

Introduction

Le mémorandum consiste en une réflexion personnelle sur une problématique professionnelle importante pour les professionnels concernés ou l'évolution de la profession en tant que telle. Il y a bien entendu les nombreuses idées et visions qui ont déjà trouvé écho à maintes reprises sur le terrain et dans la société. Je songe concrètement au plan d'action pour un nouveau modèle en art infirmier¹, à la notion de soins infirmiers intégrants revisitée², aux soins orientés patient³ et au projet européen RN4CAST⁴⁵. Je ne manquerai dès lors pas de m'en inspirer.

Afin de conférer une certaine structure à ce mémorandum, j'ai demandé à quelque 70 étudiants du master en art infirmier et obstétrique de formuler, dans le cadre du cours de gestion des soins infirmiers, trois priorités pour la politique infirmière. Il en résulte une liste de priorités pour la génération future (tableau 1).

Tableau 1 : Priorités formulées en matière de politique infirmière par les étudiants du master en art infirmier et obstétrique de la KU Leuven 2013-14 (N=70).

| <i>Priorité</i> | <i>Description</i> | <i>%</i> |
|-----------------|--|----------|
| 1 | <i>Environnement de travail attractif</i> | 17 |
| 2 | <i>Professionnalisation de la profession infirmière</i> | 16 |
| 3 | <i>Augmentation des effectifs infirmiers et du financement</i> | 14 |
| 4 | <i>Abandon du modèle All-RN, choix d'une différenciation de fonctions et recours aux infirmiers cliniciens</i> | 10 |
| 5 | <i>Coordination médecins - infirmiers</i> | 9 |
| 6 | <i>Primary nursing / art infirmier intégrant</i> | 8 |
| 7 | <i>Organisation basée sur une gamme de services (« service-line ») centrée sur le patient</i> | 7 |
| 8 | <i>Réforme de la formation en soins infirmiers</i> | 5 |
| 9 | <i>Rendre l'image de l'art infirmier plus attractive (profession magnétique)</i> | 4 |
| 10 | <i>Continuité des soins entre la première et la deuxième ligne</i> | 4 |

Il s'agit bien sûr du classement des étudiants. Je prends mes distances par rapport à ce résultat. En effet, pourquoi la continuité entre la première et la deuxième ligne serait-elle moins importante ? Les dix thèmes sont cependant tous pertinents et offrent des repères pour ébaucher quelques développements futurs en soins infirmiers sur la base principalement de recherches propres à la discipline. J'ai classé les thèmes au niveau de

¹ Sermeus W. et al. Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KU Leuven, mars 2009, 39pp.

² Sermeus W., Grypdonck M. et al., Integreerende Verpleegkunde revisited: een hefboom tot integrale zorg, Permanente Vorming Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Oostende: 19-20 avril 2012

³ Sermeus W. & A. Vleugels (2010), Patiëntgestuurde organisatie, Kluwer

⁴ Aiken LH et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, The Lancet 26 February 2014

⁵ Aiken LH, Sermeus W, et al., Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012 Mar 20

leur contenu et leur ai donné plus de cohérence.

1. Environnement de travail attractif

Au cours des 50 dernières années, de nombreuses recherches ont été menées sur l'importance de l'environnement de travail du personnel infirmier et sur son impact sur la qualité et le bien-être des praticiens infirmiers (satisfaction liée au travail, rétention). En référence au travail de Peters et Waterman (dans *Search of Excellence*, 1982), Kramer et Schmalenberg ont développé la notion des hôpitaux dits magnétiques (Kramer et al., 1988a ; Kramer et al., 1988b). Il en a résulté aux États-Unis une vaste étude sur ces hôpitaux : des environnements de travail attrayants à la fois pour les patients et pour le personnel. Il s'avère très clairement que l'attractivité ne réside pas dans des motivations externes comme la rémunération ou les avantages extra-légaux. L'attractivité se situe au niveau des facteurs de travail intrinsèques comme le soutien apporté par le management, la collaboration avec les médecins, l'effectif infirmier, les concepts de bonne pratique infirmière et la participation à la politique. La récente étude RN4CAST, réalisée pour le compte de l'Union européenne dans 12 pays européens, confirme ces relations (Aiken et al., 2012). Les praticiens infirmiers, dans une large mesure, indiquent qu'ils ne sont pas satisfaits de leur job, souffrent de burn-out et veulent quitter la profession. Cela varie d'environ 1 infirmier sur 10 aux Pays-Bas à plus de la moitié des infirmiers en Grèce. La Suisse enregistre de bons résultats, tandis que la Finlande et l'Irlande s'inscrivent plutôt dans la lignée des résultats grecs.

Dans de nombreuses publications scientifiques consécutives à l'étude RN4CAST, on a analysé le lien entre l'organisation des soins infirmiers et ces niveaux de bien-être du personnel infirmier. L'étude de Heinen et al. (2013) s'est basée sur les données internationales de l'étude RN4CAST pour confirmer que plusieurs facteurs de l'activité infirmière, comme les relations avec le corps médical, le leadership infirmier et la participation à la gestion de l'hôpital, sont associés à l'intention de praticiens infirmiers de quitter la profession. Ausserhofer et al. (2013) ont eux aussi utilisé les données RN4CAST et ont démontré que davantage de tâches infirmières essentielles sont remplies dans les hôpitaux qui offrent un meilleur environnement de travail et qui disposent d'un effectif plus élevé. Ce dernier point concerne entre autres l'administration et l'éducation du patient, mais également des tâches cliniques comme la clinique de la douleur, les soins de la peau et l'hygiène buccale.

