|  |  |
| --- | --- |
| NOM PRENOMADRESSE PERSONNELLEADRESSE MAIL | lieu, le 4 décembre 2023 |

Objet : Réaction dans le cadre de l’examen de proportionnalité de l’Avant-projet de loi modifiant la loi relative à l’exercice des professions des soins de santé (LEPS), coordonnée le 10 mai 2015, afin d’y insérer la réforme des soins infirmiers

Monsieur le Ministre,

En tant qu’FONCTION, je me permets de porter à votre attention les points suivants concernant l’avant-projet de loi soumis à notre attention dans le cadre de la réforme de l’art infirmier.

Il me semble que l’objectif de cet avant-projet de loi va dans le bon sens d’un soutien aux professionnels de la santé, et de mesures visant à pallier la pénurie infirmière. Il y a cependant des points d’attention importants à prendre en compte pour que ces professionnels, en particulier les infirmiers, se sentent effectivement soutenus et reconnus, et que pour la qualité et la sécurité des soins soit assurée, y compris les plus fragiles d’entre eux que sont les patients gériatriques considérés à tort comme « moins complexes ».

**Concernant l’infirmier responsable de soins généraux (IRSG) et l’assistant en soins infirmiers (AESI) :** aucune distinction n’est faite dans l’avant-projet de loi entre la description des fonctions de ces deux professionnels. Certes, le niveau de complexité de la situation est évoqué, mais ce niveau de complexité (1) requiert une évaluation subjective, puisqu’aucun outil n’existe qui permettrait de la mesurer, et (2) ne nécessite pas une évaluation préalable par l’IRSG dans un certain nombre de situations (moins complexes, mais qui l’évalue ? ou temporaires).

Par conséquent, dans les faits, aucune distinction réelle et concrète n’est réalisée dans la LEPS entre ces deux fonctions. Ceci :

* **Nuira potentiellement à la qualité et à la sécurité des soins**, si une institution fait le choix de ne pas disposer de suffisamment d’IRSG pour réaliser effectivement ces évaluations de la situation de santé des personnes soignées.
* **Nuira potentiellement à l’attractivité de la formation et de la profession infirmière**: pourquoi choisir une voie plus longue et plus complexe si l’on peut faire à peu près la même chose avec moins d’efforts ?
* En conséquence, **aggravera potentiellement la pénurie infirmière** et, puisque la proportion d’infirmiers formés à un haut niveau sera moindre, **fera peser un risque sur la qualité des soins et la sécurité des patients**, tel que démontré dans les études scientifiques, notamment RN4CAST.
* **Pourrait constituer une infraction à la DIR EU/2005/36**.

Tel quel, le texte rate par conséquent complètement les cibles annoncées, pour ce qui concerne la valorisation des praticiens infirmiers, en particulier des IRSG, aussi bien que la qualité/sécurité des soins.

**Deux options semblent pouvoir solutionner cet aspect** :

* **Soit distinguer une partie de l’art infirmier, qui soit exclusivement réservée à l’IRSG** :

je pense minimum au point b) de l’art. 3, 1° : « poser le diagnostic infirmier et déterminer les soins infirmiers à fournir, prescrire des soins infirmiers, coordonner les soins infirmiers, déléguer des prestations techniques de l’art infirmier, superviser l'exécution des soins et des prestations techniques de l’art infirmier délégués » - il est en effet inacceptable que l’ensemble de ces tâches soient réalisées par l’AESI, qui n’est pas formé à cette fin.

En particulier, le fait que l’AESI rédige les plans de soins est en contradiction avec l’AR du 20/9/2023 : « *Art 2 §3. En tenant compte de l’état de santé du patient et du contexte de soins, l’assistant en soins infirmiers peut, dans les limites de ses compétences, commencer à effectuer les soins sur base d’un plan de soins infirmiers de référence et sans évaluation initiale par l’infirmier responsable des soins généraux ou le médecin lorsque l’infirmier responsable des soins généraux ne fait pas partie de l’équipe de soins. L’évaluation de l’état du patient par l’infirmier responsable des soins généraux et/ou le médecin suit dès que possible*. »

Et le fait que l’AESI coordonne les soins infirmiers est en contraction avec le présent projet de loi, qui réserve cette tâche à l’IRSG.

* **Soit rédiger une définition de l’art infirmier spécifique à l’IRSG** (et par cascade à l’infirmier de pratique avancée et l’infirmier chercheur clinicien).

