

**Agenda pour l'avenir du travail dans les soins**  
**« Attirer, accompagner et retenir le personnel de soins »**

---

**Agenda pour l'avenir du travail dans les soins**  
**« Attirer, accompagner et retenir le personnel de soins »**

**EXECUTIVE SUMMARY**

---

Ce rapport est le résultat d'un processus participatif avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles, suite à une invitation du ministre des Affaires sociales et de la Santé pour aboutir à un Agenda pour l'avenir du travail dans les soins. Le rapport donne un aperçu global et large des aspects qui affectent l'attractivité du travail dans le secteur des soins et comprend trois volets : une description des constats sur le terrain, les mesures déjà prises et les pistes de solutions possibles. Le point de départ est l'expérience du personnel soignant lui-même. C'est lui qui connaît en premier lieu les problèmes liés au travail dans les soins de santé. Cependant, les employeurs qui doivent organiser les soins, sont également confrontés à des défis majeurs et rencontrent des difficultés très spécifiques.

Le rapport peut être considéré comme une source de référence et d'inspiration qui donne un aperçu des constats et des solutions possibles. Toutefois, les partenaires sociaux indiquent que ce rapport ne peut être considéré comme un accord sur tous les éléments du rapport, ni comme un accord négocié.

Le rapport est le résultat d'échanges et de discussions approfondis et constitue en ce sens une réflexion sans précédent, significative, utile et même nécessaire sur le secteur, qui peut aider à mener de nouvelles discussions dans le même cadre général.

En résumé, le rapport conclut que les soins - à interpréter au sens large dans le contexte de cet exercice (hôpitaux, soins à domicile, etc.) - sont confrontés à des défis et à des changements majeurs en termes d'organisation, de leadership, d'innovation et de digitalisation. Les investissements de ces dernières années ont entraîné un rattrapage nécessaire mais pas suffisant. Les investissements doivent donc être poursuivis. En outre, des réformes sont également nécessaires si nous voulons que nos soins restent accessibles, abordables et de haute qualité pour le patient et viables et de haute qualité pour le personnel soignant.

Les défis en matière des soins sont multiples et complexes. Les réponses aussi. Il n'existe pas de solution magique unique qui puisse garantir que tout reste sur la bonne voie pour l'avenir. De plus, les soins de santé sont un système. Le fait d'ajuster un composant a souvent, et généralement même, un effet sur d'autres composants. Les réformes doivent donc être bien

pensées et donc prennent du temps. Un temps qui semble peu voire inexistant. Heureusement, nous ne partons pas d'une feuille de papier vierge. Des mesures importantes ont déjà été prises, des investissements ont été réalisés, plusieurs réformes sont en cours et des ajustements nécessaires sont mis en œuvre par étapes modestes mais régulières.

## **I. APERÇU DESCRIPTIF DES PROBLEMES ET CONSTATS SUR LE TERRAIN**

L'attractivité du travail dans le secteur des soins est complexe. De nombreux facteurs différents, de nature différente, y contribuent. Le secteur des soins est également très vaste et comprend de nombreux sous-secteurs différents, chacun ayant ses propres caractéristiques et particularités. De nombreux acteurs sont également impliqués. Les problèmes et les conclusions décrites dans le rapport reposent principalement sur l'expérience individuelle du personnel soignant lui-même (principalement des infirmiers et des aides-soignants). Mais les employeurs qui doivent organiser les soins sont également confrontés à des défis majeurs et rencontrent des difficultés spécifiques. Les situations et/ou problèmes décrits doivent être considérés comme descriptifs et basés sur l'expérience du terrain. De ce fait, tous les éléments inclus ont bien leur valeur car ils ont été cités par une ou plusieurs des parties, mais tous les éléments ne sont pas considérés comme (également) problématiques par les différentes parties. Ils ne se produisent pas non plus tous aux mêmes endroits dans la même mesure et ne peuvent pas tous être considérés comme structurels ou généralisés. De manière générale, force est de constater également que peu de matériel numérique est disponible pour objectiver les constats sur le terrain.

Lorsque le personnel soignant est interrogé sur les problèmes liés au travail dans le secteur des soins, beaucoup indiquent qu'ils estiment qu'ils ne peuvent plus travailler comme il se doit pour fournir des soins de qualité.

Ils disent et estiment qu'il n'y a pas assez de personnel pour pouvoir réaliser le travail selon des normes élevées. Parallèlement, la plupart des infirmiers indiquent aussi qu'ils effectuent des

tâches qui ne nécessitent pas leur expertise. Le temps consacré à des tâches non infirmières réduit également le temps passé au chevet du patient. Beaucoup indiquent également qu'ils doivent enregistrer beaucoup (trop) de choses, ce qui signifie qu'ils ont moins de temps pour s'occuper de leurs patients. L'enregistrement en soi n'est pas considéré comme inutile - car cela est également important dans le cadre d'une prise en charge de haute qualité - mais le manque de performance et d'interopérabilité des systèmes d'enregistrement, les doubles enregistrements et les enregistrements sans but ni exploitation ultérieure sont particulièrement critiqués.

En outre, il semble qu'il n'y ait pas suffisamment de temps et d'espace pour la mise en œuvre de l'innovation ainsi que pour la pratique réflexive et l'évaluation des professionnelles, qui sont considérées comme importantes pour des soins de haute qualité. La consultation des collègues et d'autres professionnels de soins, tant en termes de contenu des soins que d'aspects politiques et de gestion, apparaît importante pour le fonctionnement des services, l'attractivité du travail et la qualité des soins.

La technologie – bien qu'elle soit d'une grande valeur pour les soins – n'est pas toujours perçue comme conviviale et n'est pas toujours un soutien. Cela peut entraîner des tâches supplémentaires et les gens ne se sentent pas toujours suffisamment compétents pour gérer la nouvelle technologie. Dans le même temps, les prestataires de soins ne semblent pas toujours suffisamment conscients de la valeur ajoutée que les évolutions technologiques peuvent offrir.

Globalement, on constate également une intensification croissante des soins, qui sont également devenus plus complexes et ont également augmenté en quantité. Dans ce dernier contexte, certains soulignent également la soi-disant surutilisation des actions infirmières qui surchargent les services et le personnel (par exemple activités sur base de tradition au lieu de données probantes, comme par exemple le rinçage régulier d'un porth-a-cath pour les résidents d'une maison de repos transférés à cet effet à un hôpital).

Ces facteurs conduisent au fait que de nombreux personnels des soins estiment qu'ils ne peuvent plus garantir des soins de qualité au patient et, dans plusieurs endroits, cela conduit à une augmentation significative de la pression psychosociale et à un sentiment d'épuisement qui

provoquent des absences maladies et qui amènent les personnes concernées à quitter le secteur.

De nombreuses personnes travaillant dans le secteur des soins indiquent également qu'elles ne se sentent pas suffisamment reconnues et valorisées. Des facteurs liés à la performance, à la rémunération et aux conditions de travail sont mentionnés.

La profession infirmière a connu une énorme évolution. Les infirmiers et les aides-soignants sont des professionnels de santé à part entière. Dans de nombreux cas, les infirmiers connaissent les techniques avancées, les traitements complexes, une supervision minutieuse, une perspicacité clinique et une réponse rapide aux situations d'urgence. Cependant, il existe encore une idée sociale très répandue selon laquelle l'infirmier n'est là que pour prodiguer des soins. Une telle idée existe parfois encore dans le contexte même des soins. Il en va de même pour l'aide-soignant. En matière de formation, mais aussi d'un point de vue social, l'accent est encore mis sur les tâches domestiques et logistiques des aides-soignants, plutôt que sur leurs capacités de soins.

De plus, dans de nombreux endroits, le personnel soignant ressent encore un manque de participation et de transparence dans la gestion des organisations dont il fait partie. Même lors des consultations organisées au niveau des équipes, dans plusieurs endroits, les gens se sentent trop peu en sécurité pour oser s'exprimer. De plus, ce « temps d'équipe » n'est pas financé. Aussi lorsqu'un manque de représentation est constaté au niveau de la direction, cela est cité comme une lacune. Bien que dans le secteur hospitalier, il y ait souvent déjà une représentation via le directeur infirmier au niveau de la direction et que le personnel soit généralement représenté par la délégation syndicale en ce qui concerne les salaires et les conditions de travail, il est néanmoins indiqué que pour ce qui concerne les aspects qui affectent la pratique de la profession et du cadre infirmier et paramédical, une représentation suffisante n'est pas assurée pour et par les groupes professionnels concernés eux-mêmes.

Outre les infirmiers et les aides-soignants, de nombreux autres profils font également partie du contexte de soins et de soins du patient. De nombreuses actions qui ne sont pas de nature

infirmière ne sont pas reconnues ou pas suffisamment. Par exemple, il n'existe pas de profils clairs pour les fonctions non infirmières ou pour des fonctions de support pour les infirmiers ou aides-soignants.

Les soins c'est sans cesse. Les soins sont assurés 24h/24 et 7j/7, 365 jours par an, chaque année. Un équilibre sain entre vie professionnelle et vie privée est très difficile dans ce contexte. Contrairement à la flexibilité nécessaire qu'implique le secteur des soins, les personnes sont trop peu valorisées et, en même temps, il existe également des obstacles politiques qui empêchent de trouver des solutions. Dans ce contexte, il est fait référence entre autre au financement et aux normes.

En termes de rémunération, selon un rapport de l'OCDE, les salaires des infirmiers en Belgique sont parmi les plus élevés d'Europe ; il n'en va pas de même pour les aides-soignants. Toutefois, cela ne signifie pas que les salaires du personnel soignant ne doivent pas continuer à évoluer. Un certain nombre de problèmes ont été identifiés en ce qui concerne l'IFIC – le nouveau modèle de classification de rémunération dans le secteur des soins.

Plusieurs problématiques se posent en termes de management et de leadership. Il ne s'agit pas de problèmes généralisés : ils dépendent de facteurs locaux, mais en tout cas le management et le leadership ont un impact majeur sur le bien-être du personnel et le fonctionnement des services.

Des problèmes d'organisation interne et de planification sont observés à plusieurs endroits. Les ressources et les personnes ne sont pas toujours déployées là où elles peuvent être utilisées au mieux.

Il est également indiqué que l'accent n'est pas toujours suffisamment mis sur la cohésion au sein des équipes. Il n'y a souvent pas assez de temps pour se concentrer là-dessus. L'infirmier en chef a souvent trop peu de marge. Par exemple, une grande partie de son temps est souvent consacrée à la planification des horaires. Ou bien son engagement est nécessaire pour les soins de base en raison de pénuries dans d'autres domaines. Il convient de noter que des tentatives

ont déjà été faites pour remédier à cette situation grâce à des investissements du Fonds Blouses blanches, mais sur le terrain, l'impact est perçu comme plutôt limité. Et l'impact du travail (de plus en plus) avec des travailleurs temporaires ou flexibles ne doit pas être sous-estimé. Si, en raison de pénuries persistantes, l'équipe permanente est continuellement complétée par des équipes mobiles, des étudiants, des intérimaires, des infirmiers de projet, des indépendants, etc., cela a également des conséquences sur la cohésion d'une équipe.

Malgré le financement des infirmiers d'accompagnement, on évoque également le manque de temps et d'espace pour l'accompagnement (tant du personnel débutant que du personnel existant). Cela a un impact sur le bien-être aussi bien de ceux qui sont guidés que de ceux qui doivent guider.

Tous les membres soulignent le rôle de l'enseignement.

Il existe un grand besoin d'une coordination approfondie entre l'enseignement et le domaine professionnel. Pour garantir des soins de qualité, une formation et des stages de qualité sont nécessaires. Des lacunes de contenu sont constatées et les formations disponibles ne sont pas toujours suffisamment adaptées au groupe professionnel concerné. Il est nécessaire de disposer d'une large formation sur les contenus d'apprentissage médical, ainsi que sur les contenus d'apprentissage social et psychologique, le leadership et la gestion pour permettre une vision plus holistique des soins et des besoins du bénéficiaire des soins. En outre, il faudrait travailler davantage sur les formes interdisciplinaires d'enseignement. De plus, il est important que le contenu d'apprentissage puisse également trouver sa place au travail par la suite.

Par ailleurs, il est indiqué que les stages ne donnent pas toujours une image suffisamment réaliste et globale du travail dans le secteur des soins. Les étudiants ne sont pas toujours déployés en fonction de leur niveau de compétence et beaucoup indiquent qu'ils reçoivent trop peu d'accompagnement.



Bien qu'il soit indiqué qu'il existe une offre de formation pour le personnel existant, il ne semble pas toujours y avoir une marge suffisante sur le lieu de travail pour suivre des formations et des formations continues (en raison d'un manque de temps et de personnel).

Divers problèmes touchant aux aspects politiques et au financement sont également abordés. Les soins, c'est un paysage complexe. Plusieurs sous-secteurs dépendent de différents niveaux d'autorité. Cependant, le terrain n'a aucun intérêt à ce que la répartition des pouvoirs soit une réponse à un problème.

En plus, lorsque de nouvelles mesures concernant les soins sont prises, on estime qu'il n'y a pas toujours une évaluation suffisante des domaines dans lesquels les nouvelles mesures pourraient également avoir un impact. En ce qui concerne également le financement, il n'est pas suffisamment examiné de quelle manière et dans quelle mesure les modalités pourraient influencer d'autres aspects.

Quoi qu'il en soit, le financement est vécu comme particulièrement complexe et on signale qu'il existe un problème de sous-financement du personnel de soins.

D'une manière générale, on attend plus de clarté de la politique, alors qu'en même temps il semble y avoir un besoin de fluidité et de flexibilité suffisantes pour permettre une façon de penser et de travailler plus innovante et pour être plus réactive aux différents besoins des différents groupes de personnes. Dans ce contexte, plusieurs soulignent que les normes sont dépassées et inadaptées à la complexité et à l'intensification des soins actuelles.

Une politique à plus long terme est nécessaire, pour toutes les professions de santé, avec une vision claire pour les secteurs.

Il est également indiqué que le secteur des soins est aux prises avec un problème d'image.

Il est déjà mentionné qu'il n'existe pas toujours une image sociale correcte de la profession infirmière. On constate également une image déformée, notamment pour les services de

gériatrie et de maladies chroniques. Cette image déformée donnerait envie à peu de jeunes de se lancer dans le secteur. Avec les autres facteurs évoqués, le secteur des soins s'est retrouvé dans un cercle vicieux où de moins en moins de personnes choisissent un emploi dans le secteur, et de plus en plus de personnes abandonnent pour cause de maladie ou quittent le secteur. Cela accroît encore la pression, amenant encore moins de personnes à choisir les soins, et encore plus de personnes à abandonner ou à quitter le secteur, ...

Enfin, plusieurs personnes indiquent également que le raisonnement repose encore sur une idée « d'abondance », alors que les soins devraient s'organiser à partir d'un constat de rareté. Cela soulève diverses questions sociétales et le problème a aussi intrinsèquement une dimension éthique.

## **II. APERÇU DES MESURES EXISTANTES**

Depuis le début des années 2000, de nombreuses mesures ont été prises dans le cadre d'accords sociaux et récemment encore il y a eu l'initiative parlementaire du Fonds Blouses blanches, qui a tenté de formuler une réponse aux défis auxquels sont confrontés les soins de santé.

Il est très difficile d'évaluer ces mesures individuellement dans un cadre limité à l'attractivité du travail dans le secteur des soins. Après tout, ces mesures ont été prises dans un certain contexte et ce ne sont pas seulement des raisons d'attractivité et de faisabilité qui ont été à l'origine de ces mesures. Les mesures des accords sociaux sont toujours élaborées en concertation entre les organisations d'employeurs et de travailleurs, dans lesquelles certains équilibres mais aussi l'histoire jouent un rôle.

La conclusion générale est que les mesures prises dans le cadre des accords sociaux ont été appliquées aussi efficacement que possible, en tenant compte du contexte. Il en va de même pour la mise en œuvre du Fonds Blouses blanches.

Cependant, ici aussi, il est nécessaire de disposer de rapports, d'un suivi et d'un monitoring suffisamment transparents – sans tomber dans un enregistrement continu.

### III. NOUVELLES SOLUTIONS POSSIBLES

Les pistes de solutions possibles formulées au cours du processus peuvent être divisées en 4 chapitres :

- A. Mieux mesurer pour mieux connaître
- B. Attirer plus de personnel de qualité
- C. Prendre soin du personnel existant
- D. La problématique nécessite également une perspective plus large

Il ne s'agit pas d'un plan négocié, mais d'un aperçu des solutions possibles qui ont été élaborées en dialogue avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles pour rendre le travail dans le secteur des soins plus attractif à moyen et long terme, sans nécessairement avoir l'accord de tous les acteurs concernés et sans indiquer quelles pistes pourraient être retenues préférentiellement. C'est le domaine des négociations sociales.

Les pistes de solutions possibles concernant les questions relevant de niveaux politiques autres que le niveau fédéral n'ont pas été explorées davantage dans le contexte de l'Agenda pour l'avenir. Cela ne nie pas l'importance de ces questions. Une attention particulière a été accordée à l'implication de l'enseignement. La méthode s'inspire purement de la répartition des pouvoirs existante ; l'Agenda pour l'avenir a été lancé au niveau fédéral et a donc été élaboré dans ce contexte.

Comme nous l'avons déjà indiqué, tous les problèmes et tous les constats ne sont pas de nature structurelle. Certains sont aussi une question d'organisation. Dans de tels cas, les échanges entre institutions sur les bonnes pratiques peuvent apporter une solution et adapter l'organisation est la réponse.

- A. Mieux mesurer pour mieux connaître

Il est nécessaire d'avoir une politique bien pensée en matière d'enregistrement et de monitoring. La charge d'enregistrement doit rester faisable et proportionnée à l'objectif, il faut en faire quelque chose de substantiel et cela doit être enrichissante. Les processus administratifs doivent également être réexaminés dans leur contexte global. Il faut en effet veiller à ce que des tâches administratives complexes ne soient pas simplement transférées aux services administratifs.

L'enregistrement et le suivi doivent être significatifs et transparents, en fonction des personnes de terrain qui rendent possibles des soins de qualité au quotidien, en fonction du patient qui reçoit des soins de qualité et en fonction de la politique qui veut continuer à garantir des soins de qualité.

La charge d'enregistrement doit être aussi réduite que possible pour le personnel des soins et doit pouvoir être combinée avec les tâches de soins. Ce qui est enregistré et surveillé doit également fournir un retour d'information au personnel des soins.

Les enregistrements multiples des mêmes données doivent être évités ; c'est le principe dit « only once » qui devrait être le premier.

Il existe un besoin pour une plus grande opérabilité des systèmes, plus de performances et une automatisation des systèmes. La coopération entre les acteurs est essentielle.

Des repères en fonction des objectifs doivent être déterminés et un test de proportionnalité doit être effectué : l'enregistrement demandé est-il proportionnel à l'objectif à atteindre.

Il ne s'agit donc pas simplement de déterminer le quoi, le pourquoi et le comment, mais aussi de rassembler ces éléments dans une vision qui fait sens au regard des objectifs et qui est également développée de telle sorte qu'elle puisse être évolutive dans le temps.

Il est également important de faire connaître cette vision à tous les acteurs, ainsi que la nécessité, l'utilité et les résultats des enregistrements (y compris un calendrier réaliste).

Les bonnes pratiques dans le domaine peuvent fournir des orientations ; davantage d'interactions et d'intervisions à cet égard sont souhaitables.

## B. ATTIRER PLUS DE PERSONNEL

Un afflux suffisant doit être garanti. Il est nécessaire de disposer d'un personnel suffisant pour lequel un financement structurel et complet est prévu.

L'image du secteur est également d'une importance capitale. Il est important de souligner la force des soins. Le secteur des soins est crucial dans notre société. Travailler dans le domaine des soins est extrêmement précieux et impactant. Le secteur des soins est confronté à de nombreux défis et difficultés, mais se caractérise également par de nombreux atouts et une force particulière. Il est important de l'exprimer – par les médias, les professionnels des soins et l'enseignement.

Outre l'importance de l'enseignement (tant en ce qui concerne le contenu des formations que l'introduction aux formations en santé - on voit ici un rôle important de l'enseignement), le financement des projets de formation organisés par le secteur lui-même (y compris #Choisislessoins, Projet 600) doit continuer et être renforcé pour l'avenir, et de préférence également pérennisé structurellement. Il est préconisé de surveiller la rétention après ces formations.

Concernant l'encadrement de stage - dans le cadre de la formation - plusieurs pistes de solution sont avancées :

- Revoir l'organisation de l'encadrement des stages
- Élargir le rôle de l'accompagnateur de stage
- Renforcer le financement
- Offrir des incitations aux établissements en fonction du nombre de stagiaires qu'ils supervisent
- Rembourser la quatrième année de stage pour les infirmiers

- Une meilleure coordination et interaction entre les différents niveaux politiques responsables afin que l'orientation des stages puisse être mieux organisée.

Dès le début de la carrière, il est nécessaire de fournir un encadrement suffisant pour une transition en douceur entre les études et le travail :

- Les membres du personnel plus âgés et plus expérimentés peuvent jouer un rôle à cet égard en libérant et en finançant leur temps d'orientation, à condition qu'ils disposent des compétences nécessaires pour fournir cette orientation.
- Élargir la fonction et le financement correspondant de l'infirmier d'accompagnement et étudier si et dans quelle mesure ce rôle pourrait également être rempli/complété par d'autres professionnels.

L'orientation professionnelle est indispensable, non seulement lors de la transition entre l'école et la vie professionnelle, mais aussi pendant les premières années de carrière, pour les personnes qui franchissent une nouvelle étape plus tard dans leur carrière ou en cas de formation continue. Il convient de prêter attention aux différences entre les institutions plus grandes et plus petites.

Les perspectives et les opportunités de carrière sont également importantes :

- L'éducation modulaire (contrairement aux programmes standards d'aujourd'hui), et les passerelles (également avec d'autres fonctions de soins) pourraient être une solution ici.
- Un meilleur cadre pour la certification de reconnaissance des compétences acquises afin de raccourcir le processus.
- Créer des perspectives et des opportunités de carrière basées sur l'échelle de soins, le travail dans une équipe de soins structurée et l'introduction de nouveaux profils.
- Accorder plus d'attention à l'apprentissage sur le lieu de travail et aux programmes en alternance.
- Meilleure utilisation de la mobilité interne.

- Échange de bonnes pratiques.

