

SYNTHÈSE

DOTATION INFIRMIÈRE POUR DES SOINS (PLUS) SÛRS DANS LES HÔPITAUX AIGUS



SYNTHÈSE

DOTATION INFIRMIÈRE POUR DES SOINS (PLUS) SÛRS DANS LES HÔPITAUX AIGUS

KOEN VAN DEN HEEDE, LUK BRUYNEEL, DORIEN BEECKMANS, NIELS BOON, NICOLAS BOUCKAERT, JUSTIEN CORNELIS, DORIEN DOSSCHE,
CARINE VAN DE VOORDE, WALTER SERMEUS



■ PRÉFACE

Le 12 mai prochain, nous fêterons le 200^{ème} anniversaire de la naissance de Florence Nightingale, figure de proue de la profession d'infirmière dont elle n'a cessé de défendre la professionnalisation en se consacrant notamment à l'élaboration d'une formation rigoureuse. C'est peut-être moins connu, mais elle était également une experte des statistiques qu'elle a mises au service de la santé publique grâce à un art consommé de la pédagogie. Cela montre que la rigueur de la science s'allie parfaitement aux qualités humaines et à l'empathie nécessaire aux professionnels infirmiers.

Dans la société vit encore la perception que le rôle infirmier relève davantage de l'art de soigner que de l'art de guérir. Comme si l'art de soigner n'impliquait pas techniques de pointe, traitements complexes, surveillance attentive, sens clinique et réactions rapides face aux situations d'urgence. Florence Nightingale a pourtant initié le mouvement de professionnalisation de l'infirmière qui a transformé la personne dévouée en un membre du personnel soignant aux compétences multiples et reconnues.

Pour autant, attention et compétences se conjuguent mal avec une charge de travail toujours croissante, accentuée par la complexité des soins à apporter et des situations de soins à gérer. Ce rapport démontre de façon scientifique, rigoureuse et robuste, que le nombre de patients dont infirmiers et infirmières doivent assurer la prise en charge est bien trop élevé pour répondre aux missions infirmières. Les mouvements de protestation se multiplient, en Belgique comme dans d'autres pays, face à ce constat. Pris en étau entre des dotations inadéquates liées à des règles obsolètes et des exigences de soins professionnels, c'est-à-dire humains et techniquement irréprochables, le personnel infirmier souffre. Situation loin d'être idéale pour prendre soin des autres. Des mesures s'imposent, c'est une évidence et elles devront être financées. Mais ne nous leurrions pas, tout ne sera pas résolu à coups de millions d'euros. Avant d'engager du personnel infirmier supplémentaire, il faut qu'il soit formé et les bancs des universités et hautes écoles ne vont pas se remplir sans un regain de l'attractivité pour la profession. De nombreuses études en attestent, ce n'est pas seulement l'attrait du salaire qui motivera les étudiants et futurs professionnels, même s'il n'est pas à négliger. C'est bien la conviction qu'ils et elles pourront exercer leur profession dans des conditions de travail qui leur permettront de délivrer des soins de qualité en toute sécurité, fondés sur des pratiques scientifiques et en garantissant aux patients le suivi et les prestations qu'ils sont en droit d'attendre. Mieux encore, c'est la garantie que suite à la formation qu'ils et elles auront suivie, ils et elles pourront se concentrer sur les tâches qui relèvent de leurs compétences en confiant à d'autres, formés à cet effet, les multiples tâches de support et de logistique qui polluent leur quotidien.

Marijke EYSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ MESSAGES CLÉS

- Des études scientifiques ont démontré qu'une dotation infirmière adéquate (un nombre plus élevé d'infirmiers plus qualifiés) permet de réduire le risque de mortalité hospitalière, d'améliorer les *outcomes* et expériences rapportés par les patients (PROM/PREM) et d'augmenter le bien-être du personnel infirmier.
- La présente étude vérifie si les normes actuelles en personnel infirmier sont toujours adéquates pour les hôpitaux aigus belges, au vu du contexte hospitalier en mutation (diminution de la durée de séjour, vieillissement des patients).
- Nous avons analysé les données administratives hospitalières (activité du personnel et de l'effectif infirmier) pour la période comprise entre 2009 et 2016, et nous avons organisé une enquête à grande échelle (84 hôpitaux) auprès de près de 5 000 infirmiers travaillant en milieu hospitalier pour évaluer leur charge de travail, leur perception de la qualité des soins et leur bien-être. Ces résultats ont pu (pour 49 hôpitaux) être comparés à ceux d'une enquête similaire datant de 2009.
- Nous en avons tiré des conclusions positives et moins positives :

Points positifs

- La Belgique dispose d'un nombre relativement élevé d'infirmiers : 11 par 1 000 habitants (5^e place en Europe).
- Au fil du temps, la dotation infirmière a augmenté de manière constante dans les services hospitaliers généraux (chirurgie et médecine interne).
- Depuis 2009, le nombre moyen de jours comportant une pratique manifestement peu sûre en raison de l'effectif infirmier (plus de 8 patients par infirmier) a diminué au sein de ces services.
- Le nombre d'infirmiers ayant un diplôme de bachelier augmente de façon continue : 63 % en 2019.
- Différents aspects de l'environnement de travail du personnel infirmier se sont améliorés par rapport à 2009, notamment un meilleur leadership et de meilleures relations avec les médecins.

Points moins positifs

- Le nombre moyen patients/infirmier (9,4) se situe largement au-dessus de la norme générale et internationale pour une pratique sûre (p.ex. au Queensland (Australie), cette norme est de maximum 4 patients par infirmier pendant la journée et 7 patients par infirmier pendant la nuit).
- On estime qu'un nombre de patients par infirmier supérieur à 8 (certainement en journée) reflète un environnement de soins manifestement peu sûr. Si nous devons appliquer cette norme jour et nuit



dans notre pays, le nombre de patients par infirmier serait trop élevé pendant 49,4 % des jours-patients dans les services de médecine interne et de chirurgie. En gériatrie, ce taux serait même de 74 % (chiffres de 2016).

- Seulement 46 % des infirmiers interrogés estiment que la sécurité du patient au sein du service est bonne ou très bonne, et 66 % ont indiqué qu'ils « n'étaient pas du tout certains ou peu certains » que les patients soient capables d'assurer leurs propres soins après leur sortie de l'hôpital.
- L'augmentation du nombre d'infirmiers semble insuffisante pour combler les besoins croissants en soins. Les infirmiers déclarent que le nombre d'actes infirmiers nécessaires qu'ils sont incapables d'accomplir faute de temps augmente constamment. De plus, 37 % ont indiqué ne pas avoir pu surveiller correctement leurs patients ni les changer de position (prévention des escarres) au cours de leur dernière prestation.
- Malgré cette charge de travail plus élevée, les infirmiers continuent à accomplir de nombreuses tâches ne nécessitant par leur expertise. Ainsi, 82 % déclarent servir les repas et 61 % assurer le transport de patients dans l'hôpital.
- Un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail et 10 % envisagent de quitter la profession. Trente-six pourcents (36 %) présentent un risque de burnout et ce chiffre a augmenté au cours des 10 dernières années.
- Afin de rendre le milieu de travail des infirmiers plus attractif et d'améliorer la sécurité des soins, le KCE recommande d'investir fortement dans l'augmentation et la qualification de la dotation infirmière dans les hôpitaux, et d'engager des aides-soignants et du personnel de soutien pour assurer les tâches qui ne sont pas du ressort des infirmiers. Dans un premier temps, les situations manifestement peu sûres (ratio patients/infirmier supérieur à 8) doivent être supprimées. Ensuite, des ratios de sécurité doivent être établis et peuvent différer selon le type de service et de prestation (jour ou nuit).

L'application urgente de ces mesures est surtout nécessaire dans les services de gériatrie. Il faut également rendre les soins gériatriques plus attractifs.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	4
1.	CONTEXTE.....	8
1.1.	CONTEXTE DE L'ÉTUDE : LA SITUATION PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS HOSPITALIERS BELGES A-T-ELLE ÉVOLUÉ AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES ?.....	8
1.2.	QUELQUES FAITS ET CHIFFRES SUR LES INFIRMIERS BELGES.....	8
	1.2.1. La formation des infirmiers dans notre pays	8
	1.2.2. La profession infirmière : quelques faits et chiffres.....	9
	1.2.3. Comment la dotation infirmière est-elle déterminée dans les hôpitaux belges ?	9
1.3.	UN PERSONNEL SUFFISANT ET UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL FAVORABLE.....	10
	1.3.1. Un lien clair entre la dotation infirmière et les outcomes	10
	1.3.2. Importance d'un environnement de travail favorable	11
	1.3.3. Questions pratiques actuellement sans réponse	11
1.4.	IMPACT POSSIBLE DE L'ÉVOLUTION DU PAYSAGE HOSPITALIER	11
	1.4.1. Paysage hospitalier dense et forte utilisation des services hospitaliers	11
	1.4.2. Tendances évidentes : augmentation du nombre d'hospitalisations et diminution des durées de séjour.....	12
	1.4.3. Imminence d'une réforme importante du secteur hospitalier	12
	1.4.4. Impact sur les soins infirmiers.....	12
1.5.	QUESTIONS DE L'ÉTUDE	12
1.6.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	15



2.	ÉVOLUTION DE L'INTENSITÉ DES SOINS ET DE LA DOTATION DANS LES HÔPITAUX BELGES	15
2.1.	ÉVOLUTION DE L'INTENSITÉ DES SOINS INFIRMIERS	15
2.1.1.	Méthodologie.....	15
2.1.2.	L'intensité des soins infirmiers a augmenté de manière constante dans les services de chirurgie et de médecine interne.....	16
2.1.3.	L'intensité des soins infirmiers a également augmenté dans la plupart des autres services.....	16
2.2.	ÉVOLUTION DE LA DOTATION INFIRMIÈRE.....	18
2.2.1.	Méthodologie.....	18
2.2.2.	La dotation infirmière augmente au fil des ans	18
2.2.3.	La proportion d'infirmiers bacheliers a augmenté.....	18
2.3.	LA DOTATION INFIRMIÈRE ACTUELLE EST-ELLE SUFFISANTE ?	20
2.3.1.	La dotation a suivi l'augmentation de l'intensité des soins	20
2.3.2.	Les niveaux d'effectif considérés comme peu sûrs sont toujours pratique courante	20
2.3.3.	Évolution du personnel de soutien.....	21
2.4.	LIEN ENTRE LA DOTATION INFIRMIÈRE ET LE BUDGET HOSPITALIER	22
3.	DOTATION INFIRMIÈRE ET ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DANS LES HÔPITAUX BELGES	23
3.1.	ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL INFIRMIER	23
3.1.1.	Environnement de travail : amélioration du leadership, de la relation avec les médecins et de la vision sur la qualité des soins	23
3.2.	DOTATION INFIRMIÈRE	25
3.2.1.	Ratio patients/infirmier toujours trop élevé et variabilité importante entre les hôpitaux	25
3.2.2.	Augmentation considérable de la proportion d'infirmiers bacheliers	25
3.3.	SOINS INFIRMIERS NON RÉALISÉS ET ACTIVITÉS NON LIÉES AUX SOINS INFIRMIERS	27



3.3.1.	Augmentation considérable des soins infirmiers non réalisés	27
3.3.2.	Tâches non infirmières accomplies par les infirmiers	29
3.4.	RISQUE DE BURNOUT, INSATISFACTION AU TRAVAIL ET INTENTION DE QUITTER SON EMPLOI	29
3.4.1.	Risque de burnout.....	29
3.4.2.	Insatisfaction au travail et intention de quitter son emploi	29
3.5.	OPINION DES INFIRMIERS SUR LA QUALITÉ DES SOINS.....	30
3.6.	IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ET DE LA DOTATION SUR LES RÉSULTATS INFIRMIERS	31
3.6.1.	Impact du ratio patients/infirmier et du leadership sur le bien-être et le confort des infirmiers.....	31
3.6.2.	Impact du ratio patients/infirmier et des tâches non liées aux soins infirmiers sur les soins infirmiers non réalisés	31
4.	UNE DOTATION INFIRMIÈRE POUR DES SOINS SÛRS DANS LES HÔPITAUX AIGUS BELGES	32
4.1.	DIMINUER LE RATIO PATIENTS/INFIRMIER DANS LES HÔPITAUX AIGUS	32
4.1.1.	Un nombre toujours trop élevé de patients par infirmier	33
4.1.2.	Des normes obsolètes pour le financement et l'agrément des hôpitaux	33
4.1.3.	Mise en œuvre de ratios sûrs par type de service infirmier sur une période de cinq ans	34
4.1.4.	Mesure d'urgence à adopter sans délai pour éviter les ratios patients/infirmier manifestement peu sûrs	37
4.1.5.	Mesures pour améliorer l'attractivité de la profession infirmière	38
4.2.	MIEUX UTILISER L'EXPERTISE INFIRMIÈRE	39
4.3.	SIMPLIFIER LE FINANCEMENT ET ASSURER UN SYSTÈME D'ATTRIBUTION ÉQUITABLE DES MOYENS (SUPPLÉMENTAIRES) POUR LES INFIRMIERS	40
4.4.	ACCORDER UNE ATTENTION SPÉCIFIQUE À LA DOTATION INFIRMIÈRE EN GÉRIATRIE	41



4.5.	ADOPTER AU NIVEAU MACRO UNE POLITIQUE VISANT À UNE DOTATION INFIRMIÈRE SÛRE POUR LES PATIENTS ET LES INFIRMIERS	41
4.5.1.	Une union des forces dans le cadre de la conférence interministérielle	41
4.5.2.	Un système de collecte de données pour le soutien et la surveillance d'une politique de dotation infirmière sûre.....	42
4.6.	ÉVALUER DE MANIÈRE PROACTIVE ET SYSTÉMATIQUE L'IMPACT DES MESURES STRATÉGIQUES	44
4.7.	CRÉER UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL FAVORABLE POUR LES INFIRMIERS, EN ACCORDANT UNE ATTENTION À LA DOTATION À TOUS LES NIVEAUX DE L'ORGANISATION	44
4.7.1.	Une approche globale de l'organisation basée sur des données et une politique de transparence	45
4.7.2.	Un environnement de travail favorable pour améliorer les outcomes mesurés chez les patients et le bien-être des infirmiers	45
5.	CONCLUSION	46
■	RÉFÉRENCES	47
■	RECOMMANDATIONS.....	51



1. CONTEXTE

1.1. Contexte de l'étude : la situation professionnelle des infirmiers hospitaliers belges a-t-elle évolué au cours des 10 dernières années ?

En 2009, une vaste étude européenne appelée étude [RN4CAST](#) a été réalisée dans 486 hôpitaux dans 12 pays européens. Dans chaque hôpital participant, tous les infirmiers^a de 4 à 6 services de médecine interne et de chirurgie choisis de manière aléatoire ont été interrogés. L'enquête portait notamment sur le nombre de patients dont ils avaient dû s'occuper pendant leur dernière prestation, leur environnement de travail, leur satisfaction au travail, leur risque de burnout et leur vision de la qualité des soins. Des données ont aussi été collectées dans certains hôpitaux sélectionnés au sujet des expériences rapportées par les patients (PREM) et des *outcomes* relatifs aux soins. L'étude a démontré qu'une augmentation de la dotation infirmière (un nombre plus élevé d'infirmiers plus qualifiés) et une amélioration de leur environnement de travail sont associées à une amélioration des expériences rapportées par les patients, à une réduction du risque de mortalité hospitalière et à une augmentation du bien-être des infirmiers.¹⁻³

Les résultats de cette étude ont interpellé différentes organisations nationales et internationales. Dans certains pays, ils ont conduit à des initiatives politiques et législatives visant à mettre en place une dotation infirmière plus adéquate pour augmenter la sécurité des soins aux patients et améliorer le bien-être des infirmiers. Néanmoins, en Belgique, ces résultats n'ont pas encore mené à l'élaboration d'un plan stratégique formel.

Dix ans après l'étude RN4CAST, les chiffres belges de 2009 sont toujours cités alors qu'ils ne reflètent probablement plus la situation actuelle. Une actualisation était donc nécessaire.

L'objectif de la présente étude est d'évaluer si les normes en personnel infirmier sont toujours adéquates pour les hôpitaux aigus belges, au vu du contexte hospitalier en mutation (diminution de la durée de séjour, vieillissement des patients).

1.2. Quelques faits et chiffres sur les infirmiers belges

1.2.1. La formation des infirmiers dans notre pays

En Belgique, deux niveaux de formation donnent accès à la profession d'infirmier : le **niveau de bachelier** (Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux), autrefois appelé « formation A1 » ou « Infirmier gradué », et le **niveau de brevet d'infirmier hospitalier** (Communauté française) **ou HBO-5** (Flandre), autrefois connu sous le nom de « formation A2 ». Afin d'harmoniser les formations en soins infirmiers dans toute l'UE et de faciliter la mobilité des professionnels, la directive 2013/55/EU précise les critères requis pour les formations en soins infirmiers (pour plus d'informations, voir PARTIE I : chapitre 2 du [rapport scientifique](#)).

- En Flandre, les infirmiers HBO-5 suivent une formation professionnelle de trois ans relevant de l'enseignement secondaire. En Communauté française la durée de la formation d'infirmier hospitalier breveté a été allongée de 6 mois, afin de satisfaire aux exigences de la directive 2013/55/EU. Cette adaptation n'a pas (encore) eu lieu au niveau de la Communauté flamande. À l'heure actuelle, on ne sait donc pas clairement si le niveau HBO-5 en Flandre répond aux critères de la directive 2013/55/EU.⁴
- Infirmiers bacheliers : leur formation est organisée par des Hautes Écoles associées à des universités. Afin de satisfaire aux exigences de la directive 2013/55/EU, le nombre d'heures de pratique a été augmenté et des compétences ont été ajoutées au programme d'études. Depuis l'année académique 2016-2017, la durée normale du programme d'études est passée de 3 à 4 ans. Après la formation de

^a Pour faciliter la lecture de ce document, nous désignerons les infirmiers et infirmières par le mot « infirmiers ».



Bachelier, les infirmiers peuvent entamer une formation de Master (éventuellement suivie d'un doctorat).

En Belgique, il n'existe pratiquement aucune différence entre les deux niveaux de formation en termes de compétences et de pratique quotidienne.⁵

1.2.2. *La profession infirmière : quelques faits et chiffres*

Un nombre d'infirmiers par 1 000 habitants supérieur à la moyenne européenne

En 2016, la Belgique comptait 202 402 infirmiers, dont 143 470 étaient actifs sur le marché du travail belge tous secteurs d'activité confondus, et parmi eux, 124 196 actifs dans les soins de santé.⁶ Le dernier rapport de l'OCDE^b mentionnait une densité de 11 infirmiers pour 1000 habitants en Belgique,⁷ soit un chiffre supérieur à la moyenne de l'OCDE qui est de 8,8 pour 1 000 habitants (la Belgique occupe la 5^e place en Europe, UE-28).

En Belgique, les infirmiers des hôpitaux généraux travaillent en moyenne à 80 %

Comme dans la plupart des pays européens, la majorité des infirmiers en Belgique (environ 75 000) travaillent en milieu hospitalier et leur nombre a augmenté au cours de la dernière décennie,⁸ mais ils travaillent en moyenne à 80 % (du moins ceux qui exercent dans les services d'hôpitaux généraux^c, voir PARTIE I : chapitre 2 du [rapport scientifique](#)). Ce pourcentage est inférieur à celui des autres pays européens. Le nombre d'infirmiers est donc relativement élevé en Belgique mais leur temps de travail est relativement faible.

Vieillesse et apport limité de nouvelles recrues

Les infirmiers belges vieillissent : plus de 1 infirmier sur 3 est âgé de plus de 50 ans. Le nombre de jeunes diplômés en soins infirmiers a augmenté pendant une courte période (2013-2017) mais a ensuite diminué. De plus, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger^d augmente progressivement, de 0,5 % en 2000 à 3,5 % en 2017, mais reste encore faible (pour plus d'informations, voir PARTIE I : chapitre 2 du [rapport scientifique](#)).⁹

1.2.3. *Comment la dotation infirmière est-elle déterminée dans les hôpitaux belges ?*

Les deux éléments les plus importants qui déterminent le nombre actuel de personnel infirmier dans les hôpitaux belges sont le financement hospitalier et les normes d'agrément des hôpitaux. C'est dans les limites de ce cadre légal et financier que les hôpitaux déterminent, de manière autonome, le type et le nombre d'infirmiers attribués aux différents services infirmiers.

Budget de base en fonction du nombre de lits justifiés

Les hôpitaux reçoivent un budget de base pour le personnel infirmier, qui est déterminé en fonction des normes en personnel par type de service infirmier (p.ex. 12 ETP par 30 lits justifiés pour les services infirmiers de médecine interne et de chirurgie). En plus de ce budget de base, les hôpitaux reçoivent un budget supplémentaire déterminé en fonction de l'intensité des soins infirmiers (évaluée en se basant sur les données infirmières enregistrées dans le Résumé hospitalier minimum ou DI-RHM), du type d'hôpital, des conventions collectives de travail (CCT) et d'autres mesures (p.ex. financement des équipes mobiles, i.e. équipes composées d'infirmiers pouvant être intégrés de manière flexible dans différents services au sein d'un même hôpital ; financement de projets).

^b Organisation de coopération et de développement économiques

^c Dans cette étude, on entend par « services d'hôpitaux généraux » les services désignés par la lettre-index C (chirurgie), D (traitement médical et médecine interne), CD ou H (service mixte de médecine interne/chirurgie), G

(gériatrie), E (pédiatrie), Sp [S1-S6] (revalidation). Les services de soins intensifs (lettre-index I) font l'objet d'une discussion séparée.

