

PROFIL DE QUALIFICATIONS DES FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS

PRISE DE POSITION ET RECOMMANDATIONS DU DOMAINE SANTÉ DE LA HES-SO

15 MARS 2018

Résumé

En 2002, la Suisse romande décidait de placer la formation infirmière au niveau HES exclusivement. Quinze ans après, la question du positionnement de ce niveau de formation fait l'objet de questionnements récurrents, voire d'affirmations péremptoires débouchant sur des sollicitations adressées aux autorités politiques demandant l'ouverture d'une filière infirmière supplémentaire au niveau école supérieure (ES).

Dans le cadre des constats posés et des réflexions menées, les directions des six hautes écoles du domaine Santé de la HES-SO ont estimé nécessaire de documenter les éléments-clés éclairant ce débat. Pleinement convaincues et unanimes, elles confirment l'intérêt stratégique et opérationnel de maintenir une seule filière de formation en soins infirmiers située au niveau HES dans le périmètre de la Romandie. De plus, en s'appuyant sur l'avis d'expert-e-s confirmé-e-s, elles mettent en exergue les enjeux sanitaires auxquels les diplômé-e-s HES sont appelé-e-s à répondre, ainsi que les effets négatifs d'un retour à un système de formation à deux niveaux. La présente prise de position du Conseil de domaine Santé de la HES-SO est une contribution à un véritable débat de société et une invitation à poursuivre le dialogue de qualité qui lui a permis de développer des prestations évolutives et adaptées aux réalités des terrains professionnels.

Huit thèses prioritaires ont été retenues ; elles démontrent :

1. les risques, en termes de sécurité des soins, à faire cohabiter des profils soignants insuffisamment différenciés ;
2. l'intérêt des terrains cliniques de s'appuyer sur le tandem assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) et infirmière et infirmier HES ;
3. l'élargissement du bassin de recrutement d'ores et déjà réalisé avec le passage au niveau HES qui offre enfin aux détenteurs et détenteuses d'un CFC un accès à un Bachelor, via la maturité professionnelle ou l'admission sur dossier ;
4. une augmentation significative du nombre d'étudiant-e-s depuis l'entrée en vigueur du système Bachelor-Master-PhD en soins infirmiers ;
5. l'impossibilité d'augmenter sans limite les places de stage, avec comme conséquence la diminution prévisible et paradoxale du nombre annuel de diplômé-e-s en cas d'ouverture d'une filière ES ;
6. l'absence d'économie financière en cas d'ouverture d'une filière ES ;
7. l'adéquation des compétences HES face aux enjeux de la santé du 21^e siècle ;
8. les exigences légitimes de compétences de plus en plus élevées dans les milieux de soins communautaires et gériatriques.

En conclusion, le Conseil de domaine affirme la nécessité de préserver la cohérence et les potentialités des systèmes de soins et de formation en offrant, au niveau de la Romandie, uniquement le niveau de formation infirmière HES et en renforçant les conditions-cadres ainsi que les ressources permettant d'augmenter davantage encore le nombre d'étudiant-e-s en soins infirmiers au sein des six hautes écoles du domaine Santé de la HES-SO.

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	03
1. Introduction	03
2. Contexte	04
3. Présentation des huit thèses	05
3.1 Thèse n°1 : La réponse aux besoins accrus en professionnel-le-s de la santé et aux impératifs de sécurité des soins repose sur des diplômes aux compétences clairement différenciées	05
3.2 Thèse n°2 : Le tandem Assistant-e en soins (CFC) & Infirmier et infirmière (BSc) répond aux attentes en termes de collaboration, de progression de carrière et d'attractivité	06
3.3 Thèse n°3 : Le modèle HES a élargi le bassin de recrutement des infirmières et des infirmiers aux détenteurs et détentrices d'un CFC qui y accèdent au même titre que les autres candidat-e-s ; introduire une formation de type ES serait superfétatoire et coûteux	07
3.4 Thèse n°4 : Le positionnement de la formation infirmière au niveau HES, puis l'introduction des 2 ^e et 3 ^e cycles universitaires, ont significativement augmenté le nombre d'admissions et de diplômes dans les six hautes écoles de soins infirmiers romandes. Introduire des ES jetterait la confusion sur l'attractivité du titre	08
3.5 Thèse n°5 : Dans un contexte de forte saturation des places de stage, l'ouverture d'ES dans les cantons romands n'aboutirait pas à une réelle progression du nombre annuel de diplômé-e-s	09
3.6 Thèse n°6 : En parallèle à la diminution du nombre de diplômes délivrés qu'entraînerait l'ouverture de filières ES en Suisse romande, les coûts de formation seraient plus élevés pour les cantons	09
3.7 Thèse n°7 : Les enjeux sanitaires du 21 ^e siècle prescrivent de renforcer les compétences scientifiques, le leadership et l'autonomie des infirmières et infirmiers, avec dès lors la nécessité de pouvoir s'appuyer sur un système de formation de niveau universitaire, en trois cycles (<i>Bachelor, Master, PhD</i>)	10
3.8 Thèse n°8 : L'idée selon laquelle la création de filières ES en soins infirmiers répond aux besoins des établissements destinés aux personnes âgées est erronée en raison de l'acuité et de la complexification des situations cliniques ainsi que de la pénurie d'encadrement médical	12
4. Synthèse	13
5. Recommandations et demande	13
6. Références	14

Avec l'arrivée des HES dans le paysage suisse de la formation, à l'instar d'autres secteurs, le besoin de pilotage et de coordination des formations en soins infirmiers s'est affirmé. En 2010, la Confédération, plus précisément le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche, établissait un rapport relatif à la « Formation aux professions des soins ».

Préalablement, au début des années 2000, le choix des cantons romands s'est résolument porté sur une valorisation et une reconnaissance de la complexité de la profession infirmière. Ce choix politique exigeant et audacieux a rapidement démontré sa cohérence et a permis un développement remarquable de la formation, tant sur le plan de la qualité que de l'attractivité des filières de formation.

L'expérience des hautes écoles romandes confirme la pertinence de ce choix. En effet, la formation en soins infirmiers de niveau HES prépare les étudiant-e-s à faire face à des situations humaines complexes, problématiques et difficilement prévisibles. Les transformations constantes et rapides du système de santé exigent des professionnel-le-s capables d'anticiper les changements et d'adapter leur pratique, tant au niveau collectif qu'individuel. Cette compétence d'anticipation/adaptation est cardinale dans les formations HES. Elle garantit une prise en charge optimale des patient-e-s et une efficacité des soins prodigués. L'une des dimensions essentielles véhiculées par les hautes écoles est la préparation au travail interprofessionnel, celle-ci étant portée au rang de priorité, tant par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) que par les professionnel-le-s, corps médical inclus.