Des incitations pourraient être développées pour encourager les personnes qui reviennent à retourner dans les soins sans créer de concurrence entre les institutions d'une part ou entre les personnes qui reviennent et le personnel en place, d'autre part :

- Modernisation du régime d'ancienneté
- Reconnaissance de certaines compétences et/ou expériences professionnelles pertinentes
- Soutenir financièrement le travailleur de retour pendant la formation

A explorer, dans le cadre de la mobilité internationale du travail qui existe déjà aujourd'hui et outre d'autres pistes favorisant l'afflux, est l'attraction et le déploiement, de prestataires de soins étrangers en provenance des pays où il est justifiable de recruter. Tous les partis s'accordent sur le fait que ce que l'on appelle le brain drain et le care drain doivent être absolument évités ; à cet égard, cette voie peut être considérée comme complémentaire aux autres voies possibles de solution. Des abus doivent davantage être réprimés. Les acteurs estiment que le gouvernement a un rôle à jouer pour moduler, faciliter et, si nécessaire, réglementer davantage ces questions et également pour continuer à assurer la concertation et la coordination nécessaires entre les différents niveaux politiques compétents. Dans ce contexte, un plaidoyer est également lancé pour le développement d'une vision concernant la mobilité du travail en général dans le secteur des soins.

### C. PRENDRE SOIN DU PERSONNEL EXISTANT

Il est nécessaire d'avoir une politique de rétention accordant suffisamment d'attention au personnel existant offrant des conditions de travail et une faisabilité tout au long de la carrière. Des solutions sont formulées et peuvent être divisées en cinq piliers.

#### *1. Réformer et organiser intelligemment la profession infirmière*

- Permettre la différenciation des tâches par rapport aux tâches non infirmières.

- Différenciation fonctionnelle intelligente et équipes de soins intelligemment organisées<sup>1</sup> utilisant une échelle de soins et travaillant au sein d'une équipe de soins structurée avec une vision holistique visant avant tout à fournir des soins de qualité.
- Planification et organisation des soins intelligentes et sûres, soutenues par des outils appropriés, une consultation et une coopération suffisantes, qui tiennent compte des circonstances concrètes tant de l'organisation des soins que du bien-être des travailleurs.
- Reconnaissance des actions qui n'ont pas de caractère infirmier, avec un cadre juridique adapté et clair et dans lesquelles les effets possibles de et pour les normes et le financement sont également étudiés.
- Reconnaissance des compétences basée sur l'expérience, en complément de la formation théorique nécessaire.
- Échange de bonnes pratiques.
- Examiner les normes, le financement et le cadre juridique afin qu'ils aient un caractère facilitateur.

## *2. Permettre de respirer à nouveau*

- En plus du pur « fonctionnement des soins », il faut à nouveau créer une marge de temps et d'espace pour la réflexion, la consultation, l'orientation, l'innovation et l'apprentissage tout au long de la vie. Il convient d'examiner comment ces temps de consultation, de réflexion, de formation et d'orientation sont actuellement financés et si et comment des ajustements sont nécessaires dans ce domaine.
- Attention particulière pour l'infirmier-chef, l'infirmier-chef adjointe et le chef d'équipe
  - afin qu'il puisse se concentrer davantage sur ses tâches principales et également investir plus de temps dans la concertation, la coopération, la cohésion et l'orientation, essentielles au bien-être d'une équipe et de ses membres, ainsi qu'à la dimension éthique ainsi qu'à son équipe de fonctionnement pour des soins de qualité.

---

<sup>1</sup> Certains estiment que cela ne doit pas être considéré uniquement du point de vue de la seule profession infirmière, mais que l'ensemble de l'échelle de soins, pour ainsi dire, doit être pris en compte.



- meilleur soutien dans le rôle de leader et les compétences de coaching et soulagement des tâches administratives.
- Des ressources financières supplémentaires pour le recrutement de soutien administratif et logistique.
- Des ressources complémentaires d'accompagnement pour les personnels de médiation interculturelle et de sécurité spécifiquement en contexte métropolitain.
- Enquêter sur le rôle du service infirmier et les relations avec la direction générale et la direction médicale au sein du fonctionnement de l'établissement.
- Echange d'expériences et de bonnes pratiques.

### *3. . Une mise en œuvre réalisable, valorisée et flexible tout au long de la carrière*

- Renforcement de la compensation des prestations irrégulières.
- Possibilités d'une sorte de garde indemnisée ou d'indemnisation pour perturbation d'horaire.
- Options d'horaires de travail flexibles et d'auto-organisation sans transférer une partie de la responsabilité de l'employeur sur le travailleur.
- Aménagements du temps de travail effectif.
- Échange de bonnes pratiques et poursuite de la mise en œuvre dans le domaine des mesures d'accord social existantes (par exemple droit à la déconnexion).
- Une attention particulière portée aux fins de carrière sans pour autant perdre de vue l'adaptabilité vis-à-vis des jeunes générations.
- Etudier, sur le plan réglementaire et financier, comment rendre plus attractif le travail dans un contexte structurel.
- Débat plus large avec tous les acteurs des soins sur les attentes et les possibilités en matière de soins.

### *4. Un modèle salarial évolutif et des mesures d'accompagnement*

- Continuer à fournir suffisamment d'informations concernant le modèle de classification salariale de l'IFIC.

- Enquêter sur l'emplacement des fonctions spécialisées et manquantes et proposer des solutions appropriées.
- Élaborer une procédure concernant les conséquences des évolutions au sein de l'IFIC et suite aux changements de politique et fournir les garanties nécessaires concernant le financement des changements.
- Modernisation de la nomenclature INAMI.
- Mesures supplémentaires pour stimuler la rétention et augmenter la durée du travail des travailleurs à temps partiel sur une base volontaire.

*5. Renforcer le bien-être physique et mental et permettre une meilleure réintégration après une absence de longue durée*

- Mesures visant à réduire la charge physique et à la prévention, y compris l'adaptation des normes architecturales.
- Mesures visant à réduire la charge mentale et prévention, y compris des initiatives psychosociales.
- Recherche des raisons des absences de longue durée dans les soins.
- Des solutions pour des postes de travail adaptés afin que la réintégration dans les soins après une maladie de longue durée devienne plus possible.
- Des ressources supplémentaires et des mesures plus adaptées qui permettent une politique de réintégration durable et accompagnée.

#### D. LA QUESTION NÉCESSITE ÉGALEMENT UNE PERSPECTIVE PLUS LARGE

Les soins de santé ont énormément évolué. Les évolutions au niveau de la société, de la démographie et des soins de santé ont fait en sorte que les soins de santé se sont intensifiés, sont devenus plus complexes et ont également augmenté en quantité. La place et le rôle du patient ont également changé. La politique de santé ne semble pas avoir évolué de la même manière dans tous les domaines avec ces évolutions.

Une enquête est nécessaire pour déterminer si les normes sont encore adaptées à la réalité actuelle des soins de santé (niveau et degré de flexibilité).

Par ailleurs, la politique de santé doit être menée de manière beaucoup plus transversale et intégrée, sur l'ensemble de la chaîne de soins et dans l'ensemble du paysage sanitaire. Après tout, les changements dans un domaine ont souvent aussi un impact sur le fonctionnement dans d'autres domaines.

La politique des soins et le financement des soins de santé doivent toujours passer un test en termes d'impact sur le patient, d'impact sur le personnel soignant, d'impact sur l'organisation des soins de santé et d'impact sur les soins de santé en général.

Compte tenu de la complexité institutionnelle de notre pays, une politique coordonnée est préconisée à tous les niveaux de pouvoir. Dans ce contexte, certains plaident également en faveur d'un dialogue social coordonné.

Dans le même temps, il est également nécessaire d'avoir une vision différente de la politique de santé. La politique de santé ne consiste pas seulement à « guérir » ou à prendre soin d'une personne malade. Une bonne politique de santé est une politique qui crée un maximum de santé dans la société. Cela signifie que le gouvernement s'engage en faveur d'un milieu de vie sain et d'une « vie saine », en tenant compte du contexte et de l'environnement physique et social. Il est donc également important de travailler beaucoup plus sur la prévention. De cette façon, nous pouvons « créer » beaucoup plus de santé.

Les soins de santé sont mieux organisés à partir d'un modèle à but non lucratif dans lequel les personnes travaillant dans le secteur de la santé ne sont pas considérées comme un élément de coût mais comme un investissement.

Dans tout cela, il est toujours important que les soins soient mis en valeur sous toutes leurs facettes et que, outre les défis et les difficultés, les forces et la puissance du secteur des soins soient toujours soulignées afin que les personnes, et en particulier les jeunes, continuent à souhaiter choisir un emploi dans le domaine des soins.

Dans ce contexte, certains plaident également pour une grande campagne publicitaire afin de redonner une image positive des soins de santé et le rôle d'ambassadeur de chacun est

également souligné ; dans ce contexte, il est également fait référence au rôle positif que les médias peuvent jouer davantage à cet égard.

**Agenda pour l'avenir du travail dans les soins**  
**« Attirer, accompagner et retenir le personnel de soins »**  
**RAPPORT**

---

## Préambule

Suite à une **invitation du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique**, un trajet participatif a été mis en place avec, respectivement, **les partenaires sociaux et les organisations professionnelles** pour aboutir à un Agenda pour l'avenir du travail dans les soins, un plan contenant des pistes de solution pour rendre plus attrayant le travail dans les soins de santé à moyen et long termes. Au cours du processus, d'éventuelles actions à court terme pouvaient toujours être identifiées, et ces actions pouvaient être examinées et élaborées dans le cadre d'un trajet distinct.

L'Agenda pour l'avenir des soins a fonctionné selon une **approche organisée et participative** qui s'articule autour de trois axes répartis en 25 ateliers et réunions interactifs et de nombreux échanges écrits, dans la période de septembre 2022 jusque novembre 2023, avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles dans le **but** de :

1. formuler clairement les problèmes concernant l'attractivité du travail dans le secteur des soins et les renforcer, là où c'est possible, sur la base d'informations objectivées
2. évaluer les solutions du passé (cf. décisions antérieures et mesures actuelles) de manière systématique
3. proposer et analyser de nouvelles pistes de solution ; idéalement, des pistes de mise en œuvre seraient également élaborées pour les solutions préférées

Ce projet de note est **basé sur**

- Les contributions obtenues lors des ateliers, réunions et échanges écrites avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles ;
- Les contributions des membres et des acteurs de terrain, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles ;
- Des informations et des notes écrites mises à disposition par plusieurs partenaires sociaux et organisations professionnelles ;
- Des informations et études accessibles au grand public : études du KCE, études de la Commission de planification, étude MAHA de 2022, informations sur les sites web du VDAB, du Forem et d'Actiris, le rapport « Health at a Glance » 2022 de l'OCDE, plusieurs études d'Acerta...

- Les résultats intermédiaires du trajet Sandboxes, mis en place en contact direct avec le domaine professionnel et dont les résultats ont été présentés aux partenaires sociaux et organisations professionnelles.

En termes de **méthodologie**, la méthode suivante a été utilisée :

> Dans une réunion de lancement les partenaires sociaux ont été invités par le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé à établir un Agenda pour l'avenir des soins

> Le processus a commencé par des réunions de démarrage avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles, au cours desquelles le cadre et les accords de travail ont été établis avec les membres participants. Il a été demandé de travailler avec une représentation permanente pour les réunions. La liste de participants a évolué au fil du temps à la demande des partenaires sociaux eux-mêmes.

Aux côtés des organisations professionnelles, l'Union Générale des Infirmières de Belgique et la Fédération belge des aidants-proches ont été invitées à participer à l'Agenda pour l'avenir. Suite à ces invitations, plusieurs autres organisations professionnelles ont exprimé leur souhait de participer à l'Agenda pour l'avenir. Sur cette base, une liste d'invités issus des organisations professionnelles a été établie. Cette liste de participants a évolué au fil du temps à la demande des organisations professionnelles elles-mêmes. Les partenaires sociaux et les organisations professionnelles ont été informés de manière transparente et par écrit du déroulement et du contenu de ces réunions de démarrage, du cadre et des accords de travail conclus.

> Les travaux sur l'Agenda pour l'avenir se sont déroulés sous la présidence d'un représentant de la cellule stratégique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. La cellule stratégique du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique était chargée du secrétariat et de la rédaction des documents de travail et du rapport. Tous les travaux (à la fois oraux et écrits) étaient bilingues. Un processus parallèle a été suivi avec les partenaires sociaux d'une part et les organisations professionnelles d'autre part. Toutes les informations et tous les échanges ont été partagés de manière transparente entre les deux processus, selon la règle dite de Chatham House. Les ateliers et réunions se sont déroulés physiquement, avec une option hybride à la demande des membres.

> Les travaux ont débuté par des séances de brainstorming avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles pour identifier les enjeux liés à l'attractivité du travail. Les contributions obtenues ont été partagées de manière transparente et par écrit avec les partenaires

sociaux et les organisations professionnelles. Les partenaires sociaux et les organisations professionnelles ont été invités à tester ces apports auprès de leurs membres et du terrain.

> Les apports issus des séances de brainstorming et complétés par les réponses du terrain et des membres ont été partagés de manière transparente et par écrit avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles, puis discutés, respectivement, avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles lors de tables rondes et résumés lors des discussions en plénière ; les partenaires sociaux et les organisations professionnelles ont été informés de manière transparente et par écrit du déroulement et du contenu de ces conversations.

> Sur la base de ces informations, la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a élaboré un projet de note concernant le premier volet de la définition du problème. Ce projet de note a été discuté et affiné lors de plusieurs réunions avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles. Les contributions obtenues lors des réunions ont été intégrées au suivi des modifications dans le projet de note et partagées de manière transparente avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles avant ou au plus tard à chaque réunion.

> En préparation du deuxième volet, la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a dressé un aperçu des mesures existantes. Cet aperçu a été discuté avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles lors d'une réunion. Sur la base de ces apports, la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a complété le projet de note par un deuxième volet concernant les mesures existantes. Ce deuxième volet du projet de note a été discutée avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles lors d'une réunion. Les contributions obtenues lors des réunions ont été intégrées au suivi des modifications dans le projet de note et partagées de manière transparente avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles.

> Le troisième volet concernant les nouvelles solutions possibles a suivi un schéma similaire. Sur la base des apports obtenus lors des réunions précédentes - au cours desquelles de nombreuses propositions de solutions ont été avancées au cours des discussions – avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles, le projet de note a été complété par la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique avec un troisième volet concernant les nouvelles solutions possibles. Ce troisième volet du projet de note a été discutée et affinée lors de plusieurs réunions avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles. Les contributions obtenues lors des réunions ont été intégrées dans le suivi des modifications du projet de note par la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et ont été partagées de manière



transparente avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles avant ou au plus tard à chaque réunion.

> Suite à l'accord des partenaires sociaux et des organisations professionnelles, le projet de note a été soumis respectivement aux membres et au terrain des partenaires sociaux et des organisations professionnelles pour réactions. Les contributions des membres et du terrain ont été soumises séparément par écrit par les partenaires sociaux et les organisations professionnelles à la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Toutes les contributions ont été partagées de manière transparente et par écrit avec, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles.

> Sur la base des apports des membres et du terrain apporté par les partenaires sociaux et les organisations professionnelles, le projet de note a été adapté par la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique après discussions avec et affinement par, respectivement, les partenaires sociaux et les organisations professionnelles. Les ajustements ont toujours été intégrés dans le suivi des modifications dans le projet de note et partagés de manière transparente et par écrit respectivement avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles.

> Les partenaires sociaux et les organisations professionnelles ont pris acte du rapport final.

> Le résultat est le rapport devant vous.

Le volet relatif aux constats et aux problèmes qui soulèvent la question de l'attractivité du travail dans le secteur des soins doit être considérée comme descriptive. Les situations et les problèmes sont décrits sous différents angles, sans évaluation mutuelle ni priorisation. Cela signifie que tous les éléments inclus ont bien leur valeur car ils ont été cités par l'une des parties, mais aussi que tous les éléments ne sont pas considérés comme (également) problématiques par les différentes parties.

En ce qui concerne le deuxième volet, les partenaires sociaux notent que les mesures prises dans le cadre des accords sociaux sont toujours prises dans un contexte spécifique, dans lequel certains équilibres mais aussi l'histoire jouent un rôle et que les seules raisons d'attractivité et de faisabilité ne sont pas toujours à l'origine des mesures prises. Les partenaires sociaux estiment qu'il est donc très difficile d'évaluer individuellement les mesures prises précédemment dans un cadre qui se limiterait à l'attractivité du travail dans le secteur des soins. Par ailleurs, les partenaires sociaux notent que la prudence nécessaire s'impose également car les mesures prises ont un impact majeur et très concret sur la situation tant des travailleurs que des employeurs. Quoi qu'il en soit, la conclusion générale est que les mesures prises dans

le cadre des accords sociaux ont toujours été appliquées de la manière la plus efficace possible, compte tenu du contexte. Puisque le deuxième volet concerne les accords sociaux et que ceux-ci relèvent du domaine exclusif des partenaires sociaux, les organisations professionnelles ont adopté une approche prudente sur ce volet. De manière générale, ils ont fait noter que le rôle des partenaires sociaux aux niveaux fédéral, régional et local est important pour l'élaboration et le suivi de mesures efficaces.

Dans le troisième volet, plusieurs solutions possibles sont évoquées qui, selon les partenaires sociaux et les organisations professionnelles, pourraient apporter une réponse aux problèmes d'attractivité du travail dans le secteur des soins. Il n'est pas indiqué quelles pistes seraient préférentiellement retenues pour répondre à la problématique de l'attractivité du travail dans le secteur des soins. C'est le domaine des négociations sociales.

Ce rapport donne un **aperçu global et large** des aspects qui affectent l'attractivité du travail dans le secteur des soins, **du point de vue du personnel soignant**. Cela montre une fois de plus que la question de l'attractivité du travail dans le secteur des soins est une question complexe dans laquelle tous les facteurs sont interconnectés et qu'il n'existe pas de solution unique pour accroître l'attractivité<sup>2</sup>. Les solutions existantes au manque de personnel dans le secteur des soins semblent insuffisantes et, à moyen et long terme, une refonte radicale du système des soins et de la manière dont les soins sont perçus socialement est nécessaire. Une solution possible réside dans la transformation d'un modèle de santé curatif vers un modèle de santé préventif. Un mérite de l'Agenda pour l'avenir réside dans cette observation.

Le rapport est le **résultat d'échanges et de discussions approfondis** et constitue **en ce sens une réflexion sans précédent, significative, utile et même nécessaire sur le secteur**. Il peut être considéré comme une **source de référence et d'inspiration qui fournit un bon aperçu des constats et des solutions possibles et peut aider à mener des discussions plus approfondies dans le même aperçu général**.

**Toutefois, les partenaires sociaux indiquent que ce rapport ne peut être considéré comme un accord sur tous les éléments du rapport, ni comme un accord négocié**. En ce qui concerne ce dernier, il manque un cadre budgétaire et des priorités négociées avec des accords de mise en œuvre. Le focus dans cet

---

<sup>2</sup> Il est à noter que la période post-Covid n'a pas pu être suffisamment appréhendée en termes de chiffres. Les données nécessaires à cet effet font actuellement défaut.

exercice est mis sur les professions infirmières, mais aussi d'autres services de soutien (y compris les services administratifs, par exemple) font partie de la chaîne de soins de santé et sont importants dans les investissements futurs.

**Les partenaires sociaux insistent sur le fait que des discussions peuvent être engagées à court terme avec les partenaires sociaux afin d'élaborer et de convenir d'un accord social pluriannuel global pour l'avenir des soins de santé, doté d'un cadre budgétaire suffisamment large. Dans le contexte des besoins urgents, les organisations des travailleurs ont déjà mis en avant leurs priorités là où les investissements et les budgets nécessaires devraient répondre aux besoins les plus urgents.**

**Ont participé en dialogue dans l'élaboration de ce rapport :**

- Organisations des travailleurs du secteur privé : ACV Plus, CNE, BBTK, SETCA, ACLVB et CGSLB ;
- Organisations des travailleurs du secteur public : ACV Openbare diensten, CSC Services publiques, ACOD, CGSP, VSOA-LRB et SLFP-ALR ;
- Organisations patronales des secteurs privé et public : Zorgnet-Icuro, Santhea, GIBBIS, UNESSA, Wit-Gele Kruis, I-Mens, VVSG, UVCW, FMM et SOM ;
- Organisations professionnelles : AUVB-UGIB-AKVB, Netwerk Verpleegkunde (précédemment NVKVV), BFHBOV, Befezo et Belgambu.

## Introduction

« Un métier dans le domaine des soins ? C'est un métier polyvalent, chaque jour est différent. J'entre en contact avec beaucoup de personnes différentes. Je travaille dans une équipe agréable et sûre. J'ai de nombreuses opportunités de développement et de carrière. Je peux faire une réelle différence et signifier quelque chose pour les gens. »

Travailler dans le domaine des soins est polyvalent et stimulant. En s'appuyant sur des méthodes scientifiques, on fait la différence au quotidien et on crée de la valeur – économique, sociale et surtout humaine. Pourtant, les professions d'infirmier et d'aide-soignant restent depuis de nombreuses années des métiers en pénurie.

Encore aujourd'hui, de nombreux infirmie(è)r(e)s et d'aides-soignant(e)s sont toujours manquants, notamment au chevet des patients. Dans certains endroits, cela entraîne des problèmes. Les soins sont reportés ou les lits sont fermés. Et la pression ne cesse de croître sur ceux et celles qui sont là, et qui essaient toujours de donner le meilleur d'eux-mêmes.

Cependant, les professions d'infirmie(è)r(e)<sup>3</sup> et d'aide-soignant(e) ont fort évoluées ces dernières décennies. Oui, ils nous soignent et nous soutiennent lorsque nous sommes les plus vulnérables, mais ils le font, ensemble avec beaucoup d'autres collègues, surtout de manière très professionnelle et scientifiquement fondée, toujours en pensant à la meilleure qualité de soins possible pour le patient.

L'infirmie(è)r(e) utilise ses capacités de raisonnement clinique pour déterminer les soins dont son patient a besoin. Il/elle collecte des données et prend des mesures. Il/elle pose des diagnostics infirmiers. Il/elle se concentre sur les soins, mais aussi sur la prévention ou l'aggravation des problèmes ; il/elle exerce aussi de l'éducation à la santé. Il/elle est constamment attentif aux changements et y réagisse rapidement. Les actions qu'il/elle entreprend sont très techniques et parfois risquées. Il/elle travaille de manière autonome et en même temps en équipe. Il/elle travaille en collaboration avec d'autres professionnels de la santé et il/elle gère parfois également des personnes.