^d Il s'agit d'infirmiers formés à l'étranger mais autorisés à exercer la profession en Belgique car ils ont demandé un visa (soit 3,5 % des 202 402 infirmiers).



De manière approximative, pour 30 lits justifiés (médecine interne et chirurgie), un hôpital reçoit un budget de base pour 13 à 15,25 ETP infirmiers (c.-à-d. 12 ETP augmentés de 1 à 3,25 ETP grâce aux mesures de financement supplémentaires telles que conventions collectives de travail, équipes mobiles et infirmiers de nuit), ce qui permet d'obtenir un ratio de 11,3 à 14,0 patients/infirmier (ratio de patients/infirmier) pour délivrer les soins quotidiens aux patients (voir chapitre 4 du rapport scientifique pour plus de détails). Néanmoins, depuis des années, le budget alloué à un hôpital par ETP infirmier est inférieur aux coûts réels.¹⁰ Les hôpitaux sont donc obligés de réduire leurs effectifs, d'engager du personnel moins qualifié et moins coûteux ou d'utiliser d'autres moyens financiers pour payer leurs infirmiers, tels que des suppléments (plus élevés) facturés aux patients et/ou des retenues sur les honoraires médicaux.¹⁰

Normes d'agrément à respecter par les hôpitaux

Les normes d'agrément minimales définies par l'AR du 23 octobre 1964¹¹ pour les hôpitaux généraux prévoient qu'au moins un infirmier soit toujours présent par 30 patients afin d'assurer la qualité des soins. L'infirmier en chef n'est pas inclus dans ce ratio. Des normes spécifiques sont prévues pour certains services (p.ex. service de gériatrie : 14,3 ETP pour 24 lits, en incluant les aides-soignants et les paramédicaux), certaines fonctions (p.ex. soins intensifs : disponibilité 24/7 d'au moins 2 infirmiers par 6 lits) et certains programmes de soins (p.ex. accident vasculaire cérébral : disponibilité 24/7 d'un infirmier bachelier ayant des compétences en soins neurovasculaires, 1 infirmier supplémentaire ayant des compétences équivalentes pour chaque groupe de 6 patients supplémentaires). Des normes d'agrément minimales sont spécifiées pour les services d'hôpitaux universitaires (AR du 15 décembre 1978¹² : par exemple, pour les services C et D (chirurgie et médecine interne), il faut prévoir minimum 0,6 ETP de personnel infirmier et auxiliaire par lit occupé, dont au moins 75 % de personnel infirmier qualifié. Ici, l'infirmier en chef est inclus dans le ratio.

Depuis le 1^{er} juillet 2014, dans le cadre de la 6^e réforme de l'État, les communautés sont devenues responsables de la définition, de l'attribution et du contrôle des normes d'agrément des hôpitaux, tandis que l'autorité fédérale reste responsable du budget hospitalier. Cette dernière garde néanmoins un droit de veto contre les normes qui ont un impact négatif sur le budget de l'autorité fédérale ou de la sécurité sociale.¹³

1.3. Un personnel suffisant et un environnement de travail favorable

1.3.1. Un lien clair entre la dotation infirmière et les *outcomes*

Lien entre le nombre et le niveau de formation des infirmiers et les *outcomes* mesurés chez les patients et les infirmiers

Tant les études belges que les études internationales ont largement démontré l'existence d'un lien entre d'une part le nombre de patients par infirmier et le niveau de formation des infirmiers, et d'autre part les *outcomes* mesurés chez les patients et les infirmiers.¹⁴⁻²³ Quand le nombre de patients par infirmier est plus élevé et que la proportion d'infirmiers bacheliers est plus faible, les risques de mortalité et d'infections nosocomiales (entre autres) augmentent chez les patients, de même que les risques de burnout et d'insatisfaction au travail chez les infirmiers. De plus en plus d'études indiquent que la quantité de « soins infirmiers manifestement nécessaires mais non réalisés » (« *missed nursing care* » ou « *care left undone* ») augmente avec le nombre de patients par infirmier.²⁴⁻²⁸ En effet, les infirmiers sont obligés de négliger certaines tâches lorsque leur charge de travail devient trop importante.

Le personnel de soutien peut prendre en charge les tâches non liées aux soins infirmiers

Il est possible de proposer du soutien aux infirmiers, tant pour les tâches liées aux soins (par des aides-soignants) que pour d'autres tâches (par des assistants logistiques). Les aides-soignants travaillent généralement sous la supervision d'un infirmier. Ils peuvent fournir des soins personnels directs et une assistance aux activités de la vie quotidienne des patients et des résidents dans différents milieux de soins tels que les hôpitaux et les centres de long séjour. Une récente étude longitudinale semble indiquer qu'il pourrait exister un nombre optimal d'aides-soignants ; en d'autres mots, un nombre trop faible ou trop élevé d'aides-soignants pourrait avoir un effet négatif sur les résultats des soins.^{29, 30} Ainsi, s'il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant d'aides-soignants et autre personnel de soutien pour permettre aux infirmiers de ne pas être surchargés par des tâches qui ne sont pas de leur ressort (p.ex. transport de patients, distribution des repas, entretien des chambres, etc.), il se peut qu'une proportion trop élevée



d'aides-soignants (à nombre d'infirmiers constant) puisse amener les infirmiers à s'impliquer insuffisamment dans les soins directs. La littérature montre que les aides-soignants (et par extension le personnel de soutien) ne peuvent pas remplacer les infirmiers mais qu'ils doivent être engagés en complément aux infirmiers.

1.3.2. Importance d'un environnement de travail favorable

Des études indiquent que la qualité de l'environnement de travail influence le lien entre la dotation infirmière et les *outcomes* patients et infirmiers. En d'autres mots, les bénéfices d'un ratio patients/infirmier plus bas peuvent être réduits à néant si le milieu de travail des infirmiers est délétère (p.ex. en raison d'une mauvaise relation avec les médecins, d'un leadership inadéquat, d'une implication insuffisante des dirigeants hospitaliers, etc.).^{21, 31-36}

Le *Magnet recognition program* de l'*American Nurses Credentialing Center* (ANCC) est une approche intéressante pour améliorer l'environnement de travail des infirmiers. Pour être reconnu en tant que « *Magnet hospital* », un hôpital doit obtenir de bons résultats pour les cinq composantes suivantes : (1) leadership transformationnel, (2) responsabilisation structurelle, (3) pratique professionnelle exemplaire, (4) nouvelles connaissances, innovations et améliorations, et (5) résultats empiriques.^{37, 38} En Belgique, un seul hôpital (Universitair Ziekenhuis Antwerpen) s'est porté candidat et a obtenu une accréditation de l'ANCC en tant que « *Magnet hospital* ». ³⁹

1.3.3. Questions pratiques actuellement sans réponse

Malgré le fait que le lien existant entre la dotation infirmière, le bien-être des infirmiers et les *outcomes* mesurés chez les patients ait été maintes fois démontré par des études scientifiques, quelques questions pratiques importantes restent sans réponse : « Combien d'infirmiers sont exactement nécessaires ? » ; « Quel est le *skill mix* de compétences souhaitable ? » ; « Combien faut-il de patients par infirmier pour atteindre un ratio sûr et/ou optimal ? ». Ceci explique aussi pourquoi les mesures politiques mises en place sur la base de ces résultats scientifiques peuvent varier selon les pays/régions (plus d'informations sont disponibles à la section 4 du [Short Report](#) et aux chapitres 6-11 du [rapport scientifique](#)).

1.4. Impact possible de l'évolution du paysage hospitalier

1.4.1. Paysage hospitalier dense et forte utilisation des services hospitaliers

Le système belge de soins de santé se caractérise par un paysage hospitalier dense, avec un nombre élevé de lits aigus par habitant et une forte utilisation des services (c.-à-d. un nombre élevé de jours d'hospitalisation par habitant par an).^{13, 40} Les hôpitaux belges sont des organisations qui travaillent principalement de manière autonome (« *stand-alone* »), chacun offrant la presque totalité des services, ce qui conduit à la duplication et à la dispersion de ces services.^{10, 13, 40, 41} Il est important que la dotation infirmière soit également examinée selon cette perspective.



1.4.2. Tendances évidentes : augmentation du nombre d'hospitalisations et diminution des durées de séjour

Au cours des vingt dernières années, quelques tendances très nettes se sont manifestées. Le nombre d'hospitalisations a augmenté, mais cette augmentation a été compensée par une diminution des durées de séjour et par un glissement des soins de l'hospitalisation classique vers l'hôpital de jour, ce qui a conduit à une diminution du nombre de journées d'hospitalisation.

Selon les prévisions, ces tendances devraient se maintenir au cours des années à venir : en se basant sur les analyses de tendances, on s'attend à ce qu'entre 2014 et 2025, le nombre d'hospitalisations classiques augmente de 11,8 %. Simultanément, la durée de séjour pour la plupart des groupes de pathologies continuera de diminuer, dans une proportion estimée à 5 %. Selon toute probabilité, la surcapacité actuelle de lits hospitaliers aigus continuera donc d'augmenter. Il semble dès lors indiqué de réduire le nombre de lits hospitaliers et d'investir dans des structures alternatives (p.ex. hôpital de jour). Les véritables défis seront néanmoins à relever après 2025, lorsque le vieillissement de la population atteindra son point culminant, ce qui ralentira la diminution du nombre de journées d'hospitalisation. Afin d'y faire face, des investissements sont nécessaires tant pour augmenter l'expertise gériatrique en milieu hospitalier que pour développer d'autres formes de soins adaptées à cette population en milieu extrahospitalier.^{13, 42}

1.4.3. Imminence d'une réforme importante du secteur hospitalier

La réforme actuelle du paysage hospitalier belge a pour but d'améliorer la répartition des tâches entre les hôpitaux (p.ex. concentration de soins complexes ou de technologies coûteuses) et de rationaliser les services hospitaliers généraux. Les « réseaux cliniques locorégionaux », dont les hôpitaux seront obligés de faire partie à partir de 2020, constituent un levier important à cet égard. Ces réseaux (max. 25 sur le territoire) devront établir des conventions concernant l'offre de différents services, notamment les services gériatriques et pédiatriques, la médecine d'urgence, etc. De plus, la loi stipule que pour certains services (p.ex. prise en charge des traumatismes complexes), les réseaux hospitaliers locorégionaux devront à l'avenir établir des conventions avec des hôpitaux ne faisant pas partie du même réseau, appelées « collaborations suprarégionales ». ⁴¹

1.4.4. Impact sur les soins infirmiers

Ces évolutions et réformes auront certainement un certain nombre d'implications importantes pour le personnel infirmier, notamment en termes d'expertise requise, d'augmentation de l'intensité des soins (p.ex. en raison d'une durée de séjour de plus en plus courte), de mobilité du personnel (p.ex. d'un milieu de soins à l'autre, au sein d'un réseau hospitalier), etc. Il est donc important que les infirmiers soient représentés dans les instances administratives au niveau du réseau hospitalier, ce qui n'est actuellement pas suffisamment garanti par les exigences statutaires pour la composition des organes de gestion d'un réseau hospitalier locorégional.⁴³

Cette étude traite principalement de l'impact de l'augmentation (éventuelle) de l'intensité des soins infirmiers sur la dotation infirmière.

1.5. Questions de l'étude

Les trois principales questions de recherche de cette étude sont :

- La dotation infirmière actuelle est-elle adaptée à l'évolution de l'intensité des soins infirmiers ?
- Les principales variables mesurées il y a dix ans au cours de l'étude RN4CAST (2009) (p.ex. ratio patients/infirmier, *skill mix*, soins infirmiers non réalisés (« *missed nursing care* »), satisfaction au travail, burnout, intention de quitter le milieu hospitalier, etc.) ont-elles évolué depuis lors ?
- Quelles sont les leçons à tirer des politiques adoptées à l'étranger pour assurer une dotation infirmière qui soit sûre pour le patient et favorise en même temps le bien-être des infirmiers et l'attractivité de la profession ?



Champ d'étude : les unités d'hospitalisation classiques des hôpitaux aigus

Le sujet de notre rapport est la dotation infirmière (cadre infirmier de base) dans les services d'hospitalisation classiques des hôpitaux aigus. Les autres fonctions telles que l'infirmier de pratique avancée, les autres infirmiers spécialisés et les autres prestataires de soins (p.ex. médecins, aides-soignants) ne sont pas couverts par cette étude.

Nous avons essentiellement examiné les services généraux de chirurgie et de médecine interne, principalement en raison des données probantes disponibles et de la possibilité de comparaison avec l'étude RN4CAST. Lorsque c'était possible, nous avons examiné d'autres services hospitaliers classiques (gériatrie, revalidation et pédiatrie). Pour les services de soins intensifs, nous avons aussi décrit l'évolution de l'intensité des soins infirmiers et l'affectation du personnel infirmier, mais la comparaison de l'offre belge avec les normes internationales en matière de soins intensifs sortait du cadre de la présente étude. De même, les questions relatives aux services de maternité n'ont pas non plus été prises en compte, notamment à cause du rôle spécifique des sages-femmes. Enfin, différents types de services et d'hôpitaux (p.ex. hôpitaux de jour, blocs opératoires, salles d'urgence, psychiatrie) et différents secteurs (p.ex. centres de long séjour pour personnes âgées, soins à domicile) n'ont pas été étudiés, même si une adaptation des ratios de personnel pourrait y être pertinente.

Par ailleurs, cette étude ne visait pas non plus à évaluer le lien entre la dotation infirmière et les *outcomes* mesurés chez les patients. Même si une telle analyse est techniquement possible (p.ex. grâce aux mesures de résultats en se basant sur le RHM, telles que la mortalité hospitalière), elle est complexe et aurait considérablement augmenté la durée de l'étude (p.ex. le couplage des données d'enquêtes de 2019 et des données RHM de 2019 n'est possible qu'à partir de 2020 ou 2021). De plus, ce lien est connu et a déjà été démontré à maintes reprises (à l'échelle internationale mais aussi en Belgique). La valeur ajoutée d'une nouvelle évaluation dans le cadre de la présente étude aurait dès lors été limitée.

Encadré 1 – Explication de quelques notions clés

Dotation infirmière

Deux mesures souvent utilisées pour quantifier le **nombre d'infirmiers** sont :

- Le NHPPD (« *Nursing Hours per Patient Day* ») ou « nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient » : la somme des heures de soins infirmiers consacrées aux soins directs aux patients, divisée par le nombre de jours-patients par service.
- Le ratio patients/infirmier (« *Patient-to-nurse ratio* ») : nombre de patients soignés par un infirmier. Ce chiffre est classiquement évalué par prestation (comme dans l'étude RN4CAST). Les données du DI-RHM ne permettent pas ce calcul. Pour cette raison, au cours de cette étude, le nombre de patients/infirmier (en se basant sur le DI-RHM) est également calculé par période de 24 heures (= nombre moyen patients/infirmier pour un service déterminé pendant une journée d'enregistrement).

Une mesure souvent utilisée pour évaluer le **niveau de qualification** du personnel infirmier est :

- La « proportion d'heures de soins dispensés par des infirmiers ayant un diplôme de bachelier » : proportion des heures de soins directs dispensés par des infirmiers ayant au moins un diplôme de bachelier.

Une mesure souvent utilisée pour évaluer le **personnel de soutien** (aides-soignants, collaborateurs logistiques, personnel de soutien administratif) est

- le SHPPD (« *Supporting Hours per Patient Day* ») ou « nombre d'heures prestées par le personnel de soutien par jour-patient » : la somme des heures prestées par le personnel de soutien, divisée par le nombre de jours-patients par service.



Intensité des soins infirmiers et charge de travail

- **L'intensité des soins infirmiers** est la quantité de soins directs et indirects (activités liées aux soins qui ne sont pas réalisées en présence du patient : p.ex. préparation des médicaments).⁴⁴ L'intensité est généralement calculée par service (par jour ou par période). Des facteurs influençant l'intensité des soins sont notamment le degré de dépendance des patients et la complexité des soins (p.ex. modifications soudaines des besoins en soins, activités devant être combinées à un moment déterminé, activités nécessitant un niveau élevé d'expertise technique ou théorique, effort physique-mental-émotionnel, etc.).⁴⁵
- La **charge de travail infirmier** inclut l'intensité des soins infirmiers mais aussi les activités infirmières non liées au patient (p.ex. formation). Il s'agit de la quantité de temps et d'attention qu'un infirmier peut consacrer aux patients, à son travail et à son propre développement professionnel au cours d'une période déterminée, couplée aux moyens personnels disponibles (nombre et compétences).
- Un **épisode de soins** tel que défini dans le DI-RHM : un nouvel épisode de soins débute chaque fois qu'un patient change de service ou qu'une nouvelle journée commence. Il s'agit du temps passé par le patient dans ce service. De cette manière, un patient peut avoir plusieurs épisodes de soins au cours d'une seule journée et plusieurs épisodes de soins au sein d'un même service (p.ex. le jour d'une opération, un patient peut avoir un épisode de soins préopératoire et postopératoire au sein du même service de chirurgie). Néanmoins, si un patient reste dans le même service de minuit à minuit, l'épisode de soins coïncide avec un jour calendrier et correspond à ces 24 heures.

Soins infirmiers non réalisés (« *missed nursing care* » ou « *care left undone* »)

Lorsque la charge de travail est trop élevée, il est possible que les infirmiers soient obligés d'accorder des priorités à certaines tâches et que tous les soins ne soient pas réalisés. Dans cette situation, la littérature décrit trois concepts apparentés : soins non réalisés (« *care left undone* »

ou soins inachevés), rationnement implicite des soins (« *implicit rationing* ») et soins manqués (« *missed nursing care* »).⁴⁶

Dans cette étude, il a été demandé aux infirmiers quels soins (jugés nécessaires) n'ont pas été dispensés pendant leur dernier shift en raison du manque de temps. Une distinction a été faite entre les activités cliniques (p.ex. changement de position pour prévenir les escarres, observation adéquate des patients, administration des médicaments selon l'horaire de prescription) et les activités liées à la planification et à la communication (p.ex. éducation des patients et de leur famille, préparation des patients et de leur famille à la sortie).

Tâches non liées aux soins infirmiers

Il s'agit de tâches dont on estime généralement qu'elles ne doivent pas être réalisées par des infirmiers mais par du personnel de soutien. Si les infirmiers accomplissent ces tâches, leur expertise infirmière est utilisée de manière inadéquate. Il s'agit par exemple du transport des patients, de la distribution des repas, de l'entretien des chambres, etc.

Type de services infirmiers

Cette étude traite principalement des services hospitaliers généraux. Dans un premier temps, nous avons examiné des services de médecine interne (D), de chirurgie (C) et des services mixtes de médecine interne/chirurgie (CD ou H). Dans un second temps, nous avons examiné des services de gériatrie (G), de pédiatrie (E) et de révalidation (S1-S6 et Sp). Un certain nombre d'analyses ont également été réalisées pour les services de soins intensifs (I). L'utilisation du DI-RHM n'a pas fait de distinction entre préfixes (par exemple, les services de médecine interne, généraux ou spécialisés, sont tous deux étiquetés comme 'services D').

L'enquête s'est concentrée sur les services généraux de médecine interne et de chirurgie (sur la base d'une liste établie par un responsable au sein de chaque hôpital participant). Avec un certain nombre d'autres facteurs (p.ex. années différentes, nombre de services étudiés), cela explique les différences de résultats entre l'enquête et l'analyse du DI-RHM.



1.6. Comment avons-nous procédé ?

L'étude a utilisé une combinaison de méthodes. Nous avons examiné la littérature scientifique *peer-reviewed*, la littérature grise et les documents de politique générale. Nous avons analysé des bases de données administratives, plus précisément les données du Résumé hospitalier minimum belge (DI-RHM) et les données du personnel infirmier (« EMPLODAY ») pour les années 2009-2014 et 2016^e. De plus, nous avons à nouveau réalisé (une partie de) l'étude RN4CAST, en collaboration avec le Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid – KU Leuven. Pour le volet international, nous avons mené une revue de la littérature, complétée par une consultation d'experts. Quatre pays ont été étudiés : l'Australie (Victoria, Queensland), les États-Unis (Californie, Massachusetts), l'Angleterre et l'Irlande. Si vous souhaitez plus d'informations sur le choix des pays/régions et les méthodes appliquées, veuillez consulter la section 4 du [Short Report](#).

2. ÉVOLUTION DE L'INTENSITÉ DES SOINS ET DE LA DOTATION DANS LES HÔPITAUX BELGES

2.1. Évolution de l'intensité des soins infirmiers

2.1.1. Méthodologie

Afin de calculer l'intensité des soins infirmiers, nous avons utilisé les données du DI-RHM pour les années 2009-2014 et 2016. Le but du DI-RHM est d'enregistrer les « activités infirmières réalisées dans un service déterminé pendant un épisode de soins déterminé » en utilisant une liste limitative de 78 items. Cet enregistrement s'effectue 4 fois par an pendant 15 jours (première quinzaine des mois de mars, juin, septembre et décembre). Étant donné que seuls les soins réalisés sont enregistrés, il ne s'agit pas nécessairement d'une mesure des besoins en soins ; les activités enregistrées peuvent aussi bien couvrir une sur-utilisation qu'une sous-utilisation des soins. Une approche alternative est de mesurer les besoins en soins, mais dans les hôpitaux belges, aucune échelle validée n'est utilisée pour les enregistrer systématiquement et à grande échelle. Pour cette raison, et aussi parce qu'il n'existe pas d'étalon de référence au niveau international, nous avons choisi d'utiliser le DI-RHM comme mesure de l'intensité des soins, car il est enregistré de manière standardisée dans tous les hôpitaux aigus belges.