Dans le prolongement des résultats européens, près d'un tiers (29,5%) des infirmiers belges ont déclaré vouloir quitter la profession car ils ne sont pas satisfaits. Au niveau de l'hôpital, la proportion de mécontents varie de 13 à 56%. En d'autres termes, dans un certain nombre d'hôpitaux en Belgique, plus de la moitié des praticiens infirmiers ont dit vouloir quitter l'hôpital pour cause de mécontentement quant à leur job. Une analyse de régression multiniveaux a révélé un lien significatif entre effectifs et environnement de travail d'une part, et l'intention de quitter l'hôpital d'autre part ; dans les hôpitaux où les infirmiers étaient responsables d'un plus grand nombre de patients et où la qualité de l'environnement de travail était moindre, l'intention de quitter l'hôpital était plus grande. Cette analyse a tenu compte des caractéristiques démographiques des répondants (âge, sexe et nombre d'années d'expérience en art infirmier), des caractéristiques de l'organisation (nombre de lits, hôpital universitaire ou non, hôpital de haute technologie ou non), et de la région où se situe l'hôpital (région wallonne, flamande ou bruxelloise).

Une étude de suivi qualitative (Van den Heede et al., 2012) a apporté des précisions au sujet de ces constatations. Cette étude a interrogé les directeurs infirmiers des trois hôpitaux flamands les plus performants et les trois moins performants en ce qui concerne la part d'infirmiers voulant quitter l'hôpital. Dans les trois hôpitaux les moins performants, l'intention de quitter la profession concernait 36,4%, 38,0% et 48,9% du personnel infirmier. Dans les trois hôpitaux les plus performants, ce pourcentage était de 13,1%, 13,2% et 13,5%. Les interviews ont clairement montré que les directeurs infirmiers des hôpitaux les plus performants maîtrisaient le « management par l'écoute et la rencontre » (Management By Walking Around ou MBWA) et entretenaient des contacts beaucoup plus personnels avec leurs infirmiers. Ils œuvraient aussi davantage pour la représentation du corps infirmier dans les groupes de travail et s'efforçaient d'adapter les effectifs à la demande de soins. Des différences marquantes s'observaient aussi en termes de vision pour ce qui est de la mise en place conjointe de plans stratégiques par les médecins et les praticiens infirmiers, l'encouragement du personnel infirmier à apprendre tout au long de la vie, la mise en œuvre de programmes d'insertion pour les nouveaux infirmiers, et l'importance attachée à la sécurité des patients et à la qualité des soins. De manière générale, les hôpitaux les plus performants se caractérisent par une concertation ouverte et une organisation plane, un management participatif, des programmes de formation structurels et des opportunités de carrière pour le personnel infirmier.

Il ressort d'une étude (Aiken et al., 2011) que l'environnement de travail agit aussi sur la relation entre l'effectif infirmier et la mortalité hospitalière. L'impact de l'effectif infirmier est plus grand dans les hôpitaux qui offrent un meilleur environnement de travail (baisse de 9% de la mortalité quand un infirmier doit s'occuper d'1 patient en moins) que dans les hôpitaux présentant un environnement de travail moyen (diminution de la mortalité de seulement 4%), et est nul dans les hôpitaux où l'environnement de travail est pire. Cette interaction souligne que la création d'un bon environnement de travail est peut-être la première priorité, avant l'augmentation des effectifs infirmiers. S'atteler à l'environnement de travail est par ailleurs une mesure relativement bon marché et réalisable. Cette interaction n'a pour l'heure pas été confirmée dans la récente étude européenne RN4CAST pour 9 pays européens (Aiken et al. 2014).

2. Rendre l'image de l'art infirmier plus attractive (profession magnétique)

Une des caractéristiques du concept de l'hôpital magnétique est qu'il met les hôpitaux en concurrence, stimule la compétition pour plus d'excellence et pour attirer les meilleurs professionnels infirmiers. L'inconvénient est que les hôpitaux « plus forts » risquent d'éclipser les « plus faibles », avec pour conséquence de renforcer les différences entre hôpitaux plutôt que de les réduire. L'inégalité ne conduit généralement pas à une meilleure accessibilité ni à une généralisation de la qualité. Une approche alternative consisterait à promouvoir l'art infirmier comme profession magnétique (éventuellement au détriment d'autres professions). La désignation d'un « ambassadeur pour les soins » en Flandre et les actions menées par bon nombre de parties prenantes ont permis de rencontrer une grande partie des objectifs et attentes formulés dans le plan d'action « Blaudruk Verpleegkunde » de 2009. Pour rappel, voici brièvement ces objectifs :

- Mettre sur pied une campagne à grande échelle pour la promotion de l'art infirmier, axée dans un premier temps sur l'attractivité de l'ensemble des professions de santé ainsi que sur l'appel social de la santé, avec la participation des écoles, des professionnels

de terrain et des pouvoirs publics.

