

SYNTHÈSE

DOTATION INFIRMIÈRE DANS LES SOINS INTENSIFS BELGES: IMPACT DE DEUX ANS DE PANDÉMIE DE COVID-19



SYNTHÈSE

DOTATION INFIRMIÈRE DANS LES SOINS INTENSIFS BELGES: IMPACT DE DEUX ANS DE PANDÉMIE DE COVID-19

KOEN VAN DEN HEEDE, NICOLAS BOUCKAERT, JENS DETOLLENAERE, LAURENCE KOHN, CHARLINE MAERTENS DE NOORDHOUT, JULIE VAN HOOREWEGHE, ARNAUD BRUYNEEL, WALTER SERMEUS



■ PRÉFACE

Après deux ans, la pandémie de COVID-19 semble enfin perdre en intensité, et l'attention des médias pour le coronavirus se calmer petit à petit. Mais nous ne sommes certainement pas au bout de nos peines.

Et c'est donc à point nommé qu'arrive ce rapport sur la dotation en personnel infirmier dans les unités de soins intensifs (USI). Il ne fait aucun doute que le personnel soignant, et en particulier les infirmiers, ont joué un rôle crucial dans la gestion de la crise du COVID-19. L'organisation des soins a été soumise à une pression intense, et en particulier les soins intensifs, submergés de patients luttant pour leur vie, qui devaient être surveillés et soignés jour et nuit dans des conditions extrêmement pénibles et stressantes. Toutes sortes de solutions ont été tentées pour contrôler le flux des patients. L'organisation des soins intensifs a dû être aménagée en profondeur et, progressivement, a germé l'idée qu'une révision plus globale de leur organisation s'imposait. Ce rapport est le premier de trois consacrés à ce thème.

Dans ce premier rapport, nous avons laissé la parole aux infirmiers de soins intensifs eux-mêmes. Ils ont été interrogés sur la manière dont ils percevaient la dotation infirmière, leur environnement de travail, leur satisfaction et leur bien-être professionnels, ainsi que sur la qualité des soins et la manière dont ils sont effectués. Leur réaction a été impressionnante : plus de 2 300 infirmiers de soins intensifs ont participé à l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse de près de 50 %. Nombre de répondants ont également accepté de prendre part aux focus groups qui ont suivi. Un niveau aussi élevé de participation, alors même que cette enquête se déroulait pendant les quatrième, puis cinquième vagues de la pandémie, témoigne de leur ferme volonté de faire entendre leur voix.

Les résultats ne sont pas une surprise. De précédents rapports du KCE avaient déjà souligné que le bien-être au travail et la satisfaction professionnelle des infirmiers étaient problématiques dans les services généraux des hôpitaux, et qu'ils étaient étroitement liés à la dotation en personnel et à l'environnement de travail. Il était fort probable que cela serait également le cas dans d'autres services, et la crise du COVID-19 est venue exacerber la situation, en particulier dans les soins intensifs.

Le pouvoir politique a déjà pris des mesures importantes pour répondre au problème, avec notamment des investissements significatifs dans le Fonds Blouses blanches et un accord social sur les conditions de rémunération. Ces efforts sont historiques, mais il est maintenant nécessaire d'utiliser ces budgets à la poursuite des objectifs fixés, afin d'assurer une véritable politique de dotation infirmière sûre et de faire réellement la différence sur le terrain. Cela afin de permettre aux infirmiers de dispenser des soins de qualité dans un environnement de travail qui leur donne les garanties et le soutien nécessaires à cet effet.

Comme signalé plus haut, le KCE travaille actuellement sur deux autres rapports liés aux soins intensifs : la mesure de la charge de travail des infirmiers de ces unités, et l'organisation et le financement des services de soins intensifs. Nous n'avons donc pas fini d'en parler...

Christophe JANSSENS

Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSEN

Directeur Général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	INTRODUCTION	4
1.1.	LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS ET LA PANDÉMIE DE COVID-19.....	4
1.2.	ÉVOLUTIONS RÉCENTES DANS LA DOTATION ET LA RÉMUNÉRATION DU PERSONNEL INFIRMIER	5
1.3.	OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE.....	6
2.	ENQUÊTE SUR L'ENVIRONNEMENT ET LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL DES INFIRMIERS D'USI. 7	
2.1.	ENQUÊTE EN LIGNE PENDANT LES 4 ^E ET 5 ^E VAGUES DE COVID-19	7
2.2.	ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL INFIRMIER	9
2.3.	DOTATION INFIRMIÈRE	10
2.4.	SOINS INFIRMIERS.....	11
2.5.	BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL	12
	2.5.1. Risque de burn-out.....	12
	2.5.2. Intention de quitter son emploi.....	13
	2.5.3. Insatisfaction au travail.....	13
2.6.	PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS DISPENSÉS.....	13
2.7.	IMPACT DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL SUR LE BIEN-ÊTRE ET LA PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS DISPENSÉS.....	14
3.	ENQUÊTE QUALITATIVE : POINT DE VUE DU TERRAIN SUR LA DOTATION INFIRMIÈRE EN USI.....	16
3.1.	SITUATION PRÉ-COVID-19	16
	3.1.1. La fonction infirmière en USI.....	16



3.1.2.	Le ratio patient/infirmier.....	17
3.2.	SITUATION PENDANT LA PANDÉMIE.....	17
3.2.1.	La fonction infirmière en USI.....	17
3.2.2.	Le ratio patient/infirmier.....	18
3.2.3.	Stress, épuisement et frustrations	18
3.3.	QUELQUES PISTES ÉVOQUÉES	19
4.	QUE RETENIR DE CETTE PREMIÈRE PARTIE DE L'ÉTUDE ?	19
4.1.	LA SITUATION ÉTAIT DÉJÀ PROBLÉMATIQUE AVANT LA PANDÉMIE DE COVID-19	19
4.2.	APRÈS DEUX ANS DE PANDÉMIE, L'IMPACT SUR LE PERSONNEL DES SOINS INTENSIFS EST CONSIDÉRABLE	20
4.3.	QUELS SONT LES AXES D'AMÉLIORATION POSSIBLES ?.....	21
4.3.1.	La qualité de l'environnement de travail revêt une importance capitale	21
4.3.2.	Le ratio patient/infirmier a montré ses limites pendant la pandémie.....	22
4.3.3.	Les infirmiers hautement qualifiés en soins intensifs sont une ressource rare et difficile à remplacer.	23
4.4.	CONCLUSION.....	23
■	RECOMMANDATIONS	25



1. INTRODUCTION

1.1. Les unités de soins intensifs et la pandémie de COVID-19

Les unités de soins intensifs (USI) sont des services hospitaliers de pointe, conçus et équipés pour fournir des soins à des patients dans un état critique en raison d'une défaillance temporaire de certains organes. Le but des soins intensifs est de soutenir les fonctions de ces organes défaillants jusqu'à la récupération, ce qui implique des soins et une surveillance continue.

Des équipes hautement qualifiées, avec un rôle important pour les infirmiers spécifiquement formés aux soins intensifs

Le personnel des unités de soins intensifs est constitué d'équipes multidisciplinaires particulièrement bien entraînées, notamment aux techniques de suppléance d'organes (p. ex. la ventilation artificielle, la dialyse rénale). Elles sont essentiellement composées d'infirmiers^a et de médecins détenant une expertise très pointue, auxquels s'ajoutent d'autres profils comme des kinésithérapeutes, psychologues, etc. La quasi-totalité des infirmiers qui travaillent dans ces unités sont diplômés au niveau bachelier et 77 % détiennent un « Titre Professionnel Particulier d'Infirmier Spécialisé en Soins Intensifs et Soins d'Urgence » (TPP SISU). Ce titre résulte d'une formation spécialisée complémentaire (théorie et pratique) accessible aux infirmiers détenteurs d'un diplôme de bachelier. Pour conserver ce titre, ils doivent ensuite, tous les 4 ans, suivre une formation continue de 60 heures et prêter au moins 1500 heures dans ce domaine. Environ 6 % des infirmiers en Belgique sont détenteurs de ce titre.

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

^b Ce chiffre est monté à 26,7 en 2020 pendant la pandémie – nous y reviendrons plus loin.

Encadré 1 – Réforme des études d'infirmier

La formation d'infirmier bachelier a été récemment réformée et est passée de 3 à 4 ans. Suite à cette réforme, en Flandre, la formation spécialisée pour l'acquisition du TPP SISU, qui était une année de type « bachelier après bachelier » (BanaBa), est devenue une formation spécifique sous forme de modules et son financement a été supprimé. Par conséquent, une grande partie des coûts de cette formation est désormais supportée par l'employé et/ou l'employeur. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la formation post-bachelier est restée inchangée et est toujours financée.

Un nombre relativement élevé de lits par habitant sans différenciation claire entre niveaux de soins

Avec 17,3 lits pour 100 000 habitants^b, la Belgique dispose d'un nombre relativement élevé de lits de soins intensifs en comparaison avec d'autres pays. Chaque USI dispose d'un minimum de 6 lits et d'au moins deux infirmiers pour ces 6 lits, un critère de reconnaissance légal qui peut plus ou moins se traduire par un ratio patient/infirmier^c de 3:1. Mais contrairement à de nombreux autres pays occidentaux, la Belgique ne distingue pas différents niveaux de soins dans les unités de soins intensifs.

Un rôle clé pendant la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a été une période très intense, stressante et pénible pour les infirmiers, et en particulier dans les USI. Chacun a encore en mémoire les images impressionnantes de ces services où de nombreux patients luttent contre la mort, entourés d'une ruche bourdonnante de professionnels affairés, concentrés, attentifs. L'augmentation affolante du nombre de patients a créé un besoin en personnel sans précédent et les normes d'encadrement habituelles n'ont pas toujours pu être respectées.

^c Le ratio patient/infirmier est le nombre de patients affectés par infirmier. Il s'agit d'une mesure souvent utilisée pour évaluer les niveaux de dotation en personnel infirmier.



Chaque infirmier a dû s'occuper d'un nombre plus important de patients et du personnel non spécialisé a souvent dû venir en renfort. Tout cela a créé un contexte de travail particulièrement stressant et physiquement exigeant (taux de mortalité élevés, peur de l'infection pour soi-même et sa famille, nécessité d'imposer des mesures sanitaires drastiques aux visiteurs, matériel de protection personnelle, heures supplémentaires...). Il n'est donc pas exagéré de dire que la pandémie a eu un impact énorme sur la vie personnelle et professionnelle des infirmiers, qui furent regardés comme des héros au début de la pandémie, mais qui, lorsque les applaudissements se sont tus, se sont finalement sentis laissés pour compte par le système de soins et par la société.