Dans le même ordre d’idée, à savoir manquer la cible d’une revalorisation de l’IRSG, **le système d’équipe structurée prévoit la possibilité de délégation de soins non prévus dans leur liste à des aides-soignants (AS) ou des AESI**. Ceci pourrait entraîner les conséquences suivantes :

* Qu’il n’y aura plus d’attractivité de passer les « passerelles » AS vers AESI et AESI vers IRSG ;
* Qu’un AS pourra effectuer des actes qu’un AESI ne pourra pas ;
* Qu’il y aura une confusion majeure dans les fonctions tant pour les patients, les médecins, autres professionnels des soins de santé (ou non à domicile) entre ce que peut faire un AS, AESI et IRSG.

Par ailleurs, la définition qui est donnée de l’équipe structurée vise principalement le secteur hospitalier. L’équipe structurée telle que définie ne pourra être rencontrée de manière régulière et systématique en extrahospitalier, où les mêmes défis se posent et vont s’amplifier à la suite du virage ambulatoire des soins. Même dans le secteur hospitalier, sans davantage de cadre, la coordination des soins au sein d’une telle équipe structurée, composée de manière variable d’un jour à l’autre (personnes différentes avec des « listes » différentes), n’est pas réaliste.

Cet élément, comme plusieurs autres, **contredit l’avis consolidé des CFAI-CTAI** en la matière, comme les projets de texte proposés par vous lors de ce mandat ont pris l’habitude de le faire. De manière générale, ces divers textes sont perçus par les infirmiers comme un « dépouillement » de leur profession, sans respect pour les compétences complexes nécessaires à celle-ci, et sans revalorisation réelle de la profession à part « l’aumône » de quelques médicaments hors prescription dont médecins et pharmaciens détiendront la liste…

Je crains fort que le résultat de tout ceci soit d’accélérer la catastrophe annoncée. Nous aurons besoin dans le futur d’un grand nombre d’IRSG dans tous les secteurs du soin (y compris domicile ou MRS) ; ce sont eux qu’il faut en priorité cibler et non leur remplacement par du personnel moins qualifié.

En outre, l’art. 5, al. 3 du projet de loi mentionne : « *Par “soin”, on entend l’exécution d’activités liées à l’établissement d’un diagnostic, à l’exécution d’un traitement prescrit ou à des mesures liées à la médecine préventive* » ; la promotion de la santé et les soins continus et palliatifs devraient être ajoutés à cette énumération.

**Concernant le processus de consultation visant à définir les contours de la pratique de l’infirmier de pratique avancée (IPA)**, notamment pour ce qui concerne le transfert d’actes médicaux : l’avant-projet de loi prévoit la consultation du CFAI et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes (CSMSMG). Or, (1) les médecins sont déjà représentés au CFAI, ce qui leur donne une double représentation, et (2) les délais du CSMSMG sont parfois excessivement longs. Les défis auxquels la profession infirmière, et plus largement le système de santé, sont confrontés, ne permettent plus de perdre du temps. L’article 23 de la LEPS devrait inclure la possibilité, pour l’IRSG, l’IPA et l’infirmier chercheur clinicien, de se voir confier des actes médicaux spécifiques auprès de patients précis et ce, afin de pallier le long temps de concertation et de permettre la création et l’analyse de projets ou dispositifs pilotes.

Concernant cet IPA et en raison d’écho d’avis opposés, je tiens à dire que je soutiens sans réserve ce qui est prévu dans le présent avant-projet de loi, à savoir de réserver ce titre aux personnes ayant obtenu un **Master en Sciences Infirmières** préparant à cette fonction (MSI, sauf mesures transitoires éventuelles). En effet, il n’y a pas d’exemple international reconnaissant l’IPA sur base d’un autre master en sciences de la santé, et le MSI a été conçu en adéquation avec la fonction d’IPA et son profil de compétences. Bien entendu, il est important et essentiel - dans le cadre de mesures transitoires - de donner également aux titulaires d’un master en sciences de la santé exerçant de longue date une fonction proche de celle de l’IPA la possibilité d'être reconnus comme IPA, comme c’est proposé dans l’avant-projet de loi. Cela ne change rien au fait que, pour l'avenir, un master en sciences infirmières constitue la préparation appropriée à la fonction d’IPA.

Il y a enfin quelques **éléments de forme** à revoir pour la traduction française :

* Il est d’usage de formuler « dispenser » ou « prodiguer » des soins, et non « fournir » (points b) et f) de la définition de l’art infirmier à l’art. 3, 1°).
* Au point g) du même article, je suggérerais les formulation « prendre » et « agir » sans les faire précéder de « pouvoir », la description portant sur des actions et non sur des capacités.

En vous remerciant pour l’attention apportée à ces commentaires, je vous prie de recevoir, Monsieur le Ministre, l’assurance de ma considération et de mon souhait de faire évoluer positivement à la fois notre profession et, plus globalement, notre système de santé.

 NOM PRENOM