- Mettre l'accent sur l'étudiant, les parents, les enseignants et les centres PMS qui assistent l'étudiant dans l'orientation de ses futures études.
- Insister sur un choix positif pour les soins de santé. Le secteur, bien qu'il soit confronté à des besoins majeurs, ne peut pas être perçu comme une machine de création d'emplois.
- Concentrer les actions sur les élèves de l'enseignement secondaire général et technique, groupe cible primaire dans lequel on veut recruter pour les soins de santé.
- Piloter et coordonner les campagnes de manière uniforme.
- Soutenir des initiatives telles que le groupe de travail pour la promotion de l'art infirmier en Flandre.

3. Professionnalisation de la profession infirmière

Dans le cadre de l'image de l'art infirmier, l'étude Belimage (Dierckx de Casterlé et al., 2003) sur le concept de soi professionnel des infirmiers a été réalisée de 2001 à 2003. Les conclusions de cette étude sont claires : ce n'est pas le contenu des soins infirmiers mais surtout le contexte actuel dans lequel les infirmiers doivent réaliser ces soins qui constitue une source majeure de tension, de mécontentement et d'épuisement. Les praticiens infirmiers aiment leur métier et ont la volonté et la compétence pour prendre leur responsabilité en matière de soins.

Dans ce cas, où est le problème ? On s'accorde de plus en plus à dire que la question est fortement liée à l'organisation des hôpitaux qui se basent encore souvent sur des conceptions datant du début du siècle dernier. Il suffit de songer à Taylor, Fayol, l'organisation de l'armée prussienne, ou la bureaucratie de Weber. On retrouve bon nombre de ces idées dans nos hôpitaux traditionnels qui doivent leur origine et leur croissance à deux organisations hiérarchiques strictes : l'Église et l'armée. La grande force de cette forme d'organisation est son efficacité dans la prestation de soins dans un environnement stable. Cette particularité représente dans le même temps la grande faiblesse de ce type d'organisation.

Cela demande que la traditionnelle pyramide des pouvoirs soit inversée - comme cela a été déjà été fait à plusieurs reprises dans beaucoup d'entreprises de services - et que le management soit au service des collaborateurs et des patients. L'histoire des hôpitaux magnétiques montre que cela est possible, que cela paie et ne s'oppose pas aux lois économiques.

Cela exige toutefois un changement important du rôle des infirmiers vis-à-vis de la politique des organisations, changement visant à les impliquer davantage. Le programme « Productive Ward », lancé en 2008 par le « NHS Institute for Innovation and Improvement » (Davis et al., 2012; Robert et al., 2011) au Royaume-Uni, prouve que c'est possible. Il permet aux infirmiers de réaliser eux-mêmes des centaines d'améliorations. Cela renforce leur fierté professionnelle. Mais il en résulte aussi plus de temps pour le patient, une plus grande sécurité, moins d'absences pour maladie, et une production plus élevée. Cela requiert un autre rôle et une autre responsabilité pour l'infirmier en chef. Les programmes de leadership clinique (Dierckx de Casterlé et al., 2008) sont importants pour les préparer et les guider dans ce nouveau rôle.

4. Primary nursing / Art infirmier intégrant

L'art infirmier intégrant (All) avait pour but de proposer un ensemble de mesures cohérentes

en vue de concrétiser une vision précise de l'art infirmier. Cette vision de l'art infirmier demeure encore à ce jour un idéal pour beaucoup et est plus que jamais d'actualité en raison des économies imposées dans le secteur des soins de santé et de la complexité accrue des soins (tant en termes de technologie que d'organisation). Dans le cadre de ces évolutions, l'art infirmier intégrant est important pour garantir au patient des soins dignes. Le praticien infirmier a un rôle majeur à jouer à cet égard.

Le document qui revisite les soins infirmiers intégrants (IV Revisited, 2012) définit six valeurs fondamentales : (1) la relation de responsabilité entre l'infirmier et le patient, (2) l'acceptation de l'autonomie/hétéronomie du patient, (3) apprendre à gérer l'impuissance, (4) l'intégration des soins somatiques et non somatiques, (5) les soins liés à la continuité de la vie et (6) professionnalisme et expertise.

Ce même document a délimité six caractéristiques organisationnelles pertinentes pour l'All : (1) l'attribution de patients en tant que façon de partager et d'assumer responsabilités et tâches, (2) la différenciation de fonctions, (3) le planning de soins en tant que façon de décider des soins à donner au patient, (4) la collaboration pluridisciplinaire comme façon de coordonner les soins au patient, (5) les soins transmuraux comme façon de garantir la continuité des soins au-delà des limites de l'organisation et de l'établissement et (6) le rôle de l'infirmier en chef et l'environnement de soins.

L'All est essentiel pour professionnaliser l'art infirmier. Il exige une attention accrue et un plus grand respect pour l'autonomie de l'infirmier, et demande que ce dernier soit entendu et associé à la politique par le management supérieur, comme cela est d'usage dans les hôpitaux magnétiques. Nos étudiants en master étaient impressionnés par le concept de « primary nursing », qui prévoit d'assurer la responsabilité d'un patient 24h sur 24, même si l'on n'est pas présent physiquement auprès du patient et que les soins effectifs sont donnés par un collègue infirmier. Cependant, avoir ses « propres » patients et pouvoir en assumer toute la responsabilité fait en sorte que l'on appréhende la profession d'une autre manière. Cela crée aussi un autre lien de collaboration avec les médecins, qui sont familiarisés depuis bien plus longtemps avec ce modèle.