Certains problèmes déjà présents avant la pandémie de COVID-19 ont pris de l'ampleur

Les problèmes de dotation en personnel infirmier ne sont pas neufs. La profession infirmière est en pénurie depuis des années. En janvier 2020 – donc juste avant l'arrivée de la pandémie de COVID-19 dans notre pays – le KCE avait publié un rapport intitulé « Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus » ([Rapport KCE 325](#)). Ce rapport révélait que le bien-être et la satisfaction professionnelle des infirmiers travaillant dans les services d'hospitalisation générale étaient problématiques : 36 % présentaient un risque élevé d'épuisement émotionnel, 32 % déclaraient avoir l'intention de changer d'emploi et 27 % étaient insatisfaits de leur travail. La même étude a montré que le nombre de patients par infirmier dans les services hospitaliers classiques (9,4 en moyenne) était plus élevé que la norme de sécurité internationalement acceptée (qui est de 8 patients par infirmier maximum). Le rapport constatait également des variations significatives de ce ratio entre hôpitaux. D'autres aspects de l'environnement de travail des infirmiers (relation avec les médecins, leadership, implication dans la politique de l'hôpital, etc.) montraient également d'importantes variations. Il existait une corrélation entre ces paramètres et le bien-être au travail des infirmiers (insatisfaction et épuisement professionnels, etc.), mais aussi avec la quantité de soins non réalisés en raison de la pression du travail (p. ex. administrer les médicaments à temps).

Le rapport recommandait de développer une « politique sûre de dotation infirmière » dans les hôpitaux belges. Une telle politique implique que les ratios patient/infirmier soient alignés sur la charge de travail et conformes aux normes internationales, que des investissements soient réalisés dans du personnel de soutien pour permettre aux infirmiers de se concentrer sur les tâches et les responsabilités nécessitant leur expertise, que des efforts soient faits pour développer une culture et une pratique qui accordent de l'importance à la dotation à tous les niveaux, du lit du patient jusqu'au management, que des programmes soient mis en place pour renforcer l'environnement de travail infirmier (p. ex. leadership) et que l'impact de cette politique soit évalué.

Étant donné que le rapport KCE 325 portait sur les unités d'hospitalisation générale, il recommandait que soit réalisée **une étude similaire spécifiquement consacrée aux unités de soins intensifs (USI)**. La pandémie survenue immédiatement après a renforcé la pertinence de cette nouvelle étude, car elle a révélé l'existence de problèmes similaires dans les unités de soins intensifs, que la pandémie n'a fait qu'exacerber ([Rapport KCE 335](#)).

1.2. Évolutions récentes dans la dotation et la rémunération du personnel infirmier

Au moment de la publication du rapport KCE 325, l'initiative d'investir dans le personnel infirmier avait déjà été lancée, avec la création du « Fonds Blouses blanches » (67 millions € en 2019) pour améliorer la dotation infirmière dans les hôpitaux et les soins à domicile. Après quelques débats sur la durabilité de ce Fonds, son ancrage structurel et sa mise en œuvre se sont précisés au cours de la pandémie de COVID-19 (environ 400 millions €). L'objectif de ce Fonds était (entre autres) la création nette d'emplois d'infirmiers ainsi que de personnel de soutien (pour alléger la charge de travail des infirmiers). Le Fonds pouvait également être utilisé pour des mesures d'amélioration des conditions de travail du personnel et de la qualité des soins. Bien que divers mécanismes aient été prévus pour garantir que le Fonds conduise effectivement à une amélioration de la dotation en personnel sur le terrain (p. ex. un accord sur l'utilisation des ressources dans le cadre du comité local de concertation sociale ; un rapport



au SPF Santé publique démontrant la création nette d'emplois), cela ne correspond pas (encore) à une réelle « politique de dotation sûre » telle que le recommandent les meilleures pratiques internationales. En plus de l'investissement historique via le Fonds Blouses blanches, un nouvel accord social a également été conclu pendant la pandémie de COVID-19 (pour environ 600 millions €) sur les conditions salariales du personnel travaillant dans les hôpitaux (voir Encadré 2).

Encadré 2 – Le nouveau barème infirmier IFIC

L'IFIC (Institut de Classification de Fonctions – *Instituut voor Functieclassificatie*) est le nom des nouvelles classifications des fonctions et des échelles salariales depuis 2018. Selon cette nouvelle classification, le personnel des services de santé privés dépendant du fédéral est payé non plus en fonction du diplôme, mais de la fonction occupée, et ce sans plus tenir compte des primes pour les titres et compétences professionnels spécialisés. En effet, depuis 2010, les infirmiers titulaires d'un titre professionnel particulier bénéficiaient d'une prime annuelle supplémentaire d'environ 3 300 € (bruts), qui est dorénavant comprise dans le barème IFIC plutôt que d'être payée séparément. En décembre 2021, une correction a été accordée sous la forme d'une prime supplémentaire car il a été admis que la spécialisation de ces infirmiers n'était plus suffisamment valorisée et pour les « récompenser » du rôle clé joué dans la pandémie de COVID-19. Concrètement, cette correction s'élève à 2 500 € bruts supplémentaires par an pour les infirmiers ayant un titre professionnel particulier (TPP) et à 830 € bruts supplémentaires par an pour les infirmiers ayant une qualification professionnelle particulière (équivalent au titre professionnel pour les infirmiers non-bacheliers). Cette somme est appliquée avec effet récurrent à partir de janvier 2022.

D'autres primes et mesures ont été prises dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Elles sont décrites dans la section 1.6 du rapport scientifique.

1.3. Objectifs de cette étude

Ce rapport est le premier d'une série de trois consacrée à la dotation infirmière et à l'organisation des soins intensifs. Cette première partie porte sur l'état des paramètres clés d'une politique de dotation infirmière (environnement de travail, ratio patient/infirmier, niveaux de formation, soins non réalisés, satisfaction et bien-être au travail et perception de la qualité des soins dispensés) dans les USI belges après quasi deux ans de pandémie de COVID-19. Ces paramètres ont été mesurés via une large enquête en ligne menée dans les USI belges, sur le modèle de l'enquête RN4CAST, déjà utilisée dans le rapport KCE 325. Nous avons ensuite analysé l'influence de la qualité de l'environnement de travail et des niveaux de dotation en personnel infirmier sur la satisfaction professionnelle des infirmiers, leur perception de la qualité des soins dispensés et les soins non réalisés. Les résultats de l'enquête en ligne sont présentés dans le chapitre 2 de la présente synthèse.

Afin d'identifier les difficultés rencontrées sur le terrain et de **tirer les leçons de la crise du COVID-19** pour la dotation en personnel infirmier dans les USI belges, nous avons ensuite organisé plusieurs focus groups avec des médecins et infirmiers travaillant en USI, ainsi que des cadres infirmiers. Ces réflexions font l'objet du chapitre 3.

Dans le second rapport (qui sera publié en 2023), nous évaluerons les **outils de mesure de la charge de travail dans les USI** et proposerons des pistes d'action pour des **modèles de dotation en personnel infirmier durables**.

L'organisation des unités de soins intensifs en Belgique fera quant à elle l'objet d'un troisième rapport qui tentera notamment de répondre à la question de savoir s'il est nécessaire de différencier les niveaux d'USI dans notre pays (publication prévue en 2023). Cette étude peut également avoir des implications importantes pour la dotation en personnel infirmier, étant donné que cette dotation est souvent utilisée à l'étranger comme un critère de différenciation des niveaux de soin (p. ex. ratio 1:1 ; ratio 1:2 ; ratio 1:3).



2. ENQUÊTE SUR L'ENVIRONNEMENT ET LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL DES INFIRMIERS D'USI

2.1. Enquête en ligne pendant les 4^e et 5^e vagues de COVID-19

L'enquête en ligne auprès des infirmiers des hôpitaux généraux belges en 2019 dans le cadre du rapport KCE 325 a été réitérée pour la présente étude, avec cette fois un focus sur les unités de soins intensifs.

Cette nouvelle enquête a été **menée au cours des 4^e et 5^e vagues de la pandémie de COVID-19** (décembre 2021-février 2022) (voir Figure 1). Tous les résultats présentés dans ce chapitre se rapportent donc à cette période. L'objectif était d'évaluer l'état des paramètres clés de la politique de dotation infirmière que sont l'environnement de travail, le ratio patient/infirmier, les niveaux de formation, les soins non réalisés, la satisfaction et le bien-être au travail et la perception de la qualité des soins dispensés, dans les unités de soins intensifs belges, et ce après presque deux ans de pandémie de COVID-19. La variation de ces paramètres entre les unités de soins intensifs belges et leurs relations mutuelles ont également été évaluées.

Les 100 hôpitaux belges (représentant 123 sites hospitaliers) disposant d'une USI ont été invités à participer ; 83 ont répondu favorablement (102 sites). Sur les 4 851 infirmiers contactés, **2 321 ont fourni des réponses complètes (taux de réponse de 47,8 %)**. Après application des règles d'exclusion (au moins un taux de réponse de 75 % ou au moins 10 réponses par site hospitalier), l'échantillon final comprenait 68 hôpitaux (78 sites hospitaliers) et 2 183 répondants. La répartition entre régions était homogène, avec 34 hôpitaux (40 sites) et 1 161 répondants en Région flamande, 27 hôpitaux (30 sites) et 747 répondants en Région wallonne et 7 hôpitaux (8 sites) et 275 répondants en Région de Bruxelles-Capitale (voir Figure 2).

Tous les détails relatifs à la méthodologie de l'enquête en ligne et aux caractéristiques des répondants sont décrits dans le chapitre 2 du rapport scientifique.