Quinze ans après ce changement de cap décidé par le Comité stratégique de la HES-S2 de l'époque, les directions des hautes écoles mesurent quotidiennement sa force, sa crédibilité et son adéquation, ce d'autant plus que les défis sanitaires à relever s'avèrent complexes et exigeants en termes de compétences et d'autonomie professionnelle.

1. Introduction

D'une manière générale, le système de santé suisse est reconnu comme étant de grande qualité. Si le débat politique et/ou citoyen se situe très régulièrement au niveau des coûts de la santé, il n'en demeure pas moins que les performances du système dépendent essentiellement soit des ressources humaines, soit des connaissances, des compétences et des motivations du personnel de santé. S'il est une profession qui a fortement évolué au fil de l'histoire de la médecine, c'est bien celle des infirmières et des infirmiers. Historiquement ancrée dans des pratiques associées à la sphère domestique, cette activité fut longtemps réservée presque exclusivement aux femmes. Il faut attendre la moitié du 19^e siècle et les importants progrès de la médecine et de la chirurgie pour que la nécessité de recourir à de véritables soignantes, dûment formées, commence à être reconnue. Les auxiliaires médicales laïques remplacent progressivement les sœurs dont la vocation prenait racine dans les valeurs chrétiennes de la charité et des soins bénévoles. Ces auxiliaires médicales ont connu une évolution rapide de leur sphère de compétences ; elles passent ainsi d'un profil d'exécutantes à un profil plus indépendant, avec l'acquisition d'une autonomie basée sur des actes médico-délégués pour arriver progressivement à une profession disposant d'une importante sphère d'autonomie décisionnelle et jouant un rôle clé dans l'articulation interprofessionnelle et la représentation des intérêts de la/du patient-e (advocacy) dans son parcours de soins.

Dans la seconde moitié du 20^e siècle, les enjeux de qualité et de sécurité des soins ont pris de plus en plus d'importance, tant aux yeux des usagers que des professionnel-le-s, des politiques et des financeurs. Personne ne saurait contester que tout incident non désirable crée de la souffrance, des complications et des coûts supplémentaires ; ceux-ci sont actuellement estimés à 10% des coûts de la santé, ce qui, au-delà de l'aspect humain des souffrances engendrées à ne pas négliger, représente une charge socialement inacceptable.

Le début du 21^e siècle est, à l'évidence, orienté par des soucis d'efficacité, de qualité et de sécurité des usagers. Or, afin d'assurer les meilleurs soins possibles, plusieurs exigences essentielles sont à prendre en considération dont, notamment les cinq principales ci-après :

- Une pratique professionnelle contextualisée et guidée par des données scientifiques reconnues ou des consensus d'experts reconnus (evidence based practice).
- La capacité de coordonner le projet de soins et les différent-e-s professionnel-le-s intervenant-e-s (leadership interprofessionnel).
- La capacité d'évaluer les situations cliniques et de prendre des décisions, de les justifier en termes de bonnes pratiques et d'en mesurer les effets (résultats de soins sensibles aux soins infirmiers ou nurse sensitive outcomes).
- La capacité à faire évoluer les soins et le système en tenant compte des ressources, des données socio-épidémiologiques et de l'état des sciences (sciences infirmières, sciences humaines, sciences médicales).
- Une formation de niveau universitaire préparant à assumer les quatre premières conditions et à collaborer efficacement et dans une relation symétrique avec les autres professions concernées, médicales, soignantes et techniques.

Si les objectifs et les besoins en termes de qualité à préserver et à développer dans le domaine des soins semblent clairs, les représentations et appréciations divergent en ce qui concerne la formation nécessaire pour y parvenir.

2. Contexte

Dans une perspective de positionnement des formations en soins infirmiers, entre 1999 et 2000, les cantons romands ainsi que celui de Berne ont mené une vaste réflexion et ont retenu une classification des professions de la santé mettant en évidence trois niveaux d'activités : « l'agir encadré, l'agir autonome et l'agir expert ».

De ce fait, les métiers reposant fortement sur une autonomie cadrée par des algorithmes prescriptifs (ambulancières et ambulanciers, laborant-e-s) ont été classifiés dans la zone de "l'agir autonome", situant ainsi leur formation initiale à un niveau d'école supérieure (ES). Les métiers exigeant un haut niveau de réflexivité et de personnalisation des actes ont été retenus au titre de "l'agir expert".

En vue d'optimiser la composition des équipes de soins, d'en améliorer la lisibilité et de garantir la sécurité des patient-e-s, les milieux cliniques ont, quant à eux, clairement souhaité réduire la fragmentation des professions soignantes, héritage délicat et trop souvent dysfonctionnel des 30 dernières années.

C'est ainsi que l'ensemble des acteurs et actrices concerné-e-s ont estimé cohérent de disposer de deux niveaux de personnel soignant formé, soit :

- le CFC d'assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) et
- le diplôme HES d'infirmière et d'infirmier.

Cette cohérence dans les transformations coordonnées du système de soins (clarification des responsabilités en fonction des titres/compétences et complémentarité des 2 niveaux ASSC et HES) et du système de formation (introduction des ASSC et des Matu Pro, puis des Matu spécialisées) explique la réussite du modèle romand déployé depuis une quinzaine d'années.

Avec l'entrée en vigueur du *Bachelor* (2006) et du *Master et PhD* en sciences infirmières (2007), la Suisse romande adoptait une attitude de précurseuse d'une évolution se généralisant dans le monde entier et plus récemment en Europe, celle du passage de la formation infirmière au niveau tertiaire supérieur (tertiaire A). En misant sur le tandem CFC/HES, la Suisse romande a initié une mutation profonde, voulue par les employeurs et porteuse de crédibilité et d'espoirs dans la perspective des besoins sanitaires du 21^e siècle ; les enjeux désormais connus de cette mutation, sont notamment ceux liés aux besoins en soins des populations vieillissantes, des malades chroniques et des personnes atteintes de démence. Cette évolution des besoins en soins appelle une réponse qui n'est plus uniquement hospitalo-centrée, mais aussi construite sur des réseaux de soins ancrés dans la communauté, sur des réseaux de soins interprofessionnels et coordonnés par des infirmières et infirmiers formé-e-s au meilleur niveau.

