

service public fédéral  
**SANTÉ PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**



federale overheidsdienst  
**VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

**Direction Générale Soins de Santé**  
Service Professions de santé et Pratiques professionnelles

**Future of Nursing: improving health, driving change.**



Travail réalisé à la demande de la Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Madame Maggie De Block, et financé par le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

**Auteurs :**

Prof. dr. Walter Sermeus, Leuven Instituut voor GezondheidszorgBeleid, Katholiek Universiteit Leuven

Prof. dr. Kristof Eeckloo, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep

Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent

Charlotte Van der Auwera, Leuven Instituut voor GezondheidszorgBeleid, Katholiek Universiteit Leuven

Prof. dr. Ann Van Hecke, Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Faculteit

Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg,

Universiteit Gent

**Coordination pour le SPF Santé Publique :**

Miguel Lardennois, Direction Générale Soins de Santé (DGGS), Service Professions de santé et Pratiques professionnelles, Cellule Stratégie des professions de santé.

**Comment citer ce rapport ?**

Sermeus W., Eeckloo K., Van der Auwera C., Van Hecke A. (2018) « **Future of Nursing: improving health, driving change** : Leçons tirées de la littérature internationale et des journées organisées en 2017 sur ce thème », SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 29p.

## 1. Introduction

Le symposium « Future of nursing: improving health, driving change (avenir des soins infirmiers : améliorer la santé, susciter le changement) : une vision future des soins infirmiers » s'est tenu à Bruxelles les jeudi 30 novembre et vendredi 1<sup>er</sup> décembre 2017. Le symposium a été organisé par Zorgbeleid.be en collaboration avec les Rencontres infirmières du SPF Santé publique.

Ce symposium fut l'occasion d'aborder la perspective de réforme de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, qui après cinquante ans ferait place à un nouveau cadre juridique destiné à redessiner la répartition des pouvoirs des différents praticiens dans le secteur des soins de santé. L'accent est mis sur la collaboration interdisciplinaire avec des praticiens compétents, conçue sur mesure pour le patient et avec le patient. Cette journée d'étude était axée sur le domaine des soins infirmiers.

Dans ce rapport, nous décrivons dans une première partie les évolutions au sein de la formation et de la profession d'infirmière. Dans un second temps, nous abordons les principales conclusions du symposium et des ateliers afin de formuler un certain nombre de recommandations pour l'avenir.

## 2. La profession et la formation infirmière en Belgique : d'aide-soignante à une formation professionnelle d'infirmière

L'AR du 4 avril 1908 introduisait un certificat de compétence pour infirmiers. Il a marqué le début de la professionnalisation du métier, qui reposait jusqu'alors davantage sur la charité et l'amour du prochain que sur l'expertise médicale. Ce changement s'inspirait du modèle anglais introduit par Florence Nightingale à Sint Thomas (Londres) et ayant donné de bons résultats. Sous l'impulsion du Dr. Depage, chirurgien et professeur à l'ULB, la formation bruxelloise d'infirmière sur le modèle anglais a été transformée en une formation de deux ans à l'hôpital Saint-Jean (aujourd'hui hôpital Brugmann) et en une formation de trois ans à l'hôpital Saint-Pierre (*L'École Belge d'Infirmières Diplômées*). Dans les deux hôpitaux, une infirmière anglaise était nommée comme « directrice ». Ce fut Edith Cavell à l'hôpital Saint-Pierre. Cela suscita pas mal de controverse qui a non seulement conduit à une plus grande professionnalisation, mais qui allait également à l'encontre de la pratique courante selon laquelle les soins étaient principalement dispensés par des religieuses qui étaient dans l'impossibilité de suivre cette formation. Du côté catholique, en collaboration avec l'hôpital Saint-Elisabeth d'Uccle, une formation d'un an fut lancée afin de préparer au « certificat de capacité » qui sera institué plus tard en 1908. Cette formation d'un an, qui n'était même pas rendue obligatoire par le législateur pour l'exercice de l'art infirmier, fut beaucoup plus réalisable pour les congrégations religieuses. En 1909, 90% des participantes à l'examen étaient des religieuses. Le succès du recrutement semblait également liée à d'autres thèmes sociétaux tels que la laïcisation et le féminisme.

La Première Guerre mondiale constitua le terrain fertile pour une réforme en profondeur de la formation en 1921. Le gouvernement instaura une formation de trois ans en soins infirmiers en milieu hospitalier (en plus d'une formation de deux ans à l'art infirmier en milieu psychiatrique et d'une formation de trois ans à l'art infirmier extrahospitalier - que nous appellerions aujourd'hui des « infirmières sociales » ou en « santé communautaire »). En 1936, la Belgique comptait 36 écoles d'infirmières. Les exigences d'entrée étaient élevées : avoir au moins 18 ans, posséder un diplôme de l'enseignement secondaire. Les étudiantes séjournaient obligatoirement à l'internat. Le nombre de candidates diminua fortement et, en 1926, une formation de garde-malade, d'une durée d'un an, fut mise en place et fut accessible aux candidates âgées d'au moins 18 ans qui n'avaient terminé que l'enseignement primaire.

La demande de professionnalisation aux alentours de la 1<sup>re</sup> Guerre mondiale conduisit en 1919 à la création de l'Union professionnelle des infirmiers. Les conditions de travail n'étaient pas les seules à rendre la vie de famille presque impossible : la journée de travail de huit heures n'a été mise en place pour les infirmières qu'en 1937, 16 ans après son introduction pour les ouvriers. Mais le métier n'était pas considéré comme appréciable et était perçu comme une vocation faisant écho à la « prédisposition naturelle à soigner » attribuée à la femme. La soumission absolue et l'obéissance aux médecins étaient de mise. Les nouvelles associations professionnelles d'infirmières ont œuvré pour une protection juridique du titre d'infirmière. Une enquête réalisée en 1938 révéla que moins de 50% des « infirmières » des hôpitaux possédaient un diplôme d'infirmière. En 1946, le titre fut officiellement protégé (15 novembre 1946).

La protection de l'exercice de la fonction ne suivit qu'en 1974. Jusque-là les infirmières pouvaient suivre des études supérieures et effectuer des tâches techniques relevant du domaine de la médecine, sans que leurs compétences ne soient définies. Elles travaillaient en principe sous surveillance et sur prescription de médecins. Les infirmières effectuaient des tâches quotidiennes pour lesquelles elles étaient compétentes, mais non habilitées et elles s'exposaient à des poursuites judiciaires pour pratique illégale de la médecine. Ce problème fut résolu en incluant en 1974 dans l'AR n° 78 relatif à la pratique de la médecine, datant de 1967, un paragraphe sur la pratique de l'art infirmier. La pratique de l'art infirmier était désormais protégée. Les infirmières jouissaient d'une certaine autonomie vis-à-vis des médecins et une liste de tâches techniques servait à déterminer le rôle de l'infirmière et celui du médecin. L'AR n° 78 offrait aux infirmières une sécurité juridique dans un certain nombre de cas pour lesquels pratique et réglementation divergeaient.

En 1957, une profonde réforme de l'enseignement eut lieu. Le cadre national de l'enseignement permettait deux options : positionner la formation infirmière dans l'enseignement secondaire (technique ou professionnel) ou dans l'enseignement supérieur (niveau « A1 » de l'époque). La Belgique opta résolument pour cette dernière option, compte tenu de l'évolution rapide et puissante de la médecine, qui requiert de bonnes connaissances de base également de la part des infirmières au sujet de la bonne ou de la mauvaise santé des humains. Les infirmières étaient aidées par des assistantes-hospitalières d'une formation professionnelle moins poussée, formée dans l'enseignement professionnel complémentaire (dans le secondaire, niveau « A2 » de l'époque). La nouvelle formation n'était pas suffisamment prisée pour arriver à répondre à la croissance du paysage hospitalier et aux nouvelles normes hospitalières de 1963 (p.ex. la permanence infirmière 24h/24), et la formation professionnelle s'est rapidement vu ajouter une troisième année à titre temporaire (durant 5 ans). Outre l'infirmière « formée en A1 », il y avait alors une infirmière dite « formée en A2 » ayant (pratiquement) les mêmes compétences. En 1996, le diplôme d'Assistant Hospitalier a été supprimé. Cela signifie qu'à ce jour en Belgique, il existe encore deux voies menant à la qualification professionnelle d'infirmière : l'infirmière bachelière et l'infirmière brevetée EPSC (enseignement professionnel secondaire complémentaire).

### 3. La formation à l'art infirmier et la profession d'infirmière en évolution en Europe

#### Formation et compétences de base

Les évolutions en Europe et dans le monde sont parallèles à celles de la Belgique. Ici aussi, l'histoire commence par Florence Nightingale, qui a commencé une formation professionnelle pour infirmières à St Thomas, Londres, en 1860. La Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery & Palliative Care (faculté des soins infirmiers, obstétricaux et palliatifs) de Florence Nightingale est maintenant intégrée au Kings College London et reste l'un des instituts de formation les plus renommés au monde. Pour suivre