---

<sup>3</sup> Le terme infirmie(è)r(e) est utilisé ici dans son sens générique.

L'aide-soignant(e) assiste l'infirmier(e). Sous sa supervision, il/elle soigne et guide les patients, effectue certains actes infirmiers, administre des médicaments et prodigue des soins d'hygiène aux patients.

En tant qu'infirmier(e) ou aide-soignant(e), on est chaque jour en contact avec de nombreuses personnes différentes. Des patients, mais aussi des proches. Ils/elles basculent continuellement entre la réflexion, l'action et l'empathie. Et ils/elles font une réelle différence.

Et oui, ils/elles font souvent cela dans l'ombre car toujours au service des autres et dans un cadre plus large.

C'est peut-être pour cette dernière raison que bon nombre de personnes ne savent pas vraiment à quel point le travail d'un(e) infirmier(e) ou d'un(e) aide-soignant(e) est diversifié, stimulant et technique. Prendre soin des gens peut certes être difficile, mais c'est surtout intéressant, crucial et précieux. Travailler dans le domaine des soins, c'est aussi travailler dans un secteur dynamique plein d'innovation et de développement continu, avec des perspectives et des possibilités, et toujours en termes de soins de qualité au service du patient ou du bénéficiaire des soins. C'est aussi un objectif partagé par tous les participants à l'Agenda pour l'avenir. En même temps, il faut aussi garantir la faisabilité pour le personnel et l'employeur. En effet, des soins de qualité sont faits pour les gens, mais aussi par les gens.

Le rapport qui vous est soumis décrit les difficultés et les défis liés à l'attractivité des soins, et identifie également des solutions possibles qui peuvent rendre la profession plus attractive.

## VOLET I. Identification des constats et des problèmes qui sont à l'origine de la problématique de l'attractivité du travail dans le secteur des soins

### *Introduction*

Ce premier volet doit être considérée comme **descriptive**. Les situations et les problèmes sont décrits sous différents angles, sans priorisation. Cela signifie que tous les éléments inclus ont bien leur valeur car ils ont été cités par l'une des parties, mais aussi que tous les éléments ne sont pas considérés comme (également) problématiques par les différentes parties.

La problématique de l'attractivité du travail dans le secteur des soins est **complexe**. De très nombreux facteurs différents, de natures diverses, y contribuent. De plus, beaucoup d'acteurs sont impliqués. Des éléments tant quantitatifs que qualitatifs interviennent. Plusieurs éléments mentionnés sont de nature structurelle. Certains éléments sont de nature plus locale que générale. Le point de vue à partir duquel on envisage la problématique joue également un rôle.

La problématique décrite se base sur des informations obtenues lors des ateliers avec les partenaires sociaux – représentants des travailleurs et représentants des employeurs - et les organisations professionnelles. **Le point de départ est l'expérience du personnel soignant lui-même.** C'est lui qui connaît en premier lieu les problèmes liés au travail dans les soins de santé. Cependant, les employeurs qui doivent organiser les soins, sont également confrontés à des défis majeurs et rencontrent des difficultés très spécifiques. La problématique nous place également devant un défi social plus large. Un certain nombre de problèmes touchent également à la politique et aux aspects de financement. Ceux-ci sont également décrits.

Dans la mesure du possible, les constats sont étayés par des données objectives.

Si des contradictions ou des nuances sont identifiées, celles-ci seront également indiquées dans la note. Aucune pondération n'a été appliquée aux constats et aux problèmes identifiés.

Le secteur des soins est très vaste et comprend de très nombreux sous-secteurs différents, chacun avec ses propres caractéristiques et particularités. Cette diversité joue un rôle important aussi bien dans les

problèmes et difficultés décrits que dans les solutions proposées. Il a été essayé d'identifier la problématique pour **l'ensemble du secteur des soins**. De plus, il existe de nombreuses interdépendances entre les sous-secteurs. Néanmoins, tous les sous-secteurs ne relèvent pas du même niveau de compétences. Certaines relèvent du niveau fédéral, d'autres du niveau régional ou local.

La situation des secteurs fédéraux de la santé a servi de point de départ pour rédiger le présent rapport de travail. Plusieurs éléments relevant de la compétence des pouvoirs régionaux sont mis en avant par les membres de l'Agenda pour l'avenir en raison de l'interdépendance ; ils sont indiqués dans le rapport sans être développés plus avant. Comme indiqué lors du Kick-off et comme repris dans la note de démarrage, il n'a pas été exclu que les entités fédérées soient impliquées au cours du processus.

## **Constats et problèmes identifiés**

### **I. PERMETTRE UN TRAVAIL DE QUALITE**

#### a. Trop peu de personnel

Lorsqu'on demande aux personnes qui travaillent dans le secteur des soins quels sont les problèmes qu'elles rencontrent dans leur travail, **elles répondent qu'elles ne peuvent plus travailler comme il se doit pour pouvoir fournir des soins de qualité**. Selon elles, il y a **trop peu de personnel pour pouvoir fournir des soins de qualité** et ce manque se ressent dans tous les secteurs et dans toutes les fonctions de soins et de soutien aux soins.

Selon les chiffres du VDAB, fin septembre 2023, il y avait 2.291 postes vacants d'infirmiers, alors qu'il n'y avait que 841 demandeurs d'emploi ; on dénombrait 909 postes vacants d'aides-soignants, alors qu'il y avait 1.115 demandeurs d'emploi ; pour les infirmiers en chef, 138 postes vacants étaient notés alors qu'il y avait 22 demandeurs d'emploi<sup>4</sup>. Un nombre comparable de postes vacants est observable dans la partie francophone du pays en ce qui concerne les infirmiers<sup>5</sup>.

En ce qui concerne l'indicateur de tension, selon le VDAB, on peut noter fin septembre 2023 un indicateur de 0,30 pour les infirmiers ; pour les aides-soignants, il s'agit d'un indicateur de 1,07 ; pour les infirmiers en chef un indicateur de 0,15.

Selon Actiris, fin septembre 2023, on peut noter un indicateur de tension de 0,50 pour l'infirmier ; pour l'aide-soignant, c'est un indicateur de 11,50<sup>6</sup> ; pour les infirmiers chefs, c'est un indicateur de tension de 0,30.

Le FOREM indique que fin septembre 2022, un indicateur de 0,08 a pu être enregistré pour les infirmiers ; pour les aides-soignants, il est de 0,42 ; pour les infirmières en chef, il s'agit d'un indicateur de 0,05.

---

<sup>4</sup> <https://www.vdab.be/trendsdoc/beroepen/index.html>

<sup>5</sup> [https://www.leforem.be/content/dam/leforem/fr/documents/chiffres-et-analyses/Chiffres-TCD-offres-internet-202307.xlsx&sa=U&ved=2ahUKEwjV5ZTO6\\_CBAXUHgP0HHefJAmAQFnoECAUQAQ&usg=AOvVaw3HJT\\_YqasijLRuEeLHyNKb](https://www.leforem.be/content/dam/leforem/fr/documents/chiffres-et-analyses/Chiffres-TCD-offres-internet-202307.xlsx&sa=U&ved=2ahUKEwjV5ZTO6_CBAXUHgP0HHefJAmAQFnoECAUQAQ&usg=AOvVaw3HJT_YqasijLRuEeLHyNKb)

<sup>6</sup> Selon Actiris fin septembre 2023 il y avait 55 postes vacants d'aides-soignants, alors qu'il n'y avait que 630 demandeurs d'emploi.



L'indicateur de tension mesure la tension sur le marché du travail. Il donne le rapport entre le nombre de demandeurs d'emploi sans travail et le nombre d'offres d'emploi disponibles. Si ce ratio est élevé, les emplois sont pourvus plus facilement. L'indicateur de tension ne tient pas compte des exigences des offres d'emploi et des caractéristiques des demandeurs d'emploi sans travail. Pratiquement aucune conclusion ne peut être tirée de ce chiffre isolé quand le contexte n'est pas pris en compte. A titre de comparaison, l'indicateur de tension toutes professions confondues et tous secteurs confondus était en moyenne 1,74 en Flandre fin 2022. Cet indicateur donne une image du marché du travail : si le marché du travail se resserre ou se relâche. Si l'indicateur baisse, le marché du travail se resserre. La médiane de l'indicateur de tension toutes professions et tous secteurs confondus était de 5,31 fin 2022. La médiane donne l'indicateur de tension de la profession intermédiaire dans la rangée des professions triées par indicateur de tension. La moitié des professions ont un indicateur de tension inférieur à la médiane, et donc un marché plus tendu, tandis que l'autre moitié a un indicateur de tension plus élevé et donc un marché plus large. La médiane peut être utilisée comme référence pour estimer la tension dans une certaine profession par rapport aux autres professions.<sup>7</sup>

Cependant, les services de l'emploi (VDAB, Forem et Actiris) font remarquer qu'aucune conclusion définitive ne peut être tirée de leurs chiffres. Ils n'ont qu'une image partielle de la situation réelle sur le terrain (par exemple, tous les postes ouverts ne sont pas connus par les services de l'emploi) ; de même, un poste vacant peut apparaître plusieurs fois dans les statistiques. De plus, les chiffres entre les différentes régions ne sont pas comparables, car les méthodes utilisées pour déduire l'indicateur de tension ne sont pas identiques dans les différentes régions.

Une étude du KCE sur le personnel infirmier pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus<sup>8</sup> indique que le **nombre de patients par infirmier est trop élevé** pour pouvoir continuer à exécuter correctement les tâches infirmières.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Source : VDAB

<sup>8</sup> <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/dotation-infirmiere-pour-des-soins-plus-surs-dans-les-hopitaux-aigus>

<sup>9</sup> L'étude fait référence à un *patient-nurse ratio* de 9,4/1 (7/1 le matin, 9/1 le soir et 18/1 la nuit), alors qu'il est internationalement admis qu'un environnement sûr peut être garanti à partir d'un *patient-nurse ratio* moyen de 8/1.

Par ailleurs, on constate des résultats PlanCad que le personnel de soins augmente d'année en année<sup>10</sup> dans les soins de santé. Pour la Flandre, on note une augmentation de 30 % du nombre d'infirmières actives dans les soins de santé (exprimé en équivalents temps plein) entre 2004 et 2018. En Wallonie, l'augmentation est de 48 %. En Région de Bruxelles-Capitale, on note une hausse de 17 %, avec une baisse passagère en 2014, suivie d'un lent redressement. Cependant, il convient de noter dans ce contexte qu'il s'agit de constats antérieurs à la période de Covid. À cet égard, ces chiffres doivent être traités avec la prudence qui s'impose. Des chiffres plus à jour sont nécessaires pour déterminer l'effet de la crise du Covid sur les recrutements.

Néanmoins, il ressort aussi d'un rapport de l'OCDE<sup>11</sup> que, par rapport à d'autres pays, il y a relativement beaucoup d'infirmiers par millier d'habitants en Belgique. Ce constat doit également être traité avec prudence. Par exemple, tous les pays ne classent pas leurs professionnels de la santé sous le même type de fonctions. De plus, ce chiffre ne tient pas compte de la réalité du terrain et de la manière dont les soins sont organisés et financés dans tel ou tel pays (voir aussi, par exemple, la problématique de l'intensification et de la complexité croissante des soins, le fait par exemple que le nombre de lits en Belgique et le taux d'occupation sont très élevés ou encore le fait par exemple que le taux d'emploi moyen des infirmières en Belgique est relativement inférieur au taux d'emploi des infirmières dans d'autres pays européens). De plus, non seulement les infirmiers actifs au chevet du patient sont pris en compte, mais aussi, par exemple, les infirmiers actifs en tant que cadre ou chercheur. De plus, les infirmiers peuvent être actifs dans des secteurs très divers, et pas seulement les sous-secteurs traditionnels tels que les hôpitaux ou les soins à domicile (par exemple les centres PMS, assurances, secteur social...)

Selon les chiffres de la Commission de planification, en 2018, 214.352 personnes étaient habilitées à exercer la profession d'infirmier (cf. visa). Parmi ces personnes, 86 % étaient des femmes. Sur le nombre total de personnes habilitées à exercer la profession, un total de 148.782 étaient actives professionnellement. Parmi elles, 126.496 infirmiers étaient actifs dans les soins de santé. Exprimé en équivalents temps-plein, cela représente 107.515 ETP<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Voir résultats PlanCad <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-infirmiers-sur-le-marche-du-travail-2004-2018> - Voir aussi l'étude MAHA 2022

<sup>11</sup> « Health at a Glance » 2022, OCDE, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

<sup>12</sup> Pour calculer le nombre d'équivalents temps-plein, il est tenu compte du nombre total de jours et d'heures de travail prestés et ce chiffre est converti en nombre d'emplois à temps plein correspondant.

Selon les chiffres de l'INAMI, environ 160.000 équivalents temps-plein étaient actifs dans les soins fédéraux en 2021 (tous profils confondus). Parmi ceux-ci, environ 150.000 équivalents temps-plein étaient actifs dans les hôpitaux. Environ 10.000 équivalents temps-plein étaient actifs dans les autres secteurs fédéraux. Sur les 150.000 équivalents temps-plein actifs dans les hôpitaux, environ 55.000 étaient des membres du personnel infirmier.

Quoi qu'il en soit, tant le VDAB, que le Forem et Actiris considèrent **depuis de nombreuses années les infirmiers et les aides-soignants comme des professions en pénurie.**

Il est à prévoir que l'entrée de personnel dans le secteur des soins ne permettra pas de faire face à ce besoin structurel, maintenant que le personnel de soins vieillit, que le secteur est soumis à beaucoup d'évolutions (voir plus loin) et que l'afflux ne répond pas nécessairement à ce besoin. Selon une étude d'Acerta menée en 2021, ce sont principalement les personnes âgées de 45 ans et plus qui rejoindraient les soins, mais la proportion de jeunes entrants diminuerait d'année en année<sup>13</sup>. Des signaux indiquent que l'image que les jeunes ont du secteur des soins n'est pas rose, d'autres secteurs semblent plus attrayants - tant en termes de salaires qu'en termes de conditions de travail - mais il semble aussi que la connaissance des fonctions infirmières, mais aussi d'autres fonctions dans les soins (pe IT) soit plutôt limitée chez les jeunes, de sorte qu'ils ne sont pas au courant de toutes les opportunités qu'offrent la profession infirmière et, par extension, les soins de santé.

b. Tâches pour lesquelles l'expertise n'est pas requise et manque de différenciation des tâches

En même temps, le rapport du KCE mentionné plus haut indique également que 96% d'infirmiers déclare effectuer des **tâches pour lesquelles leur expertise n'est pas requise**, ce qui les empêche de fournir les soins nécessaires. Il est question de servir les repas et de transporter les patients au sein de l'hôpital. Des tâches logistiques et administratives sont également mentionnées. Ce constat est également confirmé par les acteurs de terrain.

Le temps consacré aux tâches non infirmières réduit le temps passé au chevet du patient, alors que la profession de santé est souvent choisie pour la relation entre le soignant et le soigné. Le **manque de**

---

<sup>13</sup> Etude d'Acerta « De plus en plus de quadragénaires, de quinquagénaires et de sexagénaires sont actifs dans les professions du secteur des soins de santé »

**temps au chevet du patient** a un impact sur la qualité de la relation avec le bénéficiaire des soins et, selon de nombreux soignants, a donc aussi un impact sur la qualité des soins. Il convient néanmoins de noter à propos de ce dernier élément que certaines des tâches qui ne sont pas directement liés aux soins du patient en tant que tels (comme l'enregistrement des données, par exemple) peuvent avoir un effet positif sur la qualité des soins.

Il manque aussi du temps pour la mise en œuvre de l'innovation ou, par exemple, pour réfléchir au fonctionnement en fonction de soins de qualité et des aspects éthiques. Il y a un **besoin d'avoir plus de temps pour une pratique réflexive et une évaluation** des pratiques professionnelles. L'infirmier en chef a également peu ou pas de marge à cet égard. Par exemple, une grande partie de son temps est consacrée à la planification des horaires ; un soutien à cet égard serait plus que bienvenu. Cela libérerait plus de temps pour d'autres tâches pertinentes de l'infirmier en chef, comme soutenir les membres de son équipe, et plus généralement, pour rendre effectifs ses rôles et missions.

Le **manque de différenciation des fonctions** se fait sentir partout sur le terrain ; également au sein des services de soins complexes tels que les soins intensifs et les urgences, ou par exemple dans les soins à domicile. Et aussi à travers les différentes fonctions : les aides-soignants, par exemple, ne sont pas suffisamment reconnus pour le rôle qu'ils pourraient jouer dans la politique de prévention d'un établissement.

Dans le même temps, il est indiqué par certains que le patient préfère souvent un prestataire de soins de référence ; d'autres, au contraire, indiquent que le patient souhaite avoir quelques interlocuteurs permanents, mais que peu importe qui prodigue les soins, pourvu qu'ils soient bons et de qualité. Certains notent également que la différenciation des fonctions peut également entraîner une augmentation des coûts ou des effets indésirables dans d'autres domaines (par exemple, deux professionnels de la santé différents pour des tâches différentes dans le cadre des soins à domicile signifient deux fois plus de kilomètres, ou des soins infirmiers de tâches qui ne sont pas voulus non plus, mais il peut y avoir d'autres possibilités de rationalisation dans ces cas-là). Parallèlement, d'autres indiquent que le patient veut avant tout des soins de qualité et sûrs ; qui organise les soins et de quelle manière est moins important pour un patient.

Les normes permettent déjà une certaine différenciation et c'est déjà appliqué au sein de certains établissements de soins. Néanmoins, jusqu'à présent, le financement est trop indifférencié, notamment en ce qui concerne les fonctions de soutien aux infirmières et aux aides-soignants. Certains indiquent

également que l'absence d'agrément légal des fonctions infirmières par des non-infirmiers rend difficile une différenciation des fonctions poussée et une redistribution des tâches. Sur le terrain, on constate à de nombreux endroits une différenciation de fait. L'absence de cadre juridique crée cependant une situation ambiguë, ainsi qu'une situation dans laquelle la personne concernée ne se sent pas juridiquement protégée (par exemple, administration de médicaments, actes d'infirmiers pour lesquels le médecin est habilité) ou dans laquelle on ne sait pas clairement qui est responsable.

Dans ce contexte, un problème de planification au sein des organisations est également mis en avant (voir également ci-dessous). Les normes imposent la présence d'un nombre suffisant d'infirmiers ou d'infirmiers spécialisés, ce qui rend difficile l'organisation du planning. Il s'agit d'un problème spécifique qui survient dans les unités spécialisées, mais qui se pose tout autant d'une manière générale. C'est également le cas, par exemple, dans les maisons de repos. Dans les soins de santé mentale, nous voyons beaucoup d'interdisciplinarité ; les activités sont organisées différemment, ce qui implique qu'il y a un peu plus de souplesse.

Il est toutefois indiqué qu'il est important de maintenir un bon **équilibre** entre les fonctions infirmières et non infirmières d'une part et aussi entre les différentes fonctions infirmières de l'échelle des soins d'autre part afin de continuer à garantir des soins de qualité. On pense, par exemple, au fait qu'un minimum de connaissances infirmières est requis pour pouvoir travailler en prévention ; cependant, la prévention n'est pas le domaine exclusif des infirmiers, elle fait partie de la fonction de diverses professions de soins. En gardant ces équilibres il faut également tenir compte du contexte de soins spécifique.

La différenciation des tâches ne peut fonctionner que si elle est utilisée intelligemment et associée à une bonne planification et une bonne organisation, avec l'aide des outils adéquats, le tout dans un objectif de soins de qualité. La différenciation des tâches demande aussi une certaine ouverture : en effet, certains ont observé que le protectionnisme empêche parfois la mise en place de certaines choses.

c. Actif dans les soins ne signifie pas nécessairement actif dans les services

Par ailleurs, il convient également de noter que le personnel de soins considéré comme actif dans le secteur des soins n'est pas nécessairement actifs dans les services à proprement parler.

Certains indiquent, par exemple, que des **projets** au sein des établissements de soins réduisent le personnel au chevet du patient. En même temps, cependant, il convient également de noter que ces projets concernant la qualité et/ou de recherche sont importants. Ils doivent donc pouvoir être maintenus et les infirmiers et les aides-soignants doivent y trouver leur place. Il ne faut pas évoluer vers une situation où les infirmiers/aides-soignants n'auraient plus de place dans de tels projets d'innovation parce qu'ils seraient nécessaires au chevet du patient. Il est même suggéré que ce pourrait être contre-productif et amener encore plus de personnes à quitter le secteur. Plusieurs projets visent même à accroître l'afflux de main-d'œuvre vers les professions de soins et sont indispensables pour accroître leur attrait au niveau local. En effet, les projets créent le mouvement et le dynamisme qui sont nécessaires. De plus, l'innovation est également importante pour continuer à offrir des soins de qualité. On constate toutefois qu'il y a parfois trop peu de concertation entre les hôpitaux sur les projets. En même temps, il faut également noter que les projets ont souvent une forte orientation interne et connaissent leur force au sein du département, par exemple Productive Ward. Dans un tel cas, cela n'a guère de sens de regarder toujours au-delà des murs, même si d'un autre côté, on pourrait apprendre des projets internes des autres, par exemple grâce à des méthodes d'intervision. En même temps, cependant, il convient de noter que la collaboration à cet égard n'est pas (financièrement) valorisée.

Il est également fait référence à certaines mesures des accords sociaux et plus spécifiquement aux mesures de fin de carrière concernant **les jours DPT**<sup>14</sup> qui –ont un impact sur la disponibilité du personnel concerné.

Les jours de DPT ont été créés avec l'intention de garder le travail dans les soins faisables et vivables. A partir d'un certain âge le personnel – non seulement le personnel de soins – a droit à un certain nombre de jours de dispense afin de pouvoir récupérer pendant ces jours de dispense. Le problème n'est pas tant que les gens prennent leurs jours, mais que pendant ces jours de dispense il n'y a pas toujours un remplacement prévu, cf. la CCT concernée du secteur privé qui ne prévoit pas d'obligation de remplacement<sup>15</sup>. De plus, il n'y a pas toujours suffisamment de personnes disponibles pour garantir ces remplacements. En même temps, il est souligné par certains que l'irréversibilité du choix des jours est

---

<sup>14</sup> Les jours de DPT (Dispense de prestations de travail) sont des jours de dispense pour les travailleurs à partir de 45 ans.