Le domaine Santé de la HES-SO entend confirmer la pertinence des choix stratégiques établis au début des années 2000. L'évolution contextuelle (démographie, transfert vers l'ambulatoire et le domicile, évolution technologique, efficience économique des prestations, etc.) et l'attractivité des formations proposées (recours à la main-d'œuvre indigène) nécessitent de poursuivre dans la même voie.

Selon l'analyse pragmatique et l'expérience du Conseil de domaine Santé de la HES-SO, la voie ES ne constitue pas une réponse adaptée aux enjeux futurs du système de santé ; il est redouté que son introduction systématique contribue à mettre en porte-à-faux la profession d'ASSC et son CFC associé. La voie ES ne comporte pas d'avantage significatif, ni en ce qui concerne la gestion de situations complexes, ni en matière de collaboration interprofessionnelle dans un champ où les autres professionnel-le-s sont toutes et tous issu-e-s des voies HES et universitaires ; au contraire, dans une perspective de sécurité des patient-e-s, elle s'avère dépourvue de compétences propres à l'actualisation des pratiques [evidence based practice].

3. Présentation des huit thèses

L'argumentaire du domaine Santé est présenté sous forme de huit thèses, brièvement exposées. Ces dernières sont enrichies par les témoignages d'un nombre important d'acteurs et d'actrices de la santé qui ont volontiers accepté que leur positionnement et expériences accompagnent et soutiennent la présente prise de position.

3.1 Thèse n°1 : La réponse aux besoins accrus en professionnel-le-s de la santé et aux impératifs de sécurité des soins repose sur des diplômes aux compétences clairement différenciées

Dès les années 60, les autorités sanitaires cantonales ont apporté des réponses à la pénurie d'infirmières en proposant des mesures de stratification des niveaux de formation. C'est ainsi que sont nées les aide-hospitalières et les infirmières-assistantes, puis les infirmières Niveau I et II. Cette politique visait à apporter « des bras » dans le champ des soins et, objectif moins avouable, à favoriser la rétention des profils les moins formés dans la filière gériatrique.

L'échec de cette politique a été maintes fois démontré dans les faits, puisque non seulement la pénurie n'a jamais pu être réduite par ce moyen, mais les titulaires de diplômes « intermédiaires » ont aussi régulièrement dénoncé leur malaise et exigé des passerelles les amenant vers le diplôme supérieur. Ce fut aussi un échec dans le champ de l'âge avancé qui n'a jamais pu trouver ni fidéliser le personnel dont il avait besoin.

Le Conseil de domaine formule l'hypothèse que l'erreur essentielle de la politique de stratification des diplômes au sein d'une même profession repose sur l'idée que les études longues vont de pair avec les personnes disposant d'un meilleur bagage scolaire, alors que les autres diplômes s'acquièrent sur une durée plus courte et s'adressent à des candidat-e-s dits « moins intellectuel-le-s ». Pourtant, l'évidence, en termes pédagogiques, est qu'il serait plutôt utile de diversifier les voies et l'organisation des études amenant à un seul et unique diplôme d'infirmière ou d'infirmier.

Sur le plan de la pratique des soins, la multiplication des niveaux pose des problèmes de sécurité des patient-e-s et de gestion des équipes de soins. Un-e chef-fe d'unité de soins se voit quotidiennement dans l'obligation de composer avec des diplômé-e-s de niveaux très différents auquel-le-s il/elle doit confier une patientèle dont l'état de santé évolue parfois rapidement et nécessite donc une diversité du type de compétences requises pour lui assurer une sécurité optimale. Dans le champ des soins à domicile, les compétences requises impliquent également une expertise affirmée, une autonomie et une solide capacité à prendre des décisions cliniques et à en assumer la responsabilité.

« Je crains qu'un nivellement vers le bas en termes de formation ne réponde qu'au seul objectif de suppléer au manque de soignants dans le court terme (statistiques OFS), mais en aucun cas à celui de l'amélioration de la qualité et de la sécurité qui reposent sur des savoirs plus élaborés. Disons-le sans contours, nous sommes un pays riche et nous limons sur la qualité de la formation ! Il y a là un paradoxe difficile à soutenir. Dans tous nos pays voisins, moins confortables du point de vue économique, c'est la démarche inverse qui est de mise. Peut-être qu'eux ont compris que pour disposer de professionnels compétents il faut miser sur une formation de qualité car c'est cette logique qui assurera le meilleur retour sur investissement ! Pour faire face à une complexité croissante des cas et de la prise en charge, doublée d'une réduction des durées de séjours dans les soins aigus, nous avons besoin de professionnels hautement formés pouvant répondre à toutes ces contraintes. Ces professionnels doivent développer des capacités supérieures en termes de réflexivité pour apporter de l'innovation et de la qualité dans tous les processus de prise en charge soignante auxquels ils sont exposés. La formation supérieure permet aux professionnels d'inscrire leurs actions et interventions au-delà de l'unique exécution des soins. Leurs actions, grâce à des connaissances pertinentes, s'inscrivent dans le continuum de la prise en charge et font appel à des expertises de coordination et d'organisation des parcours de patients en collaboration avec les différents

partenaires. La prise en charge de la chronicité appelle des savoirs et des compétences qui vont au-delà d'un modèle de formation basé principalement sur une logique exécutoire ».

J. Iglesias, directeur des soins, Hôpital Riviera-Chablais.

« Nous avons déjà eu beaucoup de problème avec différents niveaux de formation par le passé. Nous sommes enfin arrivés à un niveau qui correspond à nos besoins à satisfaction avec beaucoup moins de problèmes de recrutement, ce n'est pas le moment de revenir en arrière, il faut absolument poursuivre sur cette voie ».

R. Panchaud, directeur des soins de la Fondation de Nant, secteur psychiatrique Est du Canton de Vaud, Corsier.

« Les études HES pour les infirmières sont, selon mon point de vue, mais aussi expérience faite, une exigence que nous devons garder tant pour son aspect qualitatif que sécuritaire.

Les qualités requises pour l'infirmière relèvent tant de la gestion, de l'organisation, de la technique, du relationnel, le tout associé à des aptitudes d'observation, d'analyse et de recherche. S'ajoutent la formation, le coaching, le contrôle ainsi que des connaissances physiques, chimiques, biologiques, psychologiques, spirituelles... sans compter l'obligation de synthèse ou de retranscription sans faille, dans un langage traduit, mais également professionnel.