Afin d'estimer l'intensité des soins sur la base des items du DI-RHM, nous avons utilisé des pondérations développées et validées au cours d'une étude précédente du KCE⁴⁷, avec 1 point correspondant à environ 5 minutes de soins. Pour chaque jour d'enregistrement du DI-RHM, les points de tous les épisodes de soins sont additionnés par service. Comme l'instrument du DI-RHM est aussi utilisé à des fins de financement, il se peut qu'il fasse parfois l'objet d'une codification abusive (« *upcoding* »). Par conséquent,

^e Les données de l'année 2015 n'étaient pas disponibles par l'intermédiaire de la Cellule technique (TCT : voir chapitre 3 du [rapport scientifique](#) pour plus d'informations).



nous n'avons retenu que 55 items du DI-RHM pour le calcul de l'intensité des soins, et nous avons écarté les items dont les audits ont montré qu'ils sont sujets à des variations dans les pratiques de codage et donc à un potentiel *upcoding* (cf. chapitre 3 du [rapport scientifique](#)). Nous avons fait correspondre cette mesure au nombre de journées infirmières, par jour d'enregistrement par service. Ceci a conduit à une mesure appelée « **intensité de soins par jour-patient** » (« *Care Intensity per Patient Day* » ou CIPPD).

Nous décrivons d'abord l'évolution de l'intensité des soins dans les services de chirurgie et de médecine interne, où nous avons également réalisé l'enquête (voir section 3), puis nous décrivons les résultats obtenus pour d'autres services.

2.1.2. *L'intensité des soins infirmiers a augmenté de manière constante dans les services de chirurgie et de médecine interne*

L'intensité des soins infirmiers a augmenté de manière constante au cours du temps, passant d'une valeur moyenne de CIPPD de 47,64 en 2009 à 52,02 en 2016 (voir Figure 1). La valeur moyenne de CIPPD est plus élevée pendant la semaine que pendant le week-end (53,0 et 49,3 respectivement en 2016) et plus élevée dans les hôpitaux universitaires que dans les hôpitaux non universitaires (56,6 et 51,0 respectivement en 2016). Ces différences restent constantes au cours du temps.

Les mouvements de patients ou ADT (« *Admission, Discharge & Transfers* », « Admission, départ, transfert ») donnent une indication de l'intensité des soins. L'intensité des soins liée aux mouvements de patients

(p.ex. coordination, administration) n'est prise en compte que d'une manière limitée dans la pondération des points sur base du DI-RHM. Ce score ADT a donc été calculé séparément. Le score ADT moyen obtenu dans les services généraux de chirurgie et de médecine interne a augmenté de 0,86 mouvement de patients par jour-patient (médiane : 0,59) en 2009 à 0,98 mouvement de patients (médiane : 0,71) en 2016.

2.1.3. *L'intensité des soins infirmiers a également augmenté dans la plupart des autres services*

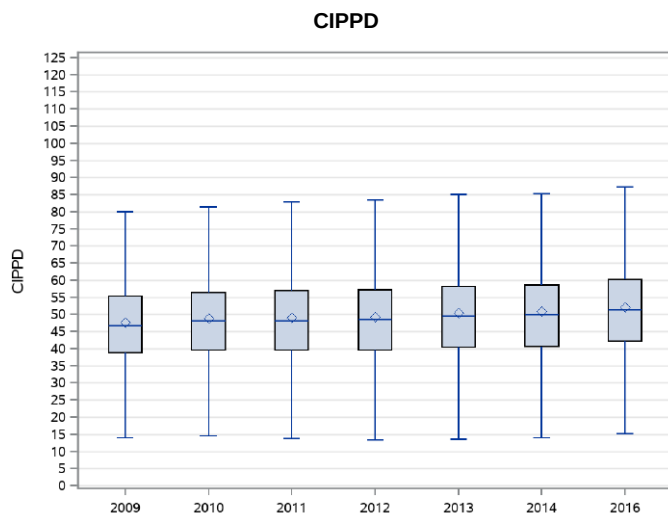
La Figure 2 montre que l'intensité des soins infirmiers a augmenté dans presque tous les services hospitaliers généraux^f. Parmi les services hospitaliers généraux, c'est en pédiatrie qu'elle a été la plus élevée (CIPPD=62,98 en 2009 et 65,77 en 2016), suivie de la gériatrie (CIPPD=54,90 en 2009 et 57,89 en 2016). L'augmentation a été la plus marquée dans les services de médecine interne (CIPPD=46,67 en 2009 et 51,94 en 2016). Aux soins intensifs, l'intensité des soins n'a augmenté que de manière limitée (CIPPD=144,13 en 2009 et 146,55 en 2016).

Dans tous les services, l'ADT par jour-patient a augmenté, sauf en pédiatrie. L'ADT moyen par jour-patient y est toujours le plus élevé mais a diminué avec le temps : de 1,67 mouvement de patients en 2009 à 1,57 en 2016. Après la pédiatrie, le service de chirurgie a le nombre le plus élevé de mouvements de patients, et ce nombre a augmenté : d'en moyenne 1,08 en 2009 à en moyenne 1,26 en 2016. C'est dans les services de révalidation (0,12 en 2009 et 0,15 en 2016) et de gériatrie (0,16 en 2009 et 0,20 en 2016) que le score ADT moyen par jour-patient est le plus faible.

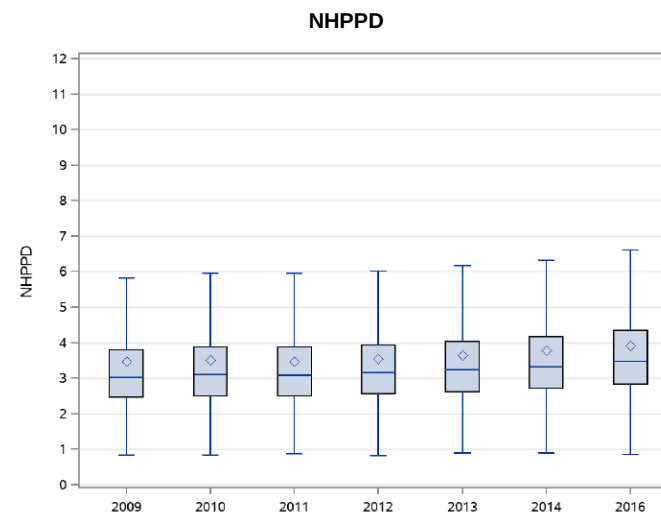
^f L'intensité des soins infirmiers dans les services internes mixtes de médecine et de chirurgie est demeurée presque inchangée au fil des ans. Il convient de noter que ce groupe de services de soins infirmiers est relativement petit et hétérogène.



Figure 1 – Intensité des soins par jour-patient (CIPPD) et heures de soins infirmiers par jour-patient (NHPPD) pour les services de chirurgie et de médecine interne



Année	P25	P50	P75	Moyenne et écart-type
2009	38,75	46,72	55,26	47,64 (13,74)
2016	42,23	51,22	60,26	52,02 (15,43)



Année	P25	P50	P75	Moyenne et écart-type
2009	2,46	3,03	3,81	3,46 (2,87)
2016	2,82	3,47	4,34	3,92 (2,43)

Remarque : les valeurs de CIPPD et NHPPD sont calculées par service infirmier par jour d'enregistrement ; les services généraux de chirurgie et de médecine interne incluent les services infirmiers suivants : les services de chirurgie avec principalement des lits C ; les services de médecine interne avec principalement des lits D ; les services mixtes avec principalement des lits CD. L'année 2015 n'est pas reprise dans la figure car ces données n'étaient pas disponibles pour l'analyse. Les valeurs aberrantes (« outliers ») ne sont pas présentées dans la figure.



2.2. Évolution de la dotation infirmière

2.2.1. Méthodologie

Afin d'examiner l'évolution de la dotation infirmière, nous avons utilisé les données EMPLODAY (partie du RHM). Cette base de données contient les heures prestées par les infirmiers et le personnel de soutien (p.ex. aides-soignants et collaborateurs logistiques), par jour d'enregistrement du DI-RHM et par unité infirmière. Nous avons calculé le nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient (NHPPD – « *Nursing Hours per Patient Day* ») par service et par jour d'enregistrement. Le NHPPD n'inclut que les heures prestées par le personnel infirmier (infirmiers brevetés ; infirmiers bacheliers ; infirmiers ayant un diplôme de master). Nous avons également calculé une mesure similaire pour les heures prestées par le personnel de soutien, appelée SHPPD (« *Supporting Hours per Patient Day* ») – (voir aussi Encadré 1).

Nous décrivons d'abord l'évolution dans les services de chirurgie et de médecine interne, où nous avons également réalisé l'enquête (voir section 3), puis nous décrivons les résultats obtenus pour d'autres services.

2.2.2. La dotation infirmière augmente au fil des ans

Entre 2009 et 2016, la dotation infirmière a augmenté de manière constante dans les services de chirurgie et médecine interne, passant d'un NHPPD moyen de 3,46 en 2009 à 3,92 en 2016 (voir Figure 1). En 2016, le NHPPD moyen était de 4,46 dans les hôpitaux universitaires et de 3,80 dans les hôpitaux non universitaires.

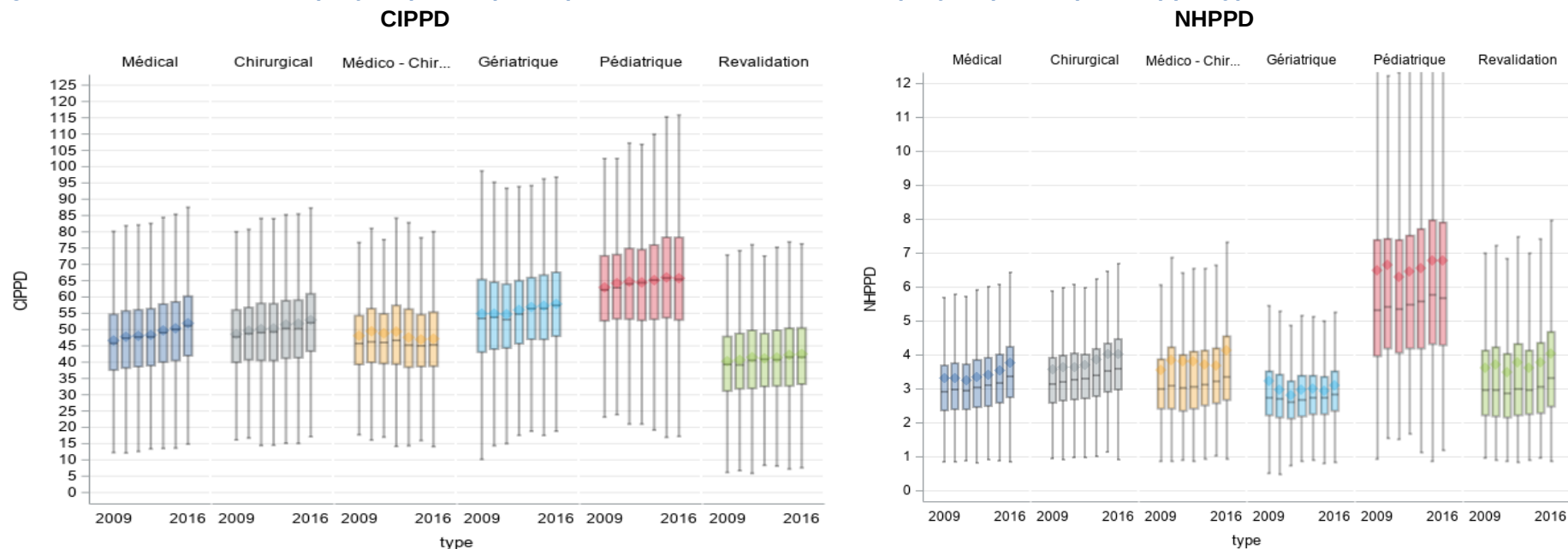
Les infirmiers sont plus nombreux en semaine que pendant le week-end (p.ex. en 2016, les NHPPD moyens étaient respectivement 4,02 et 3,63). Lorsque le NHPPD est corrigé en tenant compte de la présence des

infirmiers en chef pendant la semaine, la dotation est comparable en semaine et le week-end (respectivement 3,58 et 3,62). Les différences entre les hôpitaux universitaires et non universitaires ainsi que les différences entre les jours de semaine et de week-end sont stables au cours du temps.

Le NHPPD a également augmenté dans d'autres services généraux, sauf en gériatrie. C'est en pédiatrie que la dotation est la plus élevée (NHPPD = 6,50 en 2009 et 6,79 en 2016), puis dans les services mixtes de médecine interne/chirurgie (NHPPD=3,56 en 2009 et 4,14 en 2016), les services de chirurgie (NHPPD=3,59 en 2009 et 4,04 en 2016) et les services de médecine interne (NHPPD=3,33 en 2009 et 3,79 en 2016). La gériatrie a la dotation la plus faible (NHPPD=3,22 en 2009 et 3,11 en 2016). Le NHPPD a également augmenté aux soins intensifs (de 17,68 en 2009 à 18,27 en 2016).

2.2.3. La proportion d'infirmiers bacheliers a augmenté

Le *skill mix* des infirmiers a augmenté entre 2009 et 2016 dans les hôpitaux aigus. En chirurgie et en médecine interne, la proportion d'infirmiers bacheliers a augmenté de 58 % à 62 %. Cette proportion est plus élevée dans les hôpitaux universitaires (de 73 % à 79 %) que dans les hôpitaux non universitaires (de 53 % à 59 %). La même évolution s'observe dans les autres services généraux, classés par ordre décroissant de proportion d'infirmiers bacheliers : pédiatrie (de 86 % à 92 %), services mixtes de médecine interne/chirurgie (de 60 % à 63 %), services de médecine interne (de 57 % à 63 %). La proportion la plus faible d'infirmiers bacheliers se trouve en gériatrie (de 49 % à 54 %) et en revalidation, où la proportion n'a pas augmenté (statu quo à 51 %).

**Figure 2 – Intensité des soins par jour-patient (CIPPD) et heures de soins infirmiers par jour-patient (NHPPD) par type de service**

Remarque : les valeurs de CIPPD et NHPPD sont calculées par service infirmier par jour d'observation. Les données sont présentées par type de service : services de médecine interne (D) ; services de chirurgie (C) ; services de médecine/chirurgie (CD) ; services de gériatrie (G) ; services de revalidation (S1-S6 ; Sp) ; services de pédiatrie (E). L'année 2015 n'est pas reprise dans la figure car ces données n'étaient pas disponibles pour l'analyse. Les valeurs aberrantes (« outliers ») ne sont pas présentées. Les box plots (« boîtes à moustaches ») représentent à la fois la moyenne (cercle) et la médiane (ligne horizontale centrale). La ligne horizontale supérieure de la boîte correspond à P75, la ligne inférieure à P25. Les moustaches (en haut et en bas) ont été calculées à partir de la formule $1,5 * \text{l'écart interquartile}$. Les services de soins intensifs ne sont pas représentés sur cette figure.



2.3. La dotation infirmière actuelle est-elle suffisante ?

2.3.1. La dotation a suivi l'augmentation de l'intensité des soins

Afin d'évaluer si la dotation infirmière est adaptée à l'intensité des soins, nous avons calculé une mesure « intensité des soins par jour-patient » (CINURS). Cette mesure est le rapport entre le nombre de points d'intensité de soins et la dotation infirmière par service et par jour d'enregistrement. La valeur CINURS ne permet pas d'évaluer si la dotation est adaptée de manière optimale ou suffisante, elle indique uniquement si l'intensité des soins et les heures de soins infirmiers suivent la même évolution (p.ex. au cours du temps, entre différents types de services).

Notre analyse pour la période comprise entre 2009 et 2016 indique que la valeur CINURS est restée stable (de 0,26 en 2009 à 0,25 en 2016) pour les services de chirurgie et de médecine interne. Les différences sont également minimales entre les jours de semaine et les jours de week-end (en 2016 : 0,25 contre 0,26) et entre les hôpitaux universitaires et non universitaires (en 2016 : 0,24 contre 0,25). Elle démontre qu'en moyenne, dans ces services, la dotation suit l'intensité croissante de soins.

C'est également le cas dans d'autres types de services. Il est intéressant de noter que la valeur CINURS est la plus élevée en gériatrie (de 0,34 en 2009 à 0,35 en 2016) et la plus faible en pédiatrie (de 0,21 en 2009 à 0,20 en 2016). Aux soins intensifs, la disponibilité 24/7 des infirmiers (c.-à-d. au moins 2 infirmiers pour 6 lits) est une caractéristique essentielle du service, ce qui explique (partiellement) la valeur CINURS relativement faible (0,17 en 2009 et 0,16 en 2016).

2.3.2. Les niveaux d'effectif considérés comme peu sûrs sont toujours pratique courante

Pour établir la dotation qui serait actuellement optimale ou indiquée, la littérature se base davantage sur des consensus d'experts que sur des preuves scientifiques. Notre comparaison internationale a également permis de constater que les régions et les pays adoptent des positions différentes à ce sujet (voir section 4 du [Short Report](#)), mais que pour tous, une dotation considérée comme peu sûre doit toujours être évitée. Un ratio patients/infirmier supérieur à 8 est généralement considéré comme peu sûr, surtout pendant les prestations de journée et du soir.⁴⁸ Ce qui ne veut pas dire que l'on atteint par-là un ratio de sécurité, qui correspond généralement à un nombre maximum recommandé de patients par infirmier beaucoup plus faible (p.ex. max. 4 patients par infirmier pendant la journée et 8 pendant la nuit).

Les données administratives indiquent qu'en 2016, dans notre pays, le ratio patients/infirmier était supérieur à 8 pendant 42,90 % des jours de mesure dans des services de chirurgie et médecine interne, soit une exposition à ce ratio de 484 402 jours-patients sur 980 722 (soit 49,39 %) dans notre échantillon. Même si depuis 2009, le nombre moyen de jours de « dotation peu sûre » par service a diminué, les résultats sont toujours très préoccupants. Une estimation plus conservatrice consiste à utiliser une valeur seuil de 10,6 patients/infirmier. Ce ratio est une moyenne de 8 patients/infirmier pendant la journée et de 15 patients/infirmier pendant la nuit (cette valeur ou une valeur supérieure a été atteinte pendant la prestation de nuit par 25 % des hôpitaux belges de l'échantillon – voir PARTIE II chapitre 5 du [rapport scientifique](#)). Ce ratio de 10,6 patients/infirmier est également dépassé pendant 14,39 % des jours de mesure dans les services de médecine interne et de chirurgie (17,49 % de tous les jours-patients dans les services de médecine interne et chirurgie) (voir Tableau 1).

**Tableau 1 – Jours de mesure et jours-patients exposés à des ratios patients/infirmier préoccupants (2016)**

Service infirmier	Dépassement du ratio 10,6-1 (moyenne sur 24 heures, en se basant sur un ratio 8-1 en journée et 15-1 pendant la nuit)		Dépassement du ratio 8-1 (moyenne sur 24 heures)	
	Jours de mesure	Jours-patients	Jours de mesure	Jours-patients
Médecine interne/chirurgie	7 452 / 51 785 (14,39 %)	171 538 / 980 722 (17,49 %)	22 214 / 51 785 (42,90 %)	484 403 / 980 722 (49,39 %)
Gériatrie	4 421 / 13 776 (32,09 %)	104 689 / 288 995 (36,23 %)	9 416 / 13 776 (68,35 %)	213 901 / 288 995 (74,02 %)
Pédiatrie	125 / 6 391 (1,96 %)	1 643 / 78 422 (3,37 %)	527 / 6 391 (8,25 %)	10 364 / 78 422 (13,22 %)
Revalidation	1 839 / 6 917 (17,54 %)	39 025 / 109 760 (35,55 %)	3 541 / 6 917 (51,19 %)	69 007 / 109 760 (62,87 %)
Total	13 837 / 78 869 (17,54 %)	317 895 / 1 457 899 (21,80 %)	35 698 / 78 869 (45,26 %)	777 674 / 1 457 899 (53,34 %)

« Médecine interne – Chirurgie » inclut tant les services de médecine interne (D) et de chirurgie (C) que les services mixtes.

La survenue de cette situation peu sûre semble la plus fréquente en gériatrie (en 2016 : ratio $\geq 8:1$ pour 68,35 % des jours de mesure – 74,02 % des jours-patients ; ratio $\geq 10,6:1$ pour 32,09 % des jours de mesure – 36,23 % des jours-patients) et la moins fréquente en pédiatrie (en 2016 : ratio $\geq 8:1$ pour 8,25 % des jours de mesure – 13,22 % des jours-patients ; ratio $\geq 10,6:1$ pour 1,96 % des jours de mesure – 3,37 % des jours-patients). Cette dernière observation n'est pas surprenante car les normes internationales sont généralement plus strictes pour la pédiatrie (voir Tableau 1).

Les rapports semblent moins défavorables dans les services de chirurgie (en 2016 : ratio $\geq 8:1$ pour 38,08 % des jours de mesure – 44,04 % des jours-patients ; ratio $\geq 10,6:1$ pour 10,75 % des jours de mesure – 12,90 % des jours-patients) que dans les services de médecine interne (en 2016 : ratio $\geq 8:1$ pour 43,39 % des jours de mesure – 52,56 % des jours-patients ; ratio $\geq 10,6:1$ pour 16,94 % des jours de mesure – 20,30 % des jours-patients).