5. Augmentation des effectifs infirmiers et du financement

La proportion du nombre de patients par infirmier a un impact important sur le risque de décès. Si un infirmier a plus de patients sous sa responsabilité, cela signifie moins d'attention par patient. Ce qui a pour conséquence que des complications risquent d'être constatées et traitées plus tard. À tel point que le risque de décès augmente de 7% par patient supplémentaire pour un infirmier.

Dans les hôpitaux belges, le nombre de patients par infirmier varie entre 8 et 16, avec une moyenne de 11. Seule l'Espagne compte plus de patients par infirmier : 13 en moyenne. En Norvège, un infirmier s'occupe en moyenne de 5 patients. Le tableau 2 donne un aperçu des différents pays (extrait de Aiken et al., The Lancet, 26 février 2014).

Ces chiffres confirment le sentiment de nombreux infirmiers en Belgique que nous disposons de moins d'effectifs par rapport à nos pays voisins. Le problème se situe principalement au niveau de l'équipe du soir et l'équipe de nuit, où souvent seuls 1 ou 2 infirmiers sont responsables d'une unité comptant 25 à 30 patients.

Les normes d'encadrement infirmier en Belgique (p. ex. 12/30 lits occupés à 80%) datent

encore de la fin des années 60 et n'ont jusqu'à présent encore jamais été ajustées. L'effectif a certes été revu plusieurs fois à la hausse au fil des dernières décennies, sur la base de conventions collectives de travail, équipes mobiles, RIM et autres mesures. Mais les gestionnaires et directions d'hôpitaux n'ont pas l'obligation de consacrer effectivement ces moyens supplémentaires à du personnel infirmier. La norme minimale (les 12/30) est la seule norme contraignante.

Tableau 2. Nurse staffing and education in nine European countries (Aiken et al., 2014)

| | Nurse staffing (patients to nurse) | | Nurse education (% of nurses with bachelor's degrees) | |
|-------------|------------------------------------|----------|---|----------|
| | Mean (SD) | Range | Mean (SD) | Range |
| Belgium | 10.8 (2.0) | 7.5–15.9 | 55% (15) | 26–86% |
| England | 8.8 (1.5) | 5.5–11.5 | 28% (9) | 10–49% |
| Finland | 7.6 (1.4) | 5.3–10.6 | 50% (10) | 36–71% |
| Ireland | 6.9 (1.0) | 5.4–8.9 | 58% (12) | 35–81% |
| Netherlands | 7.0 (0.8) | 5.1–8.1 | 31% (12) | 16–68% |
| Norway | 5.2 (0.8) | 3.4–6.7 | 100% (0) | 100–100% |
| Spain | 12.7 (2.0) | 9.5–17.9 | 100% (0) | 100–100% |
| Sweden | 7.6 (1.1) | 5.4–9.8 | 54% (12) | 27–76% |
| Switzerland | 7.8 (1.3) | 4.6–9.8 | 10% (10) | 0–39% |
| Total | 8.3 (2.4) | 3.4–17.9 | 52% (27) | 0–100% |

Means, SDs, and ranges are estimated from hospital data—eg, the 59 hospitals in Belgium have a mean patient-to-nurse ratio of 10.8, and the patient-to-nurse ratio ranges across those 59 hospitals from 7.5 to 15.9. Similarly, the 31 hospitals in Switzerland have, on average, 10% bachelor's nurses, and the percent of bachelor's nurses ranges across those 31 hospitals from 0% to 39%.

Il peut en être autrement. Comme aux États-Unis où, en investissant davantage dans le personnel infirmier, on voit d'autres coûts baisser, p. ex. parce qu'il y a moins de complications et que la durée de séjour à l'hôpital est plus courte. Environ la moitié des États aux USA travaillent déjà avec des « safe staffing ratios », c'est-à-dire qu'un nombre maximum de patients peut être attribué à un infirmier. P. ex. pour les unités médico-chirurgicales des hôpitaux, cette norme est fixée à 5 patients par infirmier. Cette norme est d'application 24 h sur 24 (y compris donc en soirée, la nuit et le week-end). L'infirmier en chef n'est pas compris dans cette norme, laquelle concerne uniquement les praticiens infirmiers (et donc pas les aides-soignants ni le personnel logistique). La norme s'applique également aux pauses de midi lors desquelles un remplacement doit donc être prévu. Une étude aux États-Unis (Aiken et al. 2010) montre qu'en effet, cette norme « sûre » renforce l'attractivité de la profession, améliore la satisfaction au travail, réduit le « turn-over » et fait baisser le taux d'absentéisme pour maladie. Chaque système de santé étant différent, il pourrait être intéressant d'examiner quelle norme d'encadrement infirmier serait souhaitable en Belgique.

Il a dans le même temps été démontré qu'en augmentant l'effectif infirmier, on peut réduire la mortalité, le nombre de complications et les durées de séjour. Investir dans plus de personnel infirmier est sans doute une des mesures les plus efficaces pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. L'étude de Dall et al. (2009) montre que cela ne doit pas

nécessairement coûter plus cher. Investir 1 dollar dans du personnel infirmier donne lieu à une économie de 75 cent du fait qu'il y a moins de complications, que la durée de séjour est raccourcie et que l'on reprend le travail plus rapidement. Et ces 75% d'économies n'incluent pas les « intangibles » (comme la diminution de la douleur et l'amélioration du confort pour le patient) ni l'économie des frais de remplacement d'infirmiers en raison d'un turn-over moins important.