L'infirmière doit être capable de mettre en évidence les premiers éléments cliniques permettant au médecin de s'appuyer sur ces compétences pour poser le diagnostic ; ce rôle sera de plus en plus prépondérant. Elle constitue le lien dans l'inter professionnalité tant médical que médico-thérapeutique et médico-technique.

L'infirmière doit également savoir déléguer et former ses pairs. De ce fait, elle a besoin de professionnels sur qui elle peut s'appuyer pour qu'en binôme les gestes et les soins puissent être prodigués. À savoir que les formations d'ASSC répondent totalement à ces exigences.

Par le passé, lorsque la peur de manquer d'infirmières se faisait réalité, des formations d'infirmières « simplifiées » se mettaient en place et disparaissaient très rapidement, car les limites entre les exigences formatives n'étaient pas conformes à la réalité du terrain (infirmière assistante – infirmière niveau I et II). Pour preuve, des études ont mis en évidence que lorsque des services étaient dotés d'infirmières formées, le taux de mortalité, les chutes, les escarres, etc. se réduisaient par rapport à d'autres services ».

Hélène Hertzog, Directrice des soins du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR).

« Responsable du service aide et soins au CMS de Sion, je me rends parfaitement compte de l'importance du rôle de l'infirmière de référence à domicile. Il/elle a un rôle de consultation, d'évaluation de la dépendance, d'élaboration d'un plan de soins personnalisé mais aussi de coordination sociale et soignante. Dans une perspective du développement des soins à domicile, les attentes croissantes du client, les multitudes de pathologies et la palette des sujets à prendre en compte pour assurer des soins de qualité à domicile. Le système de formation des infirmiers et infirmières HES contribue directement à la préparation des étudiants et étudiantes à faire face à ce contexte exigeant ».

Johanna Mengis, Infirmière cheffe du Service aide et soins, Centre médico-social de Sion.

3.2 Thèse n° 2 : Le tandem Assistant-e en soins (CFC) & Infirmier et infirmière (BSc) répond aux attentes en termes de collaboration, de progression de carrière et d'attractivité

Dans ce modèle de collaboration, l'assistant-e en soins (ASSC) dispose d'une formation le-la préparant à une activité autonome dans le champ des activités de la vie quotidienne. Dans le cadre des soins infirmiers, il/elle travaille sous la direction et la supervision de l'infirmier ou infirmière HES dont le rôle est d'évaluer le degré de délégation optimal en termes de qualité et de sécurité des soins. La collaboration est facilitée par la différenciation des profils de compétences.

Pour les ASSC, deux voies de carrière s'ouvrent, à savoir :

- la progression vers un renforcement de leurs propres compétences, qui leur est proposée au travers du système des brevets post CFC (examens professionnels) ;
- mais aussi de la voie de la poursuite des études vers le *Bachelor* en Soins infirmiers.

L'admission des CFC en filière HES requiert soit une maturité professionnelle, préférablement en cours du soir, soit une expérience professionnelle de cinq années (admission sur dossier). Il est donc erroné d'affirmer l'absence de progression de carrière des professionnel-le-s ASSC.

Les infirmières et infirmiers HES disposent de multiples possibilités de progression via les spécialisations cliniques ou académiques. Depuis 2007, un *Master* et un *PhD* en sciences infirmières sont accessibles aux détenteurs et détentrices d'un *Bachelor*. Le niveau *Master* permet d'accéder à un statut de clinicien-ne spécialisé-e et, très bientôt, d'infirmière ou infirmier praticien-ne spécialisé-e [*nurse practitioner* selon le modèle nord-américain de pratique clinique avancée]. Le *PhD* prépare à la recherche en soins.

Dans ce modèle de collaboration, le modèle d'infirmier ou infirmière ES ne fait pas sens avec le risque avéré que la personne se perçoit en déficit perpétuel de reconnaissance et dans l'incapacité d'atteindre les formations postgrades ouvertes aux détenteurs et détentrices d'un *Bachelor*. Comme ce fut le cas avec les modèles initiés dans les années 60 et 80, les titulaires d'un diplôme de niveau moins élevé présenteront rapidement un fort risque de découragement, un déficit identitaire ainsi qu'une grande appétence pour des passerelles pouvant les amener in fine au *Bachelor*.

« *A priori, cette nouvelle formation ES ne nous semble pas opportune, car :*

- *Au niveau du canton de Vaud, la formation des ASSC a fait l'objet d'un soutien et d'un encouragement important de la part des responsables de la politique sanitaire. Ce profil professionnel décharge les infirmiers HES des tâches de soins qui peuvent être déléguées. Le développement de ce profil professionnel doit permettre une plus grande réactivité dans le cadre de retours à domicile après une prise en charge hospitalière brève.*
- *Dès lors, l'activité infirmière se centre de plus en plus sur la gestion de situations complexes et de soins experts, requérant une certaine autonomie et la capacité d'actions rapides. L'infirmière HES est également formée à assurer la coordination et la délégation de situations moins complexes, mais dont la gestion et le suivi avec les partenaires et les proches font appel à ces compétences d'analyse, de synthèse et de positionnement.*
- *La formation ES met l'accent sur les soins et l'équipe des soins. Mettre en œuvre deux filières en soins infirmiers, HES et ES, risque de créer des tensions sur le plan de la valorisation des diplômes.*
- *Les employeurs auront une pléthore de professionnels dans les équipes de soins (ASSC, HES, ES, diplômés étrangers, etc.) avec la difficulté que cela suppose en termes de classifications salariales et de reconnaissance interne aux institutions ».*

S. Garcia, directrice générale de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins A Domicile (AVASAD), Lausanne.

« *La Direction des soins du Centre Neuchâtelois de Psychiatrie se positionne clairement en défaveur du projet d'introduction des nouvelles formations infirmières niveau ES, ceci pour plusieurs raisons.*

D'une part, d'un point de vue de la formation niveau HES, cette dernière permet aujourd'hui à nos infirmiers d'accéder directement à des formations postgrades de niveau universitaire en Suisse, en Europe ou encore sur le continent nord-américain. La mise en place des accords de Bologne n'ont fait que renforcer ce positionnement qui tire évidemment les formations en soins vers un plus haut niveau de formation postgrade favorisant ainsi l'accès vers les masters, doctorats et la recherche en sciences infirmières.