2.3.3. Évolution du personnel de soutien

Le personnel de soutien ne peut pas remplacer les infirmiers mais il peut diminuer leur charge de travail en accomplissant les tâches non liées aux soins infirmiers. Au cours de notre étude, nous avons évalué la présence d'aides-soignants et de personnel de soutien non soignant (p.ex. assistants

logistiques, personnel de soutien administratif) au moyen de la mesure SHPPD (« *Supporting Hours per Patient Day* », heures prestées par le personnel de soutien par jour-patient). Pour la chirurgie et la médecine interne, aucune tendance nette n'a été observée au cours du temps. La valeur moyenne de SHPPD était de 0,77 entre 2009 et 2011, puis elle a légèrement augmenté en 2012 (SHPPD=0,79) et a ensuite commencé à diminuer pour atteindre 0,68 en 2016. La dotation en personnel de soutien est plus élevée dans les hôpitaux universitaires (SHPPD=0,91 en 2016) que dans les hôpitaux non universitaires (SHPPD=0,63 en 2016). Elle est également plus élevée pendant les jours de semaine (SHPPD=0,76 en 2016) que pendant le week-end (SHPPD=0,45 en 2016).

Il y a davantage de personnel de soutien actif en gériatrie, revalidation et pédiatrie, mais le SHPPD a diminué progressivement dans ces services entre 2009 et 2016 : de 1,14 à 0,91 pour la gériatrie, de 1,27 à 1,07 pour la revalidation et de 1,06 à 0,92 pour la pédiatrie. Les services de médecine interne et de chirurgie travaillent avec moins de personnel de soutien mais le SHPPD a également diminué dans ces services : de 0,74 à 0,67 pour la chirurgie et de 0,78 à 0,67 pour la médecine interne. Dans les services de soins intensifs, le SHPPD moyen de 0,97 ne s'est pas modifié au cours du temps.



2.4. Lien entre la dotation infirmière et le budget hospitalier

Le budget hospitalier (BMF) est constitué de différentes parties et sous-parties, comportant chacune leurs propres règles et critères. Même si les (sous-)parties de ce budget hospitalier sont destinées à un poste déterminé (p.ex. une partie de la composante B2 est destinée au financement de la dotation infirmière des services de chirurgie), ces budgets ne sont pas nécessairement consacrés à ce poste.

Au fil du temps, des mesures ont été prises pour améliorer la dotation infirmière (introduction d'équipes mobiles, différentes CCT). Certains budgets partiels sont calculés en se basant sur le nombre de lits agréés (et non sur le nombre de lits justifiés) au moment de l'introduction de la mesure. D'une manière générale, le nombre de lits agréés est beaucoup plus élevé que le nombre actuel de lits justifiés, ce qui conduit à des inégalités d'attribution des budgets entre les hôpitaux. Souvent, les budgets attribués sur une base historique ne correspondent plus à l'activité, aux besoins en effectifs et aux coûts actuels. Un budget supplémentaire pour l'effectif est prévu pour les hôpitaux universitaires et les hôpitaux non universitaires possédant des lits universitaires. Pour toutes ces mesures, des lignes budgétaires ont été créées dans le BMF. Il n'est néanmoins pas simple d'établir un lien précis entre ces budgets et la dotation infirmière (certainement pas pour des types de services bien déterminés). Ainsi, certains de ces budgets partiels ne sont pas uniquement consacrés au personnel infirmier mais aussi au personnel logistique et/ou administratif. De plus, ces mesures s'appliquent parfois à l'hôpital au sens large alors que d'autres mesures ne sont destinées qu'à des services bien déterminés. La relation entre le budget et le poste auquel il est alloué n'est pas toujours définie au préalable ; il est ainsi difficile de savoir quelle partie du budget hospitalier est réellement consacrée à la dotation infirmière.

Vu l'absence d'un budget global clairement identifié pour la dotation infirmière et la complexité des règles de calcul et d'attribution du BMF, il est difficile de répondre à la simple question « quel est le budget accordé aux hôpitaux pour la dotation infirmière ? ». Et il est encore plus difficile – voire impossible – de répondre à la question « les hôpitaux consacrent-ils réellement au personnel infirmier le budget destiné au personnel infirmier ? ».



3. DOTATION INFIRMIÈRE ET ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DANS LES HÔPITAUX BELGES

En 2019, nous avons invité tous les hôpitaux aigus belges à participer à la réédition de l'étude RN4CAST. Dans chaque hôpital participant, tous les infirmiers de 4 à 6 services de chirurgie et médecine interne ont été invités à répondre à une enquête en ligne. Cette enquête a atteint en tout plus de 5 000 infirmiers provenant de 84 hôpitaux participants. Nous avons utilisé le même questionnaire que dans l'étude RN4CAST de 2009. Pour 49 hôpitaux (3 000 infirmiers en 2009 ; 3 457 infirmiers en 2019), nous avons pu comparer la situation de 2009 à la situation actuelle. Toutefois, lorsque nous donnons les chiffres reflétant la situation en 2019, il s'agit des données issues de l'ensemble des 84 hôpitaux participants.

3.1. Environnement de travail infirmier

L'environnement de travail infirmier a été évalué au moyen de l'échelle PES-NWI (*Practice Environment Scale – Nursing Work Index*, échelle d'environnement de pratique – indice de travail infirmier) en utilisant 32 items explorant cinq thèmes : leadership infirmier, participation à la politique hospitalière, relation médecin-infirmier, point de vue infirmier sur la qualité des soins et adéquation de la dotation. D'une manière générale, les infirmiers ont attribué de bons scores pour le thème « point de vue infirmier sur la qualité des soins » (74 % sont totalement d'accord ou d'accord). Les scores attribués pour les thèmes « relation médecin-infirmier » (65 %) et « leadership infirmier » étaient également plutôt bons.

De mauvais résultats ont été obtenus pour les thèmes « adéquation de la dotation » (seulement 29 % sont totalement d'accord ou d'accord) (voir plus loin, section 3.2) et « participation à la politique hospitalière » (40 %). La

Figure 3 présente les résultats par hôpital et par thème. On observe une variabilité importante entre les hôpitaux. Depuis l'étude de 2009, certains hôpitaux ont amélioré des aspects spécifiques du milieu de travail infirmier, tandis que d'autres ne l'ont pas fait.

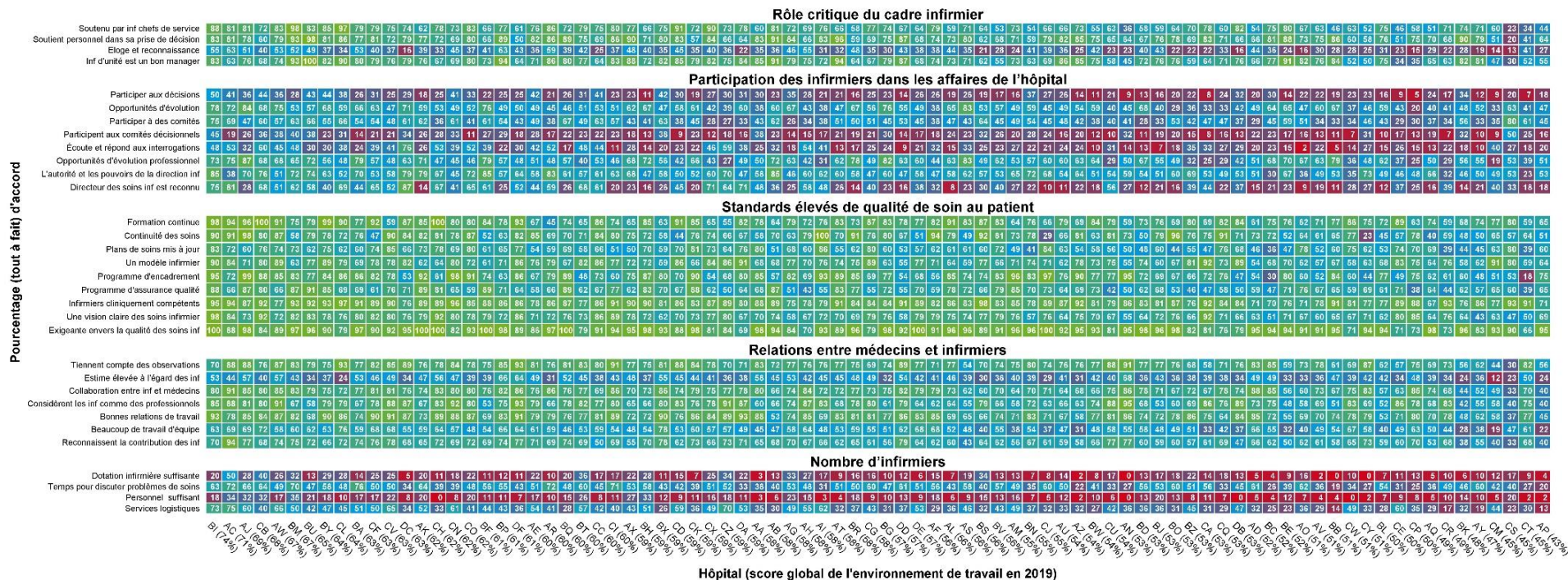
3.1.1. *Environnement de travail : amélioration du leadership, de la relation avec les médecins et de la vision sur la qualité des soins*

Si nous comparons les résultats 2019 avec les résultats obtenus en 2009, nous constatons une évolution positive pour les thèmes « leadership », « relation médecin-infirmier » et « opinion sur la qualité des soins ». Par contre, pour les thèmes « adéquation de la dotation » et « participation à la politique hospitalière », les infirmiers n'ont mentionné aucun progrès. L'amélioration du résultat pour la dimension « opinion sur la qualité des soins » peut éventuellement s'expliquer par les différentes initiatives d'amélioration de la qualité des soins prises au cours de la dernière décennie (p.ex. contrats de qualité et de sécurité, programmes d'accréditation, mesure d'indicateurs de qualité, etc.). L'amélioration de la relation avec les médecins peut s'expliquer par une plus grande attention accordée à la collaboration multidisciplinaire, déjà pendant la formation. Les formations et programmes de développement des compétences de leadership peuvent être à l'origine du score plus élevé obtenu pour cette dimension.

Les hôpitaux qui avaient obtenu les meilleurs résultats en 2009 ont présenté des résultats en recul en 2019. À l'inverse, les hôpitaux qui avaient obtenu les résultats les plus bas en 2009, ont amélioré leurs résultats en 2019. Cette « convergence vers la moyenne » n'a toutefois pas modifié profondément le classement. D'une manière générale, les hôpitaux dont les résultats étaient les plus élevés en 2009 arrivent toujours en haut du classement en 2019, mais avec des écarts moins grands.



Figure 3 – Pourcentage d'infirmiers totalement d'accord avec la présence d'aspects positifs du milieu de travail au niveau de l'hôpital et au niveau régional en 2019





3.2. Dotation infirmière

3.2.1. *Ratio patients/infirmier toujours trop élevé et variabilité importante entre les hôpitaux*

Le « ratio patients/infirmier » est un indicateur souvent utilisé pour mesurer la dotation infirmière.

L'étude RN4CAST de 2009 a révélé qu'en Belgique, en moyenne 1 infirmier était chargé des soins de 10,7 patients dans un service général de chirurgie ou de médecine interne. La charge de travail des infirmiers belges était dès lors bien supérieure à la moyenne européenne de 8,3 patients par infirmier. Seules l'Allemagne et l'Espagne présentaient des scores plus mauvais.

En 2019, dans notre pays, le ratio moyen patients/infirmier semble se situer à 9,4 (Figure 4) (9,5 dans les hôpitaux non universitaires ; 7,8 dans les hôpitaux universitaires). Ce chiffre exprime une légère amélioration par rapport au résultat de 2009, qui peut s'expliquer par une légère augmentation du nombre d'infirmiers et par une légère diminution de l'activité liée aux patients (nombre moins élevé de patients présents dans les services infirmiers, par jour de mesure), des tendances observées dans la plupart des hôpitaux. Le ratio patients/infirmier est néanmoins toujours supérieur aux normes internationales.

Il existe une importante variabilité entre les hôpitaux (de 6,1 à 12,7) mais on observe également de grandes différences en fonction du type de prestation :

- Prestation du matin/de journée : en moyenne 7,1 patients (variable entre les hôpitaux : de 5,4 à 9,9) ;
- Prestation de l'après-midi/du soir : 8,9 patients (variable entre les hôpitaux : de 4,6 à 13,3) ;
- Prestation de nuit : 18,1 patients (variable entre les hôpitaux : de 8,0 à 27,6).

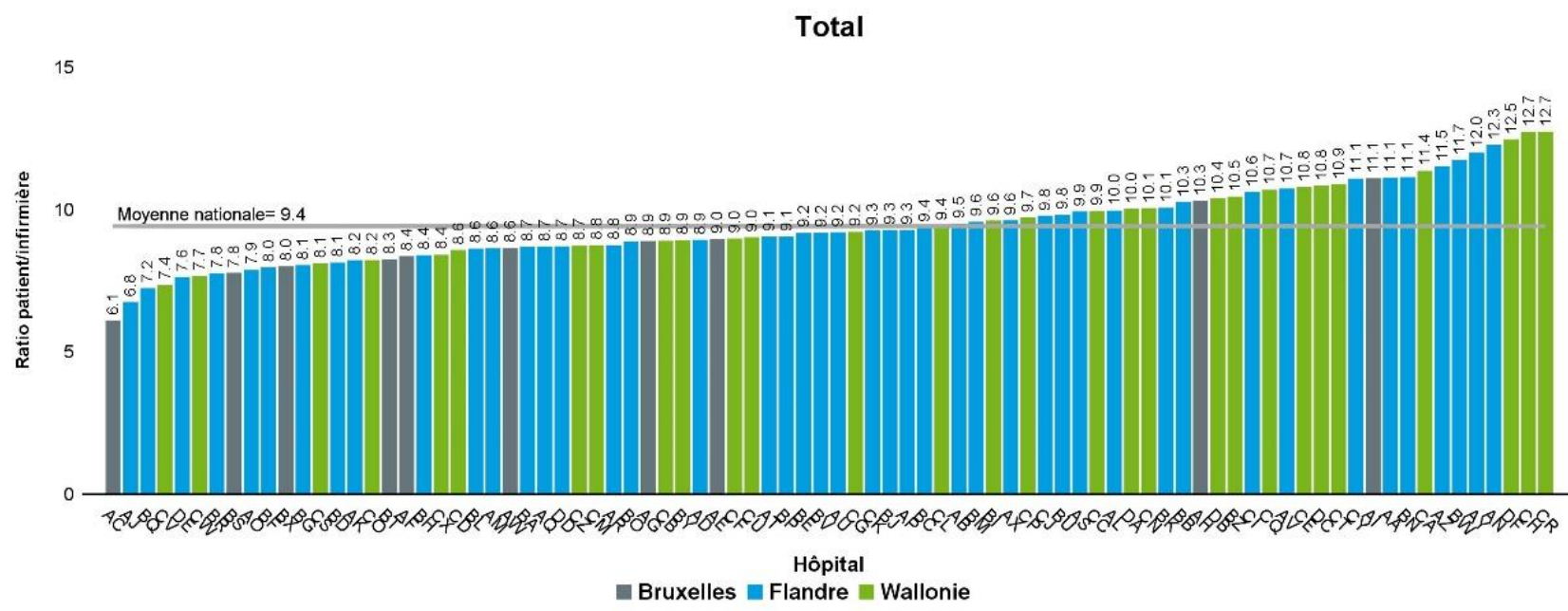
Le nombre de patients par infirmier ne diffère pas beaucoup entre les jours de semaine et de week-end.

3.2.2. *Augmentation considérable de la proportion d'infirmiers bacheliers*

En 2019, en moyenne 63 % des infirmiers interrogés avaient un diplôme de bachelier. Cette proportion était néanmoins très variable entre les hôpitaux, de 34 % à 96 %. Par rapport à la situation de 2009, on constate une augmentation considérable de presque 10 pourcents.



Figure 4 – Ratio général patients/infirmier par hôpital et par région (2019)





3.3. Soins infirmiers non réalisés et activités non liées aux soins infirmiers

Au cours de l'enquête, il a été demandé aux infirmiers si, pendant leur dernière prestation, ils ont été dans l'incapacité de dispenser leurs soins en raison de la charge de travail et s'ils ont accompli des tâches non liées aux soins infirmiers (c.-à-d. des tâches pouvant être réalisées par le personnel de soutien).

3.3.1. *Augmentation considérable des soins infirmiers non réalisés*

Deux types d'« activités infirmières non réalisées » ont été évalués :

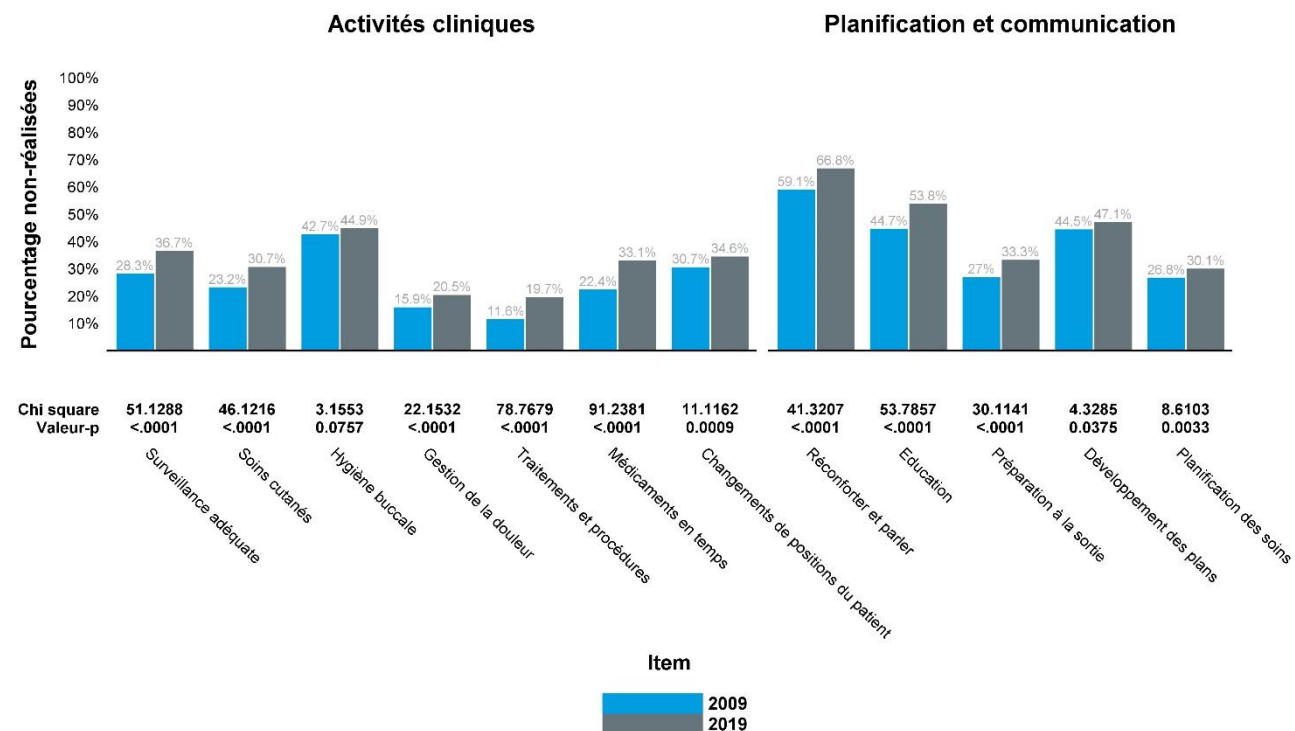
- Activités cliniques : surveillance adéquate des patients, soins de la peau, hygiène buccale, lutte contre la douleur, traitements et procédures, administration des médicaments en temps opportun et changement de position. Les infirmiers ont indiqué avoir été dans l'incapacité de réaliser en moyenne 2,2 de ces 7 tâches cliniques pendant leur dernière prestation alors que ces tâches étaient nécessaires. Les tâches non réalisées sont le plus fréquemment l'hygiène buccale (par 48 % des infirmiers), la surveillance adéquate des patients et les changements de position (deux tâches signalées comme non réalisées par 37 % des infirmiers). Il existe une variabilité entre les hôpitaux, d'en moyenne 1,3 à 3,2 activités signalées comme non réalisées.

- Activités de planification et de communication : réconfort et dialogue avec les patients, éducation des patients et de leur famille, préparation des patients et de leur famille à la sortie de l'hôpital, développement et mise à jour de plans de soins infirmiers ou de trajets de soins infirmiers, et planification des soins. Les infirmiers ont indiqué qu'ils n'avaient pas réalisé en moyenne 2,3 de ces 5 activités pendant leur dernière prestation. Les pourcentages les plus élevés ont été signalés pour les activités « réconfort et dialogue avec les patients » (par 67 % des infirmiers) et « éducation des patients et de leur famille » (par 55 % des infirmiers). Ici aussi, il existe une variabilité entre les hôpitaux, d'en moyenne 1,4 à 3,2 activités non réalisées.

La Figure 5 indique que le nombre d'activités non réalisées a considérablement augmenté au cours des 10 dernières années, à l'exception de l'hygiène buccale dont le pourcentage était déjà élevé en 2009. C'est principalement dans les hôpitaux ayant obtenu un bon résultat en 2009 que la proportion de « soins infirmiers non réalisés » a augmenté. Par contre, la situation s'est améliorée dans un certain nombre d'hôpitaux qui avaient obtenu de très mauvais résultats en 2009.