Figure 1 – Période de l'enquête en ligne dans le déroulement de la pandémie de COVID-19

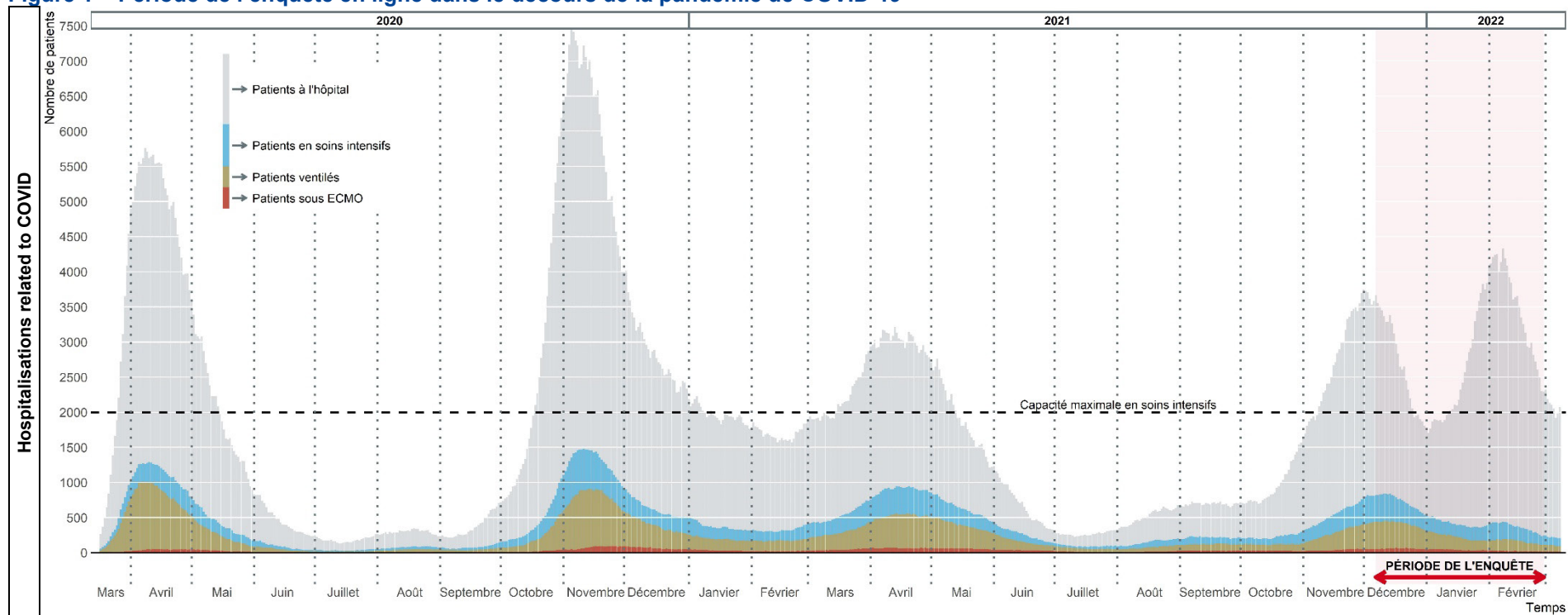
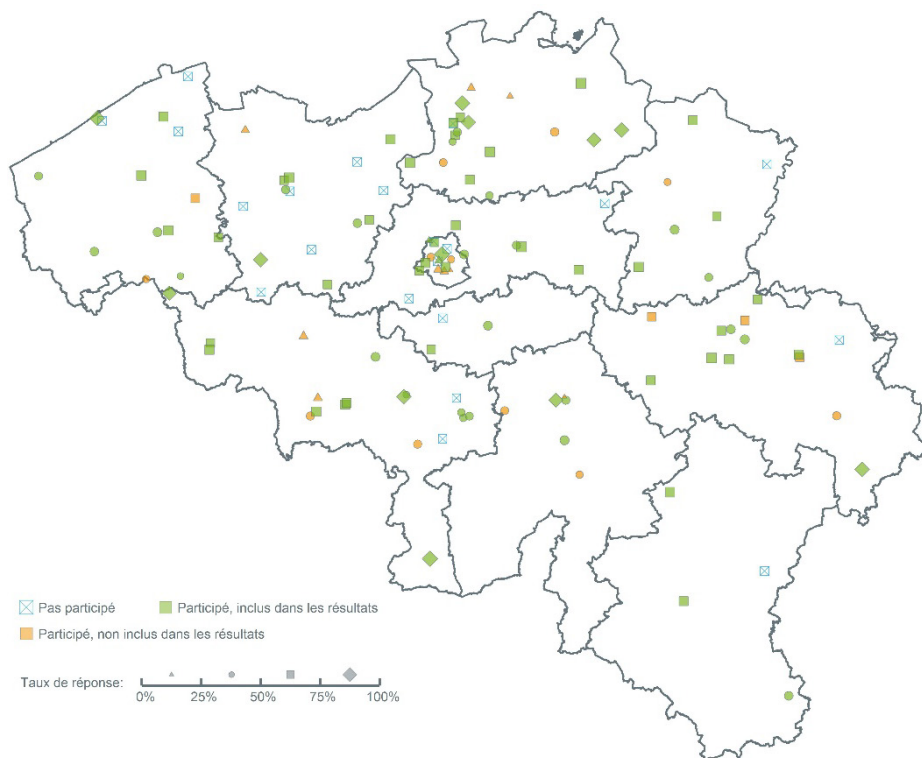




Figure 2 – Sites hospitaliers participants



2.2. 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** : relations médecin-infirmier, qualité des soins perçue par les infirmiers, leadership infirmier, adéquation de la dotation infirmière et participation à la politique hospitalière.

D'une manière générale, les infirmiers ont attribué de bons scores pour le thème « relations médecins-infirmiers » et « qualité des soins perçue par les infirmiers ». Les résultats concernant le leadership sont un peu plus ambigus, car de nombreux sites hospitaliers ont obtenu un score faible pour l'élément « éloge et reconnaissance ». Les résultats sont globalement médiocres pour la participation à la politique hospitalière et l'adéquation des effectifs. Pour les cinq thèmes, **des variations substantielles entre les hôpitaux ont été observées** en ce qui concerne les infirmiers qui sont « d'accord ou tout à fait d'accord » avec la présence d'aspects positifs de l'environnement de travail (voir Tableau 1).

**Tableau 1 – Pourcentage d’infirmiers entièrement d’accord avec la présence d’aspects positifs du milieu de travail, par région et par site hospitalier**

Environnement de travail infirmier (% d’accord ou entièrement d’accord)	Moyenne des sites hospitaliers participants				Distribution des scores entre sites hospitaliers				
	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Min	P25	P50	P75	Max
Score total	50,7 %	52,3 %	48,3 %	50,7 %	29,7 %	44,8 %	49,0 %	55,8 %	78,4 %
Leadership infirmier	58,5 %	58,2 %	59,1 %	57,8 %	15,8 %	46,3 %	58,3	70,0	87,5 %
Participation à la politique hospitalière	26,8 %	28,8 %	24,3 %	24,9 %	9,4 %	20,3 %	26,7 %	29,3 %	69,4 %
Relations médecin-infirmier	68,3 %	70,4 %	64,0 %	71,6 %	24,6 %	62,3 %	70,4 %	77,6 %	98,1 %
Point de vue infirmier sur la qualité des soins	63,4 %	65,3 %	60,8 %	62,5 %	38,5 %	57,5 %	64,0 %	70,4 %	90,1 %
Adéquation de la dotation	31,6 %	32,7 %	29,8 %	32,1 %	8,8 %	23,2 %	28,5 %	37,5 %	87,5 %

2.3. Dotation infirmière

Le ratio global patient/infirmier dans les unités de soins intensifs belges est de 2,3 (2,2 pour les équipes de jour et 2,7 pour les équipes de nuit). Le ratio moyen pour les équipes de jour est plus élevé en Wallonie (2,6) par rapport à la Flandre (2,2) et à Bruxelles (2,1). On observe également des variations entre sites hospitaliers, de 1,5 à 3,9 (ratio moyen) et cette variation est légèrement plus marquée pour les équipes de nuit (de 1 à 5,2) par rapport aux équipes de jour (de 1,5 à 3,6) (voir Tableau 2).

En ce qui concerne la **qualification du personnel des USI**, 98 % des infirmiers travaillant en USI ont un diplôme de bachelier et 80 % en moyenne sont titulaires du titre professionnel particulier (TPP SISU).

**Tableau 2 – Ratios patient/infirmier moyens par région et distribution entre sites hospitaliers**

Ratio patient/infirmier (un ratio plus bas indique une charge de travail plus basse)	Moyenne des sites hospitaliers participants				Distribution entre sites hospitaliers				
	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Min	P25	P50	P75	Max
Ratio global	2,3	2,2 ^W	2,6 ^{F,B}	2,1 ^W	1,5	2,0	2,3	2,5	3,9
Pause de jour (matin et soir)	2,2	2,1 ^W	2,5 ^{F,B}	1,9 ^W	1,5	1,9	2,1	2,4	3,6
Pause de nuit	2,7	2,5 ^W	2,9 ^F	2,7	1,0	2,3	2,6	2,8	5,2

Note : Les différences significatives à $p=0.05$ (comparaison par paire de Tukey) sont indiquées par les exposants ^B = diffère de Bruxelles, ^F = diffère de la Flandre, ^W = diffère de la Wallonie.

2.4. 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 réaliser certaines activités ou de dispenser certains soins en raison de la charge de travail et s'ils ont été amenés à accomplir certaines tâches non liées aux soins infirmiers (c.-à-d. des tâches pouvant aussi être réalisées par du personnel de soutien). Il apparaît que seuls 26,5 % (min : 4,8 % ; P25 : 17,4 % ; P75 : 32,8 % ; max : 78,9 %) des répondants déclarent avoir pu réaliser l'ensemble des soins nécessaires lors de leur dernière pause de travail. En moyenne 1,8 sur 9 activités cliniques recensées dans l'étude, et 1,6 sur 5 activités de planification de soins ou de communication, n'ont pas pu être réalisées en raison d'une charge de travail élevée.

Les **activités cliniques le plus souvent non réalisées** sont le changement de position du patient (35,1 %), l'administration des médicaments en temps opportun (29,1 %), l'hygiène buccale (28,6 %) et la surveillance adéquate du patient (24,5 %).

Les **activités de planification et de communication le plus souvent non réalisées** sont le soutien émotionnel au patient ou à sa famille (49,2 %) et la participation aux discussions interdisciplinaires du service (38,8 %).

Par ailleurs, les répondants ont déclaré avoir parfois ou souvent effectué des « tâches ne nécessitant pas le niveau de compétence d'un infirmier » au cours de leur dernière pause. Il s'agit de répondre au téléphone et d'effectuer des tâches administratives (99,6 %), de commander et/ou de ranger des médicaments (89,4 %), de nettoyer des chambres et du matériel (80,9 %), de commander et/ou ranger du matériel (69,9 %), de servir et débarrasser des repas (63,1 %), d'apporter des échantillons de sang au laboratoire (56,3 %) ou de véhiculer des patients dans l'hôpital (36,5 %). Il n'y a guère de différences entre les jours de semaine et de week-end, ni entre les équipes de jour et de nuit.

Dans le contexte de pandémie dans lequel cette enquête a été réalisée, il est assez frappant de constater que **la disponibilité de personnel de soutien était plutôt limitée**. Seuls 24 % des infirmiers ont mentionné la présence d'au moins un aide-soignant lors de leur dernière pause de travail, et 40 % la présence d'un assistant logistique dans l'USI. Pour les équipes de jour en semaine, ces chiffres étaient respectivement de 32 % pour la présence d'un aide-soignant et de 68 % pour la présence d'un assistant logistique.



2.5. Bien-être au travail

L'enquête comportait des questions sur trois types d'indicateurs du bien-être et de la satisfaction au travail : le risque de burn-out, l'insatisfaction au travail et l'intention de quitter l'hôpital/la profession.