l'évolution de la médecine (y compris les maladies infectieuses), Nightingale était obligée de former les infirmières convenablement. Elle a donné une formation d'un an sur des sujets tels que l'anatomie, la physiologie, la chimie, l'hygiène, l'éthique et la déontologie. En plus de l'enseignement théorique, les étudiants ont également eu des cours pratiques en l'hôpital. Cette formation deviendra le modèle de formation infirmière au Royaume-Uni, dans le Commonwealth et dans le reste du monde. Aux États-Unis, plusieurs « écoles Nightingale » ont été ouvertes, telles que Bellevue à New York en 1873 ou Johns Hopkins en 1883 (Diepeveen-Speekenbrink, 1992). En 1899, la première formation universitaire pour infirmières aux États-Unis a commencé au Teachers College Columbia University, à New York. Plusieurs autres universités lui emboîtèrent le pas. Pourtant, cette évolution n'a pu se poursuivre et, après la Première Guerre mondiale, nous constatons que la formation interne des infirmières dans les hôpitaux reprit le dessus. Le rapport Goldmark de 1923 défendait la formation universitaire des infirmières et aboutissait à la conclusion que la formation des infirmières devait être similaire à la formation médicale. En 1910, le rapport Flexner a été publié. Ce rapport mettait en évidence pour la formation médicale une approche scientifique avec deux années de sciences fondamentales à l'université suivies de deux années de pratique clinique (dans les hôpitaux universitaires). Le modèle de compagnonnage qui était typique de la formation interne a été remplacé par un modèle universitaire qui considère la recherche non seulement comme un moyen d'améliorer les pratiques, mais également comme modèle exemplaire pour la formation. Le rapport Flexner est devenu le modèle de base pour la formation à la médecine aux États-Unis et dans le monde entier et il a ouvert la voie et rendu possible une évolution importante de la médecine. Le rapport Goldmark, bien que méritoire, n'a pas eu le même impact. Suite à ce rapport, de nombreuses universités ont (re)commencé les formations infirmière, d'abord au niveau de Bachelor (candidature), puis aux niveaux du Master (licence) et du doctorat. L'exemple le plus connu est l'Université de Yale (ayant commencé la formation infirmière en 1923). Mais en raison essentiellement de pénuries sur le marché du travail, la formation de bachelor et la formation interne ont continué à coexister dans de nombreux pays. C'est par ailleurs une visite aux États-Unis qui a convaincu le gouvernement belge, en 1957, d'instaurer résolument la formation de bachelor (graduat-A1 en Belgique). L'OMS a aussi pleinement soutenu cette idée après un voyage d'études et une réunion à Bruxelles en 1955. Une étape importante dans l'harmonisation des formations infirmière en Europe a été franchie par la formulation d'une directive pour la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles. Le traité de Rome de 1957 sur la libre circulation des marchandises et des personnes en fut la base. Si un médecin ou une infirmière souhaitait travailler dans un autre État membre, il fallait suivre un processus difficile de reconnaissance du diplôme. Ce principe de libre circulation était en pratique fortement entravé par les législations nationales. En 1977, décision fut prise de prévoir une reconnaissance automatique des qualifications professionnelles pour une liste restreinte de six professions (directive 77/452/CEE) : médecin (tant généraliste que spécialiste), infirmier général, sage-femme, architecte, dentiste et vétérinaire. Pour chacune de ces professions, les qualifications professionnelles minimales ont été décrites afin de pouvoir bénéficier de la libre circulation. Pour l'art infirmier, ces qualifications professionnelles ont été fixées dans une formation d'au moins 3 ans ou 4600 heures de théorie et de pratique après une formation de base d'au moins 10 ans. En 1989, il fut stipulé en outre que la formation menant à un diplôme comporterait au moins un tiers de la formation théorique et qu'au moins la moitié des exigences minimales (c'est-à-dire 2300 heures) consisterait en une formation clinique. Les infirmières belges de formation tant A1 qu'A2 remplissaient ces conditions. Il est important de noter qu'au moment de l'élaboration de cette directive, la Communauté européenne ne comptait que 9 pays (BE, NL, LU, FR, DE, IT, GB, IE, DK) et que les États membres rêvaient surtout de stimuler la libre circulation. La directive a fait l'objet d'une révision majeure en 2005 (directive 2005/36/CE). Entre-temps, l'Union européenne s'était élargie à 25 pays et la qualité de la formation infirmière était préoccupante dans un grand nombre des nouveaux États membres. Plusieurs (nouveaux) États membres avaient mis en place

une formation infirmière limitée qui débutait à l'âge de 14 ans, avec une part importante de formation générale et peu de formation dans les domaines des sciences fondamentales, de la médecine, de l'art infirmier. La plupart des formations étaient limitées dans le temps. Les enseignants étaient essentiellement des médecins et non des infirmières. Cela a créé la nécessité d'harmoniser les formations et les qualifications professionnelles. Cette nécessité d'harmonisation s'inscrivait parfaitement dans la déclaration de Bologne signée le 19 juin 1999 par 29 ministres européens de l'Éducation, visant à créer un espace européen de l'enseignement supérieur et à accroître la compétitivité internationale. Entre-temps, 46 pays ont signé la déclaration de Bologne et, dans les nouveaux États membres, cette réforme faisait partie du paquet d'obligations pour l'adhésion à l'UE. Des organisations internationales telles que l'UE et l'OMS et de nombreux États membres (dont la Belgique) ont consenti des efforts considérables pour mettre l'art infirmier à niveau dans ces nouveaux États membres. En atteste la Déclaration de Munich (2000), par laquelle les ministres de la Santé de 48 pays européens expliquent la position des soins infirmiers et obstétricaux en Europe<sup>1</sup>. Un autre exemple est le projet WHO LEMON (Learning Material On Nursing - matériel pédagogique sur les soins infirmiers) de l'Organisation mondiale de la Santé - OMS / World Health Care - WHO),<sup>2</sup> dans le cadre duquel du matériel de formation est mis à la disposition des nouveaux États membres.

Assez rapidement, le souci de la qualité et de l'harmonisation est rejoint par un souci de la sécurité des patients. En 2000, l'Institute of Medicine (IOM) publiait le rapport « To Err is Human » (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000), qui posait d'importantes questions sur la sécurité des patients dans les hôpitaux. La contribution considérable de l'encadrement et de la qualification des infirmières bénéficie assez rapidement à la sécurité des patients (Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002). Ces relations sont confirmées en Europe par les résultats de l'étude RN4CAST (Aiken et al., 2014). Entre-temps, la directive a été révisée en 2013 (2013/55/UE) afin de tenter de réunir les trois objectifs de libre circulation, d'harmonisation et de qualité avec la sécurité des patients. En fonction de la libre circulation, on conserve la double voie de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle. En termes d'harmonisation, des exigences spécifiques sont définies en ce qui concerne la durée et le contenu de la formation, ainsi que l'acquisition de compétences professionnelles spécifiques. En termes de qualité et de sécurité des patients, il existe en outre des exigences spécifiques en matière d'enregistrement (carte professionnelle), de connaissance de la langue et de formation permanente.

La directive 2013/55/UE dd. 20 novembre 2013 sur la reconnaissance de la qualification professionnelle des infirmières (infirmière responsable des soins généraux) prévoit :

1. Au moins une durée d'études de trois années
2. qui peut par ailleurs être exprimée en un nombre équivalent de crédits ECTS, mais comprenant au moins 4600 heures d'enseignement théorique et clinique
3. que la durée de l'enseignement théorique occupe au moins un tiers de la formation
4. que la durée de l'enseignement clinique occupe au moins la moitié de la durée minimale de la formation (c'est-à-dire 2300 heures)
5. que l'accès à la formation est octroyé après douze ans d'enseignement général lorsque l'enseignement est dispensé par une université ou un établissement reconnu équivalent à l'enseignement supérieur ou après au moins dix ans d'enseignement général lorsque l'enseignement est assuré par une école d'enseignement professionnel ou une formation professionnelle à l'art infirmier

---

<sup>1</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/53854/E93016.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf)

<sup>2</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108181/EUR\\_ICP\\_DLVR02\\_96\\_0-12.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108181/EUR_ICP_DLVR02_96_0-12.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

6. que, quel que soit le lieu de formation, la formation doit garantir que le professionnel concerné a acquis les connaissances et compétences suivantes (liste de 8 compétences)
  1. la compétence, en utilisant les connaissances théoriques et cliniques actuelles *en pleine autonomie*, de poser un diagnostic pour les soins infirmiers requis, et à planifier, organiser et implémenter les soins infirmiers dans le cadre du traitement des patients
  2. la compétence de coopérer efficacement avec d'autres acteurs des soins de santé
  3. la compétence d'aider les individus, les familles et les groupes à adopter un mode de vie sain et à prendre soin d'eux-mêmes
  4. la compétence de prendre *en pleine autonomie* des mesures de sauvegarde urgentes de la vie et à pouvoir agir en situations de crise ou de catastrophe
  5. la compétence de conseiller, instruire et soutenir *en pleine autonomie* les personnes soignées et leurs proches
  6. la compétence de pouvoir garantir et évaluer *en pleine autonomie* la qualité des soins infirmiers
  7. la compétence de communiquer clairement de manière professionnelle et à collaborer avec d'autres personnes travaillant dans le secteur des soins de santé
  8. la compétence d'analyser la qualité des soins et d'améliorer sa propre expérience pratique en tant qu'infirmière responsable des soins généraux

Les efforts déployés par l'Union européenne par le biais de la directive, du processus de Bologne, des déclarations et le soutien de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont permis une intensification majeure de la formation infirmière afin de relever les défis de soins de santé de plus en plus complexes et de l'évolution du rôle de l'infirmière. Il est clair que dans de nombreux pays, et en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale, ce processus a été accéléré par la directive, car son respect était l'une des nombreuses conditions à remplir pour adhérer à l'UE (Bohinc & Cibic, 2005; Kalnins, 1995; Kalnins, Barkauskas, & Šeškevičius, 2001; Šimunović et al., 2010; Ślusarska, Zarzycka, Dobrowolska, Marcinowicz, & Nowicki, 2018; Tóthová & Sedláková, 2008; Vladescu & Olsavsky, 2009). En outre, il est clair que ce processus n'est pas encore complètement achevé. La diversité des filières de formation des infirmières en Europe reste large et va de formations de trois ans dans l'enseignement professionnel après 10 ans de formation générale à des formations de bachelor de quatre ans au sein de l'université après 12 ans de formation générale. Ces deux pistes sont également visibles dans la directive européenne qui reconnaît encore les deux filières de formation, mais prévoit une harmonisation en ce qui concerne la durée de la formation, les stages, les programmes et, plus important encore, les compétences. Quel que soit le parcours de formation suivi par les infirmières, elles doivent acquérir le même ensemble de compétences. Il est frappant de constater que les trois quarts des compétences font référence à l'indépendance et à la coopération, qui, dans le cadre européen des certifications, correspondent précisément aux qualifications de niveau 6 ou de bachelor. Et cela montre aussi clairement le sens de la transition voulue.

Le changement dans le rôle et la place des infirmières dans les soins de santé est international, indéniable et a effectivement lieu au cours de cette période des 50 dernières années. Ce changement a également été repris par l'organisation internationale du travail (OIT) dans la Classification internationale type des professions (ISCO) (Organisation internationale du Travail, 2008). Dans la ISCO-88, les infirmières (professionnelles) étaient définies dans leur relation de dépendance aux médecins "Nursing and midwifery professionals *apply medical concepts and principles relating to the delivery of babies and to nursing of the ill, injured or disabled ... Tasks performed usually include: helping medical doctors in the practical application of preventive and curative measures ...*". Dans la définition la plus récente de la ISCO-

08 en 2008, les infirmières (professionnelles) sont interprétées comme des professionnels indépendants : “Nursing and midwifery professionals *provide treatment and care services* for people who are physically or mentally ill, disabled or infirm, .... They assume *responsibility for the planning, management and evaluation of the care of patients*, including the supervision of other health care workers, working *autonomously or in teams with medical doctors* and others in the practical application of preventive and curative measures.”

Si l’OIT a déjà pris conscience de l’évolution des pratiques professionnelles des infirmières, l’admission et l’intégration dans la formation d’infirmière sont un peu plus lentes, mais elles sont également indéniables. Trente des 32 pays de l’UE (Union européenne) / EEE (Espace économique européen) / AELE (Association européenne de libre-échange) offrent actuellement une formation de bachelor. Les exceptions sont le Liechtenstein qui n’organise pas de formation infirmière et le Luxembourg qui n’offre qu’une formation professionnelle de quatre ans (une seule institution), mais fait explicitement référence aux pays voisins pour la formation de bachelor (Ministère de l’enseignement supérieur et de la Recherche, 2017).