Figure 5 – Soins infirmiers non réalisés, évolution de 2009 à 2019



Les pourcentages font référence aux pourcentages d'infirmiers de l'échantillon ayant signalé n'avoir pas pu réaliser, par manque de temps, une activité déterminée, pourtant nécessaire, pendant leur dernière prestation.



3.3.2. *Tâches non infirmières accomplies par les infirmiers*

L'enquête a également mentionné 8 tâches ne nécessitant pas le niveau de compétence d'un infirmier. Le pourcentage d'infirmiers ayant indiqué accomplir souvent ou parfois ces tâches était élevé. Par exemple, 82 % des infirmiers ont indiqué avoir servi et débarrassé les repas pendant leur dernière prestation (variation selon les hôpitaux : 58 à 97 %), 61 % avoir véhiculé des patients dans l'hôpital (variation selon les hôpitaux : 17 à 97 %) et 57 % avoir commandé du stock et du matériel (variation selon les hôpitaux : 2 à 88 %). Les variations entre 2009 et 2019 sont plutôt limitées.

3.4. **Risque de burnout, insatisfaction au travail et intention de quitter son emploi**

Au cours de notre enquête, nous avons spécifiquement examiné les indicateurs suivants du bien-être et de la satisfaction des infirmiers : risque de burnout, insatisfaction au travail et intention de quitter l'hôpital.

3.4.1. *Risque de burnout*

Le risque de burnout est évalué par le « *Maslach burnout inventory* » (inventaire de burnout de Maslach). Cette échelle comprend 21 items explorant trois dimensions : « épuisement émotionnel », « dépersonnalisation » et « diminution de l'accomplissement personnel ». **En moyenne 36 % des infirmiers présentent un risque élevé d'épuisement émotionnel**, ce qui est un pourcentage très élevé (variation selon les hôpitaux : 7 à 76 %). Le risque d'épuisement émotionnel était plus élevé pour les infirmiers actifs dans les hôpitaux wallons (48 %) et bruxellois (47 %) que pour les infirmiers travaillant dans les hôpitaux flamands (27 %) (voir Figure 6).

Les résultats sont comparables pour les deux autres dimensions. Trente-deux pourcents (32 %) des infirmiers présentent un risque élevé de dépersonnalisation (variation selon les hôpitaux : 9 à 66 %) et le risque de diminution de l'accomplissement personnel est mentionné par 31 % des répondants (variation selon les hôpitaux : 12 à 65 %).

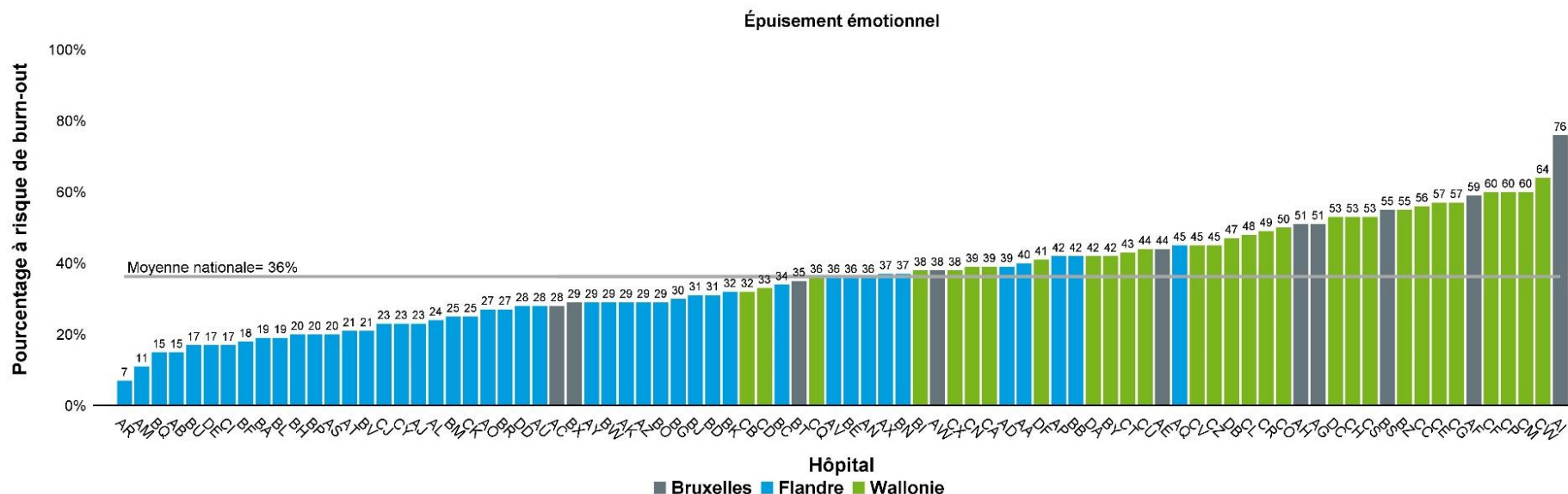
Au cours des 10 dernières années, la proportion d'infirmiers présentant un risque élevé de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel a augmenté, tandis que la proportion présentant un risque élevé de diminution de l'accomplissement personnel s'est réduite.

3.4.2. *Insatisfaction au travail et intention de quitter son emploi*

Les résultats pour les deux autres thèmes « insatisfaction au travail » et « intention de quitter son emploi » ne sont pas bons non plus.

Ainsi, un infirmier sur quatre (27 %) n'est pas satisfait de son travail (variation selon les hôpitaux : 0 à 77 %), ce qui correspond à une détérioration considérable de la situation par rapport à 2009. Ce sont les « jours de vacances » et les « congés pour maladie » qui se sont détériorés de manière significative. La satisfaction concernant « l'autonomie au travail », « le salaire » et « le statut professionnel » a augmenté.

À l'heure actuelle, 32 % des infirmiers ont l'intention de quitter l'hôpital au cours de l'année à venir (variation selon les hôpitaux : 9 à 70 %), ce qui est plus ou moins similaire à la situation de 2009. Environ 14 % des infirmiers souhaitent travailler dans un autre hôpital (variation selon les hôpitaux : 2 à 39 %) et 8 % opéreraient pour un travail infirmier en dehors d'un hôpital (variation selon les hôpitaux : 0 à 40 %). En moyenne 10 % envisagent de chercher un travail en dehors des soins infirmiers (variation selon les hôpitaux : 1 à 25 %).

**Figure 6 – Pourcentage d’infirmiers présentant un risque élevé d’épuisement émotionnel, par hôpital et par région (2019)**

3.5. Opinion des infirmiers sur la qualité des soins

Plus de la moitié des infirmiers interrogés (54 %) estiment que la sécurité des patients est acceptable, mauvaise ou très mauvaise (variation selon les hôpitaux : 20 à 83 %). Seulement 46 % estiment que la sécurité des patients est bonne ou très bonne dans leur service. Ces résultats sont moins bons qu'en 2009. De plus, 83 % ont indiqué qu'ils « n'étaient pas du tout certains ou peu certains » que la direction de l'hôpital prendrait des mesures pour résoudre les problèmes liés aux soins des patients, lorsqu'ils sont rapportés par les infirmiers (variation selon les hôpitaux : 58 à 99 %).

Ce résultat est bien plus mauvais qu'en 2009. Le nombre de problèmes rapportés en lien avec la gestion de la sortie des patients de l'hôpital reste comparable par rapport à 2009 : 66 % des infirmiers ont indiqué qu'ils « n'étaient pas du tout certains ou peu certains » que les patients soient capables d'assurer leurs propres soins après leur sortie de l'hôpital (variation selon les hôpitaux : 46 à 91 %).



3.6. Impact de l'environnement de travail et de la dotation sur les résultats infirmiers

Nous avons examiné l'impact de l'environnement de travail et de la dotation infirmière sur le bien-être et le confort des infirmiers (l'évaluation de l'impact sur les *outcomes* mesurés chez les patients n'entre pas dans le cadre de cette étude). Nous avons de plus examiné l'impact sur les « soins infirmiers non réalisés ». En effet, la littérature laisse supposer que cet indicateur joue un rôle important dans la relation entre la dotation infirmière et les *outcomes* des patients : plus l'effectif est réduit, plus le pourcentage de « soins infirmiers non réalisés » est élevé et plus le risque d'*outcomes* défavorables pour les patients est élevé. La méthode utilisée (modèle de régression) est expliquée en détail au chapitre 5 du [rapport scientifique](#).

3.6.1. Impact du ratio patients/infirmier et du leadership sur le bien-être et le confort des infirmiers

Notre étude permet de conclure que plus le ratio patients/infirmier est élevé, plus le risque d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter l'hôpital est élevé. En revanche, le lien entre le ratio patients/infirmier et la diminution de l'accomplissement personnel n'est pas significatif.

Il est évident qu'un bon leadership a un impact positif. Plus le score de leadership est élevé, plus le risque d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter l'hôpital, est faible. De plus, la participation des infirmiers à la politique hospitalière permet de réduire significativement le risque d'épuisement émotionnel et d'insatisfaction au travail. Il faut noter que l'intention de quitter l'hôpital et le risque de dépersonnalisation sont plus élevés chez les infirmiers les plus jeunes. Il est indispensable de réaliser des études complémentaires à ce sujet et de prendre des mesures ciblées si cela s'avère nécessaire.

3.6.2. Impact du ratio patients/infirmier et des tâches non liées aux soins infirmiers sur les soins infirmiers non réalisés

L'étude indique que ces 10 dernières années ont été marquées par une augmentation importante de la quantité de soins infirmiers non réalisés. Notre analyse (modèle de régression) a révélé que le ratio patients/infirmier et le nombre de tâches non liées aux soins infirmiers qui sont accomplies par des infirmiers sont des facteurs prédictifs importants des soins infirmiers non réalisés (activités cliniques, de planification et de communication). Le risque de soins non réalisés est plus élevé chez les hommes et les infirmiers plus jeunes (20 à 29 ans).



4. UNE DOTATION INFIRMIÈRE POUR DES SOINS SÛRS DANS LES HÔPITAUX AIGUS BELGES

Dans ce chapitre, nous formulons et justifions des recommandations pour une dotation infirmière permettant des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus belges.

4.1. Diminuer le ratio patients/infirmier dans les hôpitaux aigus

Afin d'améliorer la sécurité des patients dans les hôpitaux et de faire des hôpitaux un milieu de travail attractif pour les infirmiers, le nombre de patients pris en charge par infirmier doit diminuer.

Endéans les 5 ans :

- Un accord national doit être conclu afin de garantir des ratios patients/infirmier sûrs à moyen et long terme. Un nombre maximal de patients par infirmier doit être déterminé pour les différents types de services (p.ex. ratios différents dans les services généraux et spécialisés de chirurgie et de médecine interne), pour les différents types de prestations (p.ex. journée ou nuit) ou en fonction de l'intensité des soins mesurée. Ces mesures nécessiteraient l'ajout de 5 526 ETP supplémentaires (par rapport à la situation de 2016), ce qui représente un budget structurel supplémentaire de € 403 456 400. Ceci ne couvre pas le personnel supplémentaire éventuellement nécessaire dans les types de services qui n'ont pas été examinés dans cette étude.

Mesure d'urgence à prendre endéans l'année :

- Afin de mettre un terme à un « ratio patients/infirmier » exposant les patients à un environnement de soins manifestement peu sûr (> 8 patients par infirmier en journée dans les services hospitaliers généraux), il est nécessaire d'augmenter l'effectif de 220 ETP (horaires de jour) ou 1 629 ETP (24 heures), ce qui représente un budget structurel supplémentaire de respectivement € 16 089 200 et € 118 946 200. Ceci ne couvre pas le personnel supplémentaire éventuellement nécessaire dans les types de services qui n'ont pas été examinés dans cette étude.

Effort conjoint des pouvoirs publics et du secteur hospitalier :

Après un investissement public initial pour le lancement des réformes, un effort conjoint des autorités compétentes et du secteur hospitalier est nécessaire. Tant le secteur hospitalier que les pouvoirs publics peuvent contribuer à l'obtention de ce budget supplémentaire : le secteur hospitalier en réorganisant ses activités (fermeture des services inefficients et réduction des hospitalisations et jours-patients évitables) et les pouvoirs publics en augmentant le budget hospitalier (BMF). Afin de pouvoir entamer les réformes requises, un investissement initial est nécessaire, avec des garanties de la part du secteur que les gains d'efficacité réalisés seront portés en compte. Les gains d'efficacité potentiels doivent être évalués pour chaque mission de soins. Des mesures d'accompagnement doivent être prises dans d'autres secteurs (p.ex. soins à domicile, centres de long séjour) afin de pouvoir faire face à l'impact de ces réformes (p.ex. sortie plus rapide de l'hôpital) et à mettre en place une gestion du personnel qui assure la sécurité des soins.



4.1.1. *Un nombre toujours trop élevé de patients par infirmier*

Le nombre de patients par infirmier diminue mais est encore loin des normes internationales

Notre étude a révélé que le ratio patients/infirmier est toujours beaucoup trop élevé dans les services belges de médecine interne et chirurgie, avec un ratio de 8,12 (selon les données administratives : 6,88 pour les hôpitaux universitaires et 8,21 pour les hôpitaux non-universitaires) et de 9,4 (estimation de l'enquête : 7,8 pour les hôpitaux universitaires ; 9,5 pour les hôpitaux non-universitaires). À l'étranger, dans les pays/régions où des ratios sûrs sont appliqués, le ratio varie entre 4 et 5 patients par infirmier en journée et est de maximum 8 patients par infirmier pendant la nuit (Etat de Victoria, Australie). La limite supérieure de ces normes internationales est de maximum 6,1⁹ patients par infirmier sur 24 heures. En particulier la nuit, le ratio belge moyen de 18 patients/infirmier est bien supérieur aux normes internationales. Mais également en journée (7) et le soir (9), nos ratios sont beaucoup plus élevés que ceux qui sont considérés au niveau international comme un minimum pour garantir des soins sûrs.

Au cours des 10 dernières années, le nombre de patients pris en charge par infirmier a certes diminué mais cette réduction ne semble pas suffisante, car l'intensité des soins infirmiers a augmenté en raison d'une diminution de la durée de séjour et d'un glissement de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour. Afin de garantir un environnement de soins sûr pour les patients et un milieu de travail attractif pour les infirmiers, le ratio patients/infirmier doit donc encore être amélioré dans nos hôpitaux aigus.

Les patients sont exposés à un contexte de soins considéré comme nuisible à l'échelle internationale

Il existe un consensus international selon lequel un ratio de plus de 8 patients par infirmier pendant la journée représente une situation dangereuse. Notre étude a montré qu'un nombre significatif de patients belges sont exposés à des ratios considérés comme nuisibles ou dangereux au niveau international. Elle montre également une association constante entre un ratio de plus de 8 patients/infirmier en journée et de moins bons *outcomes* infirmiers (épuisement professionnel, insatisfaction au travail et intention de quitter la profession) d'une part, un risque plus élevé de soins infirmiers non réalisés d'autre part. Il s'agit là d'une constatation importante puisque les soins infirmiers non réalisés jouent un rôle important dans la relation entre la dotation infirmière et la mortalité.²⁴ Cela ne signifie pas pour autant qu'un ratio de 8 patients/infirmier soit toujours une situation sûre ou optimale ; nous constatons aussi que certaines associations (p.ex. entre les soins infirmiers non réalisés et l'épuisement émotionnel) s'observent déjà avec un nombre inférieur de patients par infirmier.

4.1.2. *Des normes obsolètes pour le financement et l'agrément des hôpitaux*

Les deux principaux instruments de gestion permettant de déterminer la dotation infirmière sont le financement hospitalier et les normes d'agrément. Ces dernières sont en cours de révision. La norme d'agrément ayant la plus grande portée prévoit seulement une dotation minimale d'un seul infirmier pour 30 lits, ce qui est très faible. Il existe bien quelques exceptions (p.ex. programme de soins pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux). Si nous convertissons la norme de base pour le financement des services de médecine interne et de chirurgie (p.ex. 13 à 15,5 ETP pour 30 lits), nous obtenons un ratio patients/infirmier d'environ 11,3 à 14,0. Certains hôpitaux occupent un nombre plus élevé d'infirmiers et financent ce surplus à l'aide d'autres revenus (p.ex. prélèvements sur honoraires

⁹ Moyenne pondérée des heures de journée (maximum 5 patients par infirmier) et des heures de nuit (maximum 8 patients par infirmier).



médicaux, marges bénéficiaires d'autres postes, etc.). Ces éléments doivent être pris en compte lorsqu'on augmente le BMF (voir Section 2.4).

4.1.3. Mise en œuvre de ratios sûrs par type de service infirmier sur une période de cinq ans

Il est clair que les ratios patients/infirmier maximum définis par la loi doivent être révisés pour chaque type de services afin de garantir un environnement de soins de santé sûr, et que ces nouveaux ratios doivent également se refléter dans le financement de l'hôpital. Ce principe de ratios sûrs devrait être mis en place de manière à offrir des garanties pour le patient (p.ex. obtenir les soins nécessaires), l'infirmier (p.ex. un travail réalisable), les hôpitaux (p.ex. obtenir un financement adéquat pour atteindre les ratios imposés) ainsi que pour les autorités (p.ex. mise en œuvre des réformes nécessaires, utilisation du budget destiné à la dotation en personnel pour la dotation en personnel).

L'établissement d'un nombre maximal patients/infirmier par type de service exige une approche systématique de consensus reposant sur des données

Notre revue de la littérature internationale (voir section 4 du [Short Report](#)) indique clairement qu'il n'existe aucune « meilleure méthode scientifique » pour déterminer de manière optimale les ratios de patients par infirmier. Certaines mesures politiques sont néanmoins communes ou très similaires. Ainsi, dans la plupart des pays, un cadre général a été développé afin de veiller à l'application d'une dotation infirmière garantissant la sécurité des soins aux patients. Ce genre de cadre de travail national est généralement développé par un groupe de travail (*taskforce*) réunissant tous les acteurs pertinents (p.ex. représentants des infirmiers, du secteur hospitalier, des patients, des instituts de recherche et des autorités), et en travaillant le plus possible sur la base des données et des preuves scientifiques disponibles. En Belgique, cela pourrait se traduire par une utilisation des données administratives (DI-RHM, RHM) pour classer les services hospitaliers. Cette classification devrait aller au-delà d'une simple organisation administrative des services par lettre-index (p.ex. C, D, I, G) et plutôt classer les services hospitaliers sur la base des données médicales (p.ex. profils d'activités médicales : diagnostics et procédures) et infirmières (p.ex.

intensité des soins infirmiers). Ce type d'approche basée sur les données devrait permettre d'atteindre un consensus pour les types de services nécessitant d'autres ratios, comme par exemple, les services généraux de médecine interne et de chirurgie, les services Medium care, la gériatrie, la pédiatrie, ou les services spécialisés de médecine interne tels que Stroke unit, service d'hématologie, etc. Les ratios patients/infirmier pourraient alors être déterminés en concertation (p.ex. selon une méthode Delphi) pour les différents types de services hospitaliers.

Lors de cet exercice, on peut également envisager, comme c'est le cas à l'étranger, d'établir des minima relatifs au *skill mix* (p.ex. proportion minimale d'infirmiers bacheliers). Il est en effet démontré que la présence d'un nombre plus élevé d'infirmiers bacheliers peut améliorer les *outcomes* des patients. Il est également possible de déterminer la proportion maximale de personnel de soutien (ayant toujours une fonction complémentaire au personnel infirmier) dans l'équipe soignante.

Cette procédure doit s'effectuer en se basant sur des données systématiquement enregistrées et analysées. Afin de veiller à l'évolution correcte de ces ratios en fonction des modifications du paysage hospitalier (p.ex. réforme du paysage hospitalier, innovations médicales, modifications démographiques, etc.), il est important de répéter cet exercice à intervalles réguliers (p.ex. tous les 5 à 10 ans).



L'application de ces ratios via des normes d'agrément semble indiquée

La comparaison internationale (voir chapitre 4 du [Short Report](#)) montre différentes mesures politiques possibles pour augmenter le nombre d'infirmiers. L'utilisation d'un nombre maximal légalement fixé de patients par infirmier (ratios patients/infirmier) semble la solution la plus évidente. Ces ratios peuvent être utilisés comme normes d'agrément minimales pour les hôpitaux et les services hospitaliers, à côté d'autres normes, par exemple en matière d'infrastructure, ou de spécialisations d'infirmiers ou de médecins. Une méthode moins contraignante est l'application de ces ratios via l'élaboration d'un rapport public des ratios de patients par infirmier. Ce procédé peut conduire à une autorégulation du secteur.

Des ratios permettant une flexibilité : moyennes par service hospitalier et ratios différents pour le jour et la nuit

Il est important que la détermination de ces ratios repose sur le nombre de patients (et non sur le nombre de lits). De plus, il est indiqué d'opter pour un système autorisant une certaine flexibilité. Cela peut impliquer la fixation de ratios moyens par infirmier au sein d'un service (tels que dans les Etats de Victoria et du Queensland) plutôt que par infirmier (comme en Californie). Cela signifie qu'au moment de l'attribution quotidienne des patients, l'infirmier en chef peut prendre en compte l'expertise des infirmiers (p.ex. un infirmier expérimenté sera responsable d'un nombre un peu plus élevé de patients qu'un infirmier débutant) et/ou les besoins en soins des patients. Ceci n'est pas possible avec un système tel que celui de Californie car les ratios sont déterminés par infirmier (p.ex. au maximum 5 patients peuvent être attribués à chaque infirmier à tout moment, indépendamment de son expérience ou des besoins en soins du patient). Au cours de la détermination des ratios, il semble également indiqué de prendre en compte les variations d'activité entre les différentes parties de la journée (p.ex. ratios plus élevés la nuit que le jour).