2.5.1. Risque de burn-out

Le risque de burnout a été évalué avec le « *Maslach burnout inventory* », qui comprend 22 items explorant trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le sentiment de dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel.

Le risque global de burn-out est élevé, avec une moyenne de 20 % des infirmiers présentant un risque élevé dans les trois dimensions (Flandre : 11,6 % ; Wallonie : 31,6 % ; Bruxelles : 25,8 %). La variation entre hôpitaux va de 0 % à 65,7 %.

Tableau 3 – Proportion d'infirmiers à risque élevé de burn-out par région et distribution entre sites hospitaliers

Proportion de personnel infirmier à risque de burn-out (%)	Moyenne des sites hospitaliers participants				Distribution entre sites hospitaliers				
	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Min	P25	P50	P75	Max
Risque élevé d'épuisement émotionnel	43,1 %	33,1 % ^{B,W}	55,3 % ^F	52,4 % ^F	0,0 %	30,8 %	42,9 %	55,8 %	88,1 %
Risque élevé de dépersonnalisation	43,7 %	31,5 % ^{B,W}	58,5 % ^F	54,5 % ^F	5,0 %	27,9 %	45,0 %	57,7 %	85,0 %
Risque élevé de perte du sentiment d'accomplissement personnel	46,1 %	36,0 % ^{B,W}	57,7 % ^F	57,5 % ^F	14,3 %	34,3 %	46,0 %	56,4 %	91,7 %
Risque élevé de burn-out (risque élevé dans les 3 dimensions)	20,2 %	11,6 % ^{B,W}	31,6 % ^F	25,8 % ^F	0,0 %	10,0 %	17,6 %	28,8 %	65,7 %

Note : Les différences significatives à $p=0.05$ (comparaison par paire de Tukey) sont indiquées par les exposants ^B = diffère de Bruxelles, ^F = diffère de la Flandre, ^W = diffère de la Wallonie.



2.5.2. Intention de quitter son emploi

Le pourcentage moyen d'infirmiers qui disent avoir l'intention de quitter leur emploi est de 43,9 % (34,8 % en Flandre, 54,8 % en Wallonie et 52,7 % à Bruxelles) avec des variations importantes entre les hôpitaux, allant de 7,1 % à 86,7 %.

Parmi les répondants, **26,5 % quitteraient carrément la profession infirmière** ; 5,8 % voudraient rester dans la profession mais en dehors du milieu hospitalier ; 8,1 % voudraient rester en soins intensifs mais dans une autre unité (du même hôpital ou d'un autre hôpital) et 3,6 % souhaiteraient quitter les soins intensifs mais continuer à travailler comme infirmiers (dans le même hôpital ou dans un autre hôpital).

2.5.3. Insatisfaction au travail

Le pourcentage moyen d'infirmiers qui se disent insatisfaits de leur travail est de 39 % (Flandre : 25,9 % ; Wallonie : 56,6 % ; Bruxelles : 47,6 %). La variation entre les hôpitaux va de 0 % à 90 %. Les aspects pour lesquels le plus d'infirmiers en soins intensifs se disent insatisfaits sont le salaire (Belgique : 75,1 % ; Flandre : 66,1 % ; Wallonie : 86,3 % ; Bruxelles : 82,9 %), les congés annuels (Belgique : 56,4 % ; Flandre : 55,7 % ; Wallonie : 59,6 % ; Bruxelles : 50,5 %) et les possibilités d'avancement (Belgique : 53,1 % ; Flandre : 46,8 % ; Wallonie : 59,4 % ; Bruxelles : 62,5 %).

Par contre, les aspects tels que l'autonomie dans le travail et la flexibilité des horaires recueillent des scores plus favorables. À quelques exceptions près – notamment en ce qui concerne l'insatisfaction relative au salaire –, les différences régionales ne sont pas très prononcées.

À noter que la part la plus élevée d'infirmiers insatisfaits (de leur emploi et de leur salaire) ainsi que de ceux qui ont l'intention de quitter leur emploi font partie du sous-groupe qui ne sont pas passés au nouveau régime IFIC.

2.6. Perception de la qualité des soins dispensés

La perception de la qualité des soins par les infirmiers se décline en une cotation pour la perception de la qualité des soins dans l'USI, une cotation pour la sécurité de ces soins, une cotation relative à l'évolution de la qualité des soins dans l'hôpital par rapport à la situation d'avant la pandémie et une cotation pour la confiance dans la direction de l'hôpital pour résoudre les problèmes de soins. L'ensemble de ces cotations sont résumées dans le Tableau 4.

Au niveau national, **64,5 % des infirmiers d'USI interrogés sont d'avis que la qualité des soins dans leur unité est bonne ou excellente**. Cette perception est plus élevée en Flandre (71,6 %) qu'en Wallonie (53,9 %) et à Bruxelles (63,6 %). Les variations entre hôpitaux vont de 17,9 % à 100 %.

Néanmoins, pour 60,8 % des répondants, la qualité des soins dans leur hôpital s'était détériorée par rapport à la situation d'avant la pandémie (67,1 % en Flandre ; 74,2 % en Wallonie ; 69,5 % à Bruxelles). Ici également, on observe d'importantes variations entre les hôpitaux (0 % à 100 %).

En ce qui concerne la confiance dans la direction pour résoudre les problèmes liés aux soins des patients, **seuls 10 % des infirmiers déclarent être confiants ou très confiants**, avec des écarts moins marqués que pour les autres scores de perception de la qualité des soins (0 % à 56 %).

**Tableau 4 – Perception de la qualité des soins par les infirmiers d'USI par région et distribution entre sites hospitaliers**

Qualité des soins perçue par les infirmiers (%) (score élevé = meilleure qualité)	Moyenne des sites hospitaliers participants				Distribution entre sites hospitaliers				
	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Min	P25	P50	P75	Max
Qualité des soins bonne ou excellente dans l'unité	64,5 %	71,6 % ^W	53,9 % ^F	63,6 %	17,9 %	57,9 %	65,0 %	75,7 %	100,0 %
Degré de sécurité du patient bon ou excellent	43,6 %	51,3 % ^W	33,7 % ^F	37,5 %	7,5 %	30,8 %	42,3 %	56,4 %	100,0 %
Qualité des soins restée identique ou devenue meilleure (par rapport à la situation d'avant la pandémie)	30,2 %	32,9 %	25,8 %	30,5 %	0,0 %	20,0 %	28,6 %	33,3 %	100,0 %
(Très) confiant dans les actions de la direction	10,1 %	9,6 %	9,6 %	13,5 %	0,0 %	4,0 %	8,7 %	12,5 %	55,6 %

Note : Les différences significatives à $p=0.05$ (comparaison par paire de Tukey) sont indiquées par les exposants ^B = diffère de Bruxelles, ^F = diffère de la Flandre, ^W = diffère de la Wallonie.

2.7. Impact de la qualité de l'environnement de travail sur le bien-être et la perception de la qualité des soins dispensés

Une analyse de régression logistique multivariée montre une association entre d'une part l'appréciation par les infirmiers de leur environnement de travail et d'autre part leur bien-être, leur perception de la qualité des soins dispensés et les soins non réalisés. Les détails de cette analyse et de ses résultats sont présentés dans la section 2.6 du rapport scientifique. Nous résumons ici l'essentiel en quelques lignes.

Un **environnement de travail satisfaisant** est systématiquement associé à de meilleurs résultats en matière de bien-être au travail des infirmiers (moins d'insatisfaction au travail, moins d'intention de quitter le travail et la profession). On observe également une telle association entre la satisfaction relative à l'environnement de travail et la qualité des soins telle que perçue par les répondants (voir Encadré 3 pour une comparaison entre les hôpitaux offrant le meilleur et le pire environnement de travail).

En ce qui concerne le **risque de burn-out**, l'association n'est observée que lorsque l'on compare les 25 % d'hôpitaux offrant le meilleur environnement de travail aux 25 % offrant le pire environnement. Mais la région où est situé l'hôpital joue également un rôle : les répondants qui travaillent dans des hôpitaux en Wallonie ou à Bruxelles rapportent des risques de burn-out significativement plus élevés que ceux qui travaillent en Flandre. Il apparaît également que les hommes ont un risque de dépersonnalisation plus élevé que les femmes. Le risque de burn-out est proportionnellement moins important chez les répondants plus âgés (≥ 55 ans).

La satisfaction vis-à-vis de l'environnement de travail est également associée au nombre de **soins non réalisés**. Cette association est systématiquement observée lorsque l'on compare les 25 % d'hôpitaux offrant le meilleur environnement de travail aux 25 % offrant le pire environnement.



L'association avec le **ratio patient/infirmier** est moins prononcée que pour les services d'hospitalisation classiques (rapport KCE 325). On constate certaines associations significatives entre ce ratio et certaines variables dépendantes (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, insatisfaction vis-à-vis du salaire, intention de quitter la profession, soins non réalisés, tâches de planning et de communication non réalisées) lorsqu'on compare les 25 % d'hôpitaux avec le ratio le plus faible aux 25 % avec le ratio le plus élevé, mais ces associations ne se retrouvent pas pour d'autres variables. Ceci peut s'expliquer par le fait que les variations du ratio patient/infirmier entre unités de soins intensifs sont assez limitées, ou par l'absence de correction du nombre de patients par infirmier en fonction du case-mix.

Encadré 3 – Comparaison des scores obtenus dans les hôpitaux offrant le meilleur et le pire environnement de travail

Environnement de travail :

Les hôpitaux offrant le meilleur environnement de travail obtiennent systématiquement de meilleurs résultats pour les cinq dimensions et les 32 éléments de l'échelle PES-NWI par rapport aux hôpitaux offrant le pire environnement de travail. Les dimensions qui obtiennent les scores les plus bas sont également celles qui présentent les plus grandes différences entre les hôpitaux avec le meilleur et le pire environnement de travail. Par exemple, le score moyen pour la « participation à la politique hospitalière » est 2 fois plus élevé dans les sites hospitaliers qui ont le meilleur environnement de travail par rapport à ceux ayant le pire environnement de travail (39% contre 19%). Voici quelques exemples d'éléments de cette dimension : « *les infirmiers participent aux comités décisionnels internes de l'hôpital* » (25 % contre 10 %) ; « *la direction de l'hôpital écoute et répond aux interrogations de ses employés* » (30 % contre 11 %) ; « *le directeur des soins infirmiers est reconnu et accessible pour son personnel* » (36 % contre 15 %). De même, pour la dimension « adéquation de la dotation », le score est presque deux fois plus élevé dans les sites hospitaliers offrant le meilleur environnement de travail (46% contre 24%).