6. Réforme de la formation en soins infirmiers

Le dossier de la double structure de la formation en art infirmier est difficile et sensible. La situation actuelle résulte d'une évolution sur 50 ans. En 1957, la Belgique était au premier rang de l'Europe, avec la réforme approfondie de l'enseignement de l'art infirmier. L'argument en faveur de la réforme est le même aujourd'hui qu'il y a 50 ans : la formation d'infirmier était alors jugée insuffisante par rapport à l'évolution des soins médicaux. Le problème n'était pas tant quantitatif, mais plutôt qualitatif. Il a été décidé de faire passer la formation en art infirmier à une formation de trois ans dans l'enseignement supérieur non universitaire. Dans l'optique du législateur, l'infirmier gradué (l'actuel Bachelier en art infirmier) serait assisté par un auxiliaire de soins hospitaliers, dont la formation continuerait à relever de l'enseignement professionnel. Ce modèle n'a pas pu être entièrement réalisé, en raison d'un nombre insuffisant de candidats infirmiers pour la formation de graduat et de la pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux. Pour pallier cette situation, et à titre transitoire, la formation d'assistant en soins hospitaliers a été complétée par une troisième année qui conduisait au brevet en art infirmier, équivalant à l'actuelle formation professionnelle supérieure. Cette solution temporaire est finalement devenue permanente, et c'est ce qui a conduit à la double structure de formation telle que nous la connaissons aujourd'hui. On n'efface pas cinquante ans d'histoire. Il faut apprécier le passé à sa juste valeur, en se tournant vers l'avenir. Et l'avenir signifie en premier lieu faire la clarté sur l'offre de formation. Comment motiver les jeunes à étudier l'art infirmier, si l'on ne peut leur expliquer la différence entre une formation de bachelier et une formation professionnelle ? Comment expliquer aux autres pays européens que les deux qualifications sont équivalentes à la qualification européenne d'infirmier général et qu'en Belgique, nous demandons aux étudiants de suivre une formation passerelle de 2 ans pour pouvoir passer d'un diplôme professionnel à un diplôme de bachelier ? Et tout cela, souvent pour effectuer le même travail en pratique. Le même travail, mais pas toujours avec le même résultat, comme nous le comprenons dans l'étude RN4CAST (Aiken et al. 2014), qui a démontré l'existence d'une relation entre le niveau de formation des infirmiers et la mortalité hospitalière. L'étude révèle que 10% de bacheliers en plus en soins infirmiers fait baisser la mortalité hospitalière de 7%. Dans les hôpitaux belges, 55% des infirmiers sont des bacheliers, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne européenne (52%).

Il est souhaitable que les différentes formations en art infirmier occupent une place bien définie dans le continuum des soins. Il y a lieu de coordonner, de façon uniforme, l'exercice de la profession et l'enseignement. Pour ce faire, il convient de différencier les fonctions, afin de pouvoir accorder une place bien définie aux différents niveaux de formation. A cet égard, il est préférable de faire la distinction entre l'art infirmier et les soins, entre les compétences générales et les compétences spécifiques, entre un élargissement et un approfondissement. L'approche « one-fits-all », résumée dans le slogan « a nurse is a nurse is a nurse » (all-RN model), qui a souvent servi de référence dans le passé, est actuellement dépassée. Au vu de la complexification des besoins en soins, cette approche ne reflète plus la réalité de manière adéquate. Sur le terrain, les acteurs concernés n'auront donc plus les mêmes responsabilités.

Dès lors, il devient nécessaire de créer une série de nouvelles fonctions et de nouveaux titres, et ce afin de pouvoir définir l'offre de soins existante. Les différentes formations en art infirmier et en soins devront s'inscrire dans ce nouveau cadre, pour pouvoir répondre aux futurs besoins en soins.

7. Abandon du modèle « all-RN », choix explicite d'une différenciation de fonctions et recours à des infirmiers cliniciens

La discussion relative aux deux formations en soins infirmiers fait la une depuis plusieurs années et éclipse le vrai débat sur la différenciation de fonctions et la substitution. Par substitution, on entend la redistribution structurelle des tâches entre plusieurs groupes professionnels. La différenciation de fonctions consiste à créer des fonctions comprenant des tâches, responsabilités et compétences diverses au sein d'un même groupe professionnel. On utilise souvent comme argument la pénurie de personnel infirmier pour expliquer un transfert de tâches de l'infirmier vers du personnel moins qualifié (soignants ou aides-soignants). Des tâches telles que laver le patient sont alors laissées aux soignants/aides-soignants. On peut toutefois se demander s'il ne serait pas plus intéressant de déléguer des tâches non infirmières à du personnel moins qualifié. En effet, il ressort de l'étude RN4CAST que pendant le dernier shift, 44 à 78% des infirmiers ont effectué les tâches suivantes : servir les repas et débarrasser la table, tâches ménagères, transport de patients, contacts et demandes de services d'encadrement (Bruyneel et al. 2009). En d'autres mots, les infirmiers consacrent environ 20% de leur temps à des activités non infirmières. Ces dernières offrent probablement davantage d'opportunités au personnel moins qualifié.