L'implémentation de ratios patients/infirmier sûrs exige un investissement substantiel

Le passage à des ratios de patients/infirmier sûrs par type de service et de prestation est donc essentiel et requiert, en plus du travail de préparation, des investissements supplémentaires. Nous pouvons en estimer l'impact budgétaire en nous basant sur les limites supérieures d'exemples internationaux qui sont de 5/1 pour les prestations de jour et du soir (Californie) et 8/1 pour les prestations de nuit (Victoria). Cela signifie une moyenne de 6,1 patients par infirmier pour les services généraux. En appliquant ce ratio à tous les services hospitaliers généraux (médecine interne, chirurgie, gériatrie, revalidation et pédiatrie), nous pouvons estimer l'impact budgétaire de deux manières (voir Encadré 2). Avec la méthode 1, nous avons estimé qu'il faut prévoir un supplément de 5 526 ETP (+29 %) ou un budget de € 403 456 400. Avec la méthode 2, cette estimation se porte à 5 888 ETP ou € 437 095 000 (voir Tableau 2). Dans les deux cas il s'agit d'une sous-estimation car différents types de services (p.ex. hôpitaux de jour, service d'urgences, soins intensifs) n'ont pas été repris dans notre analyse et un certain nombre de services infirmiers n'ont pas été inclus dans notre base de données en raison de règles d'exclusion et de nettoyage des données (p.ex. pas de services infirmiers comportant moins de 10 lits). De plus, ce calcul budgétaire repose sur le coût salarial moyen tel que calculé dans le BMF (2019), ce qui correspond à € 73 000. Lors de l'élaboration de mesures concrètes, il sera éventuellement indiqué d'adapter ce coût salarial (p.ex. si l'on veut engager plus d'infirmiers pendant la nuit, si l'on souhaite améliorer le *skill mix* en augmentant la proportion d'infirmiers bacheliers, si l'on veut rendre les salaires plus compétitifs). Une correction concrète pouvant être appliquée immédiatement est une augmentation du budget de 1 % pour prendre en compte l'introduction (partielle) des barèmes IFIC.



Tableau 2 – Impact budgétaire de l'application de ratios patients/infirmier sûrs pour les services hospitaliers étudiés dans ce rapport

Type de services	Ratio 6,1:1	
	ETP (1 ETP correspond à 200 jours prestés)	Budget (in 000 €)
Médecine interne/ chirurgie	3 425 (+26,5%) – 3 728 (+28,8%)	249 996 – 272 115
Gériatrie	1 558 (+49,7%) – 1 601 (+51,0%)	113 763 – 116 888
Pédiatrie	48 (+2,9%) – 106 (+6,5%)	3 504 – 7 738
Revalidation	496 (+36,5%) – 553 (+40,7%)	36 193 – 40 354
Total	5 527 (+29,0%) – 5 988 (+31,4%)	403 456 – 437 095

Note : Lors de la conversion des heures réellement prestées en ETP, il a été supposé qu'un ETP pouvait être utilisé pendant 200 jours pour les soins directs aux patients (365 jours - jours de week-end et fériés, congés de maladie, jours de formation, etc.) Le prix de revient (coût salarial total de l'employeur) par ETP s'élève à € 73 000. Cela correspond aux coûts moyens de main-d'œuvre pour les infirmiers, les aides-soignants et le personnel paramédical (les infirmiers constituant le groupe le plus important) utilisés dans le BFM (2019).

Surveiller l'impact sur d'autres secteurs (soins à domicile, centres de long séjour)

Il est également important d'empêcher l'abandon d'autres secteurs par les infirmiers (p.ex. centres de long séjour, soins infirmiers à domicile etc.), ce qui serait problématique. Des actions similaires et simultanées doivent donc être entreprises dans ces secteurs.

Encadré 2 – Méthodes de calcul de l'impact budgétaire

- **Méthode 1** : Pour chaque service hospitalier, nous calculons le **ratio moyen patients/infirmier sur la base des jours d'enregistrement par semestre**. Cela signifie qu'il est possible que, par service, les jours d'enregistrement avec un ratio élevé compensent les jours avec un ratio moins élevé. Si ce ratio moyen est supérieur à la valeur seuil, nous calculons le nombre d'heures de personnel infirmier nécessaires pour atteindre la valeur seuil. Pour les services qui atteignent déjà le seuil, aucune heure supplémentaire de soins infirmiers n'est calculée.
- **Méthode 2** : mêmes principes que pour la méthode 1 mais **par jour d'enregistrement**. Cela signifie que pour chaque jour d'enregistrement où un service n'atteint pas la valeur seuil, des heures supplémentaires de personnel infirmier sont calculées. De cette manière, une journée de dotation adéquate ne peut pas compenser une journée de dotation inadéquate, ce qui rend cette méthode beaucoup plus stricte, avec pour conséquence que le nombre d'infirmiers nécessaire est plus élevé.

Les heures de personnel infirmier supplémentaire nécessaires sont regroupées au niveau de l'hôpital et extrapolées sur une base annuelle. Ces heures sont converties en ETP. Cette conversion tient compte des jours fériés, des jours de maladie et des jours de formation (1 ETP peut être utilisé pour 200 jours : 1 520 heures avec 7,36 heures par poste). Le coût salarial par ETP est le coût salarial moyen utilisé dans le BFM : € 73 206 (BFM 2019), arrondi à € 73 000.

Si l'on prend en charge d'autres coûts salariaux (par exemple, les futurs barèmes de l'IFIC, une combinaison différente d'infirmiers brevetés et bacheliers, le vieillissement de la profession infirmière, l'augmentation des salaires pour rendre la profession plus attractive, l'engagement d'infirmiers de nuit supplémentaires, l'augmentation du budget pour des prestations irrégulières) on doit appliquer un coût salarial différent. Afin d'absorber les coûts supplémentaires de l'IFIC à court terme, le budget doit être augmenté de 1%.

IFIC= L'Institut de Classification de Fonctions



D'autres mesures moins contraignantes (p.ex. augmentation de la transparence de la dotation infirmière) auront probablement moins d'impact.

En plus de l'introduction de ratios, les décideurs politiques peuvent choisir d'autres mesures moins contraignantes, p.ex. l'adaptation de la dotation réelle en se basant sur la mesure de l'intensité de soins (p.ex. Irlande) ou une plus grande transparence concernant le processus décisionnel (Angleterre). Toutes ces mesures ont contribué à l'amélioration de la dotation au lit du patient, mais il semble que les ratios patients/infirmier sont les mesures qui ont l'impact le plus important (p.ex. améliorations importantes des *outcomes* infirmiers, augmentation de l'attractivité de la profession, signes d'amélioration des *outcomes* des patients, etc.). L'application de ratios légalement fixés constitue donc une option stratégique valide pour les hôpitaux belges.

Combiner l'investissement public à des réformes du secteur

Le paysage hospitalier belge étant très fragmenté et connu pour son haut niveau d'activité, les décideurs politiques et le secteur hospitalier pourraient envisager de conclure un pacte. Ce pacte pourrait inclure des garanties pour permettre à la fois des économies (p.ex. des objectifs convenus de réduction de l'activité hospitalière) et des investissements (p.ex. un budget supplémentaire pour le personnel infirmier). Toutefois, la possibilité de gains d'efficacité devra être envisagée de façon individuelle pour chaque mission de soins. Dans le passé, la capacité en lits a déjà été réduite, tout en conservant (une partie) du budget du personnel par le biais de la prime de recyclage. Le principe de cette mesure peut être repris, mais cette mesure devrait être limitée dans le temps (contrairement à la prime de recyclage). Si tel n'est pas le cas, cela créera à nouveau des inégalités à long terme entre les hôpitaux en raison de décisions historiques (comme c'est actuellement le cas avec la prime de recyclage : les hôpitaux qui ont fermé des lits à l'époque continuent à recevoir une compensation financière pour cela).

En tout état de cause, un mécanisme d'allocation équitable sera nécessaire pour que les hôpitaux qui ont un meilleur ratio patients/infirmier ne soient pas pénalisés pour les efforts déjà consentis (voir section 4.3). Dans d'autres pays, le secteur hospitalier contribue également à l'amélioration du ratio patients/infirmier (dans son ensemble en Californie, en partie dans l'Etat de Victoria et en Irlande, et en majorité dans le Queensland).

Un investissement d'intérêt social et économique

L'investissement dans la profession infirmière doit être considéré comme tout autre investissement dans les soins de santé. D'un point de vue macro, il comporte un intérêt social évident car l'amélioration des ratios patients/infirmier a un effet favorable sur les *outcomes* mesurés chez les patients et les infirmiers. Des études ont également indiqué l'existence d'un intérêt économique car les coûts supplémentaires seraient compensés par une réduction des durées de séjour et (dans une moindre mesure) par une amélioration des *outcomes* patients (p.ex. diminution des complications).⁴⁹ L'application de durées de séjour plus courtes est également un « business case » possible pour les hôpitaux. En Belgique, cela conduirait à une augmentation de l'activité justifiée. On présume également que les meilleurs *outcomes* infirmiers génèreraient des effets positifs en retour (p.ex. diminution de l'absentéisme, rotation plus faible du personnel, etc.).

4.1.4. Mesure d'urgence à adopter sans délai pour éviter les ratios patients/infirmier manifestement peu sûrs

Afin d'éviter les ratios patients/infirmier manifestement peu sûrs, il est nécessaire d'augmenter considérablement le nombre d'infirmiers impliqués dans les soins directs aux patients. Nous avons calculé ce nombre selon deux scénarios, en utilisant les bases de données administratives. Vu que ces données ne fournissent aucune information par prestation, nous avons dû calculer les ratios par 24 heures. Dans le premier scénario, nous utilisons des ratios de 8 patients/infirmier pendant les heures de journée et de 15 patients/infirmier pendant les heures de nuit (cette valeur ou une meilleure valeur seuil a été atteinte pendant la prestation de nuit par 25 % des hôpitaux belges au cours de l'enquête), ce qui correspond à un ratio de maximum 10,6 patients/infirmier. Dans le second scénario, nous utilisons une valeur de maximum 8 patients/infirmier pendant la journée et la nuit.



En 2016, selon notre base de données DI-RHM (pour l'ensemble des services hospitaliers généraux : médecine interne, chirurgie, gériatrie, pédiatrie et revalidation), 22 % des jours-patients ont été exposés à un ratio supérieur à 10,6 patients/infirmier, alors que 53 % des jours-patients ont été exposés à un ratio supérieur à 8 patients/infirmier. Dans le scénario 1, selon la méthode 1, il est nécessaire d'ajouter 220 ETP ou un budget de € 16 089 200 (méthode 2 : 533 ETP ou € 38 924 000). Dans le scénario 2, selon la méthode 1, il est nécessaire d'ajouter 1 629 ETP ou un budget de € 118 946 200 (méthode 2 : 2 186 ETP ou € 159 578) (voir **Error! Reference source not found.**).

Ces chiffres représentent 1 % (scénario 1) et 9 % (scénario 2) du nombre actuel d'ETP dans ces services infirmiers. Par service, cela représente 104 ETP pour la médecine interne et la chirurgie (882 ETP dans le scénario 2), 82 ETP pour la gériatrie (565 ETP dans le scénario 2), 33 ETP pour la revalidation (175 ETP dans le scénario 2) et presque rien pour la pédiatrie. Ces chiffres doivent être considérés comme une mesure d'urgence à prendre et comme une limite inférieure absolue de l'effort à fournir (voir chapitre 4 du [rapport scientifique](#) pour des informations plus détaillées concernant le calcul). Une politique pour une dotation infirmière sûre et durable exige un effort plus important (voir Tableau 2).

Tableau 3 – Impact budgétaire des mesures d'urgence

Type de service	Ratio de 10,6:1 Scénario d'urgence 1		Ratio de 8:1 Scénario d'urgence 2	
	ETP (1 ETP correspond à 200 jours prestés)	Budget (en 000 €)	ETP (1 ETP correspond à 200 jours prestés)	Budget (en 000 €)
Médecine interne/chirurgie	104 (+0,8 %) – 266 (+1,2 %)	7 592 – 19 418	882 (+6,8 %) – 1 238.6 (+9,6 %)	64 401 – 90 418
Gériatrie	82 (+2,6 %) – 177 (+5,6 %)	5 986 – 12 892	565 (+18,0 %) – 669 (+21,3 %)	41 245 – 48 808
Pédiatrie	1 (+0,1 %) – 8 (+0,5 %)	102 – 599	8 (+0,5 %) – 31 (+1,9 %)	555 – 2 234
Revalidation	33 (+2,4 %) – 82 (+6,1 %)	2 409 – 6 015	175 (+12,9 %) – 248 (+18,3 %)	12 746 – 18 119
Total	220 (+1,2 %) – 533 (+2,8 %)	16 089 – 38 924	1 629 (+8,5 %) – 2 186 (+11,5 %)	118 946 – 159 578

Au cours de la conversion des heures réellement prestées en ETP, on part du principe qu'1 ETP correspond à 200 jours prestés dans les soins directs aux patients (365 jours moins les jours de week-end et de congé, les jours de congé de maladie, les jours de formation, etc.). Le coût (coût salarial total pour l'employeur) par ETP s'élève à € 73 000, ce qui correspond au coût salarial moyen pour les infirmiers, aides-soignants et membres du personnel paramédical (les infirmiers constituant le plus grand groupe professionnel) qui est utilisé dans le BMF (2019).

4.1.5. Mesures pour améliorer l'attractivité de la profession infirmière

L'amélioration des ratios nécessite une augmentation du nombre d'infirmiers impliqués dans les soins directs aux patients. Étant donné que le nombre d'infirmiers par habitant en Belgique est déjà supérieur à la moyenne de l'OCDE, il semble intéressant de déployer des efforts pour

attirer un nombre plus élevé d'entre eux vers les soins hospitaliers. Cette mesure ne sera néanmoins pas suffisante, et il sera également nécessaire d'augmenter le nombre d'infirmiers dans l'absolu. Les exemples internationaux démontrent qu'une amélioration des conditions de travail (c'est-à-dire une amélioration des ratios patients/infirmier) peut rendre la profession plus attractive.



Tout ceci nécessite une approche plus générale, comme une campagne donnant une image positive de la profession, un soutien de la formation continue, des salaires compétitifs, un lieu d'accueil pour les enfants du personnel pendant les heures de travail irrégulières, etc. Les initiatives actuelles (voir PARTIE I du chapitre 2 du [rapport scientifique](#)) doivent donc être maintenues et renforcées. Mais en fin de compte, il demeurera difficile d'attirer du personnel infirmier. On s'attend donc à ce que l'introduction de ratios patients/infirmier permette aux hôpitaux de se concurrencer sur le plan de la qualité des soins ainsi que sur celui de l'environnement de travail du personnel infirmier.

4.2. Mieux utiliser l'expertise infirmière

L'expertise des infirmiers doit être utilisée pour les soins infirmiers et non pour les tâches non liées à ces soins. Cela nécessite l'engagement de personnel de soutien mais celui-ci ne doit pas remplacer les infirmiers. Une large réflexion sur le rôle des infirmiers et du personnel de soutien non soignant doit avoir lieu.

Notre étude indique que les infirmiers accomplissent de très nombreuses tâches non liées aux soins infirmiers. Ainsi, 96 % d'entre eux signalent accomplir parfois ou souvent des tâches qui ne sont pas de leur ressort. Distribuer et débarrasser des repas (82 %), véhiculer des patients dans l'hôpital (61 %) et commander du matériel (57 %) sont des actions qui ne nécessitent pas une expertise infirmière et qui peuvent être réalisées par du personnel de soutien. La réduction de ces fonctions de soutien (en 2016, le personnel de soutien a diminué dans les services hospitaliers) n'a probablement pas joué un rôle favorable. Qui plus est, nous avons constaté que le risque de « soins infirmiers non réalisés » est également plus élevé dans les hôpitaux où les infirmiers signalent accomplir un nombre plus élevé de « tâches non liées aux soins infirmiers ».

Il est dès lors essentiel d'évaluer de manière approfondie le rôle des aides-soignants et des autres membres du personnel de soutien, afin qu'ils puissent prendre en charge certaines tâches (liées aux soins) ne nécessitant aucune expertise infirmière. Le rôle des aides-soignants a été récemment élargi en Belgique suite à des modifications de la loi.⁵⁰ Il est à présent nécessaire d'examiner dans quelle mesure les aides-soignants

peuvent encore mieux soutenir le travail des infirmiers à l'avenir. Dans d'autres pays (p.ex. Irlande et Angleterre), une consultation nationale a été organisée pour définir leur rôle et leur fonction. Toutefois, il faut également rappeler que les aides-soignants et les autres membres du personnel de soutien ne peuvent pas remplacer les infirmiers. Nous avons constaté que l'équilibre à atteindre est délicat, car si engager trop peu d'aides-soignants est néfaste, leur présence en nombre trop élevé l'est aussi. Une gestion sûre du personnel implique donc l'application de ratios patients/infirmier sûrs, associée à la présence d'un personnel de soutien pouvant libérer les infirmiers des tâches non liées aux soins infirmiers.

Il faut également examiner de manière critique le bien-fondé de certaines tâches régulièrement effectuées par les infirmiers. Le développement de l'*evidence-based practice* dans les activités infirmières devrait permettre de gérer tant l'excès que le manque de soins.

Enfin, il semble opportun d'étendre cette réflexion aux rôles et tâches des infirmiers et des autres professionnels de la santé (p.ex. les paramédicaux, les médecins) à la lumière de l'évolution du paysage des soins de santé (p.ex. la réduction des durées de séjour). Il en résultera de nouveaux besoins en matière de soins qui pourraient requérir une façon différente d'impliquer les professionnels de la santé.



4.3. Simplifier le financement et assurer un système d'attribution équitable des moyens (supplémentaires) pour les infirmiers

- Les différentes parties du BMF pour le financement des infirmiers doivent être simplifiées pour augmenter la transparence entre le « budget reçu » et le « budget réellement consacré à la dotation infirmière » et pour favoriser le caractère équitable du système d'attribution des moyens budgétaires. Le financement peut être constitué des volets suivants : un budget de base pour obtenir les ratios sûrs minimaux qui auront été définis, un budget supplémentaire déterminé en fonction de l'intensité des soins infirmiers, un budget pour le personnel infirmier supplémentaire non impliqué dans les soins infirmiers généraux (p.ex. fonctions spécialisées) et un budget pour les coûts supplémentaires liés au personnel.
- Lorsqu'on augmente le BMF pour solutionner les ratios patients/infirmier manifestement peu sûrs (> 8 patients/infirmier), un modèle d'attribution « équitable » doit être appliqué, c.-à-d. que le système ne doit pas seulement favoriser les hôpitaux souhaitant atteindre des ratios sûrs (ceux dont les ratios sont actuellement supérieurs à 8 patients/infirmier) mais aussi les hôpitaux qui les ont déjà atteints (ratios déjà inférieurs à 8 patients/infirmier). Le budget calculé ne suffira pas pour augmenter la dotation dans les hôpitaux ayant un effectif plus faible. Une contribution financière des hôpitaux eux-mêmes sera dès lors nécessaire. Ce mécanisme d'allocation budgétaire pourrait être intégré dans le système P4P. La mise en œuvre concrète de ce projet dépasse le cadre de la présente étude.
- Lorsque le passage à des ratios sûrs sera réalisé pour les différents types de services hospitaliers, les normes de financement pour le budget de base devront être adaptées en fonction des ratios patients/infirmier légalement fixés.

Au cours de ces dernières années, un certain nombre de règles, exceptions et corrections ont rendu le financement hospitalier complexe et opaque. Citons par exemple des mesures visant à augmenter l'effectif (p.ex. ETP supplémentaires parfois uniquement destinés aux infirmiers, parfois également à d'autres collaborateurs), des corrections pour compenser des coûts salariaux croissants, des financements pour de nouvelles fonctions (p.ex. liaison gériatrique), des compensations historiques (p.ex. prime de recyclage), etc. La complexité des calculs est inévitable mais, pour augmenter la transparence des décisions relatives au personnel infirmier, le financement des soins infirmiers doit idéalement être simplifié et réparti en une composante de base (déterminée en fonction des lits justifiés) et une partie supplémentaire (déterminée en fonction de l'intensité des soins infirmiers). La composante de base peut à son tour être divisée en différentes sous-parties du BMF actuel (p.ex. B2 déterminée en fonction des lits justifiés, CCT pour le personnel supplémentaire, etc.). Cette composante de base peut également inclure les différentes compensations (historiquement attribuées). Il faut ainsi veiller à éliminer les inégalités actuelles entre les hôpitaux (p.ex. certains hôpitaux reçoivent des compensations reposant sur des mesures historiques et anciennes, tandis que d'autres hôpitaux ne les reçoivent pas).

