirmière pour ce faire.

De plus, il n'y a pas de texte actuellement qui interdise formellement de remplacer des postes infirmiers vacants par d'autres professionnels de la santé - cette situation est anormale. A Bruxelles, il n'y a pas de contrôle sur le terrain du respect des normes infirmières d'agrément des institutions hospitalières comme c'est le cas dans les autres régions. Nous demandons les moyens de contrôler l'application des législations existantes et la prise de mesures plus sévères de protection de l'exercice infirmier.

Concrètement, nous demandons qu'à très court terme une mesure d'urgence soit prévue : soit la fermeture des lits qui ne sont plus sous "la surveillance normale" d'infirmiers, soit le dégagement d'un budget exceptionnel de crise incitant le personnel en place à ne pas quitter la profession et incitant celui qui l'a quittée à revenir travailler.

A titre d'exemple, par manque de médecins généralistes dans le Hainaut, des primes à l'installation de 20 000 EUR et des prêts de 15 000 EUR à 0% sont proposés, nous demandons des mesures de ce type pour les infirmières dans les régions incapables d'en recruter suffisamment (sous forme de prime de logement ou d'attractivité par exemple).

Le travail de l'infirmière, comme de tout autre professionnel de la santé, est de plus en plus "parasité" par des tâches administratives croissantes. Nous demandons la création de la fonction d'aide-administrative dans chaque service (1 ETP/30lits), financée et en dehors des normes d'agrément en personnel infirmier. De même nous demandons que les tâches non soignantes et non administratives soient réalisées par des aides-logistiques présents 7j/7 sous le contrôle de l'infirmière. Il y a encore de l'emploi à créer en Belgique !

Exercice en MR-MRS

Il faut continuer la reconversion des lits "MR" en lits "MRS". De plus, les normes actuelles ne sont plus réalistes en regard de l'évolution de l'âge et des pathologies des résidents. Des obligations et rétributions de formations complémentaires en gériatrie sont nécessaires.

Par ailleurs, nous demandons un réel contrôle, aléatoire et sur le terrain, du respect des normes et de la pratique infirmière dans ces différentes institutions – de nombreux soins y sont parfois confiés dangereusement à du personnel non qualifié, certaines conditions d'agrément comme les réunions multidisciplinaires ne sont pas rencontrées. Du matériel adapté doit aussi être fourni dans ce secteur afin de prévenir les dorsalgies chez les travailleurs (lits réglables en hauteur, etc...).



Exercice à domicile

Le rapport 2005 de l'INAMI est éloquent. Au chapitre "médecins" on peut lire 5x les mots "indexation, revalorisation ou amélioration d'honoraires et forfaits", un fond d'impulsion pour la médecine générale et le financement complémentaire des cercles de généralistes. Au chapitre "infirmières" on peut lire une indexation de 1,55% suivie d'une diminution d'honoraires de 1,4 à 10% selon les soins !

Nous demandons une revalorisation de la pratique infirmière à domicile par une revalorisation des honoraires et des forfaits, ainsi que par la création de nouveaux honoraires pour des soins de type "hospitalisation à domicile" (certaines plaies, dialyse, perfusions, surveillance et soins de nuit), voire aussi le financement de "cercles de qualité" pour les infirmières à domicile, de même que la reconnaissance des spécialisations suivies par certaines. Il est en effet anormal que malgré l'augmentation du budget de la santé, l'augmentation du prix de l'essence, et l'augmentation des besoins de la population, les revenus de ce secteur ont été diminué d'environ 2% en 2005 à cause de dépassements budgétaires, alors que ces dépassements sont le résultat de la politique de santé actuelle (retour précipité de patients dits "lourds" ou "pas encore tout à fait guéri" à domicile). De plus, au sein de la première ligne, les infirmières sont les seules à avoir vu leurs revenus baisser durant cette législature !

Nous demandons aussi l'intégration dans la réglementation INAMI de la législation fédérale sur l'exercice infirmier – certaines prestations infirmières ne nécessitent pas de prescription médicale – le patient à domicile ne devrait donc pas avoir besoin de faire d'abord venir un médecin pour qu'il les lui prescrive et pour qu'il s'en fasse rembourser (on économisera ainsi du même coup une consultation de généraliste).

De plus, l'infirmière réalise très souvent une démarche de type "consultation" qui consiste à rendre visite à son patient afin d'identifier et de prévenir ses problèmes de santé, ainsi que de coordination d'autres professionnels autour du patient. D'ailleurs, ce type de prestations intellectuelles augmentera dès que des aides-soignantes exerceront à domicile, l'infirmière étant responsable de la délégation et du contrôle de la qualité des prestations des aides-soignantes. Ces prestations intellectuelles (consultation, supervision, contrôle) ne sont actuellement même pas envisagées par l'INAMI. Elles doivent aussi faire l'objet d'une nomenclature.