Le débat sur la différenciation de fonctions doit manifestement encore démarrer. Bon nombre de pays occidentaux ont déjà recours à des infirmiers spécialisés qui ont reçu une formation universitaire (ex. Clinical Nurse Specialists), ou à des échelles cliniques qui définissent un plan de carrière attractif pour les infirmiers qui souhaitent rester au chevet du patient. En Belgique, cela s'observe de manière plutôt sporadique. Les hôpitaux qui recrutent des infirmiers ayant suivi une formation universitaire dans des fonctions cliniques spécialisées, sont peu nombreux. Les échelles cliniques sont utilisées de façon encore très limitée. Cela peut éventuellement s'expliquer par une connaissance insuffisante de l'efficacité de ces infirmiers universitaires, des systèmes de financement inadéquats et un cadre législatif inadapté. Or, il est clair que ces fonctions joueront un rôle important dans le développement ultérieur de soins de santé de qualité.

8. Coordination médecins - infirmiers

C'est dans un article de Glouberman et Mintzberg (1992, 2001) que l'existence de plusieurs mondes au sein de l'hôpital a été formulée avec le plus de précision. Dans cet article, les auteurs distinguent quatre mondes articulés autour de deux axes (figure 1). Le premier axe exprime le degré d'implication dans l'établissement. L'implication peut être forte (« managing in ») ou faible (« managing out »). Le second axe représente le niveau de décision. Cela peut varier de l'opérationnel (« managing down ») au stratégique (« managing up »).

Le premier monde est celui de la politique hospitalière. Les directeurs d'hôpitaux et l'administration sont responsables du contrôle et de la gestion. Ils s'occupent moins des préoccupations journalières du terrain mais supervisent l'établissement dans sa totalité. Ils veillent principalement à établir des relations avec l'extérieur et à contrôler l'acquisition,

l'attribution et l'affectation de moyens.

Le deuxième monde est celui des infirmiers. Ceux-ci sont actifs sur le plan opérationnel, essentiellement au sein de l'hôpital et plus particulièrement au sein de leur propre service. Continuité, coordination et soins sont les principaux éléments qui caractérisent leur rôle. Pour ces deux mondes, il est typique de constater que tant les infirmiers que l'administration se sentent étroitement liés à l'établissement.

Le troisième monde est celui des médecins. Ils sont davantage tournés vers le monde extérieur : leurs collègues professionnels dans l'établissement, dans d'autres hôpitaux, voire d'autres pays. Ils travaillent à l'hôpital mais pas nécessairement pour l'hôpital. La plupart des médecins exercent pour ainsi dire de manière indépendante dans le cadre « plutôt » fortuit d'un hôpital. Le médecin « loue » du personnel, de l'infrastructure et du matériel de l'hôpital pour développer son cabinet. À l'instar des infirmiers, les médecins sont principalement actifs sur le plan opérationnel.

Le quatrième monde est celui des représentants de la communauté qui, en tant qu'administrateur, ne sont associés que de façon très limitée à la politique journalière de l'établissement. Leur rôle consiste surtout à évaluer dans quelle mesure l'hôpital répond aux besoins actuels et futurs de la société.

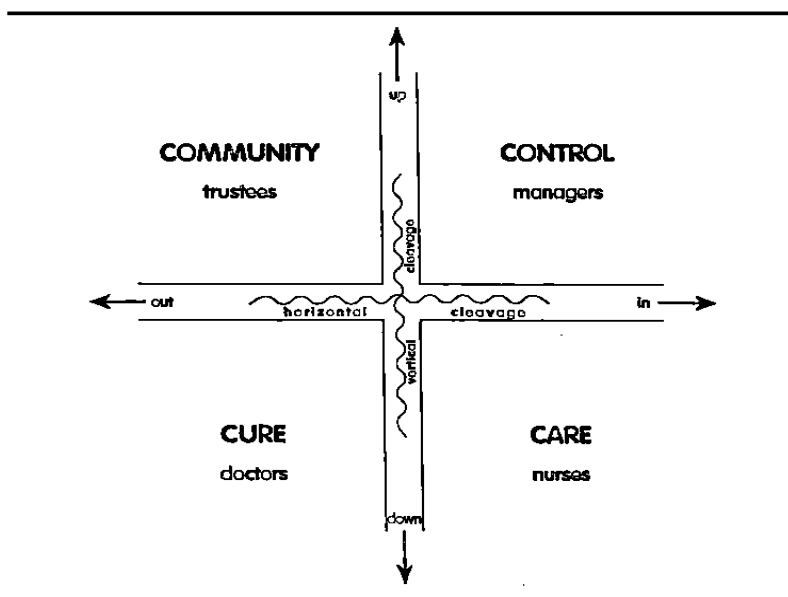


Figure 1 : Glouberman & Mintzberg, 1992

Selon Mintzberg, ces quatre mondes fonctionnaient autrefois indépendamment les uns des autres. Les soins médicaux (« cure ») étaient amenés de l'extérieur quand l'état du patient nécessitait une intervention médicale. Le médecin se rendait à l'hôpital « en visite ». Les chirurgiens sont arrivés dans les hôpitaux suite à la nécessité de disposer de salles d'opération. Les internistes ne sont venus pratiquer à l'hôpital que bien des années plus tard. À ce jour, des médecins hospitaliers, en plus de leur activité à l'hôpital, continuent à exploiter leur propre cabinet en dehors de l'hôpital. Dans certains cas, ils font même concurrence à l'hôpital. Ce lien peu étroit avec l'hôpital s'exprime par une structure médicale limitée dans la plupart des hôpitaux belges, avec pour conséquence que le staff médical n'occupait pas de place bien définie dans l'organisation de l'hôpital. Dans beaucoup d'hôpitaux, le conseil médical qui agit au nom du staff se concentre surtout sur la défense des intérêts. La relation du staff médical avec la direction et l'administration porte principalement sur

la création de conditions pour l'activité professionnelle de spécialistes.