Deux catégories supplémentaires peuvent également être prévues pour les budgets individuels destinés au personnel supplémentaire (p.ex. liaison gériatrique, infirmier spécialisé dans la gestion de la douleur, etc.) et pour les coûts supplémentaires (p.ex. primes pour les titres professionnels). Comme indiqué plus haut, lorsqu'un budget supplémentaire du BMF est alloué pour augmenter la dotation actuelle, il doit être attribué de façon équitable. Ce système de financement (pour le personnel supplémentaire) peut initialement être intégré dans le système P4P. Lorsque les ratios seront complètement appliqués, cet élément pourra être intégré dans la composante de base du BMF pour le personnel infirmier.

À moyen terme, lorsque des ratios sûrs patients/infirmier seront définis et appliqués, le financement pour la composante de base devra être adapté en fonction de ces ratios. Par exemple, si les ratios sûrs sont différents entre les services généraux et spécialisés de médecine interne (p.ex. Stroke unit, hématologie, Medium care), ces différences devront se refléter dans leur financement. Étant donné que les infirmiers en chef ne sont pas pris en



compte dans le calcul des ratios, il faudra en tenir compte au cours de la détermination du budget (les infirmiers en chef sont actuellement pris en compte dans les normes de financement du personnel infirmier).

4.4. Accorder une attention spécifique à la dotation infirmière en gériatrie

Des initiatives spécifiques sont nécessaires pour rendre plus attractif le travail des infirmiers en gériatrie. Ces initiatives doivent impliquer les pouvoirs publics (p.ex. campagnes visant à améliorer l'image de la profession), le secteur de formation (p.ex. renforcement de la formation en gériatrie dans le programme de formation de base en soins infirmiers, tant pour la théorie que pour les lieux de stage), les partenaires sociaux (p.ex. salaire compétitif) et le secteur hospitalier (p.ex. une culture mettant en valeur les soins et l'expertise en gériatrie).

Notre étude démontre qu'il faut accorder une attention spécifique aux services de gériatrie et mettre en place des actions pour leur garantir un personnel suffisant. L'intensité des soins infirmiers y est plus élevée que dans les autres services généraux tels que les services de médecine interne et de chirurgie, alors que la dotation infirmière y est plus faible. Même si la rotation des patients y est beaucoup plus lente, et malgré un recrutement un peu plus élevé (mais en diminution) de personnel de soutien, des éléments indiquent clairement que la charge de travail est plus élevée en gériatrie que dans les autres services hospitaliers classiques. De plus, le niveau de formation des infirmiers y est plus faible qu'en chirurgie et en médecine interne. Il est également plus difficile d'inciter les infirmiers (et les autres dispensateurs de soins) à y travailler⁵¹ alors que, selon une analyse de tendances, on prévoit que ce sera (avec la revalidation) le seul type de service hospitalier pour lequel les besoins vont augmenter. Afin de fournir à ces services un personnel compétent et suffisant, il est important de renforcer l'expertise gériatrique des infirmiers dès le début de leur formation. Les conditions de travail doivent également y devenir au moins aussi attractives que dans les autres services (p.ex. salaires compétitifs) et tant le secteur hospitalier que les pouvoirs publics doivent contribuer à positiver l'image de ces services. Les compétences cognitives et physiques requises

pour les infirmiers travaillant dans cet environnement de soins complexe sont exigeantes et doivent dès lors être valorisées et récompensées.

4.5. Adopter au niveau macro une politique visant à une dotation infirmière sûre pour les patients et les infirmiers

4.5.1. Une union des forces dans le cadre de la conférence interministérielle

Dans tous les pays ou états étudiés dans le cadre de cette étude, une politique visant à une dotation infirmière sûre a été instaurée ou est soutenue par un plan politique au niveau macro. Un tel plan politique est également nécessaire en Belgique pour guider le secteur hospitalier dans ce processus. Il est également souhaitable que cette politique prenne en compte l'impact attendu sur d'autres secteurs (p.ex. soins à domicile, centres de long séjour). Étant donné que les compétences sont réparties entre le niveau fédéral (p.ex. financement des hôpitaux) et les entités fédérées (p.ex. normes d'agrément), un plan d'action commun est indiqué. De plus, les différences régionales observées en Belgique (p.ex. profils de l'effectif, réalisation de tâches non liées aux soins infirmiers, bien-être des infirmiers) indiquent que les régions tireront mutuellement bénéfice d'échanges de bonnes pratiques. Tout cela nécessite une initiative de la conférence interministérielle, où sont conclus les accords concernant les objectifs, les processus et les responsabilités. Les entités fédérées pourront ainsi contrôler régulièrement l'environnement de travail, tandis qu'au niveau fédéral, des accords pourront être conclus sur les instruments à utiliser. La conférence interministérielle pourrait demander à un petit groupe de travail (taskforce) de développer un tel plan national (comme en Irlande). Cette taskforce pourrait réunir des représentants des institutions de recherche et du monde académique, du gouvernement, du secteur hospitalier et des infirmiers, et être financée par les moyens publics. Elle devrait réaliser certaines missions, notamment piloter une analyse des données administratives en vue d'identifier les services nécessitant l'application de ratios spécifiques, déterminer des ratios minimaux par type de service, collecter des données dans les domaines où elles sont manquantes (p.ex. environnement de travail infirmier et bien-être des infirmiers dans les services de gériatrie), établir un lien entre les ratios et le budget hospitalier,



déterminer les données devant faire l'objet d'une surveillance systématique, développer des tableaux de bord, etc.

La recommandation détaillée d'initiatives par niveau de compétence ne fait pas partie du champ d'analyse du présent rapport. Nous nous sommes plutôt focalisés sur deux mesures importantes pour une politique nationale en vue d'une dotation infirmière sûre : l'élaboration d'un système de collecte de données et l'évaluation de l'impact des mesures politiques.

4.5.2. *Un système de collecte de données pour le soutien et la surveillance d'une politique de dotation infirmière sûre*

Un système national de collecte de données doit être développé afin de soutenir la politique de dotation infirmière sûre. Ce système doit notamment prendre en compte les données suivantes : dotation infirmière, intensité des soins infirmiers, environnement de travail, bien-être des infirmiers et *outcomes* des patients. Il peut être mis en place grâce à :

- La réactivation de l'enregistrement du personnel infirmier par journée dans le Résumé Hospitalier Minimum (au cours des 4 périodes d'enregistrement DI-RHM), en complément de l'enregistrement des activités infirmières (à terme, on peut examiner la possibilité d'évaluer de manière complémentaire les besoins en soins au moyen d'un instrument de mesure validé) ;
- L'utilisation régulière des instruments utilisés au cours de la présente étude pour évaluer la situation de l'environnement de travail infirmier et le bien-être infirmier ;
- L'intégration des sources de données existantes collectant les informations sur les *outcomes* des soins et les expériences des patients (PREM).

Un système élargi de collecte de données pour soutenir la politique de dotation infirmière sûre

Notre étude souligne l'importance de la variabilité entre les hôpitaux et les régions pour tous les critères importants : environnement de travail, dotation infirmière, intensité des soins et bien-être infirmier. Les *outcomes* des patients et leur satisfaction diffèrent également d'un hôpital belge à l'autre.^{1,2} Étant donné que tous ces éléments interagissent les uns avec les autres, il est nécessaire d'élaborer un système permettant de récolter, d'analyser, de publier et d'utiliser les données relatives à ces indicateurs importants. Un tel système permettra d'orienter les actions des pouvoirs publics (p.ex. adaptation du budget hospitalier, amélioration du bien-être des infirmiers, etc.) et des hôpitaux (p.ex. développement du leadership, augmentation de la dotation infirmière dans certains services, etc.). À l'étranger aussi, ce type de système fait partie intégrante de la politique de dotation infirmière sûre. Ainsi, en Angleterre, la valeur NHPPD fait l'objet d'un monitoring et d'un rapport public. En Irlande, l'environnement de travail, les soins infirmiers non réalisés, la dotation infirmière et l'intensité des soins sont évalués. En Belgique, nous disposons déjà de données sur l'intensité des soins infirmiers et la dotation infirmière quotidienne ; il est important de conserver, collecter et utiliser ces informations précieuses.

Réactivation de l'enregistrement de la dotation infirmière quotidienne

À la lumière de l'évolution internationale, il est regrettable que l'enregistrement des données relatives à la dotation infirmière quotidienne ne soit plus obligatoire (dans le fichier EMPLODAY, avec un enregistrement pendant 60 jours d'observation par service). Alors qu'à l'heure actuelle, la plupart des pays initient ce type d'enregistrement, la Belgique a décidé, au contraire, de le supprimer. Or, lorsqu'ils établiront des ratios patients/infirmier sûrs, les hôpitaux devront tenir compte du fait qu'ils utilisent des ressources supplémentaires, ce qui n'est pas possible avec les systèmes d'enregistrement existants tels que FINHOSTA. Un monitoring des ratios patients/infirmier requiert un système d'enregistrement qui permette d'effectuer, pour chaque unité de soins infirmiers, une comparaison par journée (ou par shift) entre le personnel infirmier déployé et les patients présents. Nous recommandons donc de réactiver au plus vite cet enregistrement quotidien du personnel dans le RHM. Ce système fournit



des informations précieuses sur les profils de l'effectif au niveau des régions, des hôpitaux et des services. En combinant le DI-RHM et EMPLODAY, il est possible d'examiner dans quelle mesure la dotation infirmière est adaptée aux différences d'intensité de soins. Il conviendrait également d'apporter quelques modifications au système existant d'enregistrement du personnel afin de mieux l'adapter à la pratique actuelle et future. Ainsi, le temps presté par les infirmiers en chef (ou les infirmiers responsables) et par les infirmiers spécialisés devrait être enregistré séparément. Il faudrait également vérifier si un enregistrement de personnel permet de visualiser les variations d'effectif par type de shift (p.ex. comparaison des heures de journée et des heures de nuit). Lorsque des ratios patients/infirmier seront définis par type de service, il sera également indiqué d'y adapter l'enregistrement de personnel. Plutôt que d'identifier les services par des indices de lits (comme c'est le cas à l'heure actuelle), il serait préférable d'établir des catégories de services plus conformes à la réalité. Une même classification doit être utilisée dans l'ensemble du système, afin de pouvoir adapter les activités infirmières les unes aux autres.

Un tableau de bord permettant un feedback et une analyse comparative (*benchmarking*) à différents niveaux

Pour l'ensemble du secteur, il faut également développer un tableau de bord permettant un feedback dynamique et utilisable ainsi qu'une analyse comparative. Ce tableau de bord doit au moins inclure les critères suivants : ratios patients/infirmier et/ou NHPPD, jours où les ratios patients/infirmier sont supérieurs aux ratios définis, intensité des soins infirmiers, intensité des soins infirmiers en fonction de la dotation infirmière, proportion d'infirmiers bacheliers, dotation en personnel de soutien et score ADT. Le tableau de bord doit permettre de visualiser les variations entre les régions, les hôpitaux et les services hospitaliers. En plus de cet enregistrement systématique, on peut également envisager la réalisation d'études à des moments déterminés afin d'évaluer au sein d'un échantillon représentatif les facteurs pour lesquels les données sont manquantes (p.ex. charge de travail administratif, pourcentage de personnel intérimaire). En outre, on pourrait envisager d'utiliser, en plus du DI-RHM, un système de classification des patients fondé sur les besoins en soins. En raison de l'absence de standard

international et afin de contrer la multiplication des instruments, il semble approprié de suivre l'exemple de l'Angleterre, où le NICE approuve l'utilisation de certains instruments après les avoir évalués.

Couplage avec d'autres sources de données : *outcomes* des patients et expériences rapportées (PREM)

Il serait souhaitable d'intégrer également dans le tableau de bord les *outcomes* et expériences rapportées par les patients qui sont sensibles aux soins infirmiers (p.ex. incidence des chutes, escarres, infections nosocomiales, mortalité hospitalière). À cette fin, les systèmes d'enregistrement existants (p.ex. PREMS dans le cadre du programme P4P, enregistrement des infections nosocomiales par Sciensano, mortalité corrigée en fonction du risque selon le RHM) doivent être intégrés dans le tableau de bord, comme cela se fait également à l'étranger.

Évaluation régulière de l'environnement de travail infirmier, des soins non réalisés, des tâches non liées aux soins infirmiers et des résultats infirmiers

Les bases de données administratives doivent être régulièrement complétées par un contrôle de l'environnement de travail, des soins non réalisés et des *outcomes* infirmiers. À cette fin, les instruments utilisés au cours de la présente étude peuvent être utiles. Tous les quatre à cinq ans, une enquête en ligne pourrait être réalisée auprès des infirmiers de tous les hôpitaux aigus belges. Chaque hôpital devrait désigner un coordinateur (p.ex. le responsable de l'enregistrement du DI-RHM) dont le rôle serait d'y impliquer activement les infirmiers. La portée de cette enquête devrait également être plus large que celle de la présente étude, et impliquer d'autres services (p.ex. gériatrie, soins intensifs, pédiatrie). Un tel élargissement nécessiterait toutefois un test pilote afin de vérifier les propriétés psychométriques de l'instrument dans ces services.⁵²



4.6. Évaluer de manière proactive et systématique l'impact des mesures stratégiques

Une étude doit être réalisée afin d'évaluer l'impact des différentes mesures politiques évoquées ci-dessus. Une équipe de recherche doit être constituée, avec pour missions la conception d'un protocole d'étude, la réalisation de l'étude et le rapportage des résultats de manière indépendante. L'étude d'évaluation pourrait inclure les étapes suivantes :

- **Test des propriétés psychométriques des instruments utilisés au cours de la présente étude dans d'autres services (p.ex. gériatrie);**
- **Utilisation de la présente étude (et des données complémentaires lorsque la portée de l'étude sera élargie) en tant que mesure de référence ;**
- **Application des mesures politiques (p.ex. augmentation de la dotation) au niveau d'une sélection de sites pilotes (p.ex. hôpitaux disposés à fournir volontairement une partie du budget requis en apportant leur contribution propre) et utilisation d'autres sites hospitaliers comme sites témoins ;**
- **Collecte des données après l'application des mesures politiques (p.ex. après 6 mois, 1 an, 2 ans).**

L'un des points négatifs mis en évidence par la comparaison internationale est le manque de moyens consacrés à l'évaluation des politiques mises en œuvre. Dans beaucoup de régions, aucune évaluation n'a été réalisée, ou tout au plus des évaluations rétrospectives. En revanche, en Irlande et au Queensland, des équipes de recherche ont procédé à une évaluation prospective de la politique appliquée. En d'autres mots, dès avant l'application de la mesure, un protocole d'étude a été développé, une mesure de référence a été effectuée, et des décisions ont pu être prises au sujet de la portée de l'étude, des résultats primaires et secondaires, du plan d'analyse, du groupe témoin et du groupe servant à l'évaluation de l'intervention, etc. Ce type d'évaluation prospective devrait également être mis en œuvre en Belgique. Faute de quoi il sera impossible d'évaluer si les mesures envisagées auront l'impact souhaité. La présente étude peut être utilisée en tant que mesure de référence à condition d'être élargie à tous les

services pertinents (p.ex. gériatrie, pédiatrie, revalidation). L'intervention peut avoir lieu dans l'ensemble ou dans une sélection d'hôpitaux belges (p.ex. ceux qui se sont engagés à introduire certaines réformes). Dans ce dernier cas, les autres hôpitaux peuvent servir de groupe témoin. Grâce aux différentes mesures ultérieures (p.ex. à 6 mois, 1 an, 2 ans), l'impact de la mesure politique pourra être évalué.

4.7. Créer un environnement de travail favorable pour les infirmiers, en accordant une attention à la dotation à tous les niveaux de l'organisation

Le secteur hospitalier doit mettre en place, au sein de chaque hôpital, une culture et une pratique qui accordent de l'importance à la dotation à tous les niveaux, du lit du patient jusqu'au management. Cela inclut d'effectuer :

- **deux fois par an une évaluation systématique de la composition de l'équipe infirmière (p.ex. ETP, *skill mix*) au moyen d'un système standardisé de collecte des données (outils d'allocation de personnel fondés sur les preuves scientifiques : p.ex. dotation infirmière liée à l'intensité des soins), en combinaison avec un avis professionnel (p.ex. par le management infirmier) sur le fonctionnement de l'équipe. Ce processus devra se dérouler sous la supervision du directeur infirmier et conduira à l'élaboration d'un plan pour le personnel par (groupe de) service(s) qui documentera les décisions et argumentations de la direction de l'hôpital.**
- **un monitoring continu de la dotation infirmière et d'éléments tels que les absences pour maladie, les congés, etc. par le management infirmier, qui fournit un feedback régulier à la direction de l'hôpital. La dotation (requis) planifiée et la dotation réelle seront alors comparées.**
- **la mise en place d'un système permettant d'évaluer la dotation d'un shift à l'autre (p.ex. signaux d'alarme, saut systématique de la pause-repas, administration tardive ou absence d'administration des médicaments nécessaires) et de prendre des mesures si nécessaire.**



4.7.1. Une approche globale de l'organisation basée sur des données et une politique de transparence

Malgré le potentiel du DI-RHM, seuls quelques hôpitaux belges l'utilisent, en association avec les données relatives à la dotation infirmière, pour vérifier si le personnel d'un service déterminé doit être adapté. À l'heure actuelle, ces adaptations reposent principalement sur des avis de professionnels, des décisions historiques ou des mesures prises dans le cadre d'une maîtrise des coûts. Il vaudrait la peine d'examiner (p.ex. lors d'une recherche qualitative comparant les hôpitaux qui utilisent le DI-RHM et ceux qui ne l'utilisent pas) quels sont les facilitateurs, les obstacles et le potentiel du DI-RHM dans le contexte de la répartition du personnel.

Nous plaidons en faveur d'un processus systématique, standardisé, transparent et basé sur les données. Le système anglais est une source d'inspiration pour ce type d'approche : il y est recommandé d'utiliser des plans de personnel établis en se basant sur une évaluation de la dotation requise (en Belgique, le DI-RHM peut par exemple être utilisé à cette fin), ainsi que sur la dotation réelle, les *outcomes* des patients et des infirmiers, et les avis des professionnels. Cette méthode augmente la transparence des décisions relatives à la dotation. De plus, les cadres infirmiers et les chefs de service doivent vérifier au moins toutes les 24 heures si le nombre d'infirmiers est suffisant. Si ce n'est pas le cas, il faut suivre une procédure permettant de décider d'une augmentation du nombre d'infirmiers. Entretemps, le département ou le service peuvent être partiellement ou totalement fermés, jusqu'à la résolution du problème. Cette évaluation quotidienne doit être documentée et elle peut être utilisée pour orienter les décisions ultérieures relatives à la dotation.

4.7.2. Un environnement de travail favorable pour améliorer les *outcomes* mesurés chez les patients et le bien-être des infirmiers

Le secteur hospitalier doit veiller à offrir un environnement de travail attractif, sécurisant et agréable pour les infirmiers. Ceci implique, en plus d'une dotation suffisante, un investissement dans le leadership, une participation à la politique hospitalière, de bonnes relations avec les médecins et une bonne qualité des soins.

Des études ont démontré l'existence d'un lien entre la dotation infirmière et les *outcomes* mesurés chez les patients et les infirmiers. Cette relation est également influencée par la qualité de l'environnement de travail : augmenter la dotation dans un service où l'environnement de travail est mauvais ne semble pas efficace. Les hôpitaux doivent donc investir dans un bon environnement de travail. Cet investissement peut se faire de différentes manières. Une manière simple et peu coûteuse d'impliquer davantage les infirmiers dans la politique hospitalière est de les laisser participer aux groupes de travail, comités hospitaliers et projets innovants. Les dirigeants peuvent également pratiquer le « *management by walking around* » (c.-à-d. la visite régulière des services). Pendant ces visites, le management doit être accessible et entreprendre de réels changements si on lui signale des problèmes. Des mesures plus étendues et plus coûteuses peuvent également être prises. Un exemple d'intervention ayant un effet positif sur le maintien au travail et le bien-être des infirmiers est le programme d'accréditation en tant que « *Magnet hospital* » (voir section 1.3.1).^{35, 38} En Belgique, ce programme d'accréditation a servi d'inspiration pour le développement d'un modèle d'hôpital attractif (p.ex. ARIQ – *Attraction, Retention, Involvement of nurses, Quality of Care*) visant à augmenter le caractère attractif de la profession infirmière et à favoriser le maintien au travail des infirmiers.⁵³ Il est bien sûr important de créer un bon environnement de travail pour tous les employés d'un hôpital. Toutefois, l'évaluation de l'environnement de travail actuel ainsi que les interventions d'amélioration possibles pour les autres employés dépassent la portée de la présente étude.



5. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de vérifier si les normes en personnel infirmier sont toujours adéquates au vu du contexte hospitalier en mutation. En effet, en 2009, l'étude européenne RN4CAST avait déjà révélé que la dotation infirmière en Belgique était faible par rapport aux autres pays européens. Il s'agit là d'un réel sujet de préoccupation, car les études scientifiques démontrent une relation claire entre la dotation infirmière, le bien-être des infirmiers et les *outcomes* des soins. De nombreux pays ou régions ont dès lors développé une politique visant à engager un nombre suffisant d'infirmiers afin de créer un environnement de soins sûr pour le patient, qui soit également un environnement de travail agréable et attractif pour les infirmiers.