Voici quelques exemples d'éléments : « *une dotation infirmière suffisante pour fournir des soins de qualité au patient* » (28 % contre 11 %) ; « *du temps et de opportunités suffisantes pour discuter avec les autres infirmiers des problèmes de soins rencontrés avec les patients* » (70 % contre 39 %). Des différences entre les hôpitaux ayant le meilleur et le pire environnement de travail ont également été constatées pour les dimensions qui obtiennent un score global plus élevé : « relations médecin-infirmier » (84% contre 56%) ; « point de vue infirmier sur la qualité des soins » (76% contre 54%) et « leadership infirmier » (77% contre 52%). Pour cette dernière dimension, de grandes différences ont été constatées pour l'item « *éloge et reconnaissance du travail bien fait* » (52% contre 19%).

Bien-être au travail

Les sites hospitaliers qui offrent le meilleur environnement de travail obtiennent systématiquement de meilleurs résultats en matière de bien-être au travail que ceux dont l'environnement de travail est le moins bon : « *intention de quitter son emploi* » (27% contre 56%) ; « *intention de quitter la profession* » (12% contre 34%) ; « *risque élevé d'épuisement émotionnel* » (23% contre 54%), « *risque élevé de dépersonnalisation* » (26% contre 52%), « *risque élevé de réduction des compétences personnelles* » (34% contre 52%), insatisfaction professionnelle (18% contre 56%).

Soins infirmiers

Dans les sites hospitaliers offrant le meilleur environnement de travail, 40 % des répondants déclarent avoir pu dispenser tous les soins nécessaires, alors qu'ils ne sont que 24 % dans les hôpitaux offrant le pire environnement de travail.

Nous constatons également des différences significatives pour les soins non réalisés de type « *activités cliniques* » (1,6 contre 1,8 sur 9 activités) et « *activités de planification et de communication* » (1,3 contre 1,8 sur 5 activités).



Perception de la qualité des soins

Dans les sites hospitaliers offrant le meilleur environnement de travail, 80 % des répondants déclarent que la qualité des soins dans leur service est bonne ou excellente, alors que cette proportion n'est que de 49 % dans les hôpitaux offrant le pire environnement de travail. Par rapport à avant COVID, en moyenne 48% des infirmiers travaillant dans les sites hospitaliers ayant le meilleur environnement de travail déclarent que la qualité des soins est restée la même ou s'est améliorée (contre 25% pour ceux avec le pire environnement de travail). La confiance dans la direction pour agir sur les problèmes de soins aux patients est également différente (18% contre 7%).

3. ENQUÊTE QUALITATIVE : POINT DE VUE DU TERRAIN SUR LA DOTATION INFIRMIÈRE EN USI

Dans ce chapitre, nous résumons les résultats de l'étude qualitative. Cette partie visait à décrire les difficultés rencontrées dans les unités de soins intensifs belges en matière de dotation en personnel infirmier avant et pendant la pandémie. Entre le 7 et le 28 février 2022, nous avons réalisé 7 focus groups (en ligne) pour un total de 35 participants (infirmiers, infirmiers en chef, cadres intermédiaires, directeurs de soins infirmiers, médecins), ainsi que 4 entretiens approfondis (représentants des infirmiers dans les structures de concertation, médecins et représentants des couples hospitalières).

Tous les détails méthodologiques de cette enquête qualitative ainsi que les résultats exhaustifs se trouvent dans le chapitre 3 du rapport scientifique.

3.1. Situation pré-COVID-19

3.1.1. La fonction infirmière en USI

Les focus groups ont été l'occasion pour les participants de rappeler à quel point le **travail des infirmiers des USI est multiple et complexe**. Il requiert une combinaison d'expertise et de compétences, notamment des connaissances médicales, des qualités psychosociales et relationnelles, une « vision clinique », la gestion des médicaments, etc. ainsi qu'une bonne résistance au stress. Les tâches qui leur sont confiées peuvent avoir des conséquences importantes – parfois carrément vitales –, ce qui implique un haut niveau de responsabilité.

En plus de ces tâches et responsabilités liées aux soins des patients, les infirmiers d'USI doivent remplir de nombreuses autres tâches comme participer à des projets d'innovation en matière de soins ou encadrer des étudiants et de nouveaux collègues (en effet, l'acquisition des compétences pratiques nécessaires pour travailler dans une USI prend plusieurs mois/années de « formation sur le tas » même après les études menant au



titre professionnel particulier). Chaque infirmier d'USI doit également parfaire sa propre formation et la maintenir à jour (voir 1.1).

Leur expertise spécifique les amène également à devoir intervenir en dehors de leur service, comme par exemple pour participer à des réanimations en dehors de l'USI (*rapid response team*). Mais ils sont également amenés à effectuer certaines tâches **qui pourraient être assumées par d'autres profils**, comme par exemple l'admission dans l'unité de patients qui ne sont pas en état critique (p. ex. des patients moyennement critiques hospitalisés en USI parce que les équipes d'hospitalisation générale ne sont pas en nombre suffisant pour pouvoir s'en occuper correctement). Certaines tâches logistiques et administratives (p. ex. commander des médicaments, enregistrer les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum) viennent encore charger le tableau.

3.1.2. Le ratio patient/infirmier

Comme déjà signalé, une unité de soins intensifs doit comprendre au moins 6 lits et au moins 2 infirmiers, ce qui revient plus ou moins à un ratio patient/infirmier maximal de 3:1. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un ratio obligatoire, l'existence de ce critère légal a pour conséquence que **le ratio patient/infirmier est moins variable entre les unités de soins intensifs que dans les unités d'hospitalisation générale**.

Si ce ratio patient/infirmier n'était pas vraiment problématique dans certaines USI avant la pandémie de COVID-19, pour d'autres il était souvent dépassé en cas d'absentéisme du personnel (p. ex. pendant les congés de maladie mais aussi les pauses repas, les réunions, le transport ou les formations en dehors de l'unité). **Le ratio de 3:1 n'est pas non plus toujours une réalité sur le terrain** car il comprend aussi les infirmiers en chef, qui ont des responsabilités de gestion et de leadership et qui ont donc moins de temps à consacrer aux soins directs des patients.

Les participants rapportent aussi que, dans certains hôpitaux, ce ratio est utilisé comme norme de dotation par défaut (en particulier pendant les équipes de nuit) alors que l'état des patients exige une présence infirmière plus soutenue. Le secteur exprime donc clairement qu'il est nécessaire, à

l'avenir, de **mieux ajuster ce ratio à la charge de travail réelle**, mesurée objectivement avec un instrument adapté au contexte spécifique des soins intensifs.

3.2. Situation pendant la pandémie

3.2.1. La fonction infirmière en USI

Le travail quotidien des infirmiers d'USI a été profondément modifié pendant la pandémie. **La composition du case-mix des patients hospitalisés en USI a radicalement changé pour être largement dominée par les patients atteints de COVID-19**, une pathologie nouvelle à laquelle personne n'était habitué (avec de nouveaux protocoles et procédures pas toujours très clairs, du moins au début) et qui exigeait des soins très intensifs, aussi physiquement (position ventrale, beaucoup plus exigeante en matière de soins respiratoires ; patients ayant souvent des comorbidités, notamment l'obésité ; procédures de mobilisation fréquentes requérant une main-d'œuvre importante). De plus, ces patients sont souvent restés dans un état critique pendant de longues périodes, avec des pronostics pessimistes.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections ont encore accentué la charge de travail que représentaient ces patients. Les **équipements de protection individuelle (EPI)** étaient non seulement éprouvants pour le personnel mais avaient un impact considérable sur l'organisation des soins. Les restrictions concernant les visiteurs ont également constitué une épreuve supplémentaire pour les soignants, qui n'ont pas pu offrir le même niveau d'attention et de qualité au soutien de la famille et des proches des patients. Ils ont parfois aussi été amenés à les soutenir à distance, ce qui impliquait une charge de travail supplémentaire.

Le temps passant, les infirmiers d'USI disent avoir aspiré à **retrouver une « composition normale » de leur case-mix**, car s'occuper des patients COVID-19 était non seulement lourd mais aussi très monotone. En outre, en raison du manque de personnel, d'autres activités non directes liées aux soins aux patients ont été négligées, comme par exemple, les initiatives en



matière d'innovation dans les soins, ou le rôle de mentor pour les étudiants ou les nouveaux collègues.

3.2.2. *Le ratio patient/infirmier*

Pendant la pandémie, les USI ont dû faire face à une demande considérable d'augmentation de capacité. Par conséquent, il n'a **pas été possible de maintenir les ratios patient/infirmier prédéfinis, ni d'assurer la présence en permanence de toutes les compétences et expertises requises.**

Au cours de la ou des premières vagues, de nombreux infirmiers provenant d'autres unités, de personnel à la retraite, d'étudiants, etc., ont été appelés en renfort. Mais bien que ces aides aient été hautement nécessaires et appréciées, ces personnes ne disposaient pas toujours d'une expertise adéquate en soins intensifs. D'après les répondants, cette situation a eu un impact négatif sur les soins aux patients et sur le bien-être du personnel infirmier. Du côté des infirmiers d'USI, le fait de devoir déléguer des tâches à ce personnel un peu improvisé était perçu comme une source de stress importante, tandis que le personnel de renfort lui-même ressentait le stress de devoir assumer des tâches pour lesquelles il n'était pas correctement formé. Lors des vagues suivantes de COVID-19, la mobilisation de personnel non-ICU a été moins marquée.

De nombreux hôpitaux ont finalement dû **fermer des lits de soins intensifs** en raison du nombre d'infirmiers en isolement, quarantaine ou burn-out, combiné aux difficultés croissantes à trouver des infirmiers d'USI sur le marché du travail. De telles fermetures de lits n'avaient pratiquement jamais été envisagées comme une solution par les médecins ou les directions d'hôpitaux avant la pandémie, mais sont de plus en plus souvent mises en œuvre actuellement pour garantir une qualité suffisante de la capacité disponible en soins intensifs.

3.2.3. *Stress, épuisement et frustrations*

Après deux ans de pandémie de COVID-19, de nombreux infirmiers de soins intensifs – un environnement déjà stressant en dehors des périodes de crise – sont épuisés, physiquement mais surtout mentalement. En plus des sources de stress professionnel évoquées ci-dessus, il faut ajouter l'angoisse liée au risque de contamination pour soi-même ou ses proches, et une certaine détresse psychologique due aux taux de mortalité plus élevés que d'habitude et aux restrictions parfois très dures imposées aux proches des patients.