D'autre part, les institutions ont introduit ces dernières années dans leur organisation de nouvelles fonctions CFC-ASSC, non pas sans difficultés, mais nous trouvons aujourd'hui une certaine stabilité dans la complémentarité de la pratique soignante. La posture HES s'orientant vers une pratique tertiaire et sur des tâches qui impactent un haut niveau de responsabilités partagées avec le médical ne font que renforcer la posture et la zone d'autonomie des ASSC dans l'organisation médico-soignante.

Enfin, dans ce contexte, l'introduction d'un niveau ES ne ferait qu'affaiblir les positionnements de nouvelles fonctions citées en référence précédemment, et pourrait également jeter de la confusion sur la fonction infirmière en réintroduisant une diversité de niveaux de responsabilités infirmières, comme cela était le cas précédemment ».

Emmanuelle Garnier, directrice des soins, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, Marin-Epargnier.

3.3 Thèse n° 3 : Le modèle HES a élargi le bassin de recrutement des infirmières et des infirmiers aux détenteurs et détentrices d'un CFC qui y accèdent au même titre que les autres candidat-e-s ; introduire une formation de type ES serait superfétatoire et coûteux

Entre les années 1980 et 2000, les écoles d'infirmières de Suisse romande requéraient 12 degrés scolaires comme niveau d'éducation exigé à l'admission. Très peu d'écoles entraient en matière sur les demandes d'admission des détenteurs et détentrices d'un CFC si elles/ils ne disposaient pas, préalablement, d'un titre d'école de degré diplôme (EDD) ou d'une maturité gymnasiale.

Avec le système HES, le CFC est pleinement reconnu ; aujourd’hui, les CFC du domaine de la santé permettent l’entrée de plein droit en HES sous condition, soit d’une maturité professionnelle, soit d’une admission sur dossier (5 années d’expérience). L’exigence de la maturité professionnelle est commune à toutes les filières HES et, dans certaines, plus de 90% des effectifs proviennent de cette voie. De plus, tous les autres CFC, non sanitaires, accèdent également aux filières HES via l’année propédeutique (année de Maturité spécialisée santé ou de Modules complémentaires santé) ; le bassin de recrutement a donc été significativement élargi par le passage au système HES et cette ouverture est vivement appréciée.

Certains milieux souhaitent dispenser les futur-e-s infirmières et infirmiers des conditions d’admission spécifiques aux HES en créant, à cet effet principalement, une filière ES. Une telle réponse apparaît clairement disproportionnée et même inutile puisque l’histoire se répétant, il est observé que les titulaires d’un diplôme de valeur « intermédiaire » finissent en très grande majorité par requérir leur admission au niveau supérieur. Ainsi, créer en Suisse romande une ES amènerait une population de future-e-s infirmières et infirmiers à ajouter trois ans d’études ES entre le CFC et le programme HES qui, conformément à la Loi fédérale sur la formation professionnelle, dure encore 18 mois (90 crédits). Une inflation de moyens et de coûts peu efficiente et, de plus, l’apparition d’un message négatif à l’encontre des ASSC auquel-le-s il est, en quelque sorte, signifié : « nous multiplions les moyens de vous sortir de là... ASSC n’étant donc pas un métier dans lequel il est possible de s’épanouir et/ou de faire carrière ».

3.4 Thèse n°4 : le positionnement de la formation infirmière au niveau HES, puis l’introduction des 2e et 3e cycles universitaires, ont significativement augmenté le nombre d’admissions et de diplômes dans les six hautes écoles de soins infirmiers romandes. Introduire des ES jetterait la confusion sur l’attractivité du titre

Historiquement, le diplôme en soins infirmiers était surveillé par la Croix-Rouge suisse, sur mandat de la CDS, et le titre était un “hybride” mal situé dans la nomenclature des titres suisses. Il était basé en Suisse romande sur une exigence préalable de 12 années de scolarité, tandis qu’elle se limitait à 9 années en Suisse alémanique. Cette région considérait le diplôme plutôt comme un niveau de CFC dont l’entrée était repoussée à 18 ans, soit après deux années d’expérience « au pair » ou comme aide infirmière. Au moment de choisir une profession, la valeur du titre Croix-Rouge faisait peu de poids en tant que tel, surtout en regard de titres fédéraux et/ou universitaires ; les porteurs et porteuses de maturité hésitaient à choisir cette voie et y étaient par ailleurs peu encouragé-e-s, notamment par leurs parents.

Dès 2000, la formation a passé en mains fédérales et, comme mentionné en préambule, à partir de 2002, la Suisse romande a opté pour une voie HES unique. Si la Suisse alémanique n’a pas souhaité s’engager dans ce mouvement, c’est probablement dû au fait que le saut d’une logique d’apprentissage vers une école professionnelle tertiaire (3B) semblait déjà important. De plus, l’accès à la maturité gymnasiale et à l’école de culture générale y était peut-être moins valorisé et/ou moins soutenu.

Fort de ce changement de système de formation caractérisé par un niveau d’attractivité sensiblement accru et jamais atteint précédemment, les effectifs des six hautes écoles romandes ont plus que doublé entre 2006 et 2016 ; parallèlement, le nombre de diplômes *Bachelor* délivrés progresse de manière significative :

HES-SO : évolution du nombre de diplômé-e-s de 2006 à 2016		
	BSc en soins infirmiers	MSc en sciences infirmières
2006	186	
2007	282	
2008	325	
2009	386	
2010	412	
2011	434	4
2012	456	15
2013	478	13
2014	556	13
2015	574	15
2016	617	16

3.5 Thèse n°5 : Dans un contexte de forte saturation des places de stage, l'ouverture d'ES dans les cantons romands n'aboutirait pas à une réelle progression du nombre annuel de diplômé-e-s

Les départements cantonaux de la formation et de la santé se sont coordonnés pour optimiser l'offre de stages dans les institutions socio-sanitaires en participant au financement de l'encadrement afin de ne pas réduire les ressources allouées au fonctionnement ordinaire des équipes de soins. Ce système garantit une mise à disposition maximale des places de stage, qui est actuellement le principal frein à une augmentation de la capacité de formation des hautes écoles romandes.

L'arrivée de nouveaux stagiaires et nouvelles stagiaires issu-e-s d'une formation ES viendrait rompre cet équilibre sans apporter de solution pour augmenter la capacité d'accueil des institutions d'ores et déjà au maximum de leurs possibilités d'accueil.

Dans un contexte fort tendu en matière de places de stage disponibles, il est utile de préciser que la formation ES est davantage consommatrice de stages pratiques (72 semaines) que la formation HES (40 semaines avec, cas échéant, 8 semaines spécifiques en année propédeutique santé).