En Belgique, les preuves scientifiques issues de l'étude RN4CAST et d'études apparentées n'ont pas donné lieu au développement d'une politique officielle. Cela ne veut pas dire pour autant que rien n'a été entrepris ou n'a été modifié. Quelques évolutions positives sont observées, comme une légère diminution du nombre de patients soignés par un seul infirmier, de meilleures relations de travail entre les médecins et les infirmiers, ou une amélioration de la vision sur la qualité des soins. Malgré cela, le bien-être des infirmiers s'est fortement détérioré (risque accru de burnout, augmentation de l'insatisfaction au travail). Nous constatons que le ratio patients/infirmier est toujours trop élevé, et bien supérieur aux normes internationales. De nombreux patients sont exposés à un environnement pouvant être considéré comme potentiellement dangereux. L'augmentation constante de l'intensité des soins peut expliquer ce phénomène. En effet, même si la dotation infirmière a suivi l'évolution de l'intensité des soins infirmiers, la proportion des « soins infirmiers non réalisés » a fortement augmenté, ce qui semble indiquer que l'on a atteint la capacité maximale des tâches pouvant être réalisées par un infirmier en un temps imparti. C'est non seulement dangereux et/ou inconfortable pour le patient, mais cela contribue aussi à l'insatisfaction croissante des infirmiers.

Notre étude conclut à la nécessité de mettre en place une approche politique formelle pour améliorer la dotation infirmière dans les hôpitaux aigus belges. Il semble approprié de travailler avec des ratios patients/infirmier maximaux obligatoires. D'autres mesures moins contraignantes peuvent également être envisagées, comme par exemple la publication de rapports sur les ratios patients/infirmier ou le développement de recommandations nationales pour l'élaboration des plans de personnel. Cependant, notre analyse de ce qui est mis en place à l'étranger montre que ces approches douces ne se traduisent pas, sur le terrain, par des améliorations aussi marquées.

Les défis sont connus (p.ex. vieillissement des patients et du personnel). Il est donc urgent de prendre des mesures politiques ciblées et de mettre en œuvre un plan de « dotation infirmière sûre », faute de quoi la sécurité des patients et l'attrait de la profession infirmière en feront les frais.



■ RÉFÉRENCES

1. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717.
2. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
3. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*. 2011;10:6.
4. NVKVV. Juridische context verpleegkundige opleidingen en beroepstitel [Web page]. 2019 [cited 17/07/2019]. Available from: <https://www.nvkvv.be/page?ori=1&ssn=13fc5380d1e35912106b98bfc3aa3d12aa7d3074&lng=1&pge=2&nws=1968>
5. Sermeus W, Eeckloo K, Van der Auwera C, Van Hecke A. Future of Nursing: improving health, driving change. Lessen uit de internationale literatuur en studiedagen 2017. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2018.
6. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (313)
7. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris, France: OECD; 2019. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/2/8/5/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&mimeType=text/html&csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book
8. OECD. Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle. OECD; 2018.



9. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 04/2019. KCE Reports 313 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf
10. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
11. Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, M.B. 7 novembre 1964.
12. Arrêté royal du 15 décembre 1978 fixant des normes spéciales pour les hôpitaux et services universitaires, M.B. 4 juillet 1978.
13. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf>
14. Audet LA, Bourgault P, Rochefort CM. Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *Int J Nurs Stud*. 2018;80:128-46.
15. Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, et al. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *European journal of cardiovascular nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2018;17(1):6-22.
16. Hill B. Do nurse staffing levels affect patient mortality in acute secondary care? *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing). 2017;26(12):698-704.
17. Liao LM, Sun XY, Yu H, Li JW. The association of nurse educational preparation and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*. 2016;42:9-16.
18. McGahan M, Kucharski G, Coyer F, Winner ABNRPsbE. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Australian Critical Care*. 2012;25(2):64-77.
19. Mitchell BG, Gardner A, Stone PW, Hall L, Pogorzelska-Maziarz M. Hospital Staffing and Health Care-Associated Infections: A Systematic Review of the Literature. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2018;44(10):613-22.
20. Shekelle PG. Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013;158(5 Pt 2):404-9.
21. Shin S, Park JH, Bae SH. Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Outlook*. 2018;66(3):273-82.
22. Wilson S, Bremner A, Hauck Y, Finn J. The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2011;9(2):97-121.
23. Wynendaele H, Willems R, Trybou J. Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. *J Nurs Manag*. 2019;27(5).



24. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:10-5.
25. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, Lesaffre E, Dumitrescu I, Smith HL, et al. Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient Experiences With Care in Europe. *Med Care Res Rev*. 2015;72(6):643-64.
26. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018.
27. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs*. 2018;27(11-12):2248-59.
28. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(4):227-37.
29. Maxwell E, Hanss K, Lamont T. Staffing on Wards - Making decisions about healthcare staffing, improving effectiveness and supporting staff to care well. NIHR; 2019. Themed Review doi 10.3310/themedreview-03553 Available from: <https://www.dc.nihr.ac.uk/themed-reviews/FINAL%20Ward%20Staffing%20for%20WEB.pdf>
30. Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(8).
31. Bae SH. Assessing the relationships between nurse working conditions and patient outcomes: systematic literature review. *Journal of Nursing Management*. 2011;19(6):700-13.
32. Bae SH, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nursing Outlook*. 2014;62(2):138-56.
33. Clendon J, Gibbons V. 12 h shifts and rates of error among nurses: A systematic review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(7):1231-42.
34. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 2017;26(3):172-6.
35. Petit Dit Dariel O, Regnaud J-P. Do Magnet-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*. 2015;13(6):168-219.
36. Stalpers D, de Brouwer BJ, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(4):817-35.
37. Stimpfel AW, Sloane DM, McHugh MD, Aiken LH. Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. *Health Serv Res*. 2016;51(3):1120-34.
38. ANCC. ANCC Magnet Recognition Program [Web page]. 2019 [cited 26/09/2019]. Available from: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>
39. Van Bogaert P, Van Heusden D, Slootmans S, Roosen I, Van Aken P, Hans GH, et al. Staff empowerment and engagement in a magnet(R) recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):756.
40. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. *Health*



- Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 29/03/2016. KCE Reports 263 Available from:
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_263_Organisation_and_payment_of_emergency_care_services.pdf
41. Van den Heede K, Dubois C, Mistiaen P, Stordeur S, Cordon A, Farfan-Portet MI. Evaluating the need to reform the organisation of care for major trauma patients in Belgium: an analysis of administrative databases. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2019;45(5).
 42. Van den Heede K, Bouckaert N, Van de Voorde C. The impact of an ageing population on the required hospital capacity: results from forecast analysis on administrative data. *European Geriatric Medicine.* 2019;10(5):697-705.
 43. Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, M.B. 28 mars 2019.
 44. Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *J Adv Nurs.* 2007;57(5):463-71.
 45. Alghamdi MG. Nursing workload: a concept analysis. *J Nurs Manag.* 2016;24(4):449-57.
 46. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(6):1121-37.
 47. Sermeus W, Gillet P, Tambre W, Gillain D, Grietens J, Laport N, et al. Financing of hospital nursing care. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007 20/04/2007. KCE Reports 53 Available from:
<https://kce.fgov.be/publication/report/financing-of-hospital-nursing-care>
 48. NICE. Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals [Web page]. 2014 [cited 28/11/2018]. Available from:
<https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/resources>
 49. Needleman J, Buerhaus PI, Stewart M, Zelevinsky K, Mattke S. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Aff (Millwood).* 2006;25(1):204-11.
 50. Arrêté royal du 27 février 2019 modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, M.B. 18 mars 2019.
 51. Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, et al. Comprehensive geriatric care in hospitals: the role of inpatient geriatric consultation teams. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015. KCE Reports (245)
 52. Bruyneel L, Van den Heede K, Diya L, Aiken L, Sermeus W. Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study questionnaire: an RN4CAST pilot study. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(2):202-10.
 53. Stordeur S, D'Hoore W. Attractivité, Fidélisation et Qualité des Soins – 3 défis, une réponse. Paris: Editions Lamarre; 2009.



■ RECOMMANDATIONS^h

RECOMMANDATION 1 :

Afin d'améliorer la sécurité des patients dans les hôpitaux et d'y rendre l'environnement de travail attractif pour les infirmiers, le ratio patients/infirmier doit diminuer.

Aux ministres compétents dans le domaine de la Santé publique, il est recommandé, dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique, de :

- Confier à une équipe (gouvernement, institutions de recherche, milieu académique, représentants de patients) la mission d'élaborer un système de ratios patients/infirmier sûrs, pouvant être implémenté endéans les 5 ans.
- Ce système doit permettre de garantir à moyen et long terme des ratios patients/infirmier sûrs.
- Une typologie des services infirmiers (maximum 10 à 15 catégories) doit être déterminée par une approche fondée sur les données (données médicales issues du RHM ; données infirmières issues du DI-RHM ; données du personnel).
- un nombre maximal de patients par infirmier doit être établi pour chaque type de service infirmier (p.ex. ratios différents pour les services généraux ou spécialisés de chirurgie et médecine interne), les types de shifts (p.ex. journée/ soirée ou nuit), ou en fonction d'une mesure de l'intensité des soins. Ceci doit se faire sur la base d'un consensus d'experts obtenu selon une approche systématique (p.ex. méthode Delphi).
- À cette fin, on estime qu'il faut ajouter 5 526 ETP supplémentaires (par rapport à la situation de 2016), ce qui représente un budget (annuel) supplémentaire de € 403 456 400. Ce nombre d'ETP et le budget correspondant ne tiennent pas compte des services infirmiers, des types d'hôpitaux ou des secteurs non analysés dans la présente étude. Ceux-ci nécessitent une évaluation et un calcul supplémentaires.

Au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, il est recommandé de libérer un budget supplémentaire endéans l'année pour des mesures d'urgence :

- Afin de mettre un terme à un « ratio patients/infirmier » exposant les patients à un environnement de soins manifestement peu sûr (> 8 patients/infirmier en journée dans les

^h Le KCE reste seul responsable des recommandations.



services hospitaliers généraux), un budget et un personnel supplémentaires sont immédiatement nécessaires. La suppression des ratios peu sûrs exige une augmentation de l'effectif de 220 ETP (horaires de jour) ou 1 629 ETP (24 heures), ce qui représente un budget (annuel) de € 16 089 200 et € 118 946 200 respectivement. Cette mesure ne couvre pas le personnel supplémentaire pour les types de services qui n'ont pas été analysés dans le cadre de la présente étude. Ceux-ci nécessitent une évaluation et un calcul complémentaires.

À la Conférence interministérielle Santé publique, il est recommandé d'établir des objectifs concrets par niveau de compétence en termes d'économies et d'investissements, qui seront négociés avec le secteur hospitalier:

- Après un investissement initial du gouvernement nécessaire au lancement des réformes, un effort conjoint doit être entrepris par les autorités compétentes et le secteur hospitalier pour contribuer au budget supplémentaire nécessaire à l'obtention de personnel supplémentaire : le secteur hospitalier en réorganisant ses activités (fermeture des services inefficients et réduction des hospitalisations et jours-patients évitables) et les pouvoirs publics en augmentant le budget hospitalier (BMF). Les gains d'efficience potentiels doivent être évalués et enregistrés pour chaque mission de soins. Afin de pouvoir entamer les réformes requises, un investissement initial des pouvoirs publics est nécessaire, avec des garanties du secteur que les économies réalisées seront portées en compte.
- De plus, des mesures d'accompagnement doivent être prises dans d'autres secteurs (p.ex. soins à domicile, centres de long séjour, hôpitaux psychiatriques) afin de pouvoir faire face à l'impact des réformes dans ces secteurs (p.ex. sortie plus rapide de l'hôpital).

RECOMMANDATION 2 :

Au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, il est recommandé :

- Les différentes parties du BMF destinées au financement des infirmiers doivent être simplifiées afin d'augmenter la transparence entre le « budget reçu » et le « budget réellement consacré à la dotation infirmière » et de favoriser l'équité du système d'attribution des moyens budgétaires. Le financement peut être constitué des volets suivants : un budget de base pour obtenir les ratios sûrs minimaux qui auront été fixés, un budget supplémentaire déterminé en fonction de l'intensité des soins infirmiers, un budget pour le personnel infirmier supplémentaire non impliqué dans les soins infirmiers



généraux (p.ex. fonctions spécialisées) et un budget pour les coûts supplémentaires liés au personnel.

- Si l'on augmente le BMF pour solutionner les ratios patients/infirmier manifestement peu sûrs (> 8 patients/infirmier), un modèle d'attribution « honnête » devra être appliqué, c.-à-d. que le système ne devra pas seulement favoriser les hôpitaux souhaitant obtenir des ratios sûrs (ceux dont les ratios sont actuellement supérieurs à 8 patients/infirmier) mais aussi les hôpitaux qui les ont déjà atteints (ratios déjà inférieurs à 8 patients/infirmier). Le budget calculé ne suffira pas pour augmenter la dotation dans les hôpitaux ayant un effectif plus faible. Un effort financier sera dès lors nécessaire pour les hôpitaux, qui devront fournir leur propre contribution. Ce mécanisme d'allocation budgétaire pourrait être intégré dans le système P4P. La mise en œuvre concrète de ce projet dépasse le cadre de la présente étude.
- Lorsque le passage à des ratios sûrs par type de service infirmier sera réalisé, les normes de financement pour le budget de base devront être adaptées en fonction des ratios patients/infirmier légalement fixés.

RECOMMANDATION 3 :

Au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, il est recommandé de lancer une large réflexion avec tous les acteurs pertinents sur le rôle des infirmiers et du personnel de soutien non soignant en vue de mieux utiliser l'expertise des infirmiers pour les soins infirmiers et non pour les tâches non liées à ces soins. Cela nécessite l'engagement de personnel de support, mais celui-ci ne peut en aucun cas remplacer les infirmiers.

RECOMMANDATION 4 :

Des initiatives spécifiques sont nécessaires pour rendre plus attractif le travail des infirmiers en gériatrie (et par extension, dans le secteur des soins aux personnes âgées de manière générale). Il est donc recommandé :

Aux écoles infirmières et aux autres formations concernées :

- De renforcer la formation en gériatrie au sein du programme de formation de base en soins infirmiers, tant par la théorie que par les lieux de stage,



Au Service public fédéral Santé publique en collaboration avec les entités fédérées :

- D'organiser des campagnes visant à améliorer l'image des soins aux personnes âgées.

Aux partenaires sociaux :

- De fixer un salaire compétitif pour le secteur des soins aux personnes âgées

Au secteur hospitalier :

- De promouvoir une culture sensibilisant tous les professionnels à l'approche des patients gériatriques (transmission des informations, réunions multidisciplinaires) et mettant en valeur les soins et l'expertise en gériatrie. Cela nécessite des efforts et un soutien continus de la part du management et de la direction de l'hôpital.

RECOMMANDATION 5 :

Au Service public fédéral Santé publique en concertation avec les entités fédérées et après concertation avec le secteur, il est recommandé de développer un système national d'informations et de données afin de soutenir une politique de dotation sûre. Ce système doit inclure les données suivantes : dotation infirmière, intensité des soins infirmiers, environnement de travail, bien-être des infirmiers et résultats des patients. À cette fin, il est recommandé de :

- Rendre à nouveau obligatoire l'enregistrement quotidien du personnel infirmier dans le Résumé hospitalier minimum, en complément de l'enregistrement des activités infirmières ;
- Réaliser de manière régulière (p.ex. tous les 5 ans) une mesure à l'aide des instruments utilisés au cours de la présente étude pour évaluer la situation de l'environnement de travail infirmier et le bien-être infirmier ;
- Intégrer dans le système de collecte de données les sources existantes de données sur les *outcomes* des soins et les expériences des patients.

Il sera fait usage, autant que possible, des systèmes existants. Le Service fédéral devra agir en concertation avec les entités fédérées pour garantir que les systèmes mis en place par les



entités fédérées soient utilisables à des fins de feedback et de benchmarking au niveau national.

RECOMMANDATION 6 :

À *la Conférence interministérielle Santé publique*, il est recommandé, avant d'appliquer la recommandation 1, de demander en parallèle la réalisation d'une étude pour évaluer l'impact des mesures politiques. Une équipe de recherche doit être constituée, avec pour mission la conception d'un protocole d'étude, la réalisation de l'étude et l'élaboration du rapport des résultats de manière indépendante. L'étude d'évaluation pourrait inclure les étapes suivantes :

- Test des propriétés psychométriques des instruments utilisés au cours de la présente étude dans d'autres services (p.ex. gériatrie) ;
- Utilisation de la présente étude (et collecte de données complémentaires si la portée de l'étude est élargie) en tant que mesure de référence ;
- Application des mesures politiques (p.ex. augmentation de la dotation) au niveau d'une sélection de sites pilotes (p.ex. hôpitaux disposés à fournir volontairement une partie du budget requis en apportant leur contribution propre) et utilisation d'autres sites hospitaliers en tant que sites témoins ;
- Collecte des données après l'application des mesures politiques (p.ex. après 6 mois, 1 an, 2 ans).

RECOMMANDATION 7 :

Aux hôpitaux, il est recommandé d'adopter, dans chaque hôpital, une culture et une pratique accordant de l'importance à la dotation, depuis les « dispensateurs de soins au chevet du patient » jusqu'au « niveau du management ». Cela inclut :

- Une évaluation systématique de la composition de l'équipe infirmière (p.ex. ETP, skill mix), à réaliser deux fois par an au moyen d'un système standardisé de collecte des données (outils d'allocation de personnel fondés sur les preuves scientifiques : p.ex. dotation infirmière liée à l'intensité des soins), combinée à un avis professionnel (p.ex. par le management infirmier) sur le fonctionnement de l'équipe. Ce processus se déroulera sous la supervision du directeur infirmier et conduira à l'élaboration d'un plan



pour le personnel par (groupe de) service(s) qui appuiera la décision et l'argumentation de la direction de l'hôpital.

- Un monitoring continu de la dotation infirmière et de facteurs tels que les absences pour maladie, les congés, etc. par le management infirmier, qui fournit à la direction de l'hôpital un feedback régulier à ce sujet. La dotation (requis) planifiée et la dotation réelle sont alors comparées.
- La mise en place d'un système pour évaluer la dotation d'un shift à l'autre (p.ex. signaux d'alarme, saut systématique de la pause-repas, administration tardive ou absence d'administration des médicaments nécessaires) et si nécessaire, prise de mesures.

RECOMMANDATION 8 :

Aux hôpitaux, il est recommandé de :

- Veiller à créer un environnement de travail attractif, sécurisant et agréable pour les infirmiers. Ceci implique, en plus d'une dotation suffisante, un investissement dans le leadership, une participation à la politique hospitalière, de bonnes relations avec les médecins et une bonne qualité des soins.

Au Service Public Fédéral Santé publique, il est recommandé de :

- Démarrer (à nouveau) un programme visant à favoriser un leadership clinique au sein des hôpitaux. Ce programme comprend une formation et une intervision.



COLOPHON

Titre :	Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus – Synthèse
Auteurs :	Koen Van den Heede (KCE), Luk Bruyneel (KU Leuven), Dorien Beeckmans (KU Leuven), Niels Boon (UZ Leuven), Nicolas Bouckaert (KCE), Justien Cornelis (KCE), Dorien Dossche (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Walter Sermeus (KU Leuven)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Christian Léonard (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Experts externes :	Koen Balcaen (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV)), Ingrid De Bisschop (UZ Leuven), Peter Fontaine (Europa Ziekenhuizen), Sylvie Godart (Europa Ziekenhuizen), Eleonora Holtzer (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Barbara Janssens (UGent en UZ Gent), Magali Pirson (Université libre de Bruxelles (ULB)), Gauthier Saelens (Grand Hôpital de Charleroi), Guy Vanden Boer (UZ Leuven)
Experts internationaux :	Jonathan Drennan (University College Cork, Ireland), Peter Griffiths (University of Southampton, England), Julia Koppen (Technische Universität Berlin, Germany), Claudia Maier (Technische Universität Berlin, Germany), Matthew McHugh (University of Pennsylvania School of Nursing, United States)
Stakeholders :	Geoffroy Berckmans (Union Générale des Infirmiers de Belgique (UGIB)), Bernard Ceriez (Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux (ABDH)), Margot Cloet (Zorgnet-Icuro), Alexander Deschuymere (Gezondheidsinstellingen Brussel Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Ellen De Wandeler (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Arabella D'Havé (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Paul D'Otreppe (Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux (ABDH)), Eric Dubois (Centrale générale des syndicats libéraux de Belgique (CGSLB)), Pedro Facon (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Aline Hotterbeex (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Colette Jacob (Santhea), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Joris Mestdaggh (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Jan Mortier (Algemeen Christelijk Vakbond (ACV)), Françoise Noël (Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)), Karel Op de Beeck (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Samira Ouraghi (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Laurien Renders (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Jo Tanghe (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Carmen Thieren (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Philippe Valepyn (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Gert Van Hees (Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België (ACLVB)), Francine Van Reeth (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Justine Verboomen (Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)), Annabell Verhaegen (Domus Medica), Katrien Verschoren (Zorgnet-Icuro)
Validateurs externes :	Reinhard Busse (Technische Universität Berlin, Germany), Michael Simon (Universität Basel, Switzerland), Peter Van Bogaert (Universiteit Antwerpen, Belgium)



Remerciements : Nous voudrions remercier Karin Rondia et Sabine Stordeur pour leur travail de traduction lors de ce projet.

Intérêts déclarés : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine personnel infirmier. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout : Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Photo de couverture gauche : <https://www.nurse.com/blog/2019/06/18/continue-assess-nurse-staffing-and-patient-safety/>

Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 2^{ème} publication : 25 février 2020, 1^{er} publication : 30 janvier 2020

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Nursing Staff, Hospital; Personnel Staffing and Scheduling; Health Workforce

Classification NLM : W 76

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2019/10.273/73

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.





Comment citer ce rapport ?

Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325Bs. D/2019/10.273/73.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.