Dans dix-sept de ces trente pays, la formation de bachelor est la seule formation et l’objectif a été atteint. Dans 11 de ces pays, le niveau de bachelor infirmier est entièrement organisé au sein de l’université. L’Islande est le précurseur dans lequel la formation infirmière avait déjà été mise en place en 1973 en tant que formation de bachelor au sein de l’université (4 ans). Dans la plupart des pays, cette transition s’est déroulée au cours des 20 dernières années. La manière dont cette transition s’est déroulée fut très différente pour ces pays. Dans certains pays, tels que l’Espagne, tous les diplômés ont été assimilés avec effet rétroactif à un diplôme de bachelor (Zabalegui & Cabrera, 2009). Des programmes de transition/passarelle ont été mis en place dans d’autres pays. Le programme de transition le plus intéressant a été organisé par Chypre. Elle a mis fin à sa formation professionnelle en 2007, a transféré la formation infirmière à l’université et a ensuite lancé un programme de transition à grande échelle de 60 ECTS, dispensé de 2008 à 2012, afin de donner à tous les infirmiers l’occasion d’obtenir un diplôme de bachelor. Plus de 4 000 infirmières (plus de 90%) ont obtenu un diplôme de bachelor grâce à ce programme de transition. La Pologne a déployé des efforts similaires en 2009, 36 000 infirmières (86% des effectifs) ayant suivi un programme de formation de transition pour devenir bachelor (Ślusarska et al., 2018).

Tableau 1 : Aperçu des filières de formation infirmières dans différents pays de l’UE (28), pays de l’EEE/AELE (Norvège, Islande, Suisse, sauf Liechtenstein qui n’offre pas de formation infirmière).

Country	Diploma - vocational					Bachelor degree – higher education				
	Name	Leng th	Ag e	Place	Stop	Name	Leng th	Ag e	Place	Sin ce
<b>Austria - AT</b>	Diploma	3y – 2120 h	17 y	School for healthcare & nursing		BA in health sciences	3y – 180 ECTS	18 y	Univ Applied Sciences	2008
<b>Belgium - BE</b>	Diploma	3y – 4320 h	18 y	Secondary schools		BA in nursing	4y – 240 ECTS	18 y	Univ colleges	1957
<b>Bulgaria – BG</b>	-	-	-	-	1996	BA in nursing	4y – 240 ECTS	18 y	Univ y	1997



Future of Nursing: improving health, driving change.

<b>Croatia – HR</b>	Diploma	3y	16 y	Vocational schools	-	BA in nursing	3Y – 180 ECTS	16 y	University of Applied sciences	2005
<b>Cyprus - CY</b>	-	-	-	-	2007	BA in nursing	4y – 240 ECTS	18 y	University	2007
<b>Czech Republic - CZ</b>	Diploma	3y	18 y	Higher school of nursing		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	University & Polytechnics	2004
<b>Denmark - DK</b>	-	-	-	-		BA in nursing	3,5y – 210 ECTS	18 y	University colleges	1990
<b>Estonia - EE</b>	-	-	-	-		BA in nursing	3,5y – 210 ECTS	18 y	University colleges	1990
<b>Finland - FI</b>	-	-	-	-		BA in healthcare, nursing	3,5y – 210 ECTS	18 y	University of Applied Sciences	1990
<b>France - FR</b>	-	-	-	-		BA in nursing	3y- 180 ECTS	18 y	University college Nursing training school + university	2012
<b>Germany - DE</b>	General diploma in nursing	3y- 4400 h	16 y	Vocational nursing school	-	BA in nursing science	3y – 180 ECTS	18 y	University, University of Applied Sciences	2004
<b>Greece - GR</b>	-	-	-	-		BA in Nursing	4y – 240 ECTS	18 y	University of Applied Sciences (TEI)	1979
<b>Hungary - HU</b>	Diploma	3y	18 y	Nursing school		BA in nursing	4y 240 ECTS		University	2000
<b>Iceland - IS</b>	-	-	-	-	1986	BA in nursing	4y – 240 ECTS	19 y	University	1973

Future of Nursing: improving health, driving change.

<b>Ireland - IE</b>	-	-	-	-		BA in nursing	4y – 4665 h	18 y	University	2002
<b>Italy - IT</b>	-	-	-	-	1998	BA in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	University	1996
<b>Latvia - LV</b>	Diploma	3y – 180 ECTS	18 y	Colleges		BA in healthcare, nursing	4y – 240 ECTS	18 y	University	1991
<b>Lithuania - LT</b>	Prof. qualification for nurses	3,5y – 210 ECTS	18 y	Colleges		BA in general practice nursing	4y – 240 ECTS	18 y	University	1990
<b>Luxembourg - LU</b>	BTS brevet de technicien supérieur	4y – 5747 h	17 y	Lyceé technique professions de santé		-	-	-	-	
<b>Malta - MT</b>	Diploma in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	Higher Educational Institutes (HEI)		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	University	?
<b>Netherlands - NL</b>	Diploma (MBOV)	4y	18 y	Beroepsopleiding		BA in nursing (HBOV)	4y – 240 ECTS	18 y	University of Applied Sciences / University	1972
<b>Norway - NO</b>	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	19 y	Universities	2002
<b>Poland - PL</b>	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	University	1999
<b>Portugal - PT</b>	-	-	-	-	1975	BA in nursing	4y – 240 ECTS	18 y	Polytechnic higher education	1988
<b>Romania - RO</b>	Diploma in nursing	3y – 4920 h	18 y	Nursing school		BA in nursing	4y – 240 ECTS	18 y	University	2004

## Future of Nursing: improving health, driving change.

<b>Slovakia - SK</b>	Diploma	3y		College		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	University	2002
<b>Slovenia - SI</b>	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	19 y	University Health Faculties	2004
<b>Spain -ES</b>	-	-	-	-		BA in nursing	4y – 240 ECTS	18 y	University	2007
<b>Sweden - SE</b>	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	University	1977
<b>Switzerland -CH</b>	Diploma	3y	18 y	College		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18 y	University of Applied Sciences / University	1991
<b>United Kingdom - GB</b>	-	-	-	-		BA in nursing Honours programme	3y – 300 credits 4y – 360 credits	17 y	University	2013

Source : compilation personnelle de données de (Humar & Sansoni, 2017; Lahtinen, Leino-Kilpi, & Salminen, 2014; Robinson & Griffiths, 2007; Spitzer & Perrenoud, 2006)

Treize pays ont deux parcours de formation infirmière. Quelques particularités à ce sujet nous semblent pertinentes à relever.

Premièrement, il est nécessaire de savoir que, dans tous les pays, tout l'enseignement infirmier, à la différence de la formation médicale, a commencé par une formation dans le cadre d'un emploi dans laquelle les infirmières étaient formées à la pratique quotidienne (modèle de compagnonnage). Cette formation a été progressivement transformée et intégrée dans l'enseignement professionnel où l'enseignement formel était dispensé, mais dans lequel la composante pratique restait très importante et tangible. Dans une dernière étape, cet enseignement sera ensuite transféré à l'enseignement supérieur. La rapidité avec laquelle cette transition eut lieu varie d'un pays à l'autre. Les dix-sept pays qui offrent la formation infirmière exclusivement en formation de bachelor ont tous suivi ce processus de changement. Les pays qui proposent encore deux parcours de formation (treize pays européens) sont toujours en cours. Le choix pour la formation de bachelor repose essentiellement sur des exigences de complexité et de qualité des soins, sachant que la formation professionnelle est insuffisante tant en termes d'admission que de programme.

Une deuxième particularité est la question de savoir si un ou deux profils professionnels sont utilisés. L'OIT

propose deux catégories d'infirmières : ISCO<sup>3</sup>-2221 (professionnels infirmiers) et ISCO-3221 (professionnels associés/auxiliaires aux infirmiers) (voir le tableau 2 pour les professionnels 2221 et 3221 dans les différents États membres européens). Nursing Professionals (ISCO 2221) “assume responsibility for the planning and management of the care for patients, including the supervision of other health care workers, working autonomously or in teams with medical doctors and others in the practical application of preventive and curative measures”. Nursing Associate Professionals (ISCO 3221) “generally work under the supervision of, and in support of, implementation of health care, treatment and referral plans established by medical, nursing and other health professionals”.

La manière dont les pays utilisent cette classification pour leurs statistiques et publications n'est pas toujours claire ni cohérente. La Belgique, mais aussi par exemple la République tchèque, ne fait aucune distinction et considère toutes les infirmières comme des infirmières professionnelles (ISCO-2221). L'Allemagne fait cette distinction, mais regroupe sous ISCO-2221 toutes les infirmières ayant suivi une formation de trois ans. Les infirmières auxiliaires n'y ont suivi qu'une année de formation. D'autres pays font cette distinction, mais même dans ce cas, il est toujours souhaitable de connaître la pratique locale pour pouvoir interpréter ces données. Les Pays-Bas, par exemple, établissent une distinction entre les infirmières de premier cycle HBO-V (enseignement supérieur, bachelier) qu'ils placent dans l'ISCO-2221 et les infirmières de niveau MBO-V (enseignement secondaire professionnel) (formées dans le cadre d'un emploi) dans l'ISCO-3221. La discussion aux Pays-Bas sur le niveau de formation remonte également à 1915, où on plaçait la formation dans l'enseignement supérieur (Diepeveen-Speekenbrink, 1992). Il a fallu attendre jusqu'en 1972 pour que les premières formations HBO-V (Leusden et Nimègue) soient mises en place, en plus des formations internes existantes. En 1980, le gouvernement néerlandais a décidé d'arrêter l'MBO. Mais il n'y eut aucun arrêté exécutoire et la décision n'a donc jamais été exécutée. Le tableau montre clairement que les Pays-Bas ne comptent que 22% d'infirmières HBO-V.

La Slovénie fait également une distinction. Les infirmières diplômées (ISCO-2221) sont formées dans trois instituts de formation. Ils forment environ 300 étudiantes par an. En outre, ils ont neuf écoles d'infirmières à vocation professionnelle qui ont formé des infirmières avant la réforme et qui actuellement forment 1000 infirmières auxiliaires (ISCO-3221) par an (Bohinc & Cibic, 2005). Tous les pays où les deux parcours de formation sont utilisés offrent des programmes de transition pour passer d'un diplôme à un niveau de bachelor.