<sup>15</sup> Pour le secteur public, une circulaire prévoit les modalités ; le financement octroyé est, le cas échéant, plafonné au volume total réel de remplacement, c'est-à-dire que l'embauche compensatoire est financée au prorata du nombre d'heures à compenser. Normalement la circulaire prévoit qu'une information doit être transmise lors de la réunion de concertation sur l'article 86bis de la loi sur les hôpitaux, mais dans les faits ce n'est pas toujours réalisé.

regrettable ; peut-être y a-t-il des personnes qui seraient prêtes à échanger de nouveau leurs jours contre la prime. D'autant que certains remarquent que certaines personnes prestent un travail complémentaire durant leurs journées DPT.

En tout état de cause, il est indiqué que les jours de DPT doivent être envisagée dans une vision plus globale du travail réalisable tout au long de la carrière aussi bien en fonction du travailleur individuel qui peut profiter de ces jours qu'en fonction du travailleur. Dans ce contexte, une plus grande attention est également demandée pour la soutenabilité du travail en fin de carrière. Le travail dans les soins de santé est perçu comme lourd et les gens ont l'impression que cela n'est pas suffisamment pris en compte en fin de carrière.

De plus, il est souligné que l'absentéisme pour **maladie** dans le secteur des soins est élevé. Cela vaut aussi bien pour les secteurs fédéraux que dans les maisons de repos, par exemple. Selon une étude d'Acerta et d'IDEWE, l'absentéisme dans les soins de santé était de 13,7 % en 2020<sup>16</sup>. Une partie de ce chiffre est due aux contaminations par le Covid. Néanmoins, il convient de noter que les absences pour maladie de longue durée représentent 6,7 % des absences. C'est-à-dire 46,5 % de plus que dans les autres secteurs.

Concernant spécifiquement les aides-soignants, on constate beaucoup d'absences en raison de problèmes physiques. La recherche<sup>17</sup> montre que ces absences sont plus élevées pour les aides-soignants que pour les infirmiers ; en effet, les aides-soignants effectuent presque exclusivement des activités de soins avec une charge physique plus élevée. Cette charge physique élevée n'est pas toujours accompagnée des mesures nécessaires pour réduire la charge physique (comme des lève-personnes).

Il est également indiqué que dans le secteur des soins, très peu d'efforts sont déployés ou les possibilités manquent pour pouvoir fournir un lieu de travail adapté afin de permettre la réintégration après une maladie de longue durée. Certains indiquent que les systèmes qui pourraient permettre un lieu de travail adapté nécessitent souvent les efforts de deux personnes, alors que ces personnes ne sont pas disponibles. Il serait souhaitable de proposer davantage de solutions *out of the box* pour faire travailler des personnes après une maladie de longue durée.

---

<sup>16</sup> Lien vers l'étude Acerta-IDEWE : <https://www.idewe.be/fr/-/le-secteur-des-soins-face-%C3%A0-36-d-absent%C3%A9isme-en-plus-que-les-autres-secteurs>.

<sup>17</sup> "Multi- en interdisciplinaire evaluatie van cervicale en lumbale wervelkolomproblematiek bij ziekenhuis-verpleegkundigen, met ontwikkeling en toepassing van een primair preventieprogramma", Pr Dr Jan Pieter Clarijs (promoteur), Dr Evert Zinzen (coördinateur de projet)

d. Beaucoup d'enregistrement et un manque de performance des systèmes d'enregistrement

Outre le fait que les travailleurs de soins effectuent trop de tâches qui ne nécessitent pas leur expertise (voir ci-avant), ils indiquent également qu'ils doivent **enregistrer beaucoup (trop) de choses** qui les empêchent de s'occuper de leurs patients. Lorsqu'on demande quelles est la raison sous-jacente de cet enregistrement fréquent, il est fait référence aux enregistrements (parfois doubles) exigés par les différentes autorités, et au contrôle qualité par les établissements eux-mêmes.

Dans le même temps, il est également indiqué et reconnu que l'enregistrement de données pertinentes est également extrêmement important dans le cadre de soins de qualité et du suivi des actes de soins. Cela appartient également aux tâches essentielles des infirmières et aides-soignants. S'il est bien organisé, il peut améliorer les soins (ou le temps consacré aux soins).

Une analyse plus poussée montre que ce n'est pas tant l'enregistrement qui pose problème, mais surtout le **manque de performance des systèmes d'enregistrement, les enregistrements doublés et les enregistrements sans but**. Les systèmes sont perçus comme peu applicables et pas assez simples. Des incohérences apparaissent entre les systèmes, entre les établissements de soins, mais aussi entre les services. Il s'agit souvent de situations qui se sont installées avec le temps - les systèmes et logiciels ICT évoluent constamment - et c'est également lié à des questions de financement - l'harmonisation des systèmes nécessite des investissements considérables. Par conséquent, il apparaît que la prétendue **interopérabilité des systèmes n'est pas (suffisamment) développée**. Tout cela crée une grande charge qui coûte beaucoup de temps précieux. Les systèmes ne sont pas assez développés en fonction du travail ; on a l'impression que c'est le travail qui s'aligne sur les systèmes. Un manque de coopération entre le personnel sur le terrain, l'informatique et les fournisseurs des outils est désigné comme cause possible. Voir aussi, par extension, ci-dessous pour ce qui concerne la technologie.

En outre, il est également souligné que l'enregistrement peut avoir son utilité (p.ex. les systèmes de *early parameter warning*), mais qu'il est également important que les données enregistrées soient **exploitées**. Il apparaît que ce n'est **pas suffisamment le cas** aujourd'hui.

Outre la charge administrative disproportionnée qu'impliquent les exigences d'enregistrement, cela crée également une pression. Par exemple, on peut citer l'importante obligation de déclaration via MyCareNet dans le cadre des soins à domicile, grâce à laquelle s'effectue la communication numérique avec les



médecins et autres prestataires de soins. Le dossier électronique du patient tombe également ci-dessous. L'obligation de déclaration est également incluse dans la nomenclature et est également surveillée dans ce contexte, avec des conséquences possibles.

e. Surutilisation des actes infirmiers

Par ailleurs, il est également fait référence à une « surutilisation » des actes infirmiers qui surchargent les services et le personnel.

Dans ce contexte, il est fait référence au fait que trop d'activités sont encore exercées par des infirmiers « par **tradition** », alors que sur la base de données probantes, ce ne serait plus nécessaire. Voir également ci-dessus ce qui concerne l'exécution d'actes pour lesquels l'expertise infirmière n'est pas requise ou qui est exécutée d'une manière qui n'est pas nécessairement requise, par exemple le rinçage régulier d'un porth-a-cath pour les résidents d'une maison de retraite transférés à cet effet à un hôpital.

Par ailleurs, il est indiqué que d'éventuels affinements peuvent être apportés à la **prescription avec indication** (l'exemple les soins d'hygiène pour un patient a été cité : quand ce soin relève-t-il des soins infirmiers et quand relève-t-il de l'aide sociale ?). Dans ce cadre, on peut se référer également aux chiffres et travaux de l'Agence Intermutualiste<sup>18</sup>.

Il est également fait référence au rôle possible de **normes et de financement obsolètes**.

Dans ce contexte, il est également fait référence au **rôle de la prévention**, par exemple par l'aide-soignant, afin d'éviter des actes ou des soins infirmiers superflus.

f. Nécessité de concertation entre professionnels de soins

Sur le plan organisationnel, certains soulignent la nécessité d'une **concertation suffisante entre le service infirmier, les médecins et les paramédicaux, aussi bien les aspects de soins que les aspects de gestion**.

---

<sup>18</sup> <https://ima-aim.be/?lang=fr>

Ce n'est pas un problème généralisé, mais là où il y a trop peu de concertation locale, il y a un impact important sur le fonctionnement des services et sur l'attractivité du travail.

Pour un bon fonctionnement et des soins de qualité, une concertation est nécessaire **entre tous les professionnels des soins** (par exemple également avec les diététiciens, les kinésithérapeutes, les soins primaires, etc.).

Ce problème s'applique à **tous les secteurs**, y compris les soins à domicile.

Il est souligné que le manque de concertation est souvent aussi le résultat d'un **manque de temps et d'espace** pour se concerter. Dans le même contexte, il est également souligné qu'il n'y a pas seulement un besoin de concertation horizontale entre services et entre professionnels de santé, mais que la concertation verticale fait parfois également défaut.

g. Nécessité de connaissance et compréhension mutuelles entre professionnels de soins

Il est également important qu'il y ait une **connaissance et une compréhension mutuelles suffisantes du monde professionnel et de l'expertise de chacun** (l'exemple de la « tournée du médecin » a été cité : un manque de concertation entre le service infirmier et les médecins peut avoir un effet perturbateur sur l'organisation du service et les activités quotidiennes).

De plus, cela ne se produit **pas seulement dans l'enceinte des hôpitaux, mais s'applique également dans la relation entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires, dans la relation entre la première et la deuxième ligne ou dans le cadre d'une maison de repos.**

De plus, une connaissance suffisante de l'environnement professionnel et de l'expertise de chacun est une question qui ne se pose pas seulement entre le service infirmier/l'activité infirmière et les médecins. Elle vaut pour **toutes les professions de soins différentes** qui interviennent dans le contexte de soins.

h. Technologie

La technologie – bien que d’une grande valeur pour les soins - est souvent vécue comme un **élément qui complique** les choses plutôt que comme un facteur qui les facilite.

La technologie n'est **pas toujours considérée comme conviviale**. Elle n'est **pas toujours un soutien**. Elle est parfois ressentie comme une tâche supplémentaire et, souvent, **les intéressés ne se sentent pas suffisamment compétents** pour utiliser ces nouvelles technologies. Même lorsque des formations sont proposées, le temps manque souvent pour les suivre ou la « période de rodage » pour apprendre à les utiliser est trop courte. Mais là aussi, il convient de souligner les facteurs contextuels et de ne pas généraliser. Il y a aussi des travailleurs qui accueillent favorablement la technologie et ses possibilités. L’adoption de la technologie améliore généralement les soins aux patients.

Néanmoins la technologie peut en effet entraîner des **tâches supplémentaires** pour l’infirmière et un besoin de plus de personnel. Utiliser la technologie demande souvent le temps d’introduire des données, de les traiter, de les mettre à disposition et surtout aussi de les utiliser. La force de travail qui doit permettre ceci, est souvent manquante. Il en sort que cette charge de travail avec enregistrement et traitement incombe au personnel de soins et que cela empêche les soins au chevet du patient.

En même temps, il convient aussi de souligner que les prestataires de soins ne sont pas toujours suffisamment informés ou conscients des avantages des développements technologiques (on peut citer l’exemple des applications eHealth ou mHealth).

#### i. Intensification croissante

Il y a une intensification croissante des soins. Le profil des patients a changé. Le contexte de l'organisation des soins a également changé.

Le résultat de ces évolutions est que dans les soins dits « de base », on constate qu'il y a **plus de patients critiques**, voire uniquement des patients critiques dans les hôpitaux ; il y a une plus grande visibilité des **multipathologies** dans les maisons de repos et il y a aussi une **forte augmentation de la proportion de profils plus lourds** (nécessitant de l’aide). De même, dans les soins infirmiers à domicile, une partie de la clientèle a changé en raison d'un transfert d'une partie des soins vers la situation à domicile suite à

l'évolution vers **plus d'hospitalisations de jour avec une croissance de soins techniques et complexes qui doivent être réalisés dans la situation à domicile.**

Il est également fait référence à un **nombre croissant de réadmissions**. Les causes de cette évolution s'avèrent multifactorielles et cette constatation mérite d'être examinée plus en détail. Il est fait référence à l'importance du respect de la thérapie par le patient et de sa littératie en matière de santé (voir également ci-dessous les implications pour la complexité) et à la pression pour faire sortir les gens de l'hôpital le plus rapidement possible pour libérer des lits ; et il est fait référence à l'impact du mécanisme de financement « sanctionnant » sur le nombre de jours d'hospitalisation. L'importance d'un bon accompagnement après la sortie de l'hôpital, pour favoriser le respect de la thérapie et la prévention ou de résoudre de manière appropriée des effets secondaires, est réclamée depuis plusieurs années ; malheureusement, il n'existe pas encore de nomenclature pour cela et les systèmes actuels de partage de données extra-muros font parfois que tout le monde n'a pas accès aux données nécessaires à cet effet.

#### j. Soins plus complexes

De plus, les soins de santé sont devenus plus complexes en raison de l'introduction des soins de santé de haute technologie. Plusieurs personnes indiquent qu'elles ne sont **pas (suffisamment) prêtes pour cette réalité changeante**. Elles estiment qu'elles ne sont pas suffisamment formées ou ont le sentiment de ne pas avoir assez de temps à y consacrer.

En outre, en ce qui concerne spécifiquement le contexte du déplacement des soins vers la situation à domicile, il est fait référence à l'importance du **respect de la thérapie par le patient et à sa littératie en matière de santé**. Il apparaît que les patients reviennent régulièrement dans le circuit de soins en raison de **carences** dans ce domaine (cf. manque de nomenclature, voir point i) ci-avant), ce qui entraîne souvent des pathologies plus complexes.

En ce qui concerne le type de soins, on constate, à côté des soins de base, **un plus grand nombre de questions de soins techniques et complexes**, voir par exemple les traitements oncologiques à domicile -

on souligne ici aussi que la communication entre les première et deuxième lignes concernant le suivi ultérieur du patient pourrait être développée et renforcée plus<sup>19</sup>.

On souligne également que les **normes (et la nomenclature) ne sont pas suffisamment adaptées** à cette nouvelle réalité de complexité et d'intensification (voir point i.) et que la formation concernant ces soins de haute technologie devrait être rendu possible.

#### k. Hausse de la quantité de soins

La demande de soins a également augmenté en quantité **en raison d'une population vieillissante et d'une population ayant des attentes et des exigences plus grandes à l'égard du personnel de soins**. Bruxelles (et par extension les grandes villes) est également confrontée à un effet d'aspiration des demandes de soins en tant que capitale (grande ville).

À cet égard, la Commission de planification a élaboré un certain nombre de scénarios de base pour les différents secteurs de la santé et les différentes régions jusqu'en 2043, à circonstances inchangées et à politique inchangée<sup>20</sup>. Concernant ces scénarios, il convient de tenir compte du fait qu'il s'agit de projections basées sur des données historiques et observées du marché du travail entre 2004 et 2018, à circonstances inchangées et à politiques inchangées. Par conséquent, ces prévisions doivent être traitées avec la prudence qui s'impose. Elles ne tiennent pas compte de la récente crise du Covid et des problèmes aigus de pénurie de personnel.

#### l. Pression psychosociale et sentiment d'épuisement

Quoi qu'il en soit, les problèmes ci-dessus qui sont rencontrés sur le terrain font que le personnel de soins a le sentiment de ne plus pouvoir garantir des soins de qualité au patient alors que souvent, **on ne se sent pas suffisamment accompagné psychologiquement** dans les facteurs contextuels et structurels évoqués ci-dessus. A plusieurs endroits il en découle une pression psychosociale énorme et un sentiment d'épuisement qui provoquent des absences maladie et qui amènent les personnes concernées à quitter

---

<sup>19</sup> L'ancrage structurel de la gestion des licenciements en fait également partie.

<sup>20</sup> <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-la-force-de-travail-des-infirmiers-en-2043-projections-de-base-partir-de-linflux-reel>

le secteur, ce qui aggrave encore le problème. **La question de l'utilité du travail en fonction de soins de qualité est centrale.** L'initiative de libérer des ressources pour l'accompagnement psychologique du personnel pendant la période du Covid est perçue comme positive, mais on n'a pas pu recourir suffisamment à ces possibilités par manque de temps ; en tant que groupe cible, les aides-soignants n'ont pas pu être suffisamment atteints. Le **besoin d'espace et de temps** pour questionner le sens et l'éthique du fonctionnement se fait de plus en plus sentir.

En plus de tous ces éléments, le personnel de soins signale plusieurs autres problèmes qui affectent l'attractivité des emplois dans le secteur des soins. Voir ci-dessous.

## II. RECONNAISSANCE ET VALORISATION

Beaucoup indiquent qu'ils ne se sentent **pas suffisamment reconnus et valorisés**. Plusieurs facteurs sont cités dans ce contexte. La reconnaissance et la valorisation sont ici deux choses différentes.

### a. L'infirmier comme professionnel des soins à part entière

La profession infirmière a connu une **évolution considérable**. L'infirmier n'a plus uniquement un rôle de soignant ; c'est un professionnel des soins à part entière qui, dans de nombreux cas, possède des connaissances sur de techniques avancées, des traitements complexes, une supervision minutieuse, une perspicacité clinique et une réponse rapide aux situations d'urgence. Il s'agit souvent d'une expérience et de compétences acquises sur le terrain. **Pourtant, dans la société, on a encore souvent tendance à penser que l'infirmier n'est là que pour prodiguer des soins et servir les repas.** Même dans le contexte des organisations où l'infirmier opère, cette image est parfois tenace. A cet égard, on peut faire référence au problème des actes non infirmiers (voir ci-dessus) et de l'image perçue par le patient et son environnement, les médecins et parfois par les infirmiers eux-mêmes. En ce qui concerne les infirmiers, cela commence déjà par la formation proprement dite (voir plus loin dans la section Enseignement).

**Il en va de même pour l'aide-soignant.** Dans l'enseignement et aussi d'un point de vue social, on met encore beaucoup (trop) l'accent sur les tâches domestiques et logistiques des aides-soignants, plutôt que sur leurs tâches de soins. Par ailleurs, il pourrait également être envisagé de rendre possibles des

formations complémentaires et des spécialisations pour les aides-soignants qui seraient valorisées (par exemple l'aide-soignant gériatriques).

En même temps, il ne faut pas supposer à tort que l'infirmier ou l'aide-soignant pourrait être déployé immédiatement n'importe où dans un établissement de soins en tant que professionnel de la santé. Une certaine mobilité est possible, mais celle-ci aussi a ses limites (voir la multi-employabilité pendant le Covid qui a révélé à la fois des opportunités et des obstacles).

#### b. Participation

En outre, les professionnels des soins perçoivent encore **trop peu de participation et de transparence dans la gestion** des organisations dont ils font partie. Bien que selon la réglementation de certains secteurs de la santé – mais pas tous – les informations relatives à la gestion doivent être partagées avec le personnel via les organes locaux de concertation et leurs représentants syndicaux, les informations transmises par les établissements de soins ne sont pas toujours perçues comme claires ou transparentes ; et ce, certainement dans le cadre des discussions sur les réseaux hospitaliers.

En outre, dans les réunions organisées **au niveau de l'équipe**, dans de nombreux endroits, les professionnels des soins **se sentent (trop) peu en sécurité** pour oser exprimer ce qu'ils ont à dire. C'est un fait culturel qui est souvent influencé par les circonstances locales. En même temps, il est également indiqué que très peu d'attention est accordée à l'audace de prendre la parole et de s'exprimer dans le cadre des formations. Il est également fait référence au fait que le « temps d'équipe »<sup>21</sup> n'est **pas financé** ; ce qui a, dans certains cas, un impact sur la qualité de la concertation d'équipe.

Le **manque de représentation des professionnels de soins au niveau de la direction** des établissements est également cité comme une lacune. Maintenant le poids se trouve chez les médecins. Bien que dans le secteur hospitalier, il y ait souvent déjà une représentation via le directeur infirmier au niveau de la direction et que le personnel soit généralement représenté par la délégation syndicale en ce qui concerne les salaires et les conditions de travail, il est néanmoins indiqué que pour ce qui concerne les aspects qui

---

<sup>21</sup> Le temps consacré aux concertations d'équipe fait partie du temps de travail et des concertations d'équipe de qualité peuvent également avoir un impact positif sur la qualité des soins. Pourtant, ce temps n'est pas financé; en effet, ce temps n'est pas considéré comme un acte.

affectent la pratique de la profession et du cadre infirmier et paramédical, une représentation suffisante n'est pas assurée pour et par les groupes professionnels concernés eux-mêmes. Ceci est ressenti comme une distorsion. Dans les maisons de repos, il n'y a pas de représentation en ce qui concerne les aspects qui affectent l'exercice de la profession. Un même constat se présente dans les centres de soins résidentiels, les hôpitaux, les soins de la santé mentale que les autres institutions de soins.

c. Reconnaissance des actes qui n'ont pas un caractère infirmier

Outre le personnel infirmier, de nombreux autres profils font également partie du contexte de soins et de soutien des soins aux patients. Cependant, de **nombreux actes qui n'ont pas un caractère infirmier ne sont pas ou pas suffisamment reconnus**. Avec pour conséquence que les solutions pour alléger le travail des infirmiers suscitent peu d'enthousiasme. Par exemple, il n'existe **pas de profils clairs pour les fonctions non infirmières ou pour des fonctions de support pour les infirmiers ou aides-soignants**. Néanmoins, clarté n'est pas synonyme de surréglementation. La réglementation ne doit pas empêcher des évolutions et des innovations (comme l'évolution récente du profil de « zorgondersteuner » (support aux soins) qui apparaît sur le terrain).

d. La difficulté d'un équilibre sain entre vie professionnelle et vie privée

Les soins sont un **secteur où le bouton n'est jamais sur OFF**. C'est 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, chaque année. Cette particularité n'est pas suffisamment reconnue et valorisée non plus. Un équilibre sain entre vie professionnelle et vie privée est particulièrement difficile dans le contexte 24/7/365.

e. Flexibilité

De plus, la nécessaire **flexibilité qu'implique ce contexte 24/7** est trop souvent vécue aujourd'hui comme une flexibilité à sens unique, de la part du collaborateur en faveur de l'organisation au lieu de l'organisation en faveur du collaborateur (p.ex. remplacement de dernière minute en cas de maladie). Il est par exemple fait référence à la manière dont les horaires sont modifiés : cela arrive fréquemment et les demandes ne sont plus seulement formulées dans une conversation, de personne à personne, elles se font aussi en envoyant des messages WhatsApp, par exemple. En même temps, les organisations ont le



sentiment de prendre également en compte les souhaits et les demandes des travailleurs de soins envers l'organisation, jusqu'au dernier moment. Cependant, il y a ici aussi un débat plus large qui inclut tant les travailleurs et les employeurs que les patients : quelles options l'employeur a-t-il en cas d'absences imprévues et dans quelle mesure les soins doivent/peuvent-ils être reportés au profit du travailleur.