Le travail administratif

Dans tous les milieux de soins l'infirmière réalise et tiens à jour un dossier infirmier qui fait partie du dossier du patient. Ce dossier est la clé de voûte de la continuité des soins et est un outil aussi indispensable aux autres professionnels prenant en charge le patient.

En milieu hospitalier, dès 2007, un effort considérable supplémentaire va être demandé aux infirmières pour extraire de ce dossier des données (DI-RHM – 3x plus de données à extraire qu'actuellement avec le RIM !) qui seront utilisées par la santé publique pour analyser les séjours hospitaliers et peut-être adapter les financements. Des projets similaires pour les MRS et les soins à domicile s'annoncent... Sans une aide informatique cette tâche ne sera pas effectuée correctement (chiffres inutilisables ou risque de pertes financières pour les institutions) et sera une nouvelle source de mécontentement de la profession.

L'informatisation du dossier du patient doit être stimulée par les autorités – pourquoi pas une obligation assortie d'un financement ! En attendant, le financement de personnel d'encodage doit être envisagé.

Qualité des soins

Des normes internationales existent en terme de qualité des soins. Certains pays ont créé des labels, des systèmes d'accréditation,... plus près de nous, la Flandre a mis en place un décret qualité qui oblige les organisations de soins à entrer dans une certaine démarche commune d'amélioration de la qualité. L'introduction et le suivi de cette démarche qui ne sont malheureusement pas financés sont toutefois vérifiés par des visites d'experts (e.a. infirmiers).

Une démarche de ce type – ou en tout cas l'esprit de la qualité totale - devrait pouvoir être étendue à tout le pays et à toutes les lignes de soins. Actuellement, l'état a très peu de regard sur la qualité et seules quelques mesures de paramètres (infections p.ex.) sont exigées et malheureusement peu exploitées.



L'infirmier(e) en chef

L'équipe infirmière est dirigée par une infirmière en chef dont les rôles, devoirs et obligations sont décrits dans la loi sur les hôpitaux. Dans les normes et le contexte actuels, ce rôle n'est pratiquement plus possible à remplir, l'infirmière en chef travaille aux mêmes tâches que le reste de son équipe, délaissant celles qui lui sont normalement dévolues.

Nous rappelons que l'infirmière en chef ne peut pas être garante de la qualité des soins dans les cas où son équipe est incomplète. En effet, elle ne peut pas être rendue responsable d'une situation qu'elle ne contrôle pas. C'est au gouvernement de donner la possibilité aux hôpitaux de prendre une mesure d'urgence d'engagement de personnel avec budget de crise ou exceptionnel si cela est nécessaire. Nous demandons qu'à l'avenir l'infirmière en chef soit comptée en supplément de l'équipe infirmière de base (1/30 lits à l'hôpital et en MRS en plus de l'équipe de base, et 1/14 ETP à domicile) et que cette fonction qui demande une formation spécifique soit financée à sa juste valeur.

Dans le même ordre d'idée, il faut financer un barème particulier pour les autres postes de cadres infirmiers (parfois appelés "cadres intermédiaires", "de ressource" ou "de projet") - il n'y en a pas actuellement. Or, les infirmières sont les seules pour lesquelles on exige une formation universitaire complémentaire pour assurer un poste de cadre !

Représentation dans les organes de conseil et de décision

Dans les institutions de soins la place de l'infirmière est centrale : les soins infirmiers sont dispensés en continu 24h/24 et 7j/7. Il s'agit de la profession la plus importante en nombre d'employés, or elle n'est pratiquement pas représentée dans les organes de décision et de gestion des institutions. Cette situation est un élément de frustration de la profession et la clé du manque de reconnaissance d'autres partenaires institutionnels.

Nous estimons qu'il est primordial que l'infirmière soit reconnue comme une partenaire à part entière dans les plus hautes instances décisionnelles de chaque institution et que celles-ci devraient créer en leur sein un Conseil Infirmier - des propositions de lois ont déjà été déposées et examinées par la chambre, encore en 2006, dans ce domaine.

Au niveau fédéral, les infirmières s'expriment au sein du Conseil National et de la Commission Technique de l'Art Infirmier (CNAI et CTAI) - ces instances n'ont aucune connexion avec celles des Professions Paramédicales !

De plus, dans ces conseils, siègent, à côté des représentants des associations professionnelles, des représentants des syndicats qui dans leurs propres statuts disent ne pas représenter une profession en particulier. Que font-ils dès lors dans un organe ciblé sur une profession ? Ou alors, pourquoi nos associations professionnelles ne siègent-elles pas au sein des mêmes comités que les syndicats ?