Une troisième particularité porte sur le fait que, outre les infirmières ISCO-2221 (infirmières professionnelles) et ISCO-3221 (infirmières auxiliaires), un troisième groupe d'assistants de soins de santé (ISCO-5321) est défini. L'OIT utilise la définition suivante : “Health care assistants provide direct personal care and assistance with activities of daily living to patients and residents in a variety of healthcare settings such as hospitals, clinics and residential nursing care facilities. They generally work in implementation of established care plans and practices, and under the direct supervision of medical, nursing or other health professionals or associate professionals.” En Belgique, cela pourrait concerner tant les aides-familiales que les aides-soignants. L'étude de Kroezen et al. (2018) fait apparaître des différences majeures d'âge minimum, de durée, de formation et de tâches entre les assistants de soins de santé dans les différents pays européens. Lors de l'interprétation du nombre d'infirmières par pays, il est également conseillé d'inclure les assistants de soins de santé dans l'évaluation de l'occupation du personnel infirmier. Le Tableau 2 présente les trois groupes côte à côte sur la base des plus récentes statistiques disponibles de l'OCDE et d'Eurostat.

---

<sup>3</sup> ISCO = CIP en français = classification internationale des types de professions éditée par l'OIT

## Future of Nursing: improving health, driving change.

Tableau 2 : Aperçu des relations entre infirmières professionnelles (ISCO-2221) et infirmières auxiliaires (ISCO-3221) dans différents pays de l'UE (28) et pays de l'EEE/AELE (Norvège, Islande, Suisse)

Country	Data Source	Number of nurses	Density (per 1 000 inhabitants)	ISCO 2221 Nursing Professionals	ISCO 3221 Nursing Associates	Percentage Professional nurses /total	ISCO 5321 Healthcare assistants
Austria - AT	2016, OECD, Practising	69768	7.99	59165	10603	85%	4698
Belgium - BE	2016, OECD, Practising	126091	11.13	-	-	NA	133838
Bulgaria – BG	2015, Eurostat, Practising	31397	4.37	31397	0	100%	124
Croatia – HR	2015, Eurostat, Practising	24552	5.83	5704	18848	23%	407
Cyprus - CY	2015, Eurostat, Practising	4316	52.3	4316	0	100%	?
Czech Republic - CZ	2016, OECD, Practising	85304	8.07	-	-	NA	27952
Denmark - DK	2015, OECD, Practising	96051	16.9	55732	40319	58%	49818
Estonia - EE	2016, OECD, Practising	8029	6.1	-	-	NA	3673
Finland - FI	2014, OECD, Practising	77867	14.26	55861	22086	72%	107709
France - FR	2015, Eurostat, Professional active	681459	9.92	681459	0	100%	416029
Germany - DE	2016, OECD, Practising	1058000	12.85	893000	164000	84%	371398
Greece - GR	2016, OECD, Practising	35019	3.25	20459	14560	58%	5827
Hungary - HU	2016, OECD, Practising	63158	6.44	47494	15664	75%	27247
Iceland - IS	2017, OECD, Practising	4978	14.71	2980	1998	60%	5200
Ireland - IE	2015, Eurostat, Professional active	55700	11.91	55700	0	100%	24700
Italy - IT	2017, OECD, Practising	331984	5.48	331984	0	100%	62780
Latvia - LV	2016, OECD, Practising	9086	4.64	-	-	NA	2100
Lithuania - LT	2016, OECD, Practising	22099	7.7	22099	0	100%	7515
Luxembourg - LU	2016, OECD, Practising	6998	11.72	6998	0	100%	3644
Malta - MT	2015, Eurostat, Practising	3699	7.94	3699	0	100%	3058

## Future of Nursing: improving health, driving change.

Netherlands - NL	2016/2008, OECD, Practising	180262	10.58	40300	97900	22%	198000
Norway - NO	2017, OECD, Practising	93222	17.73	93222	0	100%	89752
Poland - PL	2016, OECD, Practising	195838	5.16	195838	0	100%	5675
Portugal - PT	2016, Eurostat, Professional active	66769	6.29	66769	0	100%	29485
Romania - RO	2015, Eurostat, Practising	127012	6.41	12104	114908	10%	62687
Slovakia - SK	2015, Eurostat, Professional active	30904	5.7	30904	0	100%	11554
Slovenia - SI	2016, OECD, Practising	19933	9.65	6345	13588	32%	3798
Spain -ES	2016, OECD, Practising	256333	5.51	256333	0	100%	435933
Sweden - SE	2015, OECD, Practising	108399	11.06	108399	0	100%	?
Switzerland - CH	2016, OECD, Practising	142522	17.02	95272	47250	67%	64367
United Kingdom - GB	2017, OECD, Practising	516930	7.86	423158	94072	82%	1038731

Source : OCDE ([https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)) et Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>)

Une quatrième particularité concerne l'effet de la conversion d'une formation professionnelle ou d'un parcours mixte (formation professionnelle et formation de bachelor) en une formation infirmière exclusivement de bachelor. La crainte récurrente est que cela conduise à une baisse de l'afflux en raison d'exigences et de qualifications plus élevées. Il est clair que cela n'est pas souhaitable en cas de pénurie imminente sur le marché de l'emploi. Nous avons examiné cette question sur la base des chiffres Eurostat disponibles pour un certain nombre de pays d'Europe occidentale qui ont achevé cette transition au cours de la dernière décennie. Il s'agit de : Irlande et Norvège (2002), Slovénie (2004), Chypre et Espagne (2007) et France (2012). Nous avons examiné le nombre d'infirmières travaillant dans le secteur des soins de santé (practising) ou d'autres chiffres tels que le nombre d'infirmières enregistrées (licensed) ou actives (prof. active) si le nombre de practising n'était pas disponible. Nous avons également examiné le nombre d'infirmières nouvellement diplômées qui entrent dans la profession (new graduates). A chaque fois 5 ans avant que la conversion se soit produite (ou plus récemment si ces données n'étaient pas disponibles), durant les 3 ans de la conversion (ce qui dans la plupart des pays correspond à la durée de la formation) et la situation 5 ans après la conversion (schéma : 5 – 3 – 5). Nous avons fixé les données de base à 100% afin de permettre des comparaisons (voir tableau 3).

La comparaison montre qu'après la conversion, tous les chiffres (tant totaux que nouveaux diplômés) sont plus élevés qu'auparavant. La hausse du nombre total varie de + 15% en Slovénie à + 31% en Espagne. La hausse des chiffres de l'afflux des nouveaux diplômés varie de + 3% en Norvège à + 90% à Chypre. Nous ne voyons pas les effets négatifs tant redoutés sur l'afflux et les nombres de diplômés.

Tableau 3 : Comparaison du nombre d'infirmières et de l'afflux de nouvelles infirmières diplômées après la conversion de la formation en une formation complète de bachelor infirmier dans six pays européens.

Pays	Dates	5 avant auparavant	Conversion 3 ans	5 ans après
Irlande (2002)	Licensed	51361 (100%)	59946 (117%)	66478 (129%)
	New graduates	1361 (100%)	1386 (102%)	1471 (108%)
Norvège (2002)	Practising	NA	58035 (100%)	67446 (116%)
	New graduates	NA	3453 (100%)	3542 (103%)
Slovénie (2004)	Practising	14195 (4y) (100%)	14992 (106%)	16351 (115%)
	New graduates	1214 (4y) (100%)	1579 (130%)	1696 (139%)
Espagne (2007)	Practising	184506 (100%)	219855 (119%)	241646 (131%)
	New graduates	8622 (100%)	9069 (105%)	10085 (117%)
Chypre (2007)	Practising	3176 (100%)	3654 (115%)	4129 (130%)
	New graduates	129 (100%)	200 (155%)	245 (190%)
France (2012)	Prof. Active	527798 (100%)	616879 (117%)	671035 (2y) (127%)
	New graduates	22152 (100%)	25868 (117%)	25888 (1y) (117%)

Nous constatons des résultats similaires en Suisse (voir tableau 4). La communauté francophone y a décidé de proposer exclusivement une formation de bachelor infirmier à partir de 2006. Nous n'avons pas de chiffres ventilés pour la communauté francophone. Pour l'ensemble de la Suisse (la communauté francophone représente 20% de la population totale), on constate une augmentation du nombre d'infirmières sur le marché de l'emploi similaire à celle des autres pays étudiés.

Tableau 4 : Comparaison du nombre d'infirmières et de l'afflux d'infirmières nouvellement diplômées après la conversion de la formation en une formation complète de bachelor en art infirmier en Suisse.

Pays	Dates	5 avant auparavant	Conversion 3 ans	5 ans après
Suisse (2006)	Practising	101771 (100%)	111319 (109%)	130128 (128%)
	New graduates	4689 (100%)	4878 (104%)	6071 (129%)

## Formation et compétences avancées

La publication de Maier et Aiken (Maier & Aiken, 2016) montre l'état des compétences plus avancées des infirmières. Cela implique d'examiner un certain nombre d'activités cliniques traditionnellement réservées aux médecins, mais pouvant également, sous certaines conditions, être confiées aux infirmières. Ces sept activités cliniques consistent à prescrire, à poser un diagnostic, à demander des examens et des tests, à suivre une cohorte de patients, à mettre en place un traitement, à orienter et à servir de premier point de contact pour le patient (1st PoC). Une analyse et une comparaison de 37 pays (l'Europe et certains pays anglo-saxons dans le monde) montrent qu'il existe un groupe de pays (Australie, Canada, Irlande, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis, Finlande) dans lesquels le transfert de tâches traditionnellement réservées aux médecins à des infirmières est déjà largement organisé. La Belgique peut être classée dans un second groupe de pays dans lesquels certaines de ces tâches sont déjà incluses, mais pas très largement ni systématiquement.