Face à la flexibilité nécessaire, **trop peu de valorisation est ressentie**. Par exemple, il n'y a pas assez de valorisation pour les heures de travail irrégulières.

En même temps, une partie du personnel aspire à une **certaine régularité et à ce que des limites soient posées**. Le problème de la planification et des horaires est ressenti comme un problème majeur. Des **obstacles de politique** sont également mentionnés (voir ci-dessous).

Sachant que la très grande majorité du personnel de soins actif dans le secteur est constitué de femmes, et qu'elles doivent donc souvent aussi s'occuper d'une famille, elles ont souvent elles-mêmes besoin aussi de flexibilité. Mais les travailleurs indiquent aussi plus largement qu'ils ont besoin de **flexibilité pour un équilibre sain entre vie professionnelle et vie privée** et que les conditions de travail ne le permettent pas toujours. Un manque de possibilités en termes de flexibilité pour les travailleurs est ressenti ; même s'il faut sans doute nuancer ce point de vue. Les organisations des soins elles-mêmes ont une perception différente à cet égard. De plus, il peut être fait référence à la convention collective de travail récemment conclue en ce qui concerne les deux jours de congé social payé pour raisons impérieuses<sup>22</sup>. De manière générale, la question du genre dans le secteur des soins requiert une attention particulière : la majorité de la main-d'œuvre dans le secteur des soins est féminine, alors qu'on remarque leur absence au niveau stratégique et de gestion (directions, représentation). L'inverse est vrai pour les hommes.

Nous constatons aussi un **changement de culture** chez les jeunes. Souvent, ils attachent encore plus que les générations plus âgées d'importance à un sain équilibre entre vie professionnelle et vie privée et souhaitent avoir plus de maîtrise et d'autonomie dans la manière dont ils organisent leur vie. Parfois, cela signifie plus de flexibilité pour eux-mêmes et, parfois, cela signifie qu'ils peuvent et veulent mettre leur flexibilité à disposition. Dans ce second cas, ils y trouvent actuellement trop peu d'opportunités ou d'avantages (voir ci-dessous). Certains membres du personnel aimeraient travailler davantage et n'ont

---

<sup>22</sup> Ceci ne concerne pas le secteur public soumis à d'autres règles.

pas suffisamment d'options légales pour le faire entre les murs de leur propre institution. Par conséquent, ces personnes commencent à travailler en tant qu'indépendant à titre complémentaire ou en tant qu'intérimaire. Ou elles vont travailler comme intérimaire ou infirmier de projet où ils bénéficient de plus de flexibilité et d'autonomie. Il y a eu une augmentation spectaculaire du travail intérimaire<sup>23</sup> et le recours abusif à l'infirmier de projet (aussi bien comme salarié que comme indépendant) a également augmenté. Ces formes d'emploi ont leur légitimité lorsqu'elles sont utilisées dans le but pour lequel elles ont été créées, mais lorsqu'elles sont mal utilisées, elles perturbent le fonctionnement des services, créent dans plusieurs cas des inégalités dans les conditions salariales et de travail entre les travailleurs de la santé, organisent une forme de « déconventionnement » non souhaité et peut mettre en péril la qualité des soins. Par exemple, on constate que des personnes commencent parfois à travailler à mi-temps, pour ensuite revenir dans l'établissement en tant qu'intérimaire pour l'autre mi-temps. De cette façon, le travailleur peut choisir le moment et les heures auxquelles il travaille. Dans le même temps, on constate également un risque croissant d'épuisement lorsque quelqu'un accumule sans cesse des heures et *de facto* ne respecte pas la réglementation sur le temps de travail.

Une partie du personnel quitte simplement le secteur et va travailler ailleurs dans le contexte des soins au sens large où les conditions de salaire, de travail et/ou de vie sont meilleures (comme dans les centres PMS ou le monde de l'assurance). Avec pour résultat que la pression sur le personnel qui reste et la demande de flexibilité augmentent encore. Et le cercle vicieux est encore renforcé.

#### f. Rémunération

En termes de rémunération, on peut affirmer que, selon un rapport de l'OCDE, les salaires des infirmiers en Belgique sont parmi les plus élevés d'Europe ; une tendance similaire peut également être observée en ce qui concerne les salaires moyens dans tous les secteurs<sup>24</sup>. Ce n'est pas le cas pour les aides-soignants; en moyenne, ils se situent en dessous du salaire moyen tous secteurs confondus. Ceci ne veut

---

<sup>23</sup> Selon l'étude MAHA le travail intérimaire a augmenté de 75% ; dans certains services, on constate dans les faits qu'il n'y a plus un seul travailleur permanent.

<sup>24</sup> Il convient toutefois de noter qu'une telle comparaison donne une image déformée de la situation. Le salaire moyen tient également compte de secteurs complètement différents ou d'un type de fonctions complètement différentes et peu comparables.

pas dire que les rémunérations des professionnels de soins ne devraient plus évoluer, en tenant compte de la lourdeur du métier.

Divers problèmes sont signalés en ce qui concerne l'**IFIC** – le nouveau modèle de classification de fonctions applicable (entre autres) au secteur de la santé. Par exemple, on dit qu'il y a trop de fragmentation des fonctions dans l'IFIC. Selon certains commentaires, il faudrait se baser sur le futur modèle des fonctions infirmières ; les compétences devraient déterminer le salaire sans que le lieu de la fonction exercée joue un rôle.

Néanmoins, il convient de noter que le modèle IFIC va encore plus loin que le mode de fonctionnement proposé dans les commentaires à cet égard : le fonctionnement réel détermine les salaires dans l'IFIC ; en effet, le contenu de la fonction (de la fonction sectorielle de référence) détermine la classification dans le tapis de fonctions de l'IFIC. Non seulement les connaissances et les compétences sont intégrées, mais plusieurs autres critères sont également pris en compte pour déterminer la place dans la classification et pondérer la fonction en vue de déterminer la catégorie salariale.

Par ailleurs, il est important de souligner que l'IFIC en soi ne tient compte, en effet, que de la réalité existante ; des hypothèses sur la manière dont les fonctions infirmières pourraient être organisées dans le futur (cf. futur modèle des fonctions infirmières) ne sont pas reprises en tant que telles dans le modèle ; ce n'est pas non plus le but de l'IFIC. Il faut en effet dire que de nombreuses fonctions infirmières ont été intégrées dans l'IFIC – celles-ci font référence à ce qui existe sur le terrain.

Les acteurs de terrain disent aussi que les fonctions spécialisées classées dans la catégorie 14 de l'IFIC ne se sentent pas suffisamment valorisés financièrement ; certains lient cela aux pénuries croissantes dans ces fonctions ; dans certains services, la qualité du service suscite des craintes. En ce qui concerne les fonctions infirmières spécialisées, il est à noter que l'IFIC les décrit justement parce qu'il y avait une demande de « reconnaissance des spécialisations » dans le tapis de fonctions. L'application de la méthode de pondération uniforme aux fonctions décrites a conduit à une classification différente. Cependant, le diplôme ou la formation complémentaire n'est plus le seul critère de rémunération des fonctions.

Le modèle IFIC a été conçu comme un système évolutif qui s'adapte au fur à mesure en fonction des évolutions sur le terrain. Il est reconnu que les procédures d'entretien sont perçues comme trop lentes.

### III. MANAGEMENT & LEADERSHIP

Plusieurs problèmes sont également identifiés en termes de **type de management et de type de leadership**. Il ne s'agit pas d'un problème généralisé, cela dépend de facteurs locaux, mais lorsqu'ils sont détectés (cf. management basé sur le contrôle, peu participatif), ils ont un impact énorme sur le bien-être du personnel et le fonctionnement des services. Dans ce contexte il est également fait référence à l'importance de formation pour le management et concernant le leadership.

#### a. Organisation interne & planning

Des problèmes d'organisation interne sont observés à plusieurs endroits ; le problème de la planification est très souvent cité (voir aussi ci-dessus). Les ressources et les personnes ne sont pas toujours déployées là où elles peuvent être utilisées au mieux. Dans ce contexte, on indique aussi qu'on raisonne encore trop souvent de manière cloisonnée, en « silos », au lieu d'affecter davantage le personnel dans différents services lorsque c'est possible. Cela ne concerne pas seulement les infirmiers, mais tous les types de profils professionnels. Il convient toutefois de noter qu'il ne s'agit pas d'un plaidoyer pour évoluer de manière générale vers de larges équipes de généralistes multi-déployables. En effet, cela entraînerait (ou pourrait entraîner) une perte d'expertise, avec un impact négatif sur la qualité des soins prodigués. Tout dépend du contexte, dans certains contextes, ce sont principalement des spécialistes qui sont nécessaires, dans d'autres contextes, des généralistes multi-déployables apporteront justement une valeur ajoutée et favoriseront des soins de qualité. Quoi qu'il en soit, il est indiqué que **le personnel disponible et déployable n'est pas toujours utilisé de manière suffisamment rationnelle, efficace ou innovante**. Cela ne vaut pas uniquement dans le contexte des hôpitaux, mais est également remarqué dans les soins infirmiers à domicile. En même temps, il faut surveiller l'impact psychologique du déplacement des personnes entre les équipes et les services.

#### b. Cohésion

Il est également indiqué qu'on ne met pas toujours suffisamment l'accent sur la cohésion dans les équipes. A cet égard, il est également indiqué qu'il y a **souvent un manque de temps pour pouvoir le faire**.

A ce sujet, voir aussi plus haut dans le document, le manque de temps que rencontrent les infirmiers en chef parce qu'il est nécessaire de faire appel à eux pour les soins de base en raison des pénuries dans d'autres domaines. Il est à noter que des efforts ont déjà été faits pour y remédier au travers des investissements du Fonds Blouses blanches (voir objectif de sortir l'infirmier en chef de la norme afin de libérer de l'espace pour un infirmier en plus), mais sur le terrain l'impact est ressenti comme étant assez limité.

De plus, **l'impact du travail (de plus en plus) avec des travailleurs temporaires ou flexibles** ne doit pas être sous-estimé. Si, en raison de pénuries persistantes, l'équipe permanente est continuellement complétée par des équipes mobiles, des étudiants, des intérimaires, des infirmières de projet, des indépendants, etc., cela a également des conséquences sur la cohésion d'une équipe.

#### c. Accompagnement

Par ailleurs, il apparaît que malgré le financement d'un équivalent temps plein d'infirmière d'accompagnement par hôpital, il y a **trop peu de marge ou de temps** pour l'accompagnement, aussi bien pour les débutants que pour le personnel déjà en place. Concernant ce dernier groupe, on peut faire référence à l'encadrement nécessaire lors de changements dans le cadre de l'apprentissage tout au long de la vie, aussi pendant le travail ; pour les débutants, il s'agit de la transition des études au monde du travail. Pour les débutants, on précise en outre qu'une grande différence est constatée entre les formations et la réalité du terrain (voir ci-dessous). Certains renvoient aux manques de personnel et aux normes de personnel trop peu financées. Là encore, la pression s'exerce principalement sur les équipes permanentes, alors que celles-ci sont de plus en plus réduites. Ici aussi, le cercle vicieux se renforce.

En même temps, il y a aussi un **problème de compétence**. En raison du nombre limité d'équipes permanentes et d'un turnover élevé, l'encadrement incombe souvent à des infirmières moins expérimentées. Ils peuvent certainement jouer un rôle précieux à cet égard, mais l'ancrage de connaissances approfondies et complexes est également de plus en plus mis sous pression.

## IV. ENSEIGNEMENT

Tous les membres soulignent le rôle de l'éducation. Il existe un grand besoin d'une coordination approfondie entre l'éducation et le domaine professionnel. Pour garantir des soins de qualité, une formation et des stages de qualité sont nécessaires. Des investissements maximaux sont nécessaires.

a. Compétences

Plus généralement, on signale que **l'offre** dans l'enseignement **n'est pas adaptée partout et ni suffisamment aux besoins en compétences** dans le secteur des soins. Il est fait référence à des lacunes sur le plan du contenu concernant les aspects infirmiers evidence based. Par exemple, selon certains, en ce qui concerne les aides-soignants, on met encore trop l'accent sur les aspects domestiques et logistiques, alors que les aspects infirmiers mériteraient davantage d'attention (une référence explicite est également faite à la réforme de l'enseignement secondaire dans ce contexte). En ce qui concerne les formations relatives à ce que l'on appelle les cinq actes infirmiers, il est précisé qu'elles s'élevaient à 120 heures au départ, alors qu'après l'introduction du trajet d'e-learning, elles ne s'élèvent plus qu'à 75 heures à certains endroits (voire même 20 heures car le stage sur le terrain ne suit pas toujours). Il convient de noter que ce processus d'apprentissage en ligne doit en principe être complété par des heures supplémentaires d'accompagnement « sur le tas » ; en réalité, il apparaît qu'il n'y a pas toujours assez de temps et d'espace pour cet accompagnement. En ce qui concerne les *soft skills* et la résilience (cf. problèmes comportementaux), la gestion du stress, la technologie de soins, les compétences de leadership et la pensée systémique, par exemple, les formations ne sont pas suffisamment adaptées aux besoins. En outre, on constate que les formations actuellement disponibles **ne sont pas toujours suffisamment adaptées au groupe professionnel concerné** (par exemple, les aides-soignants) et, de ce fait, elles ne les atteignent donc pas suffisamment, voire pas du tout. Certains aspects ne sont pas suffisamment abordés selon certains : apprendre à déléguer des tâches, collaborer entre différentes disciplines (exemple : des modules d'apprentissage interdisciplinaires), le lien entre le médical et le social, apprendre à communiquer et à exprimer des idées... Divers problèmes liés aux aspects socio- et multiculturels reçoivent également trop peu d'attention. Ces derniers sont, par exemple, très importants dans le contexte de Bruxelles en tant que capitale ou dans les grandes villes. Enfin, spécifiquement pour le secteur des soins à domicile, il est souligné que les infirmières débutantes ne sont pas suffisamment conscientes des exigences administratives et des conséquences juridiques en matière de nomenclature, ce qui augmente le risque de fuite.

**Une large formation** est nécessaire aussi bien dans les matières médicales que dans les matières sociales et psychologiques, le leadership et le management afin de permettre une vision plus holistique des soins et du bénéficiaire des soins. De plus, il faudrait travailler aussi davantage sur les **formes d'éducation interdisciplinaires**.

Cependant, il n'est pas seulement important que ces matières sociales et psychologiques soient intégrées dans les programmes d'apprentissage - on constate d'ailleurs une évolution. Il est également important **qu'elles puissent aussi trouver leur place au travail**, dans les services et dans ce contexte, il apparaît qu'un manque de temps et d'espace sont parfois un problème aujourd'hui.

#### b. Stages

En ce qui concerne les stages, on fait savoir qu'ils ne donnent **pas toujours un aperçu suffisamment réaliste et global du travail dans le secteur des soins**. On a le sentiment que l'organisation des stages est trop subdivisée en actes techniques et qu'il y a trop peu d'occasions durant les stages de vivre l'expérience du travail dans le domaine de la santé dans sa globalité (y compris les aspects moins évidents tels que suffisamment de travail de nuit et le week-end).

Spécifiquement pour la Wallonie, il a également été fait référence au « décret Marcourt », qui permet aux étudiants de poursuivre leurs études sans avoir réussi dans toutes les matières ; en troisième année d'études, les étudiants prennent conscience que la réalité des soins de santé n'est pas l'environnement dans lequel ils veulent travailler.

En même temps, les étudiants indiquent que les expériences de stage les découragent également de travailler dans les soins. Il faut néanmoins signaler que pour le moment la situation sur le terrain est hors proportions à beaucoup d'endroits en raison de la pénurie de personnel et qu'elle est aussi perçue pour le moment comme intenable pour le personnel existant. Par conséquent, l'expérience de stage - qui peut pourtant avoir un pouvoir énorme - est **faussée par la question plus large de l'attrait du travail dans le secteur des soins**.

Il apparaît aussi que lors de leur stage, les **étudiants ne sont pas toujours déployés en fonction de leur niveau de compétence**. Par exemple, il ressort du feed-back des acteurs de terrain qu'un étudiant

infirmier du projet 600 doit effectuer un stage en logistique et aide aux soins lors de sa première année de stage, alors qu'il a parfois une expérience professionnellement de plusieurs années en la matière. Un bachelier en soins infirmiers, par exemple, devrait plutôt pouvoir se concentrer sur les soins intégrés globaux et la coordination au cours de ses troisième et quatrième années de stage ; il ressort du terrain que ces stagiaires sont trop souvent affectés à des tâches avec trop peu d'occasions d'apprendre qui enrichissent en matière de l'autonomie et la coordination.

En même temps, les étudiants indiquent qu'ils reçoivent **trop peu d'accompagnement** – par exemple, aucun accompagnement professionnel n'est prévu pour les aides-soignants et les ressources consacrées à l'accompagnement en milieu hospitalier sont très limitées. De plus, il est également important que l'on puisse être accompagné en fonction de son niveau de compétence. Un monitoring suffisant et un accompagnement réel sont nécessaires.

De plus, il est souligné que les formations complémentaires **ne sont pas suffisamment flexibles** et, en ce qui concerne spécifiquement la Flandre, il existe également des problèmes en matière de financement (cf. non-financement des post-graduats ou « banaba »).

### c. Temps de formation

Bien qu'on indique qu'il existe une offre de formation pour le personnel existant, un problème se pose : il n'y a **pas (ou plus) toujours assez de marge** sur le lieu de travail pour suivre des formations et des formations continues en raison du manque de personnel décrit ci-dessus. Et cela se ressent particulièrement fort chez les aides-soignants.

Il est dommage qu'il n'y ait pas (ou plus) toujours de marge suffisante pour suivre des formations et des formations continues bien que cinq jours de formation par an pour un équivalent temps plein aient été prévus dans le cadre du Deal pour l'emploi. La formation tout au long de la carrière est importante pour le développement personnel et le bien-être du personnel, mais aussi pour pouvoir continuer à garantir des soins de qualité. Parallèlement, on mentionne également que de nombreux infirmiers combinent le master en santé publique avec le travail, mais cela signifie aussi qu'ils ne sont pas disponibles à temps plein pendant un certain temps.



## V. POLITIQUE & FINANCEMENT

En outre, divers problèmes liés aux **aspects de politique et au financement** ont également été relevés.

### a. Coordination entre les différents niveaux de pouvoir

Comme indiqué dans le préambule de cette note, le paysage des soins est complexe. Il y a plusieurs sous-secteurs qui dépendent également de différents niveaux de pouvoir. Ce qui n'intéresse pas beaucoup les acteurs de terrain. Les patients, le personnel et les citoyens en général voient le problème et s'attendent à ce qu'une solution soit donnée. Cependant, la réponse donnée est souvent la répartition des compétences. Et on ressent **un manque de coordination entre les différents niveaux de pouvoir**. Au niveau politique, il existe une CIM, mais il manque une concertation sociale coordonnée pour trouver des solutions efficaces. Ce qui a des effets sur les patients et le personnel.

On constate **également** des interférences entre les différents niveaux de pouvoir **en matière de financement**. Une coordination entre les niveaux est certainement nécessaire. On fait référence, par exemple, aux soins infirmiers à domicile pour lesquels il y a une intervention des autorités fédérales, alors que l'aide à domicile est payante ; cela augmente la pression sur les soins infirmiers à domicile. Un autre exemple : le transport des patients où sont impliquées les autorités fédérales, régionales et locales. La différence de financement mène aussi à des problèmes de mobilité entre les secteurs. Finalement, on a également indiqué que suite à la régionalisation, le financement disparaît parfois et les ressources nécessaires ne sont donc plus disponibles pour la mesure sous-jacente.

### b. Mesure de l'impact

Lorsque de nouvelles mesures sont prises en matière de santé, il y a un sentiment qu'**on n'évalue pas suffisamment où les nouvelles mesures pourraient avoir un impact et qu'on ne prévoit pas les solutions appropriées**, comme dans le cadre de la réduction du nombre de jours d'hospitalisation qui a générée une pression accrue sur les soins infirmiers à domicile, mais aussi dans les maisons de repos, les soins aux personnes handicapées et les soins de santé mentale ; cela conduit à des soins plus complexes et une charge de soins plus lourde, plus de tâches administratives et à un plus grand besoin de coordination avec les agents de soins de santé primaires ; les gens sont renvoyés chez eux plus rapidement alors que les

investissements dans le respect de la thérapie et la littératie en matière de santé sont insuffisants, ce qui entraîne parfois une réadmission (voir aussi ci-dessus). On souligne par exemple également que le déploiement des infirmiers chez les médecins généralistes est une bonne mesure en soi, mais qu'elle détourne les infirmiers des autres secteurs ; il est suggéré que les incitants pourraient être octroyés avec plus de nuance (on fait référence à cet égard à l'exemple suivant : pour le déploiement des infirmiers chez les médecins généralistes, on pourrait faire appel à des infirmiers pour qui le travail dans un service opérationnel est trop lourd (en raison de l'âge élevé, par exemple, ou après le retour d'une maladie de longue durée ; en l'occurrence, il faut néanmoins souligner la motivation personnelle et la liberté qu'a une personne d'exercer une certaine fonction).

#### c. Financement

En ce qui concerne également le financement, **il n'est pas suffisamment examiné de quelle manière et dans quelle mesure les modalités influent sur les différentes composantes**. Par exemple, aucune valorisation n'est prévue pour améliorer la coopération entre les infirmiers à domicile, les généralistes et les hôpitaux. Il n'y a pas non plus de valorisation par rapport à la flexibilité dont le personnel de soins fait preuve (p. ex. certains renvoient ici au manque de traitement (para)fiscalement avantageux des heures supplémentaires ou à la possibilité d'activités complémentaires chez son propre employeur – cette vision n'est pas partagée par tout le monde ; ces mesures ont un effet perturbateur pour le financement de la sécurité sociale). En tout cas, le ressenti par rapport au financement est qu'il est très **complexe** et certains indiquent qu'il y a un **problème de sous-financement** du personnel soignant (voir par exemple le non-financement du temps de formation – alors que les professionnels de soins devraient pouvoir prouver assez de temps de formation dans le cadre de la loi « qualité » - et du temps d'équipe, le sous-financement qui est vécu par les secteurs INAMI) ou des projets ou un financement trop peu différencié pour les fonctions support. Les consultations infirmières - bien qu'elles aient déjà prouvé leur utilité - ne sont pas non plus valorisées dans le modèle de financement actuel. Une évaluation et révision du financement s'impose en général, pour tous les secteurs.