Le COVID-19 a renforcé des frustrations qui existaient déjà chez les infirmiers d'USI avant la pandémie, comme par exemple, le niveau de flexibilité en termes d'horaires de travail et d'affectation dans d'autres services, ou le niveau élevé de responsabilité qui ne se répercute pas dans la rémunération, le manque de reconnaissance du grand public et le sentiment que la direction de l'hôpital et les politiciens ne sont jamais à l'écoute de leurs problèmes. **D'autres sont venues s'y ajouter en cours de route**, notamment certains choix politiques comme l'assouplissement des mesures COVID-19 alors que la pression sur les soins intensifs restait élevée. Certaines réactions du grand public sont venues couronner le tout, comme les critiques de plus en plus soutenues envers le personnel des soins intensifs à qui il était reproché de vouloir maintenir les mesures COVID-19. L'agressivité de certaines familles empêchées de voir leur proche a également été difficile à vivre. Enfin, le refus d'une partie de la population de se faire vacciner a irrité certains infirmiers d'USI.



3.3. Quelques pistes évoquées

Les infirmiers détenant le titre professionnel particulier TPP SISU étaient déjà une ressource rare avant la pandémie. **Les problèmes de recrutement et de rétention de personnel n'ont fait qu'augmenter avec la crise sanitaire**, ce qui, d'après les répondants, pose de sérieux problèmes à court, moyen et long terme. Bien que l'analyse des actions à mettre en place ne fasse pas partie de cette première partie de notre étude, la perception des personnes interrogées vis-à-vis des initiatives mises en place au cours de la pandémie de COVID-19 permet de conclure **qu'il sera nécessaire d'élaborer une approche globale pour attirer des infirmiers vers les USI et les motiver à y rester**. Quelques exemples relevés au cours de cette enquête qualitative : adapter le ratio patient/infirmier à l'intensité des soins requis par les patients, réduire les tâches non infirmières, réévaluer les critères d'admission des patients en soins intensifs, redéfinir le rôle des infirmiers en chef, investir dans le leadership, valoriser les compétences et l'expertise spécifiques des infirmiers d'USI, prévoir un soutien psychologique pour les infirmiers d'USI, consacrer réellement à la dotation en personnel les ressources supplémentaires perçues à cet effet, établir des partenariats entre les hautes écoles de soins infirmiers et les hôpitaux pour faire découvrir l'hôpital aux étudiants (et futurs collègues), augmenter la participation des infirmiers aux décisions relatives à la dotation en personnel, adapter la capacité des unités de soins intensifs en fonction des ressources en personnel disponibles (p. ex. en fermant des lits en cas de manque de personnel) en concertation avec les médecins et la direction de l'hôpital.

4. QUE RETENIR DE CETTE PREMIÈRE PARTIE DE L'ÉTUDE ?

4.1. La situation était déjà problématique avant la pandémie de COVID-19

Avant de discuter les résultats de cette étude, un petit rappel des conclusions de deux précédents rapports du KCE peut s'avérer utile.

La nécessité de mettre en place une dotation infirmière sûre était déjà connue

Bien qu'il n'y ait pas eu d'étude spécifique sur les unités de soins intensifs avant la pandémie de COVID-19, le **rapport 325 du KCE** avait déjà apporté suffisamment de preuves indirectes que la situation laissait déjà à désirer avant le début de la pandémie. En effet, la Belgique, contrairement à d'autres pays, n'avait pas développé de politique dotation infirmière sûre alors que la nécessité d'une telle politique était étayée par des études scientifiques depuis une vingtaine d'années. Il existait en outre suffisamment d'éléments démontrant la nécessité d'appliquer une telle politique dans les unités de soins intensifs, comme par exemple, des études de mesure de la charge de travail ou du bien-être des infirmiers menées dans des unités de soins intensifs belges^d.

^d Bruyneel A, Tack J, Droguet M, Maes J, Wittebole X, Miranda DR, et al. Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium. J Crit Care. 2019;54:205-11

Butera S, Brasseur N, Filion N, Bruyneel A, Smith P. Prevalence and Associated Factors of Burnout Risk Among Intensive Care and Emergency Nurses Before and During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Belgium. Journal of emergency nursing. 2021;47(6):879-91.



Après la première vague il est devenu urgent de développer un plan d'avenir

En 2020, le KCE a été amené à étudier rétrospectivement la gestion de la capacité hospitalière au cours de la première vague de la pandémie. L'une des conclusions de ce **rapport 335 du KCE** était que le personnel de santé est l'épine dorsale et l'atout le plus précieux de notre système de santé, mais qu'il en est aussi le talon d'Achille. Le personnel des unités de soins intensifs – et en particulier les infirmiers – s'est avéré être le principal goulot d'étranglement pour assurer la capacité hospitalière nécessaire à faire face à la pandémie.

Les hôpitaux belges ont eu recours aux approches recommandées dans les guidelines et utilisées par d'autres pays, à savoir augmenter le temps de travail, doter les USI d'équipes mixtes avec du personnel redéployé à partir de disciplines connexes, impliquer des étudiants, proposer des formations accélérées de remise à niveau, etc. Malgré ces mesures, il est apparu clairement que les professionnels hautement qualifiés que sont les infirmiers d'USI constituent une ressource rare qui ne peut être remplacée ou renforcée au pied levé.

Le rapport KCE 335 avait également conclu que tout le personnel de santé avait clairement fait de son mieux, s'était surpassé même, pour tenter d'assurer les meilleurs soins possibles aux patients atteints de COVID-19, et cela dans un contexte extrêmement difficile. Mais les premières constatations préliminaires montraient déjà que cela ne resterait pas sans conséquences, avec des indices d'une augmentation des niveaux d'épuisement professionnel. Le rapport plaidait donc pour l'élaboration d'un plan global visant à garantir au secteur des soins de santé une dotation en personnel durable et tournée vers l'avenir.

4.2. Après deux ans de pandémie, l'impact sur le personnel des soins intensifs est considérable

La reproduction, dans la présente étude, de l'enquête de 2019 (rapport KCE 325) donne d'importantes indications quantitatives sur la dotation en personnel infirmier et sur l'attractivité de l'environnement de travail dans un large échantillon des unités de soins intensifs belges. Même en l'absence de points de référence pré-pandémie spécifiques pour les soins intensifs, il est clair que l'impact de deux années de COVID-19 sur le bien-être des infirmiers d'USI est énorme. Le **risque de burn-out** est élevé, avec toutefois de grandes différences entre régions (p. ex. épuisement émotionnel : 33,1 % en Flandre ; 55,3 % en Wallonie et 52,4 % à Bruxelles) et entre hôpitaux. Ce résultat est d'ailleurs conforme à ceux d'une autre étude belge menée dans des unités de soins intensifs francophones, qui montre un risque d'épuisement émotionnel passant de 33,6 % en janvier 2020 à 48,9 % pendant la première vague de COVID-19^e.

La moyenne d'infirmiers déclarant avoir **l'intention de quitter leur emploi** est également élevée (43,9 %). Ce constat contraste fortement avec le fait que les infirmiers qui ont de longues années d'expérience sont très fidèles à leur employeur. Les taux d'intention de départ sont les plus élevés chez les infirmiers de 25 à 40 ans, et chez les hommes davantage que chez les femmes. Il semble important que les politiques de rétention tiennent compte de ces différences.

Des résultats alarmants sont également observés pour d'autres indicateurs du bien-être au travail, avec des variations similaires entre les hôpitaux et entre les régions. Ainsi, 75 % des infirmiers en soins intensifs sont **insatisfaits de leur salaire**. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que dans l'étude de 2019, où 'seulement' 57 % des infirmiers de services généraux étaient insatisfaits sur ce point. Des investissements historiques ont pourtant

^e Butera S, Brasseur N, Filion N, Bruyneel A, Smith P. Prevalence and Associated Factors of Burnout Risk Among Intensive Care and Emergency Nurses Before and During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Belgium. *Journal of emergency nursing*. 2021;47(6):879-91.



été consentis en 2020 pour améliorer les salaires du personnel des hôpitaux, mais la mise en œuvre accélérée du nouveau régime salarial (IFIC) ne s'est pas révélée positive pour tous les infirmiers titulaires du TPP SISU. Bien que des mesures supplémentaires aient été annoncées pour mieux les rémunérer, le sentiment prévaut que les infirmiers d'USI ne sont pas suffisamment bien payés. De façon plus générale, le sentiment de **manque de reconnaissance** (financière ou autre) des infirmiers d'USI – malgré le rôle central qu'ils ont joué tout au long de la pandémie – est apparu clairement au cours de la partie qualitative de l'étude (focus groups).

Par ailleurs, 60,8 % des répondants à notre enquête ont également estimé que la **qualité des soins** dispensés s'était détériorée par rapport à avant la pandémie. Un indicateur de qualité est particulièrement inquiétant : le nombre de **soins non réalisés** lors de la dernière pause prestée, avec 1,6 activité de planification et de communication sur 5 et 1,8 activité clinique sur 9 qui n'ont pas été réalisées. Bien que nous n'ayons pas recueilli les *outcomes* des patients (p. ex. taux de mortalité standardisé) dans l'étude actuelle, ces résultats sont une indication que les soins aux patients ne sont pas optimaux. D'après la littérature scientifique, les soins non réalisés semblent être le maillon reliant la dotation en personnel infirmier et les *outcomes* des patients. Et dans la partie qualitative de notre étude, les soins non réalisés, et la baisse de qualité des soins en général, ont été clairement mentionnés comme sources de **perte de sens du métier** et de **diminution du sentiment d'accomplissement personnel**.

Le volet qualitatif de notre étude illustre clairement l'**épuisement physique, mais surtout mental** causé par ces deux ans de pandémie « sans fin » qui ont totalement bouleversé leur manière de travailler. Au lieu de l'habituel case-mix de patients de sévérité variable, les patients qu'ils ont dû soigner étaient systématiquement dans un état très grave et requéraient un niveau élevé d'intensité des soins. Le renfort de collègues venant d'autres services a également bousculé leur manière de travailler et accentué leur sentiment de devoir assumer des **responsabilités** sans être en mesure de contrôler la situation.

Sur le plan émotionnel, le fait de « monter au combat en de première ligne » les a fait se sentir **extrêmement vulnérables** (surtout pendant les premières vagues), avec la crainte constante d'être infectés eux-mêmes ou

de contaminer des membres de leur famille. D'autres dimensions importantes de leur travail comme l'encadrement des étudiants et des nouveaux collègues, l'innovation en matière de soins, le développement de la carrière personnelle et le suivi de formations ont dû être négligées en raison de contraintes de temps.

Dans son ensemble, cette situation a été assez unanimement perçue comme très difficile à vivre. Il n'est donc pas exagéré de dire que la crise sanitaire a eu des conséquences directes sur le bien-être du personnel infirmier, dont il sera important de surveiller les conséquences à long terme.

4.3. Quels sont les axes d'amélioration possibles ?

Même si cette première partie de l'étude ne prétend pas encore proposer de recommandations pour résoudre les problèmes mis en lumière par nos enquêtes, certaines conclusions s'imposent déjà à ce sujet.