## Future of Nursing: improving health, driving change.

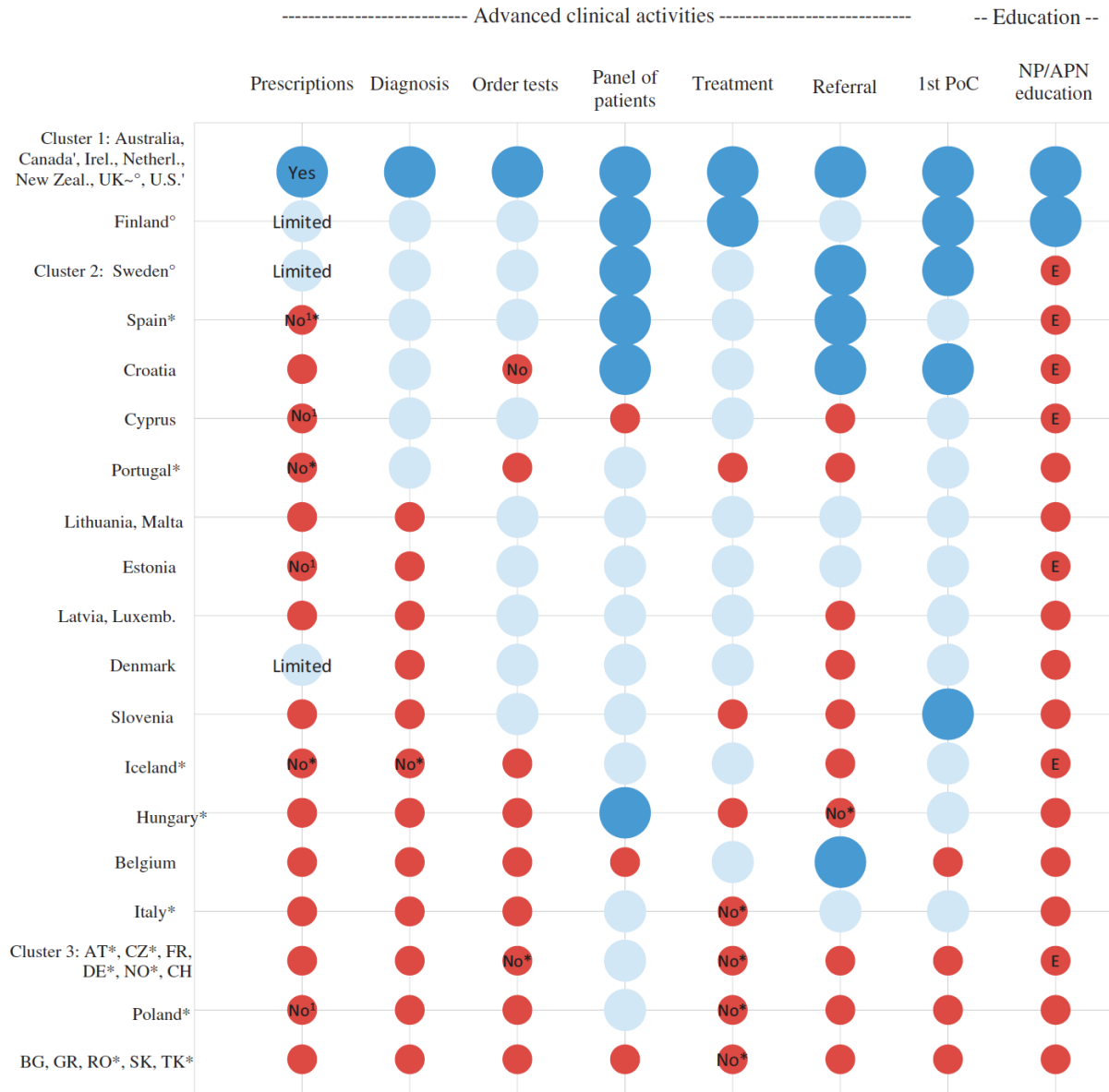


Figure 1 : Transfert de tâches des médecins aux infirmières pour 7 activités cliniques avancées et exigences de formation dans 37 pays (Maier & Aiken, 2016)<sup>4</sup>

Légende : Grand cercle (bleu-oui) : cadre législatif - compétence large, cercle moyen (bleu clair - oui) : cadre législatif - compétence limitée, petit cercle (rouge-non) : pas de cadre législatif

<sup>4</sup> Au moment de rédiger ce rapport la France vient de passer du Cluster 3 (no Advanced) au Cluster 1 (full Advanced)



## 4. Leçons tirées du symposium Future of Nursing in Belgium

Le symposium avait pour objectif d'apprendre des expériences de l'étranger et de formuler des objectifs pour les soins infirmiers du futur en Belgique. Où voulons-nous nous situer dans 10 ans et que devons-nous faire exactement pour y arriver ?

### Leçons tirées des expériences étrangères

Au cours du symposium, cinq expériences étrangères ont été présentées : Espagne, Chypre, Pays-Bas, Suisse et Irlande. Les évolutions en Europe témoignent **d'un mouvement ascendant des infirmières, tant en termes de mission** dont elles sont responsables **qu'en termes de formation infirmière et en termes de promotion de l'expertise.**

#### Autonomie et collaboration

Alors que par le passé, l'infirmière se voyait attribuer plutôt un « rôle d'aide » pour les médecins, elle est désormais **une praticienne autonome** qui est responsable de la planification, de la coordination et de l'évaluation des soins aux patients. L'art infirmier est à présent une discipline indépendante au sein de l'équipe interdisciplinaire. La « pensée en silo » est dépassée et **l'interdisciplinarité** est l'avenir. Lors du symposium, les conditions nécessaires à une collaboration interdisciplinaire réussie ont été définies : 1) avoir une connaissance de sa propre discipline et de ce que les autres (communauté, employeur, collègues) attendent de sa propre discipline, 2) avoir une connaissance des autres disciplines avec lesquelles on collabore (quelles sont-elles, quelle langue parlent-elles), (3) la reconnaissance des autres disciplines, (4) la clarté concernant le leadership, (5) le langage commun en accordant une attention particulière aux procédures standard en matière de communication et (6) l'intégration des patients et de leur entourage dans cette dynamique de collaboration dans laquelle le retour d'informations intégré aux patients est important (« nous, en tant qu'équipe, pensons que »).

#### Harmonisation et « conversion ascendante » de la formation infirmière

Au cours du symposium, des expériences relatives à l'évolution de la formation infirmière en Espagne, à Chypre et aux Pays-Bas ont été abordées.

En application de la déclaration de Bologne, l'Espagne et Chypre ont résolument opté pour l'évolution vers un bachelor de quatre ans et une formation unique d'infirmière.

À Chypre, 58,6% des infirmières qui ont participé à l'étude RN4cast ont indiqué vouloir quitter leur emploi et avoir effectué de nombreuses tâches autres que les soins infirmiers. Pendant la transition (2008-2012) au degré de bachelor, on a espéré rendre la profession plus attrayante et améliorer la qualité des soins. À Chypre, qui a également choisi d'organiser la formation infirmière à l'université, cette transition semble être un succès. Il s'est notamment avéré que la formation infirmière fut le choix d'études le plus populaire parmi les jeunes ; le nombre d'inscriptions à cette formation a augmenté, le nombre de diplômés a augmenté et des normes plus élevées ont été atteintes par les diplômés qui se sont lancés dans cette carrière. Chypre s'est distinguée par une implication majeure du ministère de la Santé et de l'Éducation, du Conseil des soins infirmiers et obstétricaux, par une voix unifiée des organisations professionnelles infirmières et par des programmes de formation bien conçus pour les personnes qui doivent se recycler pour devenir bachelor. Une autre caractéristique typique fut la courte période de 2 à 3 ans au cours de laquelle la transition eut lieu.

En 2008, l'Espagne a également opté pour une formation de bachelor de quatre ans au sein de l'université, sans possibilité de transition permettant de passer d'une formation d'infirmière professionnelle (diploma degree) à un diplôme de bachelor. En 2015, les infirmières diplômées d'anciennes formations ont été

assimilées aux infirmières titulaires d'un bachelor. Il est peu probable que ce processus ait conduit à une formation et à des soins infirmiers de meilleure qualité.

En 2012, recherchant des professions à l'épreuve du temps dans le secteur des soins, les Pays-Bas ont tenté d'opter pour un seul profil professionnel pour l'infirmière. Une distinction serait faite entre l'art infirmier de l'HBO (bachelier) et les soins infirmiers de l'MBO (secondaire professionnel). Cela a toutefois rencontré beaucoup de résistance, car aux Pays-Bas, les infirmières HBO ne représentent que le quart du nombre d'infirmières. Un « compromis » fut conclu en 2015 : deux profils professionnels pour infirmières à savoir une infirmière *de base* MBO et une infirmière *gestionnaire* HBO. L'infirmière de base MBO travaillant principalement dans des situations de demande de soins planifiés et prévisibles, tandis que l'infirmière gestionnaire HBO s'occupant principalement de situations de soins imprévisibles et complexes. Cette dernière est chargée de la gestion de l'ensemble du processus de soins. Bien qu'on attende toujours la législation relative à ces deux profils professionnels, les Pays-Bas expérimentent actuellement son implémentation dans la pratique. Quelques problèmes semblent toutefois se profiler. Il n'y a notamment pas de consensus concernant la terminologie de l'infirmière « de base » versus l'infirmière « gestionnaire », il semble difficile en termes de soins de distinguer les deux profils professionnels quant à la complexité et on cherche actuellement à les distinguer essentiellement en termes d'autonomie, d'approfondissement des connaissances, d'aptitudes et d'attitude.

### Mouvement ascendant dans la promotion de l'expertise infirmière

Outre la tendance en faveur d'infirmières de base hautement qualifiées, il existe également une demande d'infirmières plus **spécialisées** et de **renforcement du développement professionnel** dans le domaine des soins infirmiers. Au cours de ce symposium, huit recommandations de l'IOM (2016) ont été mises en évidence :

1. Remove scope-of-practice barriers
2. Expand opportunities for nurses to lead and diffuse collaborative improvement efforts
3. Implement nurse residency programs
4. Increase the proportion of nurses with a baccalaureate degree to 80% by 2020
5. Double the number of nurses with a doctorate by 2020
6. Ensure that nurses engage in lifelong learning
7. Prepare and enable nurses to lead change and advance in health
8. Build an infrastructure for the collection and analysis of interprofessional health care workforce data.

Les **Advanced Practice Nurses (APN)** – infirmières de pratique avancée (IPA) – jouent également un rôle important dans la promotion de l'expertise infirmière et dans le renforcement du développement professionnel. Les deux mouvements sont également alimentés par les exigences accrues des divers domaines de travail consécutives aux soins de plus en plus complexes. Les rôles d'infirmières de pratique avancée se caractérisent par une spécialisation, par l'élargissement à d'autres domaines des soins de santé (notamment par des tâches médicales de substitution, des techniques psychothérapeutiques dans le secteur des soins de santé mentale) et par un élargissement/avancement dans le domaine des soins infirmiers (notamment gestionnaire de cas, surveillance de la cyber-santé, soutien à la gestion autonome, implémentation de l'innovation en matière de soins). Des pays tels que les Pays-Bas, l'Irlande, le Royaume-Uni, l'Australie et le Canada disposent d'un cadre clairement défini pour permettre la substitution de tâches médicales. La Belgique est toujours à la traîne dans le développement et l'implémentation des rôles d'infirmières de pratique avancée (Maier et al. 2016).

Au cours du symposium, les expériences relatives aux évolutions des APN-IPA en Suisse et en Irlande furent largement expliquées.