#### d. Clarté mais également fluidité et flexibilité

D'une manière générale, **on attend une plus grande clarté** de la part du monde politique – on fait, par exemple, référence à un lien clair entre financement et objectif – alors qu'**en même temps, il ressort un**

**besoin de fluidité et de flexibilité suffisantes pour permettre de penser et de travailler de manière plus innovante** et de mieux répondre aux différents besoins des différents types de personnes (voir également ci-dessus). Dans ce contexte, il est également fait référence aux effets en matière de normes. Comme déjà mentionné ci-dessus, plusieurs personnes soutiennent que les **normes** sont désuètes et non adaptées à la complexité et à l'intensification actuelles des soins. Une évaluation et révision des normes s'impose - sans que cela conduise à plus de complexité ou de rigidité.

e. Vision à long terme pour toutes les professions des soins de santé

Une politique à long terme est demandée, pour toutes les professions des soins de santé, avec une vision claire pour les secteurs et pas des interventions dans la marge qui ne changent rien au fond du problème. Il est fait référence à la **nécessité de nouveaux modèles de soins, une réforme du modèle de financement actuel et des normes**.

f. Caractère linéaire

D'une manière générale, on constate que de nombreuses mesures ont déjà été prises pour s'attaquer au problème de l'attractivité du travail dans le secteur des soins, mais celles-ci avaient souvent un caractère linéaire, alors qu'il faut bien constater que sur le terrain, il existe de grandes différences dans les besoins existants. De plus, il est peut-être temps que les mesures existantes soient évaluées (voir également ci-dessus).

## **VI. IMAGE & DIMENSION SOCIETALE**

a. Problème d'image

Enfin, le secteur des soins a un problème d'image. En premier lieu, on a déjà indiqué que la société ne se fait **pas toujours d'office une image correcte** de la profession infirmière - cf. aussi la visibilité des nombreuses tâches non soignantes pour les patients et leur environnement, les parcours de carrière et le travail dans les soins en général. Il est également renvoyé au rôle de l'enseignement (pas toujours de marge pour la promotion des formations de soins) et les médias (souvent de mauvaises nouvelles provenant du secteur).

De plus, la pandémie de Covid a donné une certaine visibilité au secteur des soins – ce qui pourrait être vécu comme positif – si ce n'est qu'on a aussi créé l'image d'un secteur en pleine crise. Des problèmes sont également identifiés à cet égard spécifiquement pour les services de gériatrie et de maladies chroniques, par exemple. Il s'agit de départements où le travail est intensif qui, de loin, ne semblent pas toujours attrayants et où la situation est aggravée par une pénurie croissante de personnel. L'image déformée que les jeunes ont du travail dans les soins de santé fait que peu de jeunes ont encore envie de rejoindre le secteur.

#### b. Agressivité croissante

En outre, une agressivité croissante envers le personnel dans les soins est signalée dans l'ensemble du secteur, ce qui ne fait qu'aggraver la situation.

Il y a des demandes de pouvoir introduire des plaintes de manière anonyme et certains réclament un point de rapportage d'agression dans les soins central . Des possibilités concernant la prévention contre les agressions sont également préconisées.

#### c. Cercle vicieux négatif

Avec la combinaison de facteurs décrits ci-dessus, le secteur des soins s'est retrouvé dans un **cercle vicieux**, avec de moins en moins de personnes qui choisissent d'exercer un emploi dans le secteur des soins et de plus en plus d'absences pour maladie et de personnes qui quittent le secteur. De ce fait, la pression augmente encore, ce qui se traduit par encore moins de personnes qui rejoignent les soins de santé et encore plus de personnes qui sont absentes ou qui quittent le secteur, ce qui entraîne une spirale négative.

#### d. Débat de société

Plusieurs personnes indiquent que le raisonnement repose toujours sur une idée « d'abondance », alors qu'il faut bien constater que l'organisation des soins devrait reposer sur l'idée de rareté. Cela soulève **différentes questions sociétales** et la problématique comporte aussi, par nature, une **dimension éthique**.

En tout cas, une cartographie de tous ces problèmes doit permettre de mieux comprendre les éléments qui contribuent au problème de l'attrait du travail dans le secteur des soins. Dans un deuxième temps, cette description du problème doit permettre d'évaluer les solutions existantes et de formuler de nouvelles pistes de solutions, à la fois meilleures et plus ciblées.

## VOLET II. Mesures existantes

L'objectif initial du deuxième volet de l'Agenda pour l'avenir était d'évaluer les solutions existantes. Selon les points de départ initialement formulés, des recommandations allaient ensuite pouvoir être formulées sur cette base pour affiner les solutions existantes en fonction des besoins actuels. En effet, certaines mesures datent d'un certain temps.

Une liste a été dressée des mesures qui ont été prises dès le début des années 2000. Il s'agit d'une liste considérable de mesures, établies principalement dans le cadre des accords sociaux, en plus des initiatives en matière d'attractivité ou, par exemple, du Fonds Blouses blanches. Il a été indiqué comment les mesures ont été mises en œuvre et appliquées. Il convient de noter que la mise en œuvre n'est pas toujours identique dans les secteurs privé et public. Afin de pouvoir tenir compte des spécificités du secteur public, des réglementations adaptées ont parfois été élaborées. Pour un certain nombre de mesures de l'accord social de 2017, la mise en œuvre de certaines mesures dans le secteur public est toujours en cours et plusieurs projets de protocoles sont en préparation.<sup>25</sup>

De manière générale, les partenaires sociaux constatent que les mesures dans le cadre des accords sociaux ont été **prises dans un certain contexte** et que les mesures prises antérieurement n'étaient pas uniquement fondées sur des raisons d'attractivité et de faisabilité. Il est donc très difficile d'évaluer ces mesures individuellement dans un cadre qui se limiterait à l'attractivité du travail dans les soins. Par ailleurs, la nécessaire **prudence** est également préconisée, car les mesures prises ont un impact majeur et très concret sur la situation tant des travailleurs que des employeurs. Les mesures des accords sociaux sont toujours établies en **concertation entre les organisations d'employeurs et de travailleurs, dans lesquelles certains équilibres et l'historique jouent également un rôle.**

En tout état de cause, la conclusion générale est que les mesures prises dans le cadre des accords sociaux - dans la mesure où elles pouvaient déjà être mises en œuvre, cf. dossiers en cours concernant le secteur public - **ont toujours été appliquées de la manière la plus efficace possible en tenant compte du contexte.** On peut en dire de même pour la mise en place du Fonds Blouses blanches, dans lequel le

---

<sup>25</sup> Voir avant-projet de protocole sur les mesures qualitatives et avant-projet de protocole sur les réseaux hospitaliers

dialogue social au niveau local s'est également vu attribuer une place importante. D'une manière générale, le rôle des partenaires sociaux aussi bien au niveau fédéral, régional que local est important pour l'élaboration et le suivi de mesures efficaces.

Quelques commentaires qualitatifs ont néanmoins été faits concernant plusieurs mesures.

En ce qui concerne les équipes mobiles, on peut noter qu'elles sont souvent - mais pas toujours - peu mobiles sur le terrain. Ceci peut être expliqué par plusieurs facteurs. Il s'agit souvent de petites équipes qui sont employées dans le cadre d'horaires fixes. Les équipes mobiles comblent aussi souvent des lacunes là où il y a des problèmes structurels, avant même qu'il y ait un réel manque de personnel mais ce constat ne peut pas être généralisé. De plus, un déploiement mobile structurel n'indique pas toujours un problème structurel à cause de la pénurie ; il peut également indiquer une gestion efficace des ressources disponibles en fonction du service, par exemple lorsqu'il est choisi de déployer structurellement quelqu'un pendant une ou deux heures dans un service afin de le renforcer temporairement.

Concernant les journées de dispense de prestations de travail (DPT), on fait remarquer qu'elles sont vécues comme utiles et nécessaires. Il est spécifiquement fait référence à leur historique et au contexte des décisions et des équilibres qui y sont liés. Cependant, il faut aussi préciser qu'ils ont parfois un impact significatif sur les effectifs et que les remplacements ne peuvent pas toujours être garantis en raison du manque de personnel. Cependant, il convient également de souligner que les journées DPT sont vécues comme nécessaires à la lumière d'un travail réalisable et habitable tout au long de la carrière et qui contribuent de manière significative à éviter et/ou limiter l'exode des travailleurs plus âgés''.

En ce qui concerne le système du Maribel, on peut conclure que ce système en soi n'est pas remis en cause et a toujours été bien appliqué sur le terrain. Néanmoins, des remarques ont déjà été formulées précédemment en ce qui concerne le financement (plafonds salariaux) et l'absence d'indexation des dotations et ces remarques demanderaient une réponse. Le Fonds Blouses blanches apparaît également comme une mesure positive, mais pas suffisante en soi. De plus, il est également noté que ces mesures donnent lieu à un suivi administratif complexe.

En ce qui concerne spécifiquement le secteur public, il apparaît que des difficultés surgissent parfois en raison de l'interférence des différents niveaux de pouvoir – et notamment du niveau local – dans la mise en œuvre des mesures.

D'une manière générale, il apparaît à nouveau ici (voir aussi le premier volet concernant l'analyse du problème) qu'il y a **un besoin de monitoring** de la mise en œuvre des différentes mesures.

Il est fait référence à la **nécessité d'un rapportage et d'un monitoring suffisamment transparents** sur l'utilisation des ressources du Fonds Blouses blanches et le Budget Moyens Financiers. Quoiqu'il en soit, la transparence concernant l'allocation et l'utilisation réelle des budgets – sans tomber dans un enregistrement continu – est non seulement nécessaire, mais elle favorise également la confiance générale dans les mesures prises et la concertation au sein des institutions.

En même temps, il faut constater que de nombreuses mesures sont déjà liées à un rapportage.

Dans tous les cas, la saisie des données ne doit pas être minimisée car les données sont importantes (voir également plus loin dans la section III à cet égard).

Il vaut tout de même mieux éviter de mettre en place des enregistrements encore plus laborieux parce que les accords poseraient problème dans une petite minorité des établissements. La plupart des employeurs font de leur mieux pour respecter ce qui a été convenu concernant les mesures et dans ce contexte, il est également préconisé de poursuivre autant que possible les enregistrements uniques (« only once »).



### VOLET III. NOUVELLES SOLUTIONS POSSIBLES

Tout au long des discussions sur l'Agenda pour l'avenir, plusieurs solutions possibles ont été relevées qui, selon l'un ou l'autre membre, pourraient apporter une réponse aux problèmes d'attractivité du travail dans les soins.

Il n'est pas encore indiqué s'il existe un consensus et quelles pistes pourraient être retenues de préférence par les membres pour des recherches plus approfondies quant à leur opportunité et leur faisabilité pour aborder le problème de l'attractivité de travailler dans les soins. Le travail effectué dans le cadre de l'Agenda pour l'avenir est un **exercice de réflexion**, avec des divers conclusions et propositions. Ce troisième volet ne peut en aucun cas être considérée comme un projet négocié ou un accord social. Il donne un aperçu des **pistes de solutions** pour rendre le travail dans le secteur des soins plus attractif à moyen et long terme qui ont été identifiées par les partenaires sociaux et les organisations professionnelles **sans nécessairement avoir l'accord de tous les acteurs impliqués dans la démarche**.

Les questions relevant d'autres niveaux politiques ne sont pas examinées plus en détail dans le cadre de l'Agenda pour l'avenir. Cela ne nie pas l'importance de ces questions. En particulier, l'implication de l'Education est soulignée pour l'attractivité du travail dans le secteur des soins (voir ci-dessus à ce sujet). Cette méthode de travail est simplement dictée par la répartition des compétences existante. L'Agenda pour l'avenir des soins a été initié au niveau fédéral et est donc développé dans ce contexte.

Dans le même temps, les questions qui appartiennent à d'autres niveaux politiques peuvent également avoir un impact important sur le problème des pénuries de personnel et sur l'attractivité du travail dans les soins, à travers les différents niveaux politiques et domaines politiques. En particulier, mais pas exclusivement, on peut penser, par exemple, au développement de programmes de formation qui demandent beaucoup de temps et qui ont donc un impact immédiat sur la rapidité avec laquelle de nouveaux flux deviennent disponibles pour le marché du travail, l'accélération et la simplification des procédures d'équivalence des diplômes, éviter les mesures qui créent une concurrence entre les secteurs des soins à différents niveaux politiques, etc.

La **complexité du paysage institutionnel belge** est soulignée par tous les membres comme un facteur défavorable. Tous les acteurs préconisent une approche coordonnée entre les niveaux politiques et les

autorités dans l'intérêt de l'attractivité du travail dans le secteur des soins en particulier, mais aussi dans l'intérêt de continuer à garantir des soins de haute qualité en général.

**Les problèmes décrits dans le premier volet ne sont pas tous des problèmes structurels.** Certains sont aussi une question d'organisation ou de besoin de mise à jour en fonction d'un contexte et de circonstances modifiés. Dans de tels cas, les échanges avec d'autres institutions sur les bonnes pratiques peuvent offrir une solution et l'adaptation de l'organisation est la réponse.

Compte tenu du contexte général de pénurie actuel, il est fort probable qu'il sera également nécessaire que les établissements de soins **travaillent ensemble** afin que les ressources rares (dont le personnel - aussi bien fonctions de soins que fonctions de soutien, l'expertise, les connaissances, etc.) puissent être partagées, sans que cela ait des conséquences indésirables pour l'emploi (pe licenciements pour cause de restructuration avec externalisation des services de support), la charge de travail, le salaire et les conditions de travail du personnel d'une part et le patient d'autre part, pour qui des soins accessibles, abordables et de qualité doivent être primordiaux. Pour de telles collaborations, il est préférable de prévoir la possibilité d'un cadre (inter)sectoriel – si nécessaire convenu en concertation sociale - qui décrit le contexte et les conditions sans être plus strict de ce qui se trouve dans la législation en vigueur et la réglementation dans lesquelles ces collaborations peuvent être conçues au mieux et qui tiennent en compte les conditions de travail, le bien-être du personnel et des soins de qualité pour le patient.

Parfois, les problèmes sont le résultat d'une perception. Bien que dans ce cas il n'y a pas spécialement un vrai problème, ceci est bien un réel problème pour celui qui le perçoit comme tel. Dans un tel cas, une **information correcte et complète** est primordiale. Il s'agit d'une responsabilité partagée de toutes les parties concernées.

Dans la structure étatique complexe de notre pays, il existe de nombreux dossiers où l'implication des différentes entités est nécessaire. Dans de nombreux cas, les solutions proposées au niveau fédéral doivent également être examinées quant à leurs conséquences pour les domaines et secteurs qui relèvent de la compétence des entités fédérées, et vice versa. La **concertation à tous les niveaux politiques** est essentielle dans ce contexte et une plus grande transparence de cette concertation est également recommandée. Toute concurrence entre les différents niveaux de pouvoir doit être évitée autant que possible ; l'interférence entre les différents niveaux est élevée et la concurrence peut aussi être indirecte.

La concurrence doit également être exclue par la politique entre les secteurs eux-mêmes ; tous les secteurs opèrent sur le même marché du travail et recherchent le même type de personnel. La pénurie de personnel et le problème d'attractivité se jouent partout de la même manière. Pour ces raisons, il est donc important qu'il y ait une coopération entre les différents niveaux politiques et domaines politiques concernés et tous les acteurs concernés (voir également le point 4.2 ci-dessous à cet égard).

De plus, de multiples pistes de solution nécessitent l'implication de multiples domaines de compétence, y compris au fédéral. Par exemple, une référence spécifique, mais pas exclusif, doit être faite aux pouvoirs et au domaine politique du ministre de l'Emploi.

L'implication des entités fédérées n'est pas exclue au cours du processus dans la mesure où les participants à l'Agenda pour l'avenir le jugent utile et s'expriment à ce sujet.

La problématique de l'attractivité du travail dans le secteur de la santé étant une question complexe, il est nécessaire de développer une **stratégie globale** afin d'attaquer cette problématique. En même temps, la complexité de la problématique ne permet pas d'offrir une solution instantanée. Et l'implication, la consultation et la coopération entre tous les gouvernements et acteurs impliqués à tous les niveaux et domaines politiques sont importantes. Dans le même temps, il faut veiller à ce que la complexité des contenus et des structures n'entraîne pas des discussions et des blocages sans fin. Un équilibre doit être recherché et trouvé entre l'élaboration d'une stratégie globale, mais aussi la mise en place de mesures concrètes qui peuvent faire la différence. De plus, c'est l'interaction entre les solutions dans plusieurs domaines qui peut faire la différence.

Dans le même temps, de nombreuses solutions nécessitent également un **changement de culture** ; de telles implémentations nécessite du temps et une opportunité de réussir.

Les pistes de solution proposées sont subdivisées en 4 chapitres :

- I. Mieux mesurer afin de mieux savoir
- II. Attirer plus de personnel de qualité
- III. Prendre soin du personnel existant
- IV. La problématique demande aussi une perspective plus large

## I. MIEUX MESURER AFIN DE MIEUX SAVOIR

D'une manière générale, il faut constater de l'analyse de la problématique ci-dessus, mais aussi du volet concernant les mesures existantes, qu'en ce qui concerne de nombreux éléments de la présente analyse, seule une objectivation partielle est possible en raison du manque de données chiffrées essentielles et actuelles alors qu'en même temps le constat du terrain est qu'il y a déjà énormément (trop) de données sont enregistrées. Des chiffres sont essentiels pour mieux répondre aux besoins et vérifier si les objectifs sont atteints.

Le sens et l'utilité de l'enregistrement sont parfaitement reconnus : l'enregistrement des données est utile et important dans le cadre du suivi des actions de soins et de la qualité des soins. Cependant, une **politique bien pensée d'enregistrement et de monitoring** fait défaut alors que cela est **nécessaire**. En effet, la charge d'enregistrement doit restée faisable et proportionnée à l'objectif, on doit faire quelque chose d'essentiel avec et cela doit être un enrichissement. Il faut veiller à ce que les tâches administratives complexes ne soient pas non plus simplement transférées aux services administratifs. Après tout, cela augmenterait alors la pression sur ces services. Il est donc important que les processus administratifs soient réexaminés dans leur contexte global.

Des solutions sont nécessaires de toute urgence. Le principe directeur ici est que l'enregistrement et le monitoring doivent se faire **en fonction des personnes de terrain qui rendent possible des soins de qualité au quotidien, en fonction du patient qui reçoit des soins de qualité et en fonction de la politique qui veut continuer à garantir des soins de qualité.**

La charge d'enregistrement doit donc être mieux combinée avec les tâches de soins, et ce qui est enregistré et contrôlé doit également fournir un retour d'information aux professionnels de soins. Cela signifie que les résultats doivent être montrés. Les enregistrements doivent être utilisés et suivis et doivent aboutir à la qualité et une politique.

Les enregistrements multiples des mêmes données doivent être évités (cf. principe de « **only once** »). Tant au sein des organisations, à travers des organisations, entre les différents secteurs des soins et vis-à-vis

des différentes instances impliquées. On pourrait utiliser davantage les bases de données existantes et les technologies modernes, en garantissant bien entendu la confidentialité des patients et des travailleurs.

On a besoin d'**une plus grande opérabilité des systèmes, une plus grande performance et une automatisation des systèmes**. Cette ambition a déjà été formulée à plusieurs reprises, mais n'a pas encore été suffisamment concrétisée. Une plus grande coopération entre tous les acteurs est essentielle : les professionnels dans les lieux de travail, les organisations dans le paysage des soins et les décideurs de politique des différents domaines de compétences. Les bonnes pratiques sur le terrain peuvent fournir des orientations à cet égard ; plus d'interaction et d'intervision à cet égard est souhaitable. Les bonnes pratiques dans le domaine doivent être partagées, peuvent être étudiées ensemble et peuvent ainsi contribuer à un développement ultérieur.

Ce qui existe déjà aujourd'hui doit être cartographié. Il convient de vérifier quel est le but de l'enregistrement et si la méthode utilisée atteint l'objectif. Les enregistrements inutiles doivent être supprimés et là où il manque des choses, elles doivent être ajoutées (par exemple, beaucoup de données médicales sont rassemblées, mais il manque des données essentielles concernant le déploiement de personnel effectif). Des **repères** en fonction des objectifs doivent être déterminés<sup>26</sup> et un **test de proportionnalité** doit être effectué : l'enregistrement demandé est-il proportionnel à l'objectif à atteindre ? Des **liens** logiques (automatiques) entre tous ces différents aspects doivent également être envisagés afin, là encore, de permettre une meilleure exploitation en fonction des objectifs. Par exemple, il faut considérer à quel niveau quelle information est utile à quelle fin (par exemple la politique horaire est utile au niveau local et l'enregistrement et le contrôle concernant les heures et les horaires semblent plus approprié à ce niveau, mais peut être des données agrégées pourrait être aussi utile à un niveau sectoriel ou fédéral ? ).

Il ne s'agit donc pas seulement de déterminer le quoi, le pourquoi et le comment, mais aussi de rassembler ces éléments dans une **vision qui fait sens en fonction des objectifs** et qui est aussi développée de manière à pouvoir **évoluer** dans le temps. Il est également important de **le faire savoir** à tous les acteurs, ainsi que la nécessité, l'utilité et les résultats des enregistrements, y inclus un timing réaliste (voir

---

<sup>26</sup> Voir par exemple les discussions souhaitées concernant le patient/nurse ratio ou le patient/caregiver ratio ; voir dans ce cadre par exemple aussi les conclusions intermédiaires des Sandboxes.

également ci-dessus dans ce contexte). De cette manière, une politique d'enregistrement et de monitoring peut être **significative et transparente**.

Les différents acteurs et leur rôle dans tout cela doivent être identifiés et définis : qui enregistre, qui traite, qui contrôle, qui détermine la direction, qui informe et qui est informé... et toujours aux différents niveaux : local, sectoriel, fédéral. Chacun a son rôle et fait sa part et, surtout, on essaie de **réduire au maximum la charge d'enregistrement** pour le professionnel des soins. Après tout, la mission, mais aussi le souhait du professionnel des soins, est de pouvoir prodiguer des soins, au lieu d'enregistrer les soins qu'il devrait être en mesure de prodiguer. De nouveau, le principe « only once » est important.

L'enregistrement et le monitoring ne sont pas seuls non plus. L'enregistrement et le monitoring ont un impact sur et en même temps ressentent aussi l'impact du financement, fonctionnement et contrôle des et sur les organisations, ainsi que sur le financement, le fonctionnement et le contrôle des soins en général.