A titre exemplatif, l'ouverture de 100 places de formation ES consomme donc 150% des ressources cliniques nécessaires à un même effectif HES. En raison de la forte saturation des stages, nous prévoyons que la création d'ES aboutira à la nécessaire mise en place d'un *numerus clausus* en HES afin de libérer des places de stage. Dans une telle hypothèse, il ne serait pas exclu de devoir conséquemment réduire les effectifs HES de 150 unités pour accueillir 100 nouveaux ou nouvelles élèves en écoles supérieures. Un scénario estimé peu efficient et dont les répercussions pourraient encore s'élever si ces infirmières et infirmiers ES devaient, même en partie, rejoindre la HES-SO pour y suivre les 90 crédits ECTS les séparant du *Bachelor*. Dans un tel cas de figure, les études ES + HES auront duré 4,5 ans à la place de 3 ans et consommé au total 92 semaines de stage à la place de 48 semaines (APS + *Bachelor*), soit un ratio de 191% !

3.6 Thèse n°6 : En parallèle à la diminution du nombre de diplômes délivrés qu'entraînerait l'ouverture de filières ES en Suisse romande, les coûts de formation seraient plus élevés pour les cantons

Plusieurs éléments étayent cette affirmation :

1. La formation en écoles supérieures (ES) est intégralement à charge des cantons alors que la Confédération participe à hauteur de 30% aux coûts des formations dispensées en HES.
2. Une étude de l'Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle (Fuhrer M. & Schweri J., 2011, IFFP, Zollikofen) analyse les coûts et les bénéfices générés par les stagiaires ES et HES dans les institutions de soins en Suisse. Cette étude démontre que les coûts nets HES ne sont pas plus élevés que ceux des ES voire, sous certains aspects, ils s'avèrent moindres ; cependant, par coûts nets, il faut prendre en considération le fait qu'ils ne tiennent pas compte des prestations de type salariales versées aux étudiant-e-s qui, selon les cantons, peuvent être passablement élevées pour les ES alors qu'elles sont inexistantes ou très réduites pour les HES suisses.
3. Il n'est ni souhaitable, ni possible (capacités insuffisantes), que les hautes écoles abritent des filières ES en leur sein ; l'ouverture d'ES va dès lors de pair avec des investissements en infrastructures s'ajoutant à celles des hautes écoles existantes ; il en va de même pour l'entier des charges de fonctionnement (pas de subvention fédérale).

Au final, le résultat d'ouverture d'ES en Suisse romande se traduirait à la fois par un déficit de diplômé-e-s (incapacité des milieux cliniques à accueillir davantage d'étudiant-e-s + élévation de la demande en places de stage due au cursus ES) et par des surcoûts significatifs.

Il peut être noté qu'en termes de charges salariales, force est de constater que les cantons romands n'ont pas ou ont très peu modifié leurs grilles salariales au moment de l'apparition des bachelières et bacheliers en soins infirmiers. De ce fait, la nouvelle formation n'a pas entraîné de surcoûts salariaux significatifs.

Une comparaison des salaires des infirmières et infirmiers (diplômes ES et *Bachelor*) suisses démontre une similarité de charges salariales pour les employeurs :

Selon « *Berufskarrieren und Berufsrollen im Rahmen der neuen Ausbildungen im Pflegebereich* » Vertragsnr. BB.2010.0068 (SEFRI, 2014, Berne)

Salaires Bruts 2014	CH alémanique ES	CH alémanique BSc*	CH romande BSc	CH italienne BSc
Moyen	5 388.00	5 646.00	5 330.00	5 172.00
Median	5 350.00	5 569.00	5 272.00	4 968.00
Minimum	4 111.00	5 000.00	4 200.00	4 800.00
Maximum	6 875.00	8 190.00	7 125.00	7 056.00

* 30% des diplômé-e-s BSc alémanique possèdent déjà un titre ES préalable et sont dès lors plus âgé-e-s et expérimenté-e-s au premier emploi

« Les coûts des salaires sont les mêmes après ES et HES. Les coûts légèrement plus élevés (cf. rapport du SEFRI) sont dus aux surplus d'expérience et d'âge des infirmières qui ont fait une formation raccourcie HES après une formation ES. Donc, une partie des étudiantes BSc (30% estimés) sont déjà plus âgées et plus expérimentées avant le début de leur deuxième formation d'infirmière ; un modèle que l'ASI critique et qui est relativement répandu en Suisse alémanique ».

Roswitha Koch, MCommH, Leiterin Abteilung Pflegeentwicklung, SBK/ASI, Bern.

Ce constat démontre qu'à âge et expérience identiques, les diplômé-e-s HES ne provoquent pas l'inflation salariale que craignent les milieux militant en faveur de l'ouverture d'ES.

3.7 Thèse n°7 : les enjeux sanitaires du 21^e siècle prescrivent de renforcer les compétences scientifiques, le leadership et l'autonomie des infirmières et infirmiers, avec dès lors la nécessité de pouvoir s'appuyer sur un système de formation de niveau universitaire, en trois cycles (*Bachelor, Master, PhD*)

De nombreuses études internationales démontrent que les équipes de soins constituées d'infirmières détentrices ou d'infirmiers détenteurs d'un *Bachelor* obtiennent de meilleurs résultats en matière de mortalité post-opératoire, de gestion de la douleur, de prévention de l'infection, de durée d'hospitalisation et de taux de réadmission pour ne citer que ces aspects. A cet effet, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, le SIDIEF, a publié un mémoire (La formation universitaire des infirmiers et des infirmières : une réponse aux défis des systèmes de santé, 2011, Westmount, Québec). De plus, les résultats de l'étude RN4CAST démontrent qu'une dotation suffisante en personnel infirmier formé au meilleur niveau, dans les hôpitaux européens et suisses, est un facteur important pour assurer la sécurité des patient-e-s et la qualité des soins ; ceci confirme les résultats de précédentes enquêtes conduites aux Etats-Unis. (Needleman et al. 2011, Blegen et al. 2011). Observatoire de la santé (Obsan) bulletin 2014-03 (http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.2_Pflege_und_Pflegeforschung/Obsan_BULLETIN_2014-03_f.pdf).