Au sein de SPF Santé Publique, les matières infirmières sont disséminées au sein de plusieurs Directions Générales, Services et Cellules, nous demandons que les matières touchant à la plus importante des professions de santé fassent l'objet d'une seule Direction Générale dotée de moyens proportionnels à la quantité de matières à traiter (enregistrements, contrôle, reconnaissances, équivalence, télématique, production,...).

Dans diverses autres instances d'avis locales, régionales ou fédérales, la présence des infirmières n'est que symbolique. Nous demandons qu'en plus du CNAI et de la CTAI, elles puissent siéger effectivement et en nombre suffisant dans toutes les instances qui traitent des questions de santé. Le plus urgent et évident est l'exemple du CNEH (Conseil National des Etablissements Hospitaliers), des infirmières y siègent sans y avoir été proposées par l'UGIB (Union Générale des Infirmières de Belgique).

Actuellement et depuis 1924, les mandataires bénévoles de nos associations siègent dans les organes de représentation pour des jetons de présence ne couvrant même pas leurs frais de déplacement. Ils participent bénévolement à de nombreux groupes de travail et prennent connaissance des nombreux documents et dossiers relatifs à la profession chez eux, en plus de leur profession ordinaire. Les autorités ne pourraient pas travailler sans leur expertise et ce temps offert !



Pour que ce travail soit de qualité et pour pouvoir répondre dans les délais souvent très rapide que nous demandent les autorités, il faut que nous puissions rémunérer nos mandataires. En 2006 et en 2007, les organisations professionnelles de médecins se partagent 1 million d'euro pour cette représentation (pour 35 000 praticiens) ! Afin que l'état soit équitable, nous exigeons au moins la même somme (pour 90 000 praticiens).

La profession infirmière, la vie sociale et de famille :

Impact des conditions de travail

Les conséquences sociales et familiales des horaires spécifiques de l'infirmière (tous les jours de la semaine tous les horaires de jour et de nuit, sans nécessairement de régularité ni d'information dans un délai acceptable) sont peu communes à d'autres professions. Cet état de fait et l'évolution des valeurs véhiculées par notre société expliquent en grande partie le manque actuel de diplômés. "*Qui veut bien encore faire ça pour ce salaire ?*". Vivre "*en dehors*" du rythme de vie de la plupart des gens entraîne aussi un certain coût. Pour juguler l'hémorragie il est grand temps que le pouvoir d'achat des praticiens de l'Art Infirmier augmente – en commençant par la revalorisation des horaires "hors-normes".

Il ne se passe pas une semaine dans la vie d'une infirmière sans que son horaire prévu soit modifié et qu'elle ne soit rappelée pour remplacer une collègue... Dans de nombreux cas son horaire est modifié de sorte qu'il lui est difficile d'obtenir les primes pour rappel exceptionnel prévues dans certains règlements de travail... cette situation est injuste. Tout rappel ou modification d'horaire dans le mois devrait faire l'objet d'une compensation financière automatique financée par l'état !

Nous demandons une révision à la hausse de l'échelle barémique du personnel infirmier, tenant compte de son impossibilité à pouvoir avoir une vie sociale commune à la plupart des travailleurs et donnant réellement envie à un nombre important d'individus d'embrasser cette carrière. De plus, certaines spécialisations infirmières (de 150 à 900 heures de formation !) deviennent indispensables pour exercer dans certains domaines, une prime de spécialisation doit être prévue.

Structures sociales d'aide

De par ces horaires de travail les professionnels infirmiers éprouvent de nombreuses difficultés à remplir correctement et sereinement des tâches familiales élémentaires. Comment s'occuper des enfants quand on commence à 7h, termine au plus tôt à 19h voire 21h ou lorsque l'on travaille la nuit ? Nous demandons que soient créés des incitants à l'organisation de services à destination des personnels de santé : crèches avec places suffisantes ouvertes 24h/24 et 7j/7, garde d'enfant à domicile, mesures fiscales de déduction supplémentaire de ces services, etc.... Un hôpital ne devrait plus être agréé s'il ne propose pas des places de crèche correspondant au minimum à 75% du total de naissances au sein de son personnel.

Protection de la santé

Pour terminer, l'infirmière use sa santé à préserver ou améliorer celle des autres, à porter et supporter de nombreux malades. Il serait normal que les dorsalgies et leurs séquelles soient pour elles entièrement prises en charge par le Fond des Maladies Professionnelles.

"Supporter" des êtres humains en souffrance use aussi parfois le moral, souvent les infirmières sont aussi victimes d'attitudes agressives des patients et de leurs visiteurs. Une aide psychologique et la création de lieux de paroles obligatoires et financés seraient les bienvenus.