Un équilibre entre la charge et l'objectif est nécessaire. Des ressources publiques sont mises à disposition pour permettre des soins de qualité et accessibles et il doit être possible de contrôler cela. Un équilibre doit être recherché entre la liberté de donner et recevoir des soins de qualité et le sentiment d'être contrôlé.

## II. **ATTIRER PLUS DE PERSONNEL**

Des soins de qualité nécessitent avant tout un personnel nécessaire en nombre suffisant pour lequel un financement structurel et intégral est prévu. Un **afflux suffisant** de personnel **doit donc être garanti**. **L'image du secteur est également d'une importance capitale**. Parce que les gens, en particulier les jeunes, opteraient pour une formation et un emploi dans le secteur des soins. Il est important de dessiner une image positive des soins et, surtout, de souligner la force des soins. Le secteur des soins est un secteur crucial dans notre société. Travailler dans le domaine des soins est extrêmement précieux et impactant. Le secteur des soins est confronté à de nombreux défis et difficultés, mais se caractérise également par de nombreux atouts et une force particulière. Il est important de l'exprimer – par les médias, les professionnels des soins mais aussi par l'enseignement.

## 1. Les formations

Outre l'importance de l'**enseignement** (aussi bien en ce qui concerne le contenu des formations que l'orientation vers les formations de soins – on voit ici un rôle important pour l'enseignement) – qui est une compétence des régions<sup>27</sup> – les **projets de formation** qui sont financés par les ressources du Maribel social et du Fonds Blouses blanches, cf. Projet 600 et #choisislessoins, doivent être pérennisés. En outre, d'autres canaux d'afflux de personnel pourraient être étudiés au niveau fédéral. Les projets de formation existants, pour lesquels la concertation sociale (sectorielle et locale) est importante pour la gestion et le suivi, connaissent un grand succès aussi bien concernant le nombre de candidats qu'en ce qui concerne les pourcentages de réussites des projets<sup>28</sup>. Le financement doit donc continuer et être renforcé pour l'avenir. Plus encore, une pérennisation des moyens pour l'avenir est souhaitée. Il convient toutefois de noter que la rétention après formation doit également être surveillée ici. Les projets de formation connaissent un afflux important et des taux de réussite élevés ; il est important que les gens veuillent également continuer à travailler dans le secteur (voir plus loin à ce sujet).

## 2. L'accompagnement

Auparavant, les stagiaires étaient supervisés directement par leurs professeurs, au-delà des murs entre l'enseignement et le lieu de travail. Aujourd'hui, la situation s'organise souvent (cf. il y a par exemple toujours un accompagnement personnalisé dans la formation HBO5) différemment, avec des accompagnants distincts qui encadrent de larges groupes d'étudiants et ne peuvent plus offrir une approche personnelle pour soutenir suffisamment les premiers pas dans la profession de soins.

Des pistes pourraient être de revoir l'accompagnement de stage, de renforcer le rôle de l'accompagnateur de stage et de renforcer le **financement** à ce sujet. Des incitations pourraient également être envisagées pour les établissements en fonction du nombre de stagiaires qu'ils accompagnent. Par ailleurs, une compensation avec financement pour la quatrième année de stage pour infirmiers pourrait également être envisagée. Enfin, certains plaident également en faveur d'une **meilleure coordination et interaction**

---

<sup>27</sup> Les membres de l'Agenda pour l'avenir ont formulé de nombreuses recommandations concernant le domaine de l'enseignement. Étant donné que celles-ci ne relèvent pas du niveau fédéral, elles ne sont pas approfondies dans le cadre de la présente note. Si les membres de l'Agenda pour l'avenir le jugent souhaitable, ces conclusions peuvent être transmises aux autorités régionales.

<sup>28</sup> Ces dernières années, plus de 4 500 candidats ont participé aux projets de formation.

**entre les différents niveaux politiques** responsables, afin que l'orientation des stages puisse être mieux organisée.

De plus, à côté de l'accompagnement nécessaire pendant les stages – parti de la formation - il est également **essentiel** qu'un **accompagnement suffisant** soit fourni en début de carrière pour une transition en douceur entre les études et le travail. Les membres du personnel plus âgés et plus expérimentés pourraient jouer un rôle crucial en guidant leurs collègues débutants en leur libérant et en finançant leur temps d'orientation à condition qu'ils disposent également des compétences nécessaires à cet égard. On pourrait par exemple également envisager d'élargir la fonction - et le financement correspondant - de l'infirmière d'accompagnement ; compte tenu de la pénurie d'infirmières actives dans le secteur, il pourrait également être étudié dans ce contexte si et comment ce rôle pourrait également être rempli par d'autres professionnels ou comment on pourrait faire revenir les infirmières dans le secteur dans ce contexte.

Mais, outre lors de la transition entre l'école et la vie professionnelle, l'accompagnement est aussi un must pendant les premières années de carrière, ou pour les personnes qui franchissent une nouvelle étape dans le secteur, plus tard dans leur carrière, ou encore celles qui se forment continuellement. Dans ce contexte, il faut également prêter attention à la différence entre les grands et les petits établissements.

### *3. Evolution de carrière*

Perspective et opportunités de carrière sont également important dans ce cadre. **L'enseignement modulaire (contrairement aux programmes standard d'aujourd'hui) et les passerelles** (aussi avec d'autres fonctions de soins) pourraient également offrir une solution. A cet égard, un meilleur cadre pour l'attestation de la **reconnaissance des compétences acquises** pourrait également être envisagé afin de raccourcir le trajet.

Un lien peut également être fait ici vers la nouvelle **échelle de soins** actuellement en construction au niveau politique. Dans cette nouvelle échelle de soins – dont le gouvernement vise le déploiement d'un modèle de fonction orienté vers l'avenir dans les soins infirmiers – le but est que chaque profil aurait sa place. Il vise également à **clarifier** les différences entre les profils infirmiers et la manière dont ils se complètent et de proposer des **opportunités de carrière** réalisables. Cela devrait ouvrir davantage de



perspectives d'apprentissage tout au long de la vie et offrir la possibilité de progresser plus facilement tout au long de la carrière. Entre-temps plusieurs nouveaux profils ont été introduit : l'infirmière spécialisée, l'infirmière clinicienne de recherche, l'assistant en soins infirmiers, l'infirmière responsable des soins généraux et l'assistant de pratique.

Cette réforme, initié par l'Etat, comprend également un volet concernant la **différenciation des tâches**, lié à l'introduction de ce que l'on appelle l'**équipe de soins structurée** (voir également ci-dessous) et la détermination des activités qui ont trait à la vie quotidienne. L'intention du gouvernement est que cela permettrait à d'autres professions de soins d'effectuer un nombre limité d'actions infirmières, à condition qu'elles soient formées à cet effet et qu'elles travaillent au sein de cette équipe de soins structurée ou que, sous certaines conditions, certaines actions ne devraient plus être effectuées par un(e) infirmie(r) ou un(e) aide-soignant(e). L'intention du gouvernement de cette réforme n'est en aucun cas de diviser le travail entre les professionnels de soins en compartiments, mais de valoriser les connaissances et les compétences des différents professionnels de soins et de créer davantage d'opportunités pour permettre des soins de qualité au patient. L'échelle de soins, avec la différenciation des tâches associée et le travail en équipe de soins structurée, vise, encore selon le gouvernement, à organiser et de prodiguer des soins de manière plus flexible en équipe, dans une perspective de prise en charge totale du patient et avec une garantie de qualité de soins en tête. Ce cadre est développé davantage dans les mois à venir au niveau politique, en consultation avec les acteurs concernés. Pour le succès de la réforme, il sera également important de prendre en compte les préoccupations concrètes qui se posent sur le terrain et d'apporter les réponses nécessaires à cet égard.

Après leur mise en œuvre, il faudra également réfléchir aux conséquences de ces réformes dans d'autres domaines, comme l'IFIC et la compensation de spécialisation.

L'**apprentissage en milieu professionnel et les doubles trajets** ont également une valeur ajoutée et méritent selon certains qu'on y accorde plus d'attention dans le secteur de la santé. Et selon certains, la **mobilité interne** n'est actuellement pas non plus suffisamment utilisée.

Les services régionaux de l'emploi, quant à eux, jouent un rôle important dans l'orientation des personnes vers des formations aux métiers reconnus en pénurie. Les initiatives dans ce domaine pourraient être

cartographiées et les différences étudiées ; il faudrait s'échanger les meilleures pratiques et remédier aux initiatives moins fructueuses.

#### *4. Revenir dans le secteur*

Des incitants pourraient être développés afin de permettre de revenir dans le secteur des soins après l'avoir quitté.

Certains suggèrent une modernisation en matière d'ancienneté. Cette intention est d'ailleurs déjà inscrite dans les accords sociaux existants du secteur privé. Le régime actuel date de 1975 et il convient d'examiner une modernisation qui renforcera le transfert d'ancienneté. Une étude à ce sujet est menée par la commission paritaire 330 pour établir le coût. Après tout, cette question a aussi une dimension financière.

Pour le secteur public, le problème de l'autonomie locale doit également être pris en compte ; il s'avère difficile de conclure des accords collectifs.

Les régimes d'ancienneté peuvent avoir un impact sur la mobilité des travailleurs. Parfois, les gens sont « piégés » dans un travail qu'ils n'aiment pas ; renoncer aux avantages acquis leur coûterait trop cher alors qu'ils se lassent de leur travail et finissent même parfois par un burn-out. Le transfert total ou partiel d'ancienneté, la reconnaissance de certaines compétences ou la reconnaissance d'une expérience professionnelle pertinente peuvent stimuler la mobilité et offrir davantage d'opportunités aux travailleurs en garantissant leur niveau de revenus<sup>29</sup>.

Dans tous les cas, il convient d'explorer les possibilités de rendre financièrement plus attrayant pour ceux qui voudraient revenir dans le secteur. Cela pourrait également être fait en proposant des formations appropriées, comme soutenir financièrement le collaborateur qui revient pendant la formation (comme par exemple #choisislessoins).

Il faut toutefois garder à l'esprit qu'il ne faut pas aboutir à une concurrence entre les institutions d'une part, ou entre ceux qui reviennent dans le secteur et le personnel en place, d'autre part.

---

<sup>29</sup> Voir l'étude universitaire actuellement en cours pour le compte des partenaires sociaux fédéraux de la CP330.

## 5. *La mobilité de travail internationale*

Enfin, en plus des autres pistes qui favorisent l'afflux de personnel, attirer et déployer des prestataires de soins étrangers provenant de pays où il est justifié de recruter est une piste intéressante à explorer, dans le cadre de la mobilité internationale du travail qui existe déjà aujourd'hui (aussi bien dans l'UE que hors UE).

En tout état de cause, toutes les parties s'accordent à dire que le « brain drain » et le « care draine » à cet égard doivent absolument être évités ; à cet égard, cette voie devrait être considérée comme complémentaire aux autres pistes de solution.

D'autres abus doivent également être contenus (cf. exploitation commerciale).

Les acteurs estiment que le gouvernement a un rôle à jouer pour moduler davantage ces questions, de les faciliter et de les réglementer davantage si nécessaire et continuer également à assurer la consultation et la coordination nécessaires entre les différents niveaux politiques compétents.

En tout cas, dans ce contexte la langue est une préoccupation importante en termes de qualité des soins aux patients.

Certains indiquent également qu'il est en tout état de cause nécessaire de s'attacher également à supprimer les obstacles administratifs à l'emploi des prestataires de soins étrangers, tels que les délais d'obtention d'un permis de séjour et la reconnaissance du diplôme étranger.

Enfin, il est généralement indiqué qu'une vision sur la mobilité de travail en général devrait être développée dans le secteur des soins.

### **III. PRENDRE SOIN DU PERSONNEL EXISTANT**

En plus de travailler sur l'afflux de personnel, il faut également prêter une attention suffisante à la rétention du personnel existant. Et dans ce contexte, la clé est de permettre une **carrière tenable/faisable**.

Cela veut dire en premier lieu des circonstances tenables/faisables au travail.

Cela veut également dire une carrière dans les soins doit se plier aux « tournants » et aux événements de la vie sans qu'il y ait de pertes ou de conséquences insurmontables, pour tous les parties prenantes.

Et cela veut donc également dire la tenabilité/faisabilité tout au long de la carrière.

Bien sûr, il doit aussi y avoir de la place pour la faisabilité, à la fois financièrement et sur le plan de l'organisation, et par exemple les effets des normes actuels.

Même si la réalité ne permet pas toujours la carrière idéale, ce devrait au moins être l'ambition, avec un trajet de développement en ce sens. Tous les acteurs ont une responsabilité partagée pour rendre possible le chemin vers cette ambition. Plusieurs facteurs jouent un rôle. Ceux-ci sont développés plus dans les chapitres ci-dessous.

### *1. Réformer et organiser intelligemment la profession infirmière*

Les professionnels de la santé, et en particulier le personnel infirmier, indiquent qu'ils ne peuvent plus se concentrer sur l'essence de leur métier, à savoir soigner leurs patients. Afin de permettre aux infirmières de se concentrer sur leurs tâches, il est nécessaire de **permettre une différenciation des tâches** en ce qui concerne les tâches non infirmières qui les empêchent de prodiguer les soins nécessaires. Dans le même temps, il existe également un besoin de **différenciation intelligente des emplois et d'équipes de soins organisées intelligemment**<sup>30</sup>. Dans ce cadre il est fait référence à la réforme actuelle concernant l'art infirmier et l'introduction de l'équipe structurée (voir ci-dessus).

De telles réformes prennent du temps et, en même temps, un changement de mentalité chez tous les acteurs des soins. Fournisseurs et bénéficiaires de soins.

La différenciation des tâches et des fonctions ne sont pas une excuse pour ne pas investir en permanence dans des effectifs suffisants, mais elle offre une opportunité pour organiser nos soins autrement, mieux les adapter aux besoins de demain et aussi répondre aux ambitions que nous portons aujourd'hui pour

---

<sup>30</sup> Certains estiment que cela ne doit pas être considéré uniquement du point de vue de la seule profession infirmière, mais que l'ensemble de l'échelle de soins, pour ainsi dire, doit être pris en compte.

nos soins, avec plus de place pour la prévention, l'autonomie, les soins intégrés et la coopération, ainsi qu'une plus grande accessibilité (financière) – dans tous les secteurs.

Comme déjà indiqué, une réforme de la profession infirmière est actuellement en cours de mise en œuvre par le gouvernement fédéral. Le gouvernement vise que **l'échelle de soins, avec la différenciation des tâches associée et le travail en équipe de soins structurée**, devrait permettre d'organiser et de prodiguer les soins de manière plus flexible en équipe multidisciplinaire, dans une perspective de prise en charge globale du patient et avec une garantie de la qualité des soins en tête.

C'est en tout cas le but du gouvernement de la réforme de valoriser les professionnelles de soins et de les reconnaître dans leurs connaissances et compétences, de leur permettre de se recentrer sur ce pour quoi elles ont été formées et de leur offrir plus d'autonomie et de perspective, en tenant compte des différents contextes dans lesquels ils opèrent (ex. soins en établissement, hôpitaux, soins à domicile, soins mentaux etc.).

L'objectif du gouvernement de la réforme n'est pas de donner au travail des infirmiers une interprétation purement technique, au contraire. La réforme de la profession infirmière (avec y associé l'échelle de soins, la différenciation des tâches et le travail en équipe de soins structurée) vise, encore selon le gouvernement, à permettre au professionnel de soins d'accorder plus d'attention à sa relation avec son patient. En effet, fournir des soins, c'est plus que poser des actes. L'objectif est, entre autres, de transférer des tâches, de connaître la valeur de chaque maillon de l'échelle des soins et de revaloriser la profession infirmière afin qu'elle puisse continuer à se concentrer sur des soins de qualité. L'objectif ne peut pas être l'intention de saucissonner la profession ; une vision holistique de la mise en œuvre concrète de soins de qualité est primordiale.

Une concertation maximale avec toutes les parties concernées au sujet des réformes fondamentales de la profession infirmière est absolument nécessaire, plus particulièrement mais pas exclusivement les partenaires sociaux, de même que la fourniture nécessaire d'informations, par exemple aux associations de patients et à la population en général, est souhaitable.

Comme déjà indiqué, il sera important, pour le succès de la réforme, de prendre en compte les préoccupations concrètes qui se font jour à cet égard sur le terrain et d'apporter les réponses nécessaires à cet égard.

**Une bonne – intelligente et prudente - planification et une bonne organisation des soins, appuyées par les bons outils et une concertation et une coopération suffisantes, sont des facteurs contributifs essentiels** pour que l'ensemble fonctionne bien en faveur de soins de qualité. En termes de politique, cela nécessite également qu'une marge suffisante soit laissée pour faire preuve d'une certaine flexibilité et souplesse et pour permettre une organisation « intelligente ». « Souplesse et flexibilité » ne veulent pas dire horaires, planning et heures supplémentaires, mais bien « intelligent » comme dans une planification et organisation en fonction de la situation. Ainsi, une planification et une organisation intelligentes n'impliquent en aucun cas une flexibilité absolue de la planification et de l'organisation, mais bien que, compte tenu des circonstances concrètes – aussi bien d'un point de vue organisationnelle que d'un point de vue de bien-être des travailleurs - chaque demande est traitée au mieux par le professionnel de santé le mieux placé au sein d'une équipe soignante structurée, où des soins de haute qualité vis-à-vis le patient sont pris en compte.

Il convient d'étudier les bonnes pratiques qui existent déjà, de continuer à examiner dans quelle mesure et pourquoi elles fonctionnent bien et de partager les conclusions à ce sujet. Par exemple, il n'est pas conseillé d'impliquer trop d'acteurs différents dans l'équipe de soins structurée ; cela conduirait à une complexité irréalisable et à une confusion parmi les personnes concernées, ce qui aurait des conséquences indésirables sur la qualité des soins.<sup>31</sup>

Il convient d'examiner également comment **reconnaître les actes qui n'ont pas de caractère infirmier**. Les effets possibles de et pour la normalisation (dans les deux sens) et le financement doivent également être étudiés. Si nécessaire, le cadre juridique doit être adapté pour clarifier les possibilités et les responsabilités, tout en prévoyant une flexibilité suffisante pour permettre une différenciation intelligente des tâches et des fonctions pour assurer des soins de qualité (voir aussi ci-dessus la demande d'une souplesse suffisante). Par ailleurs, la création d'équipes logistiques mobiles pourrait également être envisagée.

Dans l'interprétation et le développement ultérieurs du futur modèle des fonctions infirmières, il est également conseillé de ne pas seulement tenir compte des différences de niveau de formation. Les compétences ne sont pas seulement une question de diplôme, c'est aussi une question d'expérience.

---

<sup>31</sup> Cf. évaluations intermédiaires Sandboxes

Parallèlement, afin de continuer à garantir la qualité de nos soins, il est indispensable qu'un personnel de soins suffisant ait obtenu une qualification sur la base d'une formation théorique. Néanmoins, les compétences et les talents basés sur l'expérience ont également leur place et devraient également pouvoir recevoir la reconnaissance nécessaire au sein de l'échelle de soins, en combinaison avec l'apprentissage tout au long de la vie (voir également ci-dessus). Il faut également prévoir pour cela les moyens financiers nécessaires, aussi bien en ce qui concerne les formations même que pour la compensation du temps de formation (cf. la question des 5 actes supplémentaires que les aides-soignants sont autorisés à réaliser).

Enfin, il existe l'impression aujourd'hui que la pression financière fait que le personnel est le facteur d'ajustement. Une organisation et une planification plus souples ne doivent pas conduire à l'effondrement des conditions d'emploi. Par exemple, laisser quelqu'un travailler pendant trois heures dans un autre service où il y a encore un besoin, c'est aussi enlever le peu de répit qui pourrait encore être là. Ce n'est pas l'intention. Cela ne veut pas dire qu'il ne devrait pas y avoir de place pour l'efficacité. Cela signifie que « intelligent » inclut aussi la raison et l'équilibre et qu'il s'agit avant tout de planifier et d'organiser différemment. Dans ce contexte également, les normes, le financement et le cadre juridique doivent être examinés afin qu'ils aient un caractère facilitateur plutôt qu'entravant.

## *2. Permettre de respirer à nouveau*

Le personnel soignant croule sous la tâche (voir ci-dessus) et nombreux sont ceux qui ressentent une énorme pression du travail. Beaucoup n'en peuvent plus. Outre le « fonctionnement des soins » à proprement parler, une marge doit de nouveau être créée pour qu'il y ait de nouveau du temps et de l'espace pour la réflexion, la concertation, l'accompagnement, l'innovation et l'apprentissage tout au long de la vie.

Travailler dans le secteur de la santé peut avoir un impact majeur sur le bien-être mental du prestataire de soins. Il est quotidiennement confronté à des dilemmes éthiques et à des circonstances très stressantes (parfois même des agressions). Il est indispensable d'avoir du temps pour y réfléchir afin que le travail reste vivable ET de qualité.

Du **temps et l'espace pour la concertation** avec les collègues est également essentiel. Des soins de qualité nécessitent non seulement une coopération autour d'un patient et ses demandes de soins, mais aussi une concertation autour de cette coopération (transfert de dossier, plan de traitement, fonctionnement du service), l'échange d'expériences et de bonnes pratiques et aussi de pouvoir échanger sur la dimension éthique des tâches. De cette façon, le professionnel de soins peut se sentir à nouveau soutenu et en sécurité. Comme ça, il peut respirer à nouveau et une culture de coopération et de concertation pourra mieux être ancrée. Cela doit également renforcer le respect mutuel et le sentiment d'avoir son mot à dire. Et tout cela aura également un impact sur la qualité des soins.

Après tout, cette concertation n'est **pas seulement utile et nécessaire au niveau de l'équipe structurée autour des besoins du patient, mais aussi au niveau de l'institution** entre tous les acteurs nécessaires qui façonnent ces soins de haute qualité (voir aussi ci-dessous) et aussi au-delà au niveau politique.