4.3.1. *La qualité de l'environnement de travail revêt une importance capitale*

Notre évaluation de la qualité de l'environnement de travail en USI montre certains paramètres satisfaisants, mais aussi d'évidentes faiblesses, notamment pour les dimensions « adéquation du personnel et des ressources » et « participation des infirmiers à la politique de l'hôpital ». Il est également frappant que seulement 10% des infirmiers déclarent être (très) confiants sur le fait que la direction agira pour résoudre les problèmes liés à la qualité des soins.



On connaît pourtant l'importance d'un environnement de travail de qualité pour les infirmiers, étayée par de nombreuses données probantes^f illustrant leurs effets bénéfiques sur les *outcomes* des infirmiers et des patients. Des programmes ont d'ailleurs été mis en place pour soutenir les hôpitaux sur ce plan, comme par exemple le label Hôpitaux magnétiques (*Magnet Hospitals*^g).

La nécessité de l'investissement dans l'environnement de travail des infirmiers a été confirmée par notre étude. En effet, nous avons mis en évidence que les 25 % d'hôpitaux disposant du meilleur environnement de travail avaient systématiquement de meilleurs résultats en matière de bien-être infirmier. **À tel point que les hôpitaux offrant un très bon environnement de travail ont réussi à limiter l'impact de la pandémie sur le bien-être de leur personnel des soins intensifs.**

4.3.2. Le ratio patient/infirmier a montré ses limites pendant la pandémie

Comme on l'a vu, la traduction des normes belges relatives à la dotation en personnel infirmier pour les unités de soins intensifs correspond à un ratio patient/infirmier maximum de 3:1. Notre enquête nous montre qu'il est en pratique de 2,3 :1 en moyenne (2,2 pendant les équipes de jour et 2,7 pendant les équipes de nuit), avec des variations entre hôpitaux assez limitées (IQR : 0,5). Ces chiffres sont plus élevés – mais en apparence

proches – des normes en vigueur dans d'autres pays (p. ex. en Angleterre, il est de 2 :1 pour une défaillance organique non respiratoire, mais les patients les plus critiques bénéficient d'un ratio de 1:1).

Notre enquête qualitative nous a permis de voir que cette apparence de relative normalité cachait certains problèmes :

- Le nombre maximum d'environ 3 patients par infirmier est utilisé comme méthode de dotation en personnel par défaut (surtout pour les nuits). Dans certains hôpitaux, les absences ne sont pas ou insuffisamment compensées, qu'il s'agisse de congés de maladie ou de personnel momentanément absent pour des réunions, pauses-repas, etc. Les ratios patient/infirmier sont donc en réalité plus élevés.
- Les infirmiers en chef doivent souvent consacrer une partie de leur temps aux soins directs aux patients pour pouvoir respecter le ratio, ce qui les empêche de consacrer suffisamment de temps à leur rôle de management.
- La norme de 3:1 vaut indistinctement pour toutes les unités de soins intensifs, sans différenciation en fonction des niveaux d'intensité dans les soins. Or toutes les unités de soins intensifs n'ont pas le même case-mix. Le système de financement des hôpitaux prévoit cependant certains mécanismes (p. ex. un budget supplémentaire basé sur les patients présentant un profil très critique) pour les hôpitaux dont le

^f 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. ;

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. ;

Petit Dit Dariel O, Regnaux 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.

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.

^g Le *Magnet recognition program* de l'*American Nurses Credentialing Center* 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.



case-mix est plus sévère, mais en pratique, le lien entre ce financement supplémentaire et le personnel supplémentaire accordé aux USI n'est pas suffisamment transparent. Il est notamment possible que ces budgets supplémentaires soient utilisés pour l'expansion des capacités et non pour l'amélioration du ratio patient/infirmier.

- Il n'y a pas non plus (ou pas assez) de mesures du niveau d'intensité des soins pour pouvoir justifier objectivement les décisions relatives à la dotation en personnel infirmier (ni au sein des hôpitaux, ni entre eux).

Par conséquent, il semble clairement nécessaire de **réformer l'organisation et le financement des soins intensifs** en fonction du degré d'intensité des soins devant y être dispensés, suivant en cela l'exemple d'autres pays qui distinguent différents niveaux d'USI avec des ratios patient/infirmier correspondants. Cette demande a d'ailleurs été exprimée à plusieurs reprises lors des focus groups.

4.3.3. Les infirmiers hautement qualifiés en soins intensifs sont une ressource rare et difficile à remplacer.

Les unités de soins intensifs belges sont dotées d'un personnel infirmier hautement qualifié, avec une quasi-totalité de titulaires d'un bachelier et 80 % d'un TPP SISU. Ces profils sont rares et irremplaçables. Il serait illusoire de penser qu'il sera possible de pérenniser les solutions « quick fix » utilisées pendant la pandémie de COVID-19. Ces stratagèmes ont été utiles pour faire face à une crise sans précédent, mais ne constituent en rien des solutions à long terme.

Tout comme cela avait déjà été recommandé dans le rapport 325 pour les services d'hospitalisation classiques, il est possible de soutenir les infirmiers d'USI en augmentant le recrutement de personnel de soutien (aides-soignants, personnel logistique, paramédicaux) pour compléter les équipes – mais non pour remplacer les infirmiers – et ce afin d'optimiser les expertises disponibles. Rappelons que notre étude a une nouvelle fois montré que les infirmiers d'USI consacrent une part considérable de leur temps à des tâches et à des activités qui ne requièrent pas, au sens strict, de compétences spécifiques en matière de soins infirmiers – et certainement pas de soins intensifs. C'est ainsi que 99,6 % déclarent faire

des tâches administratives, 89,4 % des commandes et du rangement de médicaments, et 80,9 % du nettoyage des chambres et des équipements des patients.

Par ailleurs, la récente réforme de la formation de bachelier a eu pour effet que les nouveaux diplômés commencent sur le terrain avec moins d'expérience des soins intensifs, ce qui implique qu'il faut leur donner une formation « sur le tas » plus soutenue. Cet encadrement demande des efforts supplémentaires de la part des infirmiers d'USI. Il est donc nécessaire que les hôpitaux puissent également investir dans du personnel surnuméraire pour pouvoir assurer cet encadrement.

Le remboursement des frais de formation continue a également été identifié comme un problème : il est obligatoire de conserver le titre professionnel particulier, mais dans certains hôpitaux, les frais sont entièrement à la charge de l'infirmier et la formation doit être suivie en dehors du temps de travail.

4.4. Conclusion

Pour conclure, il est clair que la pandémie de COVID-19 a eu un prix. Son impact sur le bien-être professionnel des infirmiers en soins intensifs est énorme et risque de perdurer longtemps. Toutefois, parmi les problèmes identifiés au cours de cette étude, plusieurs étaient déjà bien présents avant la crise et les principales conclusions des rapports précédents 325 et 335 du KCE abordaient déjà plusieurs solutions potentielles. Le regard rétrospectif porté ici ne les rend que plus pertinentes. Se contenter de « quick fixes » pour y répondre serait une grave erreur ; il faut prendre le problème aux racines.

Un plan global pour le personnel de santé, portant notamment sur une meilleure reconnaissance, une rémunération adéquate, une promotion de la formation – et avec une attention particulière pour les infirmiers d'USI –, ainsi qu'une « politique de dotation sûre », s'imposent plus que jamais. La crise du COVID-19 a placé les investissements dans le personnel de santé en tête de l'agenda politique et des budgets importants ont été investis pour augmenter tant leur rémunération que les niveaux de dotation (Fonds Blouses blanches). Ces efforts peuvent être qualifiés d'historiques et



représentent des premières étapes importantes. Mais pour parvenir à une politique de dotation réellement « sûre », il faut à présent franchir un pas supplémentaire vers des ratios patient/infirmier maximaux légalement contraignants (et différenciés selon les services) et accroître la transparence à ce sujet.

Il faut également souligner ici que l'impact de certaines mesures n'est pas immédiatement visible sur le terrain en raison des effets de la pandémie de COVID (taux élevés d'absentéisme, nombreux infirmiers quittant la profession) ou des problèmes préexistants (comme la pénurie de main-d'œuvre). Cela peut donner l'impression aux infirmiers que les mesures prises pour améliorer leur environnement de travail sont insuffisantes ou inexistantes.

Les actions déjà recommandées pour les unités d'hospitalisation générale dans le rapport 325 du KCE, comme des ratios patient/infirmier obligatoires différenciés selon les services sur la base de mesures de l'intensité des soins requis par les patients, l'investissement dans des programmes visant à rendre l'environnement de travail des infirmiers plus attractif et le développement d'une culture hospitalière de dotation infirmière, s'appliquent également aux unités de soins intensifs et doivent être poursuivies.



■ RECOMMANDATIONS^h

Préambule

Le présent rapport s'inscrit dans la continuation du rapport 325 du KCE qui étudiait la dotation infirmière dans les services d'hospitalisation générale. Il est le premier d'une série de trois rapports sur la dotation infirmière et l'organisation des unités de soins intensifs. Par conséquent, les recommandations suivantes sont basées sur les recommandations du rapport KCE 325 et ne tiennent pas compte des résultats de deux autres études actuellement en cours : 1) Mesure de la charge de travail dans les unités de soins intensifs ; 2) Organisation et financement des unités de soins intensifs.

RECOMMANDATIONS:

Aux ministres en charge de la Santé publique, dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique et en étroite collaboration avec les ministres chargés de l'Éducation et de l'Emploi, ainsi qu'avec les employeurs et les partenaires sociaux du secteur de la santé :

- 1 Élaborer un **plan pluriannuel global** visant à accroître encore l'attractivité de la profession d'infirmier à (moyen) et long terme. Il convient de prêter attention à tous les secteurs et domaines (p. ex. soins à domicile, maisons de repos, hôpitaux psychiatriques, toutes les disciplines des hôpitaux généraux). Plus spécifiquement pour les infirmiers d'USI, ce plan devrait :
 - 1.1 (Ré)organiser ou maintenir **des programmes de formation continue en soins intensifs et en soins d'urgence** de manière à permettre l'acquisition d'une expertise suffisante (théorique et pratique) en soins intensifs et soins d'urgence.
 - 1.2 (Continuer à) organiser **des campagnes** pour améliorer l'image de la profession d'infirmier (et en particulier d'infirmier d'USI).
 - 1.3 Fixer **des salaires compétitifs** pour les infirmiers en général et pour ceux qui détiennent un TPP SISU en particulier. Une attention suffisante doit être accordée à la durée de la formation, aux responsabilités et à l'impact physique et mental de l'activité professionnelle.

^h Le KCE reste seul responsable des recommandations.