Les pionniers des formations APN-IPA en Suisse remontent à 2000. Les rôles d'infirmière avancés (advanced nursing) sont principalement implémentés dans les hôpitaux, mais sont rares dans les soins à domicile et les soins en résidence pour personnes âgées. À ce jour, ces rôles n'ont aucun cadre législatif. En effet, le parlement suisse n'a pas approuvé de règlement séparé pour ces rôles avancés en 2016. L'histoire suisse révèle de nombreux obstacles à l'implémentation de l'IPA des obstacles également mentionnés dans la littérature internationale sans protection du titre, un manque de clarté du rôle, aucune compensation financière, la résistance des autres praticiens et des parties prenantes et des différences entre les programmes de formation. La Suisse procède actuellement à un exercice de réflexion analogue à celui de la Belgique, à savoir, réfléchir au cadre à utiliser pour décrire un profil de fonction APN (Hamric et al. 2014 versus modèle de CanMeds), quant aux exigences réglementaires et à la conception/l'invention d'un organisme de surveillance pour de telles fonctions.

Au cours des 17 dernières années, l'Irlande s'est aussi fortement concentrée sur le développement, l'implémentation et l'évaluation de rôles de pratique avancée (advanced practice) dans son système des soins de santé. En 2000, un cadre pour la carrière clinique du personnel infirmier a été défini. L'éventail des tâches, des exigences de formation et le nombre d'années d'expérience professionnelle (respectivement de 5 à 7 ans, dont 2 à 5 ans dans le domaine de spécialisation) de « l'infirmière clinicienne/sage-femme spécialisée » et de « l'infirmière avancée/sage-femme praticienne » ont été définis. Une évaluation complète de l'efficacité de ces rôles montre une nette amélioration au niveau des résultats liés au patient/client (notamment, une diminution de la mortalité, une augmentation des aptitudes la gestion autonome, une diminution du nombre de maladies), au niveau des résultats liés aux praticiens (notamment, l'augmentation des connaissances et des compétences chez les autres praticiens, le fonctionnement en tant que modèles de soins, la motivation accrue des autres praticiens) et au niveau des services offerts (notamment, la réduction des temps d'attente, la diminution du nombre de réadmissions, la réduction des coûts, l'implémentation accrue des résultats de la recherche dans la pratique) (Begley et al., 2013; Begley, Murphy, Higgins, & Cooney, 2014). Les rôles de praticiens avancés (advanced practitioner) ont démontré un degré plus élevé de leadership clinique (éducation, soutien, modèle de rôle, effectuer des examens). Il existe donc une valeur ajoutée clairement démontrée de ces fonctions expertes dans le secteur des soins. La récession actuelle en Irlande depuis 2008 a amené le ministère de la Santé à décider d'étendre le nombre d'infirmières avancées/sages-femmes praticiennes de 201 en 2016 à 700 en 2021, soit à 2% du total des infirmières. Elles seraient essentiellement affectées aux soins chroniques, aux soins aux personnes âgées et aux soins aigus imprévisibles. Dans le même temps, décision fut prise de réduire les exigences de formation pour APN de 7 à 2 ans d'expérience professionnelle. L'évaluation devra encore démontrer si cela aura suffi à créer des emplois complexes. NB : À titre de comparaison : en 2004, 8,4% des infirmières assumaient un rôle APN.

## Leçons tirées des ateliers

### Workshop Advanced Practice Nursing

Le secteur des soins a subi d'importantes transformations au cours des 20 dernières années, tant dans l'offre de soins que dans la population de patients. Ces transformations ont un impact profond sur l'organisation des soins, sur la professionnalisation des praticiens et sur la mission, l'accomplissement des tâches et l'organisation de la pratique infirmière. L'une des évolutions importantes est le développement croissant de « **Advanced Practice Nursing** » (APN).

**De quoi parle-t-on ?** Le Conseil International des Infirmiers (International Council of Nursing) définit l'APN comme étant « *a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and / or country in which she / he is credentialed to practice. A master level degree is*

*recommended for entry level* » (Schober, 2016). Au niveau international, le nombre de formations universitaires infirmières augmentent, notamment des masters pour les IPA, qui comprennent également des programmes de doctorat (PhD) (Lahtinen et al. 2014). APN est considéré comme un terme générique dans lequel - contrairement au terme pratique infirmière avancée (Advanced Nursing Practice - ANP) - l'accent est mis non seulement sur les tâches de l'infirmière de pratique avancée, mais également sur le vaste champ d'activités que cette personne intègre dans un certain contexte (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004). Cet atelier a mis l'accent sur l'importance d'utiliser le mot juste (APN) ainsi que le terme large, étant donné que l'exercice de réflexion dans le contexte de la réforme de l'AR78 est plus vaste que la simple prise en charge de tâches.

Au niveau international et également en Belgique, les termes les plus connus sont les **infirmières spécialistes (cliniques)** et **infirmières praticiennes**. Les deux rôles se caractérisent par leur lien avec les soins directs aux patients. Les infirmières spécialistes offrent plutôt des soins complémentaires, elles sont responsables des soins complexes et directs aux patients, ainsi que de l'accompagnement, de la formation et du soutien des infirmières et des autres membres de l'équipe multidisciplinaire et elles jouent un rôle important dans l'implémentation de pratiques fondées sur des données probantes, d'innovations et dans la professionnalisation ultérieure la profession d'infirmière (*avancement*). Les infirmières praticiennes assument plus souvent le rôle de suppléante, assumant des tâches qui sont chez nous traditionnellement plutôt confiées à un autre groupe professionnel (ex. les médecins). Elles fournissent davantage de soins d'experts cliniques, notamment l'évaluation médicale, le diagnostic et le traitement de problèmes médicaux simples, ainsi que la prescription de médicaments (notamment aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Australie). En Flandre en particulier, nous voyons souvent des « rôles mixtes » dans lesquels le taux de remplacement et de complémentarité peut parfois fort différer (Van Hecke, Beckman, Verhaeghe, & Decoene, 2017).

**Conditions préalables à l'implémentation de rôles de pratique avancée :** Les témoignages au cours de l'atelier ont révélé que l'implémentation de rôles de pratique avancée est complexe et souvent difficile. Au cours de la discussion, les conditions préalables suivantes ont été citées pour que de tels rôles prennent tout leur sens :

- Un master est indispensable, en plus d'une expérience clinique approfondie et d'une formation clinique suffisante dans le cadre de laquelle le portfolio (cf. réforme de l'AR 78) peut constituer un outil de surveillance important ;
- Un cadre législatif approprié avec, notamment, l'attention portée à l'autonomie, la possibilité de prescrire et un diagnostic infirmier suffisamment large ;
- Un profil de poste sans ambiguïté contenant tant les tâches des infirmières spécialisées que des infirmières praticiennes, qui permet d'inclure des rôles mixtes selon le contexte de travail, lesquels se différencient clairement d'autres fonctions expertes (telles qu'infirmière spécialisée, consultante en soins infirmiers) et en communiquant clairement à ce sujet auprès des patients et de leur entourage. L'utilisation d'un seul profil était principalement motivée par la réduction de la complexité des différentes professions des soins de santé.
- Incitations financières/rémunération pour les rôles de pratique avancée, en prenant en compte l'impact financier sur les autres praticiens (ex. perte de revenus des médecins) ;
- Nécessité d'un réseau de pairs, notamment, dans le cadre de l'intervision ;
- Nécessité d'avoir des dirigeants qui facilitent le travail ;
- Nécessité de publier ces rôles auprès des autres praticiens (notamment les médecins (de famille) et les paramédicaux)

### Points d'attention pour l'avenir

Outre les conditions préalables à l'implémentation, les participants ont désigné un certain nombre de points d'attention futurs :

- Il est nécessaire d'étendre les rôles d'advanced practice nursing à un contexte autre qu'hospitalier, notamment les soins de première ligne, les soins aux personnes âgées, le secteur des personnes avec limitation et les soins de santé mentale. Un autre défi consiste à utiliser les rôles de pratique avancée de manière plus transmurale, avec une attention particulière, notamment, à la coordination des soins, tout en évitant obligatoirement les « rôles en silo » ;
- Garantir suffisamment que les rôles de pratique avancée conservent leur lien avec les soins directs aux patients ;
- Veiller à ce que le remplacement et la prise en charge de tâches médicales ne priment pas par rapport aux tâches infirmières dans ces rôles, avec une expansion sans approfondissement clinique des soins infirmiers et un manque « d'avancement » conséquent ;
- Au cours de l'atelier, proposition fut faite de se concentrer en Belgique sur « l'avancement » (notamment prendre en charge des activités ayant pour but le progrès des soins infirmiers, le développement et l'implémentation d'innovations dans le secteur des soins) et les soins complémentaires au vu des différents domaines requérant une évolution, notamment la prévention, le soutien à l'autogestion et l'adhésion du patient à la thérapie prescrite par le biais de consultations de suivi, la cyber-santé, la gestion de cas, la promotion de l'expertise au sein des équipes (d'infirmières) ;
- Les participants à l'atelier se sont demandé si des infirmières de pratique avancée qui investissent en profondeur et en innovation des soins, grâce à des compétences cliniques étayées scientifiquement et spécialisées, et qui assument divers rôles (notamment, coach et accompagnateur des patients et des membres de leur famille, des infirmières et d'autres praticiens, chercheur, dirigeant clinique et professionnel, innovateur, partisan de la prise de décision éthique) ne sont pas finalement des « mirages ». N'y a-t-il pas actuellement un décalage entre la nécessité et la réalité des profils d'advanced practice nursing qui se présentent ?

### Atelier Diagnostic infirmier

Le diagnostic infirmier est défini comme « un **jugement clinique** de l'infirmière pour une personne, une famille, un groupe ou une communauté concernant **une réponse humaine à des états pathologiques/processus vitaux, ou la vulnérabilité de cette réponse.** » Un diagnostic infirmier sert de base à la sélection des **interventions infirmières** pour atteindre les résultats relevant de la **responsabilité de l'infirmière** » (NANDA 2009,2013) Un diagnostic infirmier est donc un jugement clinique d'infirmière sur la réaction d'un bénéficiaire de soins (individu, groupe ou communauté) à un problème de santé potentiel ou actuel pour lequel elle est compétente et habilitée à pratiquer l'art infirmier sur la base de sa formation et de son expérience. Un diagnostic infirmier est posé sur la base d'une analyse des informations obtenues à partir des antécédents (l'anamnèse) infirmiers. Le processus d'analyse (raisonnement diagnostique) fait partie du processus de soins infirmiers. Le diagnostic infirmier amène à faire un choix d'interventions et de résultats infirmiers. Il faut nécessairement disposer d'un système de codage ou d'un langage uniforme comprenant une description cohérente des interventions infirmières afin de mesurer les soins infirmiers. Un diagnostic infirmier repose sur la structure PES :

1. Problème : consiste en une étiquette et une définition formulée avec précision
2. Étiologie : causes, facteurs d'influence
3. Signaux et symptômes : caractéristiques, critères

Pour un diagnostic infirmier, on utilise une terminologie univoque. La plus courante est la classification NNN qui se compose de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) pour la dénomination

de diagnostics infirmiers, la classification des interventions infirmières (Nursing Intervention Classification - NIC) et la classification des résultats infirmiers (Nursing Outcome Classification - NOC). L'inclusion d'un diagnostic infirmier (NANDA), associé à une intervention infirmière (NIC) et le résultat des soins (CNP) dans le dossier patient électronique (DPE) offre une grande valeur ajoutée pour bénéficier de soins infirmiers sous une forme cohérente et quantifiée. L'utilisation d'une terminologie standard risque cependant de perdre les besoins individuels du patient dans le DPE.