Les soins de santé sont soumis à une évolution et à une innovation continues. De nouvelles techniques, de nouvelles connaissances médicales, l'utilisation de la technologie et des applications numériques... se développent à un rythme rapide. Il faut du temps pour appréhender ces évolutions, pour les apprendre et se sentir soutenu. Dans le domaine de la santé en particulier, en plus d'un sentiment de compétence, on a également besoin d'un sentiment de sécurité (« des vies en dépendent »). Compte tenu de la rapidité et de la complexité de ces évolutions, le **temps et l'espace sont structurellement nécessaires pour pouvoir continuer à les suivre.**

Il faut étudier comment ce temps de concertation, réflexion et formation et l'accompagnement sont financés pour le moment et si des ajustements sont nécessaires dans ce domaine, et comment (cf. **modification normes et financement**). Cette recherche devrait également intégrer les bonnes pratiques qui existent déjà sur le terrain à cet égard et examiner pourquoi et comment une telle marge a pu être créée. Des initiatives ont déjà été prises en matière de possibilités de formation, mais celles-ci doivent certainement être poursuivies (accélérées).

Une attention particulière doit également être portée à **l'infirmier en chef et l'infirmier adjoint en chef et les responsables d'équipes dans le contexte des soins à domicile**, qui sont des figures clés du fonctionnement de l'équipe de soins structurée. Actuellement, une grande partie de son temps est consacrée à la planification des horaires. Ici aussi, une redistribution des tâches a sa place (exemple : l'aide



à la planification). De cette manière, l'infirmier (adjoint) en chef peut se concentrer davantage sur ses tâches essentielles tout en investissant plus de temps dans la concertation, la coopération, la cohésion et l'encadrement qui sont indispensables au bien-être d'une équipe et de ses membres et aussi, avec son équipe, éclairer la dimension éthique du fonctionnement pour des soins de qualité.

Parallèlement, il faut des mesures afin de mieux accompagner l'infirmier (adjoint) en chef dans le développement de son rôle de leadership et ses capacités « de coaching » (cf. formation continue en fonction du leadership clinique et managérial) et de les libérer de tâches administratives. Le rôle de l'infirmier-chef (adjoint) ou du chef d'équipe est d'une grande importance pour la dynamique d'équipe et la satisfaction des travailleurs.<sup>32</sup> Le rôle du manager dans les grands départements ne doit certainement pas être sous-estimé ; plus de soutien est nécessaire là-bas.

Certains réclament également des **ressources financières supplémentaires** pour le recrutement de soutien administratif et logistique – ce qui peut rendre la pénurie de personnel soignant plus relative - et pour des investissements dans les technologies de support (ex. tensiomètres connectés, armoires à pharmacie intelligentes, etc.) ; dans le contexte métropolitain spécifique, des moyens d'accompagnement supplémentaires sont également préconisés pour la médiation interculturelle, mais aussi pour du personnel de sécurité supplémentaire.

Par ailleurs, une réflexion pourrait également être menée sur **le rôle du département infirmier et les relations à l'égard de la direction générale et de la direction médicale** dans le fonctionnement des établissements.<sup>33</sup> Lorsque les directions générale, infirmière et médicale travaillent bien ensemble dans un esprit d'égalité, cela profite à la qualité des soins pour le patient et à la qualité de vie au travail au sein des organisations.

### *3. Un travail faisable, valorisé et flexible tout au long de la carrière*

---

<sup>32</sup> <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/dotation-infirmiere-pour-des-soins-plus-surs-dans-les-hopitaux-aigus>, synthèse, p. 31.

<sup>33</sup> Cf. évaluation intermédiaire Sandboxes

Un emploi dans le domaine de la santé est physiquement et mentalement exigeant et, afin de pouvoir tenir le coup, cet emploi doit être faisable tout au long de la carrière. Du début à la fin de la carrière, des mesures sont nécessaires pour que le travail soit tenable.<sup>34</sup>

Comme indiqué dans l'analyse du problème, les soins sont un secteur où le bouton n'est jamais sur OFF. Les horaires de travail irréguliers et la flexibilité nécessaire qu'implique le contexte 24/7 doivent être suffisamment valorisés. Un **renforcement de l'indemnisation du travail irrégulier** s'impose (par exemple, il est fait référence à un pourcentage plus élevé pour les formes connues de prestations irrégulières, mais aussi à une reconnaissance financière pour certaines heures du matin et du soir introduite par l'arrêté royal du 28 décembre 2011 et à la suppression ou à la dissuasion des services interrompus comme pistes possibles). De même en ce qui concerne **les possibilités d'une sorte de garde appellable rémunérée ou d'indemnisation pour les perturbations de l'horaire de travail** dans les cas où le professionnel des soins est appelé pour couvrir des absences imprévues. Il est également suggéré d'approfondir les possibilités de durée de travail flexible et d'auto-gestion des horaires, même si cela ne signifie pas qu'une partie de la responsabilité de l'employeur à cet égard soit transférée au travailleur. Il convient également de prendre en compte les conventions collectives sectorielles conclues en 2021 et 2022, qui ont permis une plus grande prévisibilité et stabilité en termes d'horaires d'une part et ont étendu le calcul de la durée moyenne de travail d'autre part<sup>35</sup>. Et sur les **mesures visant à améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée** les aménagement du temps de travail effectif font également partie des possibilités aussi bien à l'intérieur du travail (pe 80% pour le travail - 20% pour la formation, concertation et réflexion sur le contenu de la fonction qui sont inhérents au travail) qu'à l'extérieur (pe réduction du temps de travail) – comme également les questions concernant les congés ou les gardes d'enfants.

Plusieurs initiatives ont déjà été prises par les partenaires sociaux en matière de flexibilité. Il est recommandé que les bonnes pratiques du terrain soient partagées à cet égard et soient implémentées plus largement là où c'est nécessaire. Les conventions collectives de travail et les protocoles déjà conclus dans ce cadre doivent également trouver leur plein effet sur le terrain (par exemple la convention collective de travail sur le droit à la déconnexion).

---

<sup>34</sup> A cette fin, il peut être référé aux mesures qui ont déjà été prises et qui ont été élaborées dans le volet II de ce document.

<sup>35</sup> Concerne le secteur privé.

Le travail doit être réalisable tout au long de la carrière, mais nécessite une attention particulière vers la **fin de la carrière** ; toutefois, dans ce contexte, il ne faut pas perdre de vue la faisabilité vis-à-vis des **jeunes générations** non plus. Dans ce contexte, une référence spécifique est faite au Plan Tandem<sup>36</sup>, dont une étude a démarrée récemment, à la demande des partenaires sociaux.

Des mesures d'accompagnement telles que les journées de dispense de prestations de travail (DPT) font preuve de leur utilité. Ces journées apportent une pause bienvenue qui est considérée comme nécessaire par de nombreux membres du personnel de soins et de soutien aux soins pour tenir le coup. Cependant, les discussions sur cette mesure existante ont également montré qu'il y a un impact significatif sur les effectifs et sur la charge de travail. Il a donc été suggéré qu'il devrait être possible d'étudier l'irréversibilité du choix des jours. Ce faisant, on veille à ce que les équilibres qui ont également été trouvés lors de la création de la mesure restent garantis et qu'aucun emploi financé pour le recrutement compensatoire ne serait perdu.

Le cumul de plus en plus fréquent de certains régimes de travail avec certaines mesures ou statuts nécessite également des recherches plus approfondies sur les motivations et les conséquences sur l'organisation, la planification, le financement des soins, etc. (par ex. travail à temps partiel combiné à une activité d'indépendant complémentaire, travail à temps partiel et heures supplémentaires défiscalisées, travail intérimaire...). Tant sur le plan réglementaire que sur le plan financier, il est nécessaire d'examiner comment le travail dans un contexte structurel peut être rendu de nouveau plus attrayant. En effet, le travail intérimaire structurel et le projectsourcing proposé par les bureaux comme une forme d'intérim a un impact (négatif) non négligeable sur les conditions de travail des collaborateurs permanents et sur la faisabilité de l'organisation de soins. De plus, il apparaît que les travailleurs intérimaires sont peu informés de l'impact sur leur salaire et des conséquences sur leurs droits sociaux. En même temps, le travail intérimaire est bel et bien légitime dans certains cas et on constate que le travail intérimaire peut servir de tremplin vers un emploi permanent.

En même temps, il faut aussi un **débat plus large** auquel doivent participer tous les acteurs de la santé et qui porte sur les attentes et les possibilités en matière de soins. Cela implique plusieurs aspects et problématiques. De quelles options un employeur dispose-t-il en cas d'absences imprévues ; dans quelle

---

<sup>36</sup> Mesures de fin de carrière.

mesure la prise en charge peut/doit-elle être différée au profit du travailleur, en fonction de la continuité des soins de qualité ? En quoi le système et les modèles de financement existants contribuent-ils à l'élaboration d'actes inutiles lorsqu'il y a pénurie (de personnes et de ressources) et cela a également un impact sur le bien-être du personnel existant (après tout, cela a aussi une composante éthique : pourquoi faire un travail inutile ? Qu'est-ce que le maximum de soins réalisables, non seulement en fonction de la demande de soins, mais aussi en fonction du personnel disponible ?

#### *4. Un modèle salarial évolutif et des mesures d'accompagnement*

En ce qui concerne le modèle de classification des salaires IFIC, avec les barèmes correspondants, il est essentiel que des **informations suffisantes** soient continuellement renforcées. C'est pourquoi il y a désormais principalement une collaboration avec les acteurs impliqués, les partenaires sociaux sectoriels et l'organisation à but non lucratif IFIC. Il s'agit d'une responsabilité partagée de tous les acteurs. Les attentes vis-à-vis de ce nouveau système sont grandes et les informations qui circulent, hors l'asbl IFIC, ne sont pas toujours claires, complètes ou correctes.

Il convient également d'**examiner plus loin la situation des fonctions spécialisées et des fonctions manquantes et d'apporter des solutions appropriées**. Mais la question se pose également de savoir si le nouveau modèle salarial encourage des fonctions plus élevées/spécialisées et comment l'expertise acquise au cours d'une carrière plus plate pourrait être mieux valorisée.

Il faudra également mettre au point une procédure concernant les **conséquences des évolutions au sein de l'IFIC** et apporter les garanties nécessaires à l'égard du **financement** des changements. Cette question devrait également recevoir l'attention nécessaire de la part des autorités concernées.

De plus, la question se pose par certains de savoir comment faire face à la complexité croissante du modèle salarial lui-même et si un ajustement (simplification ?) doit être envisagé à cet égard.

La participation des titulaires de fonction à la procédure d'entretien peut être améliorée. Celle-ci est encore trop dépendante du bon vouloir des institutions pour l'instant et les représentants syndicaux perçoivent trop peu de transparence.

Outre le modèle salarial IFIC pour les travailleurs, il convient également de mentionner la nécessaire **modernisation de la nomenclature INAMI** pour les infirmières à domicile (indépendantes).

Il est également suggéré que des mesures d'encadrement soient indiquées pour stimuler la rétention et augmenter les heures de travail des travailleurs à temps partiel, par exemple. **Des mesures complémentaires sont demandées afin de stimuler la rétention et d'augmenter le temps de travail de travailleurs à temps partiel sur base volontaire** : intervention dans les frais de garde d'enfants, blanchisserie, service de repassage et service de repas.

Des avantages complémentaires en nature pourraient également être envisagés, comme une assurance hospitalisation pour tout le ménage, une intervention dans les déplacements maison-lieu de travail, le leasing de vélo, des chèques sport et détente, des écochèques ou encore une adaptation des régimes de congés existants : extension des congés payés pour raisons impérieuses, amélioration de la rémunération des congés thématiques ou rétablissement de l'accès au crédit-temps pour les temps partiels.

#### *5. Renforcer le bien-être physique et mental et permettre plus de réintégration après une absence de longue durée*

La lourdeur des soins au niveau physique est inhérente au travail dans le secteur des soins et - malgré les mesures déjà prises - elle reste très élevée ; les plaintes à cet égard sont un problème courant. Les **mesures nécessaires pour réduire la charge physique** doivent être prises (par exemple, lève-personnes plafonniers, investissements dans des formations sur les contraintes physiques). Dans ce cadre, il convient également d'étudier dans quelle mesure les normes architecturales doivent être adaptées.

Comme indiqué précédemment, la charge mentale dans les soins de santé est également très élevée. Dans le contexte des soins de santé, le personnel est quotidiennement confronté à des questions et des dilemmes éthiques, à la vie et à la mort, à la douleur et au chagrin. Ces éléments font partie des facteurs les plus stressants de l'existence humaine. C'est le lot quotidien du personnel de soins et de soutien des soins. De ce fait, ils sont souvent confrontés à des problèmes d'agressivité (cris, insultes, bousculades, etc.). Il faut prêter l'attention nécessaire à ces risques physiques et mentales en lien avec le travail.

Outre le **temps et l'espace** qui doivent nécessairement être libérés pour réfléchir et « digérer » (voir ci-dessus), il faut également poursuivre la **prévention** et les initiatives concernant le bien-être psychosocial (par exemple, formation, possibilité de consultation pendant les heures de travail, etc.). Des ressources ont été dégagées pour des initiatives psychosociales dans le contexte de la pandémie de Covid. Ces initiatives ont été bien accueillies sur le terrain et il convient de rendre ces moyens structurels. Il est souligné qu'il est important que ces initiatives touchent toutes les fonctions infirmières et de soutien, à leur manière.

L'absentéisme pour cause de maladie dans le secteur des soins est beaucoup plus élevé que dans les autres secteurs. Les absences de longue durée sont également élevées. **Des recherches plus approfondies sont nécessaires sur les raisons de ces absences de longue durée.** De cette façon, les problèmes pourront être pris à la racine.

En même temps, des **solutions doivent également être déployées en faveur de lieux de travail adaptés** qui permettraient davantage la réintégration après une maladie de longue durée. Le retour dans un lieu de travail où les pénuries de personnel sont très importantes exige des efforts considérables de la part du travailleur qui revient, des collègues, du responsable hiérarchique et de l'employeur. Afin de donner à la réintégration un maximum de chances de réussite, il est nécessaire de fournir des **ressources supplémentaires et de mesures sur mesure** pour permettre une politique de réintégration durable et soutenue. Par exemple, du point de vue de la réintégration, il serait utile que d'autres tâches puissent être assumées, mais il n'y a pas de financement pour cela. Là aussi, le financement au niveau des services/spécialités n'est pas immédiatement un facteur facilitateur. Les soins de santé doivent s'inscrire pleinement dans la politique de Retour au Travail qui a été mise en place entre-temps. Il faut examiner si des actions et des initiatives spécifiques sont nécessaires, en phase avec les spécificités et les caractéristiques du secteur. Très spécifiquement il est référé aux mesures effectives contre le burn-out.

#### **IV. LA PROBLEMATIQUE DEMANDE AUSSI UNE PERSPECTIVE PLUS LARGE**

##### *1. Un contexte de la santé en pleine évolution*

Il faut bien constater que les soins de santé ont considérablement évolué. Comme indiqué dans la description de la problématique, les évolutions au niveau de la société, de la démographie et des soins

ont pour conséquence que les soins sont devenus plus intensifs, plus complexes et, en outre, ont augmenté en quantité. La place et le rôle du patient changent également. Le patient s'est affirmé et demande, à juste titre, une plus grande implication et plus de transparence. En même temps, une plus grande autonomie et une plus grande implication auprès des patients sont également stimulées par le secteur de la santé. Cela nécessite une attitude différente aussi bien de la part du prestataire de soins que du bénéficiaire des soins (par exemple, les prestataires de soins doivent jouer davantage un rôle de coaching, de soutien, d'accompagnement, en mettant l'accent sur la prévention et la littératie en matière de santé). La politique de santé ne semble pas avoir évolué de la même manière dans tous les domaines en phase avec ces évolutions.

Des recherches sont nécessaires pour déterminer si les **normes** sont toujours adaptées à la réalité des soins de santé d'aujourd'hui ; dans ce contexte, une augmentation des normes-cadres et une plus grande flexibilité dans l'application des normes sont préconisées. Qui plus est, il est possible que les normes actuelles - dépassées – et ceci pas seulement les normes de personnel et de financement mais aussi la LEPS - conduisent à une surutilisation de certains actes infirmiers. Il est essentiel pour des raisons de bonne gestion de notre système de soins de santé que de telles déclarations soient examinées et objectivées. Il est également recommandé d'évaluer l'effet du Fonds Blouses blanches sur la norme (cf. but de retirer l'infirmier en chef de la norme). Les normes relatives au personnel doivent être mises à jour et adaptées à la réalité des soins, à l'abordabilité, à la charge de travail et à l'aptitude au travail. Ces aspects qui affectent le dialogue social doivent être discutés en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs.

## *2. Briser les silos et une vision de la santé sous tous ses aspects*

La **politique de soins doit être menée de manière beaucoup plus transversale et intégrée**, sur l'ensemble de la chaîne et le paysage de soins. En effet, un changement dans un domaine a souvent aussi un impact sur le fonctionnement d'autres domaines (exemple : l'impact des hospitalisations de jour sur le fonctionnement des soins infirmiers à domicile). Il est nécessaire d'examiner quels sont les facteurs qui entravent cette concertation et cette politique transversales et quels facteurs peuvent rendre une telle politique possible.

**La politique de soins et le financement des soins doivent toujours passer l'épreuve de l'impact pour le patient, de l'impact pour le personnel soignant, de l'impact pour l'organisation de soins et de l'impact pour les soins en général.**

Etant donné que la politique de santé dans notre pays est fédéralisée et qu'une partie des compétences relève des régions, **une politique coordonnée des niveaux de pouvoir** est nécessaire (voir également ci-dessus). A cet égard, un dialogue social coordonné est également prôné par certains (cf. par exemple l'harmonisation des conditions de salaire et de travail pour tous les sous-secteurs de la commission paritaire 330, y compris les services externes et le secteur résiduel, et aussi bien les secteurs fédéral que régionalisé ; élargissement des équipes mobiles aux sous-secteurs régionalisés tels que les maisons de repos et les soins à domicile, intégrés dans les coopérations régionales).

En même temps, nous avons besoin d'une **vision différente de la politique des soins de santé**. La politique des soins de santé ne consiste pas seulement à « guérir » ou à prendre soin d'une personne malade. Une bonne politique de soins de santé est une politique qui crée un maximum de santé dans la société. Cela signifie qu'en tant que pouvoirs publics, on met fortement l'accent sur un environnement de vie sain et un mode de vie sain, en tenant compte du contexte et de l'environnement physique et social. Il est donc aussi important de travailler beaucoup plus sur la prévention, aussi à l'intérieur des soins au niveau de chaque fonction. De cette façon, on peut « créer » beaucoup plus de santé et cela joue également un rôle important dans la vision de l'avenir. Parce que plus de santé signifie moins de personnes qui tombent malades et donc moins de personnes qui ont besoin de soins.

De plus, il est préférable d'organiser les soins de santé sur la base d'un **modèle non-profit** et non à partir de principes commerciaux. Les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé ne sont pas des postes de coût, mais des investissements qui rendent possible des soins de santé accessibles et de qualité.

### *3. Souligner la force des soins*

Travailler dans le domaine des soins est dur et pas facile. On est quotidiennement confronté à la souffrance, à des dilemmes éthiques, à des circonstances physiques exigeantes. De plus, le secteur des soins est confronté à des défis majeurs qui ont souvent un impact immédiat sur le travail dans les soins.



Ceci est également prouvé par la présente analyse. Les problèmes doivent pouvoir être nommés et nécessitent des solutions.

En même temps, travailler dans le domaine des soins est très précieux. On travaille pour et avec les gens et on fait la différence chaque jour. Travailler dans le secteur des soins signifie travailler dans un environnement dynamique en plein développement et changement. Cela offre également de nombreuses possibilités.

**Il est donc important que les soins soient toujours mis en avant sous toutes ses facettes et qu'en plus des défis et des difficultés, les forces et la puissance du secteur des soins soient également soulignées pour que les personnes, et notamment les jeunes, aient envie de continuer à choisir un métier dans les soins.**

Le secteur des soins, c'est avant tout un emploi dans un milieu hautement professionnel, avec une mission particulièrement valorisante, qui offre chaque jour des défis chaleureux et intéressants et des opportunités d'évolution, et où, surtout, des personnes font chaque jour la différence.

Dans ce contexte, il est également plaidé en faveur d'une grande campagne publicitaire pour redonner une image positive des soins de santé et il est souligné le rôle d'ambassadeur de chaque acteur impliqué dans le secteur de la santé ; dans ce contexte, il est également fait référence au rôle positif que les médias pourraient jouer davantage à cet égard.

## CONCLUSION

Notre système des soins fait face à des défis majeurs. Une population vieillissante a un impact important à la fois du côté de la demande de soins et du côté des prestataires de soins : des demandes de soins plus nombreuses, plus complexes et plus intensives, tandis que la population de prestataires de soins diminue en raison des départs dans la génération du baby-boom et d'un apport disproportionné de nouveaux professionnels.

Un secteur qui connaît des mutations majeures en termes d'organisation, de leadership, d'innovation, de digitalisation et autres. Les investissements de ces dernières années représentent un mouvement de rattrapage nécessaire, mais pas suffisant. **Les investissements doivent également être poursuivis, mais des réformes seront également nécessaires** si nous voulons que nos soins restent accessibles, abordables et d'une qualité élevée à l'avenir pour le patient.

Il n'y a pas de solution miracle et unique qui puisse garder les choses sur la bonne voie pour l'avenir. **Les défis pour les soins sont multiples et complexes. Les réponses le sont aussi.** De plus, les soins forment un système. Ce qui signifie que lorsqu'on touche à l'une de ses composantes, il y a souvent, et même la plupart du temps, un effet sur d'autres composantes. Les réformes doivent donc être menées de manière réfléchie, et elles demandent donc du temps. Du temps qui semble rare, voire inexistant. De nombreux acteurs du secteur sont déjà à bout. Heureusement, nous ne partons pas d'une page vierge. Plusieurs réformes sont déjà en chantier et tentent d'amener pas à pas, mais de manière régulière, les changements nécessaires.

L'exercice de l'Agenda pour l'avenir est utile pour fournir une image d'ensemble, tant en termes d'identification des problèmes, des solutions déjà élaborées, des réformes qui sont en chantier entre-temps, mais pas encore pleinement mises en œuvre, et des pistes de solutions possibles qui ont par ailleurs été identifiées pour mener à bien les défis.

Investir dans de meilleures conditions de rémunération et d'emploi est une étape nécessaire pour améliorer l'attractivité des soins de santé, mais ne sera pas suffisant. Des réformes plus fondamentales au niveau de notre système des soins sont nécessaires pour permettre un fonctionnement viable et de

qualité des soins et pour permettre de continuer à garantir des soins accessibles et de qualité pour tous ; cela devra nécessairement s'accompagner d'investissements supplémentaires pour rendre les réformes possibles.

L'aperçu ci-dessous donne une synthèse visuelle de la question.



\*\*\*