Aux ministres en charge de la Santé publique, dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique :

- 2 Poursuivre l'élaboration d'une « **politique sûre de dotation infirmière** » qui prenne en compte les unités de soins intensifs via les éléments suivants :
 - 2.1. **Fixer par voie légale**, pour les unités de soins intensifs, **des ratios patient/infirmier sûrs** qui ne pourront être dépassés (ni par **service**, ni par équipes).
 - 2.2. Déterminer différents niveaux **d'unités de soins intensifs** sur la base, notamment, de bonnes pratiques internationales et de données relatives, par exemple, aux pathologies, à la lourdeur des soins infirmiers et au casemix médical dans les unités de soins intensifs en Belgique. Les études actuellement en cours au KCE pourront fournir des informations à ce sujet.
 - 2.3. Adapter le ratio patient/infirmier légalement défini au niveau des unités de soins intensifs. Ces ratios doivent être définis plus précisément sur la base de **normes internationales** et d'une **mesure de l'intensité des soins adaptée aux soins intensifs**. Les **infirmiers en chef** ne doivent pas être pris en compte dans le calcul de ces ratios. Les études actuellement en cours au KCE pourront fournir des informations à ce sujet.
 - 2.4. Fixer un **nombre minimum légal d'infirmiers détenant un titre professionnel particulier** en soins intensifs et en soins d'urgence (TPP SISU) par service et par équipes (pauses), en s'appuyant sur les réglementations actuelles.
 - 2.5. Lancer une large réflexion sur l'utilisation optimale des niveaux d'expertise au sein des équipes des unités de soins intensifs. Cette réflexion doit notamment inclure une évaluation du rôle et des responsabilités du personnel non infirmier (p. ex. les aides-soignants, le personnel logistique, les paramédicaux, etc.) dans les unités de soins intensifs. Ce personnel non infirmier doit servir à compléter (et non à remplacer) les infirmiers.
 - 2.6. **Établir un suivi** du nombre de patients par infirmier et de l'intensité des soins par unité de soins afin d'améliorer la transparence sur les ressources dépensées.
 - 2.7. Prévoir des **mesures** à appliquer si les ratios légalement fixés ne peuvent être respectés (p. ex. une réduction temporaire de la capacité de lits dans les unités de soins intensifs afin de garantir la sécurité des soins aux patients, lorsque cela ne met pas en danger la santé publique dans une région géographique donnée).



- 2.8. Prévoir des mesures spécifiques pour les **situations de crise** (p. ex. un ajustement temporaire, pour les unités de soins intensifs, du nombre de patients par infirmier et du niveau de qualification légalement requis). Afin de pouvoir mieux absorber une augmentation de la demande de capacité en cas de crise, il est conseillé de prévoir une marge dans les ratios patient/infirmier définis par la loi.

Aux hôpitaux, sur la base du rapport KCE 325 et en tenant compte des ressources supplémentaires apportées par le Fonds Blouses blanches :

- 3 Développer dans chaque hôpital une culture et une pratique qui accordent de l'importance à la dotation « **du lit du patient jusqu'au management** ». La dotation infirmière des unités de soins intensifs en fait partie intégrante et devrait en particulier :
- 3.1 Mettre en œuvre un plan de personnel par service (p. ex. ETP, mix de qualifications (infirmiers avec et sans TPP SUSI), personnel de soutien) piloté par le directeur des soins infirmiers et l'évaluer systématiquement, au moins deux fois par an (par des mesures de la charge de soins, de l'absentéisme, de l'avis des médecins, infirmiers et infirmiers en chef). Les décisions et les raisonnements de la direction et du conseil d'administration de l'hôpital relatifs au plan du personnel doivent être documentés.
- 3.2 Accorder une attention particulière à **garantir** un nombre suffisant d'infirmiers ayant **une expertise et une expérience spécifiques en matière de soins intensifs** :
- 3.2.1 Soutenir les infirmiers de soins intensifs pour leur **formation continue** ;
- 3.2.2 Créer **un pool d'infirmiers pouvant être déployés de manière flexible** dans les unités de soins intensifs (au niveau de l'hôpital ou éventuellement du réseau locorégional) en cas d'augmentation des besoins (p. ex. des infirmiers provenant d'autres services similaires, des équipes mobiles générales, des enseignants en soins infirmiers), avec la **formation** adéquate (p. ex. des modules d'e-learning) et de **l'expérience pratique** (p. ex. rotation entre les services d'urgence et de soins intensifs, acquisition d'une expérience pratique dans les services de soins intensifs du réseau régional local). Le degré de flexibilité demandé est gérable et en concertation avec le personnel concerné.



3.3 Mettre en place ou étendre des initiatives qui améliorent la qualité de l'environnement de travail (p. ex. participation des infirmiers à la politique de l'hôpital, investissement dans le leadership, notamment en proposant aux cadres infirmiers des formations en management et leadership, rendre explicite la reconnaissance des compétences infirmières, par exemple en les impliquant dans des projets d'amélioration du fonctionnement des USI). Une attention particulière doit être accordée au soutien psychologique des infirmiers d'USI (p. ex. débriefings en cas d'incidents, engagement d'un psychologue au sein de l'équipe), avec une attention spécifique à la prévention du burn-out. Les initiatives doivent être adaptées aux besoins des différentes générations travaillant au sein des équipes.



COLOPHON

Titre :	Dotation infirmière dans les soins intensifs belges: impact de deux ans de pandémie de COVID-19 – Synthèse
Auteurs :	Koen Van den Heede (KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Laurence Kohn (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Julie Vanhooreweghe (HICT), Arnaud Bruyneel (ULB), Walter Sermeus (KU Leuven)
Facilitateur de projet:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Spécialiste de l'information :	Nicolas Fairon (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Diego Castanares-Zapatero (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Nancy Thiry (KCE)
Experts externes et stakeholders:	Jan-Piet Bauwens (ABVV – FGTVB - Algemeen Belgisch Vakverbond – Fédération Générale du Travail de Belgique), Koen Balcaen (UZ Leuven), Frédéric Bergen (Saint-Luc, UC Louvain), Danny Claeys (AZ Alma), Katrien Clerbout (Sint-Trudo Ziekenhuis), Lina Cloostermans (CSC – ACV - Confédération des Syndicats chrétiens – Algemeen Christelijk Vakbond), Benoît Collin (INAMI – RIZIV - Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Joris Daems (ZOL – Ziekenhuis Oost-Limburg), Vera De Troyer (Zorgnet-ICURO), Jacques Delaunoy (Chwapi - Centre Hospitalier de Wallonie picarde), Alexandre Delnietis (CHRSM – Le Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse), Jean-Luc Demeere (GBS – VBS - Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes - Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten), Stephan Dergent (AZ Turnhout), Estée Didier (Clinique Saint-Jean Bruxelles), Jasperina Dubois (VBS – GBS), Julie Dufaye (AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité), Adrien Dufour (SLBO – Clinique St. Luc Bouge), Pascal Ennafla (Hôpital de la Citadelle à Liège), Peter Fontaine (Europa Ziekenhuizen), Vincent Fraipont (CHR Citadelle, Liège), Marc Geboers (Zorgnet-Icuro), Frederic Guns (UZ Leuven), Francis Hannes (Ziekenhuis Geel), Béatrice Herman (GHDC – Grand Hôpital de Charleroi), Marc Hermans (NVKVV – Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen), Aline Hotterbeex (UNESSA – UNion En Soins de Santé), Michel Kreutz (Klinik Sankt-VITH), Denis Laurent (AVIQ), Philippe Lejeune (SANTHEA), Bénédicte Leroy (VIVALIA), Steve Lervant (Sint-Jozef Ziekenhuis, Izegem), Sarah Martens (NVKVV), Paul Massion (CHU de Liège), Adelaide Meis (CHR Citadelle, Liège), Justine Migeotte (Cliniques universitaires Saint-Luc), Patricia Modanese (CHU de Liège), Jan Mortier (ACV – CSC - Algemeen Christelijk Vakbond – Confédération des Syndicats chrétiens), Sébastien Ninite (CHU Charleroi), Hilde Nobels (Ziekenhuis Geel), Thomas Peeters (ZNA – Ziekenhuis Netwerk Antwerpen), Claudia Peeters (AZ Sint-Maarten, Mechelen), Eric Pinck (CHU UCL Namur, UC Louvain), Bavo Prins (GZA Ziekenhuizen), Brecht Serraes (VVIZV – Vlaamse vereniging intensieve zorgen verpleegkundigen, AUVB – Algemene unie van verpleegkundigen van België, VITAZ, Sint-Niklaas), Dieter Sinnesael (AZ Sint-Jan Brugge), Tom Spanhove (AZ Alma), Jerome Tack (SIZ-Nursing, Société des Infirmiers(e) de Soins Intensifs), Mathieu Tesain (Groupe Jolimont - hôpital de Jolimont et Lobbes), Philippe Valepyn (Agentschap Zorg en Gezondheid Vlaanderen),



	Elodie Van Loo (CHIREC), Els Vanblaere (AZ Sint-Lucas Gent), Margot Vander Laenen (VBS – GBS), Stijn Vanholle (Domus Medica), Sigrid Verhaeghe (AZ Sint-Jan, Brussel), Marion Vossen (GIBBIS – Gezondheidsinstellingen Brussel – Bruxelles Institutions de Santé), Pascal Vranckx (Jessa Ziekenhuis), Annelies Wilderjans (UZ Leuven)
Valideurs externes :	Peter Griffiths (University of Southampton, Royaume-Uni), Filip Haegdorens (Universiteit Antwerpen), Fabio Silvio Taccone (ULB – Université libre de Bruxelles)
Remerciements :	Nous tenons à remercier Nathalie Bailleul (HICT) et Kwinten Michiels (HICT) pour leur collaboration à cette étude. Nous tenons également à remercier Luk Bruyneel du «Institut de Louvain pour la politique de la santé – KU Leuven» qui a préparé dans le cadre du rapport KCE 325 les programmes statistiques que nous avons utilisés comme point de départ pour l'analyse effectuée dans la présente étude.
Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine des niveaux de dotation infirmière dans les unités de soins intensifs. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Photo de couverture droite:	Mathieu Golinvaux, l'Avenir
Disclaimer :	<ul style="list-style-type: none">• 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 :	20 mai 2022
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Nursing Staff, Hospital; Personnel Staffing and Scheduling; Intensive care unit; Health Workforce
Classification NLM :	W 76



Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2022/10.273/23

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, Bouckaert N, Detollenaere J, Kohn L, Maertens de Noordhout C, Vanhooreweghe J, Bruyneel A, Sermeus W. Dotation infirmière dans les soins intensifs belges: impact de deux ans de pandémie de COVID-19 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2022. KCE Reports 353Bs. D/2022/10.273/23.

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