Il importe de préciser que les milieux sanitaires romands mettent en avant de nombreuses exigences nouvelles ou accentuées en matière de compétences infirmières ; ce sont notamment :

- les enjeux de collaboration interprofessionnelle et la prise de responsabilités partagées ;
- l'autonomie dans les pratiques avancées, le jugement clinique et la communication (rôle de « hub » interdisciplinaire) ;
- l'orientation et le coaching des patient-e-s toujours plus connecté-e-s et donc perdu-e-s face à l'abondance des informations (nouvelle forme de littératie numérique) ;
- l'engagement professionnel individuel dans le cadre du suivi des maladies chroniques, de l'évaluation des situations critiques à domicile et de l'intervention de crise ;
- le rôle de liaison et de case management dans le cadre de l'élévation et de la complexification des situations de polymorbidité et liées au vieillissement de la population ;
- le mouvement de réduction de la durée des épisodes de soins et des hospitalisations aboutissant à une forte condensation des soins, des surveillances et des prises de décisions ;
- le développement des pratiques avancées incluant la prescription d'examen et de traitements ;

- la nécessité impérieuse d'inscrire sa pratique dans un cadre scientifique documenté et démontré (evidence based nursing) et d'être redevable de ses propres décisions de soins ;
- la forte implication infirmière dans les enjeux de sécurité des patient-e-s et dans la mesure des indicateurs de résultat de soins (nursing outcomes).

Parmi les plus importants défis auxquels la politique sanitaire est confrontée en ce début de siècle, les questions de vieillissement de la population et de maintien à domicile présentent un haut degré de priorité. Pour relever ce défi, il est capital de pouvoir compter sur davantage de médecins de famille et sur un corps infirmier formé au meilleur niveau ; les compétences infirmières les plus attendues relèvent de l'évaluation clinique, de l'évaluation et la gestion de situations complexes, de l'autonomie et l'adaptation des réponses de soins à l'évolution des savoirs et des techniques (evidence based practice).

Ces exemples d'enjeux actuels et futurs proches sont autant d'arguments factuels en faveur d'une voie unique de formation infirmière aux niveaux du *Bachelor* HES avec poursuite possible en voies de *Master* et de *PhD*. Le niveau ES, intermédiaire, n'est pas d'actualité et ne répond ni aux enjeux sociétaux ni à ceux relatifs à l'évolution des compétences infirmières et, parallèlement, à celles des autres professions de la santé.

« Dès l'achèvement de sa formation, le diplômé HES est perçu comme un expert capable de gérer une situation de patient plus ou moins complexe et de mener une équipe de soins en se concentrant sur les besoins du patient et sa sécurité. Il coordonne les prises en charge entre les différents professionnels concernés, avec la nécessité de se distancer pour donner du sens au projet de soins et intégrer le patient et les proches-aidants dans cette dynamique ».

J.-L. Tuma, directeur des soins, GHOL, Nyon.

« Au niveau de la gestion, la multiplicité des niveaux de formation et des compétences est une source de confusion avec un risque de taylorisation des activités. Nous avons acquis l'expérience avec le profil de compétences de l'ASSC et cette fonction est complémentaire à celle de l'infirmière. Un travail en binôme est possible sans pour autant aboutir à une taylorisation des activités qui serait nuisible à la sécurité des patients. Les infirmières sont en première ligne, leurs qualifications ont donc un impact immédiat sur la sécurité des patients. Une formation solide à l'évaluation de l'état de santé est donc indispensable.

La formation académique des infirmières leur permet d'avoir les mêmes outils et langage que les autres professionnels de la santé de niveau HES et universitaire avec lesquels elles collaborent quotidiennement. Ceci est spécialement important au niveau de l'évaluation clinique, de la transmission des informations et observations cliniques, de l'élaboration des objectifs de soins. C'est un élément important pour assurer la sécurité des patients.

Il est indispensable d'avoir des infirmières capables de faire face à l'évolution très rapide des connaissances en étant capables d'intégrer de nouvelles connaissances scientifiques, d'évaluer leur pertinence et de les intégrer à leur pratique. La formation académique prépare les infirmières à s'adapter à cette évolution rapide des connaissances ».

M.-J. Roulin, directrice-adjointe des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève.

« Le programme Bachelor enseigné dans les HES répond mieux à la complexité des soins. Le système de santé doit répondre au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques en parallèle. En plus de cela, des pressions financières nécessitent de diminuer au maximum les durées moyennes de séjours, et donc d'intensifier les prises en charge des patients. L'infirmière doit être capable de porter une évaluation clinique du patient sans cesse renouvelée et d'être excellente communicante car c'est elle qui coordonne les soins avec tous les autres professionnels qui prennent en charge le patient.

Elle a aussi la responsabilité de préparer le patient et ses proches pour qu'ils se sentent prêts lors du retour à domicile, à être en partie autonome dans ses propres soins. Tout cela fait partie des compétences clés qu'une diplômée d'HES a intégrées au cours de sa formation.

Cela ne signifie pas qu'une infirmière formée au niveau ES ne peut pas le faire. Simplement, elle intègre ces compétences avec l'expérience et de la formation continue, mais pas dans sa formation initiale.

Une infirmière sortie d'une ES possède une meilleure dextérité manuelle car elle a eu des stages plus longs dans sa formation. Mais les capacités pratiques ne sont plus uniquement ce que l'on demande à une infirmière. On lui demande également un savoir scientifique, théorique qu'elle transfère dans sa pratique afin de travailler en interprofessionnalité avec les autres membres de l'équipe soignante tels les médecins, ce qui amène une plus-value indéniable dans le parcours hospitalier du patient et la gestion de son projet thérapeutique. « Les aptitudes pratiques ne sont plus uniquement ce que l'on demande à une infirmière ».

Par ailleurs, les patients sont très informés ou désinformés par Internet et les divers médias qu'ils ont à disposition, les infirmières doivent reprendre les informations pour, soit rectifier, soit expliquer aux patients et à leurs proches, dans leur contexte, où ils en sont.

De plus, certains d'entre eux demandent à être acteurs des décisions de prises en charge, l'infirmière HES est complètement outillée pour construire un partenariat avec eux, alors que l'infirmière ES est plus souvent seulement dans une position paternaliste ».

I. Lehn, directrice des soins du CHUV, Lausanne.

3.8 Thèse n°8 : l'idée selon laquelle la création de filières ES en soins infirmiers répond aux besoins des établissements destinés aux personnes âgées est erronée en raison de l'acuité et de la complexification des situations cliniques ainsi que de la pénurie d'encadrement médical

Certains milieux ont tendance à considérer les soins infirmiers aux personnes âgées comme des soins de moindre acuité, essentiellement constitués de nursing de base et de soutien aux activités de la vie quotidienne. Cette approche réductrice fait fi des évolutions démographiques et épidémiologiques observées dans le monde occidental.