Entre-temps, les soins de santé sont devenus un travail d'équipe. Par exemple, dans le cadre d'une admission moyenne pour une opération à cœur ouvert (Abersnagel et Van Vliet, 1998), le patient, tout au long des huit à dix jours que durera son séjour à l'hôpital, passera par cinq services et dix-huit disciplines, et rencontrera une centaine de collaborateurs. Le fonctionnement médiocre des équipes concernées et le manque de communication et de coordination sont à l'origine des problèmes de qualité des soins dans 2/3 des cas. Pour y remédier, il y a lieu de miser sur l'instauration d'une collaboration interdisciplinaire. C'est ce que nous appelons des organisations basées sur une gamme de services (« service-line organisations »).

9. « Service-line organisations » centrées sur le patient

L'organisation hospitalière basée sur une gamme de services prend le patient comme point de départ pour se structurer. Le processus clinique est l'axe central autour duquel s'articulent les processus organisationnels. Cette approche n'est pas unique aux soins de santé et existe également dans le secteur de l'économie, où l'on attribue au client une position centrale. McCormack & Johnson (2001) appellent cela le « Business Process Orientation » ou le fait de donner la priorité aux processus fondamentaux - dans le cas des soins de santé, il s'agit bien sûr des soins - dans la formation d'une organisation. Parmi les instruments qui doivent permettre de donner forme à ce concept, on trouve les trajets de soins, qui décrivent et uniformisent de façon claire l'organisation des soins pour un groupe précis de patients. On commence ici par examiner quelles activités apportent une plus-value au patient. Ces activités visent à garantir des soins de qualité et à réaliser le meilleur bénéfice en termes de santé. Après analyse des indicateurs de processus et de résultat, on détermine les objectifs individuels et communs de l'équipe de soins. Partant de là, on définit quels sont les rôles nécessaires pour atteindre ces objectifs et les tâches sont réparties entre tous les groupes professionnels concernés. Cela permet de mieux clarifier les rôles et de revaloriser chaque discipline au moyen d'objectifs de soins et non par des relations de pouvoir et des différences de statut. On intègre ensuite ces objectifs et ce partage des rôles dans la pratique au quotidien, via une organisation approfondie des processus. Les dossiers de patients sont optimisés, des outils de communication ainsi qu'une check-list sont mis en place, des réunions d'équipe sont programmées, des activités non essentielles sont supprimées et les processus d'encadrement sont adaptés au processus de soins primaires. Une étude réalisée dans des hôpitaux flamands (Deneckere et al., 2012) a montré que cette approche fonctionne. Les équipes qui travaillaient avec des trajets de soins enregistraient des résultats bien meilleurs en termes de gestion de conflits, ambiance dans l'équipe pour l'innovation et niveau d'organisation des soins. De plus, les membres de ces équipes présentaient moins de signes de fatigue émotionnelle et se sentaient plus compétents pour exercer leur fonction. Au sein de ces équipes, le nombre de personnes présentant un risque de burn-out était par conséquent nettement inférieur (7,3% pour 12,5%). Idem pour ce qui est des personnes souffrant réellement de burn-out (3,8% pour 6%). Les trajets de soins sont donc propices non seulement aux patients, mais aussi au fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle responsable de ces patients.

10. Continuité des soins entre la première et la deuxième ligne

Il est évident que les soins aux patients ne se limitent plus aux murs des hôpitaux et des prestataires. Les soins sont de plus en plus chroniques, et la continuité et la coordination constituent autant de priorités. C'est ce qu'on appelle dans la littérature « Facilitated Network

Businesses » (Christensen et al., 2009), où patients et professionnels entrent en contact par le biais de réseaux essentiellement axés sur les soins chroniques. La valeur ajoutée de ces réseaux est qu'ils permettent de comparer sa propre progression par rapport à d'autres patients dans la même situation, et de récolter l'avis de spécialistes et autres patients lorsque l'on rencontre des difficultés. La principale plus-value réside toutefois dans l'interdépendance de ces réseaux. Patients, associations de patients, médecins généralistes, spécialistes, infirmiers et paramédicaux participent à ces réseaux. Les trajets de soins en Belgique pour le traitement du diabète et de l'insuffisance rénale chronique en sont un exemple. Ces réseaux peuvent être gérés par le médecin généraliste et la première ligne, le médecin spécialiste et la deuxième ligne, ou par des organisations indépendantes du secteur des soins comme les assureurs, les bureaux de soins. Plus important encore est le fait que le patient peut lui-même prendre son traitement en charge. Il est indispensable à cet égard de pouvoir développer et accéder à son dossier de patient. Cette « auto-régie » est importante dans la mesure où de nombreuses maladies chroniques vont de pair avec des changements comportementaux et un autre mode de vie. La plupart savent également ce qu'ils doivent faire. Les professionnels de la santé leur ont souvent répété : arrêtez de fumer, bougez davantage, perdez du poids, mangez plus sainement et travaillez moins. Mais comment mettre cela en pratique ? Comment garder les patients motivés ?