Certains critères ont notamment été discutés pour la sélection des interventions au cours du processus de soins infirmiers, notamment, les résultats pour le patient (NOC), les preuves récentes, la faisabilité de l'intervention (coût et temps), les compétences interpersonnelles, les compétences en soins infirmiers et la disposition du patient à accepter l'intervention sélectionnée. Pour l'exactitude du diagnostic, il est important de raisonner cliniquement, en partenariat avec le patient, d'évaluer le contexte de la situation et de coordonner le diagnostic au patient et aux autres praticiens. La deuxième partie de l'atelier portait essentiellement sur les « systèmes d'aide à la décision pour les diagnostics » et la précision des diagnostics documentés (W. Paans, Sermeus, Nieweg, Krijnen, & van der Schans, 2012; Wolter Paans, Sermeus, Nieweg, & Van Der Schans, 2010).

### Atelier Formation permanente

La formation permanente et le développement professionnel continu (DPC) sont définis comme « le maintien, l'amélioration et l'acquisition et/ou le renforcement continus de connaissances, d'aptitudes et de compétences tout au long de la vie des professionnels de la santé. C'est essentiel pour répondre aux besoins des patients, de la prestation des services de santé et de l'apprentissage professionnel individuel. Le terme reconnaît non seulement le large éventail de compétences nécessaires pour assurer une prestation de soins de haute qualité, mais également le contexte multidisciplinaire des soins aux patients. » (EAHC, 2013).

L'atelier s'est référé à la « courbe de dédoublement des connaissances » de Buckminster Fuller (1982). Celle-ci révèle que dans les années 1950, la demi-vie des connaissances médicales était encore de 50 ans. Cela signifie qu'un médecin ou une infirmière diplômée dans les années 1950 ayant acquis ses connaissances au cours de sa formation pouvait fonctionner sans problèmes jusqu'à sa retraite. Une formation permanente n'était donc pas vraiment nécessaire. Actuellement, la demi-vie des connaissances médicales est d'à peine 3 à 5 ans, ce qui signifie que les connaissances acquises vieillissent et deviennent rapidement obsolètes. La formation permanente devient donc une nécessité pour une prestation de services de qualité.

Au cours de l'atelier, les résultats de l'étude de l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (Executive Agency for health and Consumers - EAHC) ont été présentés en 2013. Cette étude compare le DPC pour les différentes professions de soins de santé en Europe. Cette étude révèle qu'en Belgique, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays européens, les infirmières n'ont actuellement aucune obligation de suivre une formation permanente. Certaines exceptions sont toutefois prévues : pour les infirmières détenant un titre professionnel particulier (TPP - spécialisation) ou une qualification professionnelle particulière (QPP - expertise), il est obligatoire de suivre 60 heures de formation permanente par période de 4 ans. À défaut de les avoir accomplies, le titre professionnel peut être suspendu. Le suivi est effectué par les communautés. Une formation permanente peut être proposée par des organisations professionnelles, des gouvernements, des établissements d'enseignement et des associations scientifiques. Il existe également une obligation de formation permanente pour les infirmières dirigeantes des hôpitaux (chef du département des soins infirmiers, infirmiers chefs de service, et infirmières en chef,) dans le domaine de la gestion et du leadership (législation et financement hospitaliers, politique du personnel et coaching, législation sociale, principes de la gestion d'entreprises, épidémiologie, gestion des données hospitalières, politique de qualité). Au total, il convient de suivre au

moins 60 heures pendant 4 ans. Par ailleurs, à compter du 1er janvier 2008, les accords sociaux prévoient l'octroi d'un complément de fonction (prime) aux infirmières en chef, aux infirmières chefs de service des hôpitaux, des résidences-services, des services pour soins à domicile, des foyers de soins psychiatriques, des résidences protégées, ayant au moins 18 ans d'ancienneté rémunérée si elles ont suivi au moins 8 heures de formation permanente par an concernant la gestion des horaires, la durée de travail, des conventions collectives de travail (CCTs), le bien-être au travail et la gestion d'une équipe. Pour les sages-femmes, il est obligatoire de suivre une formation permanente de 75 heures par 5 ans. Si elles ne le font pas, elles risquent de perdre leur enregistrement et leur visa.

La majorité des participants à l'atelier sont en faveur d'une obligation de formation permanente. Il faut avoir un mélange entre une partie de formation facultative et un certain nombre de composantes obligatoires. Les participants favorables à la formation permanente facultative estiment que le DPC doit s'inscrire dans le plan de développement personnel de chaque professionnel de la santé. La proposition de conserver un portfolio de DPC va dans ce sens.

Bien que le choix facultatif soit la situation la plus souhaitable et qu'il repose sur une motivation intrinsèque, il ne semble pas toujours réussir dans la pratique. Beaucoup d'infirmières ne suivent aucune formation permanente par faute de temps. Seuls 10% des personnes inscrites à un cours en ligne ouvert et massif (Massive Open Online Course - MOOC) semblent également y mettre fin. Même si la formation permanente est offerte gratuitement (ex. par des associations professionnelles), peu d'infirmières semblent disposées à s'y inscrire. Un stimulus externe s'avère souhaitable.

Au cours de l'atelier, il y a eu beaucoup de discussions sur le contenu, la forme et l'étendue de la formation permanente. Les exigences minimales sont mieux développées et imposées par les associations professionnelles et correspondent le mieux aux besoins du domaine de travail (ex. qualité et sécurité des patients, utilisation d'antibiotiques, rôle des patients, ...). La majorité des participants est favorable à une accréditation des instituts de formation offrant une formation permanente afin de fournir une offre de qualité tant sur le contenu que sur le plan éducatif. Il est demandé aux instituts de formation de coopérer étroitement avec la pratique afin de réaliser non seulement le transfert des connaissances d'une formation à la pratique, mais aussi d'une pratique à la formation.

Il est important de créer les conditions nécessaires pour que les infirmières puissent participer à la formation permanente. Pour les employeurs, cela signifie généralement qu'ils supportent les frais d'inscription, qu'ils mettent à disposition le temps nécessaire à la formation permanente, qu'ils proposent une offre de formations intéressante. La formation permanente se déplace de plus en plus vers l'apprentissage en ligne (e-learning) et l'apprentissage sur le Web.

Recommandations :

- Pour toutes les parties impliquées (gouvernements, employeurs, infirmières) : reconnaître l'importance de la formation permanente et créer une offre suffisamment importante pour répondre aux intérêts et aux besoins des infirmières et des sages-femmes.
- Éliminer les obstacles principaux (absence de temps, d'argent) et prévoir des incitations pour que les infirmières et les sages-femmes puissent réellement participer à la formation permanente. Il est également possible de le faire en fournissant des formes de travail flexibles (apprentissage basé sur le Web, apprentissage en ligne), permettant une meilleure intégration de la formation permanente sur le lieu de travail.
- La sécurité des patients est une question importante qui doit être abordée de façon répétée.
- Le lien avec l'accréditation (tant des institutions, instituts de formation que des professionnels) est essentiel là où le pas peut (capacité et possibilité) être franchi vers une évaluation de la qualité et des résultats des soins.
- La coopération européenne fournit essentiellement des opportunités en fonction de l'échange de bonnes pratiques dans le domaine de la formation permanente.

## The future of nursing : perspectives d'avenir

Comment doit-on fonctionner désormais ? Plusieurs rapports internationaux font des projections dans l'avenir et inspirent la Belgique. Nous avons sélectionné quatre rapports.

Il y a tout d'abord le rapport de l'Institute of Medicine (2010) « The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health (Diriger le changement, faire progresser la santé) » (Institute of Medicine, 2010), à l'origine de l'initiative belge pour la journée d'étude. Les infirmières constituent le plus grand groupe professionnel des soins de santé (plus de 3 millions d'infirmières aux États-Unis), et le rapport examine comment le rôle, les responsabilités et la formation des infirmières doivent changer pour faire face au besoin croissant et complexe en soins d'une population vieillissante et souffrant de maladies chroniques. Le rapport attribue aux infirmières un rôle central dans les futurs soins de santé. Quatre messages clés ont été formulés :

1. Nurses should practice to the full extent of their education and training
2. Nurses should achieve higher levels of education and training through an improved education system that promotes seamless academic progression
3. Nurses should be full partners, with physicians and other health care professionals, in redesigning health care in the United States
4. Effective workforce planning and policy making require better data collection and an improved information infrastructure

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) attribue également un rôle central à l'infirmière. En 2015, la Direction régionale pour l'Europe a formulé des directives stratégiques pour renforcer les soins infirmiers et obstétricaux afin d'atteindre les objectifs de santé de 2020. En 2016, l'OMS International a repris cette activité. L'OMS Europe (WHO Europe, 2015) mise sur quatre thèmes :

1. Scaling up and transforming education and training
2. Workforce planning and optimizing skill mix
3. Ensuring positive work environments
4. Promoting evidence-based practice and innovation

De 2014 à 2017, Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing (la société d'honneur des soins infirmiers), a réuni des panels du monde entier pour réfléchir à l'avenir des soins infirmiers et obstétricaux. Le célèbre rapport du GAPFON (Global Advisory Panel on the Future of Nursing and Midwifery/Groupe consultatif mondial sur l'avenir des soins infirmiers et obstétricaux) a été publié au début de 2018 (Klopper & Hill, 2015). Il a pour message principal qu'il faut du leadership pour guider la profession dans la bonne direction. Et qu'il faut du leadership en termes de recherche, d'éducation, de pratique, d'emploi et de politique.

Le quatrième rapport est l'œuvre du comité Lancet dirigé par Frenk et Chen (Frenk et al., 2010) 100 ans après le rapport Flexner (1910), qui a jeté les bases des formations actuelles de médecine et de soins de santé (notamment l'art infirmier). Le comité Lancet estime que la formation ne répond pas suffisamment aux défis d'un système de soins de santé complexe, qui se traduit par un travail d'équipe médiocre, une focalisation technique trop limitée dans laquelle la personne affectée par la maladie est souvent perdue de vue, une focalisation trop dominante sur l'hôpital et la spécialisation, le manque de connaissances contextuelles pour pouvoir évaluer et anticiper de manière adéquate les situations changeantes et la faiblesse du leadership visant à améliorer la qualité et la performance du système.