Conclusion

L'art infirmier est à un croisement. Cela renvoie d'une part au rôle majeur que remplissent les infirmiers. Ils sont le point de rencontre entre patients, médecins et organisations de soins. Ils représentent le lien qui maintient le tout. Les développements dans l'environnement large, ce que Stephen Covey⁶ (1989) appelle le « cercle des préoccupations », est en pleine mutation et offre bon nombre d'opportunités aux infirmiers. Songeons au vieillissement de la population, aux possibilités technologiques et informatiques, à l'évolution vers des soins plus chroniques, à l'attention grandissante pour les notions de coûts et la qualité, au rôle du patient.

Dans le même temps, on entend aussi par « croisement » le fait que l'art infirmier doit faire les bons choix et prendre les bonnes décisions. Covey parle ici de « cercle d'influence ». Il est important, d'un point de vue stratégique, de faire concorder les deux cercles le mieux possible. Les priorités formulées donnent une série de repères pour guider la profession dans la direction souhaitée. Le menu de mémorandum moderne ressemblerait aujourd'hui à ceci :

Entrée

Nombre suffisant, expertise, environnement de travail attractif

Plat principal

Professionalisme, différenciation et collaboration pluridisciplinaire

Dessert

Continuité et position centrale du patient

⁶ Covey S., *The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change*, Simon & Schuster, 1989, 358pp.

Références bibliographiques

Aiken LH et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet* 26 February 2014

Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*. 2011 Dec;49(12):1047-53

Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J, Smith HL. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Serv Res*. 2010 Aug;45(4):904-21.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344,

Albersnagel, E. en Van Vliet, J., De invulling van kwalificatieniveau 5, TVZ, 17, pp. 506-507, 1998

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... Schwendimann, R. (2013). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*.

Bruyneel, L., Van den Heede, K., Diya, L., Aiken, L., & Sermeus, W. (2009). Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study questionnaire: an RN4CAST pilot study. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 41(2), 202–210.

Christensen, C.M., Grossman, J. en Hwang, J., *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*, McGraw-Hill Professional, 2009.

Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan PF. The economic value of professional nursing. *Med Care*. 2009 Jan;47(1):97-104.

Davis J., Adams J. The 'Releasing Time to Care--the Productive Ward' programme: participants' perspectives. *J Nurs Manag*. 2012 Apr; 20(3):354-60.

Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx C, Panella M, Mutsvari T, Sermeus W., and Vanhaecht, K. (2012). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care and lower risk of burnout in acute healthcare teams using care pathways: A cluster randomized controlled trial. *Medical Care*; 51(1):99-107.

Dierckx de Casterlé B, Willemse A, Verschueren M, Milisen K., Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *J Nurs Manag*. 2008 Sep; 16(6):753-63.

Dierckx de Casterlé B., Milisen K., Darras E., e.a., Het verpleegkundig beroep in crisis? Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen, CZV-K.U.Leuven / ESP-UCL, 2003.

Glouberman, S. en Mintzberg, H., *Managing the care of health and the cure of disease, part I: four worlds*, niet-gepubliceerde tekst, 30 p., 1992.

Glouberman, S. en Mintzberg, H., *Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration*. *Health Care Manage Rev.*, 26, 1, pp. 70-84, 2001.

Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies*, 50(2), 174–84.

- Kramer M., Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Institutions of Excellence: Part II. *J Nurs Adm* 1988; 18(2):11-19.
- Kramer M., Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Institutions of Excellence - Part I. *J Nurs Adm* 1988; 18(1):13-24.
- McCormack, K.P. en Johnson, W.C., *Business Process Orientation: Gaining the e-Business Competitive Advantage*, CRC Press; 2001.
- Mendonck K., Meulemans H., *Tijd voor Zorg; een analyse van de zorgverlening en de gezondheids- en welzijnssector*, Brussel, VUBPress, 2002.
- Peters T., Waterman R.H. *In Search of Excellence*. Cambridge: Harper & Row, 1982.
- Robert G., Morrow E., Maben J., Griffiths P., Callard L. The adoption, local implementation and assimilation into routine nursing practice of a national quality improvement programme: the Productive Ward in England. *J Clin Nurs*. 2011 Apr;20(7-8):1196-207.
- Sermeus W. & A. Vleugels (2010), *Patiëntgestuurde organisatie*, Kluwer.
- Sermeus W. et al. *Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde*, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KU Leuven, maart 2009, 39pp.
- Sermeus W., Grypdonck M. et al., *Integrerende Verpleegkunde revisited: een hefboom tot integrale zorg*, Permanente Vorming Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Oostende: 19-20 april 2012
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... Zikos, D. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10, 6.
- Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International journal of nursing studies*, 50(2), 185–94.
- Van den Heede, K., Lesaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & Sermeus, W. (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: analysis of administrative data. *International journal of nursing studies*, 46(6), 796–803.