## Qu'est-ce que cela signifie concrètement pour la Belgique ?

Sur base de la littérature et des discussions tenues durant le symposium, quelques recommandations sont formulées concernant la formation pour devenir infirmière, le rôle et le poste de l'infirmière IPA, la formation permanente, la coopération interdisciplinaire et le leadership. Un consensus assez large s'est dégagé sur les derniers thèmes du symposium. Il y a encore peu d'unanimité sur le premier thème.

### Recommandation 1 : Améliorer le niveau de l'expertise infirmière

Il ressort clairement de la littérature que, dans de nombreux pays, les qualifications de base en art infirmier sont encore en plein changement et en cours d'évolution. La variation en Europe est grande. Convertir l'expertise infirmière d'une formation professionnelle en une formation de bachelor, en élargissant encore le nombre de Masters et en augmentant le nombre de doctorats, est conforme aux recommandations et aux évolutions internationales. Il existe de nombreuses preuves que le niveau de qualification de l'infirmière a un impact sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Nous retrouvons cette recommandation dans les rapports de l'Institut de médecine (Institute of Medicine) et de l'OMS. De nombreux pays (tant européens qu'internationaux) ont déjà entrepris ce changement. Les discussions ne portent pas sur les évidences ou la vision généralement partagée, mais sur comment et avec quelle rapidité nous devons la réaliser et sur comment assurer le passé et le futur.

Recommandations concrètes :

- Faire le choix, conformément aux recommandations internationales, de réserver la pratique infirmière du futur à partir d'un niveau de bachelier infirmier
- Mettre en place les incitants, les mesures transitoires et les formations nécessaires pour que les infirmières qui ne possèdent pas actuellement les compétences requises puissent les acquérir dans les délais impartis.
- À l'avenir, à une date à préciser, réserver l'accès à la profession aux nouveaux diplômés d'au minimum un bachelier infirmier

### Recommandation 2 : Mise en œuvre des Advanced Practice Nursing

Compte tenu du déploiement relativement limité des infirmières APN en Belgique et des preuves évidentes de l'impact sur la qualité et la continuité des soins, nous recommandons d'investir massivement dans la position des infirmières APN. La capacité de former des infirmières au niveau Master est présente (tant dans la partie néerlandophone que francophone du pays). Les obstacles se situent essentiellement sur l'absence de statut, de compétence, de conditions de travail appropriées. Dans le contexte belge, nous optons pour le maintien des dénominations actuelles *Verpleegkundig Specialist (VS)* et *Infirmier Pratique Avancée (IPA)* en tant que traduction du terme anglais APN.

Recommandations concrètes :

- Établir des compétences et des pouvoirs (cf. Hamric, rôles CanMeds)
- Établir des conditions de formation au moins au niveau du Master universitaire avec indication des composantes essentielles de la formation, en plus d'une expérience clinique approfondie et d'une formation clinique suffisante au cours de laquelle le portfolio peut constituer un outil de surveillance important ;
- Établir des exigences en matière d'expérience de travail (général et dans le domaine de spécialisation) ;

## Future of Nursing: improving health, driving change.

- Reconnaissance et enregistrement en tant que VS/IPA dans le cadastre des praticiens de l'art infirmier dans lequel les conditions de cette reconnaissance peuvent être surveillées via le portfolio ;
- Établir des conditions de travail et un cadre législatif (autonomie, possibilité de prescrire, diagnostic infirmier suffisamment large, conditions salariales, contenu de l'emploi) ;
- Garantir suffisamment que les rôles de pratique avancée conservent leur lien avec les soins directs aux patients ;
- Veiller à ce que le remplacement et la prise en charge de tâches médicales ne priment pas par rapport aux tâches infirmières dans ces rôles ;
- Nécessité d'un réseau de pairs, notamment dans le cadre de l'intervision, nécessité de dirigeants qui facilitent le travail et nécessité de publier ces rôles auprès d'autres praticiens (notamment les médecins (à domicile), paramédicaux).

### Recommandation 3 : Focus sur la coopération interprofessionnelle

Le comité Lancet de Frenk et al. (2010) fait deux recommandations majeures. La première recommandation est d'organiser la formation en soins de santé de manière transprofessionnelle dès le début de la formation, en mettant en œuvre le travail d'équipe systématiquement en collaboration directe avec la pratique et le domaine d'activité. Plutôt que de former comme cela se fait actuellement, des professionnels indépendamment les uns des autres pendant au moins 4 ans en espérant qu'ils arriveront à collaborer ensemble plus tard dans la pratique. La deuxième recommandation est, outre l'apprentissage informatif (connaissances, compétences) et formateur (valeurs, attitudes professionnelles), de se concentrer davantage sur l'apprentissage transformateur dans le cadre duquel les professionnels apprennent à acquérir des compétences en leadership afin de prendre les bonnes décisions, en fonction du contexte.

Recommandations concrètes :

- Plus forte implication du milieu professionnel dans la formation
- Mettre en œuvre les compétences de l'équipe plutôt que les compétences individuelles

### Recommandation 4 : Formation permanente

En Belgique, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays européens, les infirmières n'ont actuellement aucune obligation de suivre une formation permanente. Certaines exceptions sont toutefois prévues : pour les infirmières détenant un titre professionnel particulier (TPP - spécialisation) ou une qualification professionnelle particulière (QPP - expertise), il est obligatoire de suivre 60 heures de formation permanente par période de 4 ans. Nous proposons que la formation permanente (développement professionnel continu - DPC) soit obligatoire pour tous les professionnels des soins de santé et, donc, aussi pour les infirmières. Elle constituerait une condition préalable au renouvellement de l'agrément pour l'exercice de la profession.

Recommandations concrètes :

- Les infirmières conservent un portfolio de formation permanente
- Une partie du portfolio concerne la qualité des soins fournis
- Le portfolio doit être utilisé comme un instrument d'amélioration de la qualité. Ce n'est pas un mécanisme de contrôle qui est vérifié uniquement lorsqu'un problème spécifique se pose dans la pratique professionnelle. Il convient de développer les outils nécessaires à cette fin

## Future of Nursing: improving health, driving change.

- La coopération interdisciplinaire en soins de santé et la stimulation de la concertation interprofessionnelle doivent être intégrées à la formation permanente
- Dans la formation permanente, il convient de suivre un certain nombre de rubriques fixes, qui revêtent une grande importance pour les soins infirmiers
- La formation permanente doit demeurer à un prix abordable

## Références

- Aiken, L. H., Clarke, J., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organisational Support , and quality of care: cross -national findings. *International Journal for Quality and Healthcare*, 14(1), 5–13.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Begley, C., Elliott, N., Lalor, J., Coyne, I., Higgins, A., & Comiskey, C. M. (2013). Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1323–1337.
- Begley, C., Murphy, K., Higgins, A., & Cooney, A. (2014). Policy-makers' views on impact of specialist and advanced practitioner roles in Ireland: The SCAPE study. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 410–422.
- Bohinc, M., & Cibic, D. (2005). Country Profile: Slovenia. *Nursing Ethics*, 12(3), 317–322.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519–529.
- Diepeveen-Speekenbrink, J. C. M. H. (1992). The developing discipline of nursing from a Dutch perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 29(2), 99–111. h
- EAHC. (2013). *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU - Final Report*. Retrieved from [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd\\_mapping\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf)
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Ttransforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958.
- Humar, L., & Sansoni, J. (2017). Bologna Process and Basic Nursing Education in 21 European Countries. *Ann Ig*, 29(2), 561–571.
- Institute of Medicine. (2010). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Medicine. h
- International Labour Organisation. (2008). International Standard Classification of Occupations. *Isc0-08*, 1, 1–433. Retrieved from <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/publication08.pdf>
- Kalnins, I. (1995). Pioneers in academia: Higher education for nurses in Estonia, Latvia, and Lithuania. *Nursing Outlook*, 43(2), 84–87.
- Kalnins, I., Barkauskas, V. H., & Šeškevičius, A. (2001). Baccalaureate nursing education development in 2 Baltic countries: Outcomes 10 years after initiation. *Nursing Outlook*, 49(3), 142–147.
- Klopper, H., & Hill, M. (2015). Global Advisory Panel on the Future of Nursing (GAPFON) and Global Health. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 3–4.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. *Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine* (Vol. 21).
- Kroezen, M., Schäfer, W., Sermeus, W., Hansen, J., & Batenburg, R. (2018). Healthcare assistants in EU Member States: An overview. *Health Policy*.
- Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H., & Salminen, L. (2014). Nursing education in the European higher education area - Variations in implementation. *Nurse Education Today*, 34(6), 1040–1047.
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934.
- Ministère de l'enseignement supérieur de de la Recherche, L. G. du G.-D. de L. (2017). *Professions de Santé*. Retrieved from [www.cedies.lu](http://www.cedies.lu)

- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722. h
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. M. B., Krijnen, W. P. P., & van der Schans, C. P. P. (2012). Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. *BMC Nursing*, 11.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. R. M., & Van Der Schans, C. P. C. P. C. P. C. P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2481–2489.
- Robinson, S., & Griffiths, P. (2007). Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. *National Nursing Research Unit*, (October), 1–36. Retrieved from <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nrru/Publications/Reports/NurseEduProfiles.pdf>
- Schober, M. (2016). *Introduction to Advanced Nursing Practice*. Cham: Springer International Publishing.
- Šimunović, V. J., Županović, M., Mihanović, F., Zemunik, T., Bradarić, N., & Janković, S. (2010). In Search of a Croatian Model of Nursing Education. *Croatian Medical Journal*, 51(5), 383–395.
- Ślusarska, B., Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Marcinowicz, L., & Nowicki, G. (2018). Nursing education in Poland – The past and new development perspectives. *Nurse Education in Practice*, 31(April), 118–125.
- Spitzer, A., & Perrenoud, B. (2006). Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Processes and Current Status. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 162–171.
- Tóthová, V., & Sedláková, G. (2008). Nursing education in the Czech Republic. *Nurse Education Today*, 28(1), 33–38.
- Van Hecke, A., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Decoene, E. (2017). Verpleegkundige specialisten in Vlaamse algemene en universitaire ziekenhuizen: hun functie-inhoud. *TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE*, 73(17), 1036–1048.
- Vladescu, C., & Olsavsky, V. (2009). Migration of nurses: The case of Romania. *Management in Health*, 13(4), 12–16.
- WHO Europe. (2015). *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Marmorvej; 2015. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020\\_en-REV1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1)
- Zabalegui, A., & Cabrera, E. (2009). New nursing education structure in Spain. *Nurse Education Today*, 29(5), 500–504.