La mission des EMS se modifie au rythme du vieillissement de la population ; si l'on vit désormais la plupart du temps en bonne forme durant le 3^e âge, nul ne saurait contester l'avènement d'un 4^e âge qui lui, est intensivement consommateur de soins et de traitement symptomatiques. Or, ces soins « intensifs » du 4^e âge sont et seront toujours davantage nécessaires en EMS ; ces établissements voient ainsi leurs besoins en personnel formé au meilleur niveau (pré et postgradué) s'amplifier. Les analyses précisant les besoins en personnel formé dans les EMS démontrent l'importance de pouvoir s'appuyer sur un effectif suffisant au niveau de l'assistance aux soins (ASSC) et d'un encadrement robuste et très autonome assuré par des infirmières et infirmiers HES.

C'est dans ce contexte qu'intervient une cruelle pénurie de médecins gériatres et de généralistes pouvant suppléer au sein des EMS. L'infirmière ou infirmier est donc seul-e à la commande, le plus souvent éloigné-e du médecin qui mène son cabinet en parallèle. Les exigences actuelles en matière d'évaluation clinique, de prise de responsabilité et d'initiatives sont de plus en plus élevées et justifient encore davantage, dans ces milieux spécifiques, de compter sur des infirmières et infirmiers au solide bagage professionnel et autonomes.

Les besoins en soins de ce type d'établissement ne justifient en aucun cas l'ouverture d'ES en Suisse romande, un tel cursus risquant d'aboutir à des professionnel-le-s situé-e-s de manière peu claire et peu confortable entre l'ASSC et l'infirmière ou infirmier HES.

« Pour les EMS, la formation des infirmières au niveau Bachelor est une réelle plus-value. En effet, la tendance actuelle à éviter les hospitalisations des personnes âgées le plus possible nécessite, de la part des professionnelles, des compétences pointues en évaluation clinique. Par ailleurs, l'autonomie des infirmières en EMS leur confère des responsabilités particulières, notamment par rapport à la veille scientifique et l'application des recommandations de bonnes pratiques. Responsables de tout le processus de soins, elles supervisent les activités de nombreux professionnels, moins formés, et doivent dès lors avoir de grandes compétences en pédagogie clinique. A la Fondation Mont-Calme, nous comptons une majorité d'infirmières Bachelor et nous n'envisageons pas d'inverser cette tendance. Les défis d'aujourd'hui et de demain nécessitent ce niveau de formation pour les infirmières, nous en sommes convaincus ».

Valérie Binamé, Directrice de la Fondation Mont-Calme, Lausanne.

« Les défis liés aux maladies chroniques et à l'augmentation de la complexité médico-sociale des patients demandent des transformations majeures dans les domaines de la formation et de l'organisation des soins. Les pénuries professionnelles, l'augmentation des coûts des prises en charge accentuent cette nécessité de construire des cursus de formation de haut niveau clinique, ceci pour l'ensemble des professions médicales et soignantes. L'interprofessionnalité a bien pour objectif le renforcement de la collaboration entre professionnels de la santé ainsi que la délégation d'actes médicaux jusqu'ici dispensés uniquement par des médecins. Pour se réaliser, elle suppose le développement de la formation et de la pratique dans une perspective interprofessionnelle et l'acquisition de compétences toujours plus académiques.

Les médecins généralistes doivent développer des compétences dans les domaines de la gestion des maladies chroniques et développer un leadership professionnel afin d'éviter des hospitalisations inappropriées ; les infirmiers de niveau HES

doivent pouvoir suivre des patients complexes, prendre des décisions cliniques et travailler de manière autonome. Les ASSC doivent, quant à eux, accomplir des soins simples et agir, dans leur sphère de compétence, avec une autonomie sécuritaire. Nous manquons cruellement d'infirmiers HES formés pour assurer la prise en charge des patients complexes en médecine ambulatoire et surtout nous manquons de professionnels capables d'autonomie clinique ».

Dr Philippe Schaller, direction médicale de Cité générations et du Réseau Delta, Genève.

« En EMS, le temps de présence du médecin est très limité. Il est donc capital de pouvoir faire confiance à des infirmières qualifiées, non seulement comme courroie de transmission pour rapporter les plaintes, les symptômes et les signes cliniques présentés par les résidents et pour effectuer des gestes thérapeutiques délégués, mais aussi et surtout pour une évaluation clinique, véritable travail de triage, assurant les bons soins médicaux au bon moment ».

Dr Marc Bonard, Médecin responsable, Fondation Mont-Calme, Lausanne.

« En ma qualité d'infirmière cheffe dans un EMS depuis de nombreuses années, je tiens à affirmer l'importance d'avoir des infirmières de niveau HES en regard d'un contexte sanitaire exigeant.

Le niveau de compétence infirmier doit couvrir l'analyse de situations de soins complexes, il doit permettre des prises de décision en collaboration avec les médecins traitants, il comporte du management d'équipes, il nous confronte au questionnement et aux exigences des proches, il demande l'optimisation et le contrôle des soins par des outils informatiques et de planification en lien avec les assurances et le subventionnement cantonal. L'infirmière de niveau HES possède une vision globale des soins et un niveau de compétences qui lui permet d'optimiser les soins et de suivre en continu les nouvelles exigences et d'intégrer les nouvelles technologies.

En multipliant les niveaux de formation, on complexifie l'organisation des soins, les limites des rôles et des responsabilités sont moins précises, ce qui a pour conséquence à mon avis de diminuer la sécurité des résidents et la motivation au travail. La formation d'ASSC constitue un réel atout et une force dans le travail en binôme qui fonctionne avec efficacité. D'autre part, les politiques sanitaires cantonales ont des exigences en terme de responsabilité et de sécurité qui imposent de travailler avec une couverture infirmière de niveau HES le jour et de piquet la nuit ».

Nadine Pardo, Infirmière cheffe à la Résidence médicalisée Le Glarier et conseillère municipale de la Ville de Sion.

4. Synthèse

Au vu des huit thèses qui précèdent, avec la volonté de contribuer à affirmer le rôle déterminant des professions de la santé dans le domaine de la politique des soins et en vue de participer à relever les enjeux de société actuels, le Conseil de domaine Santé souhaite partager sa prise de position sous la forme de recommandations qui ne prétendent naturellement pas à l'exhaustivité mais s'appuient sur un riche partage de questions, de réflexions, d'expertise du terrain et d'expériences en matière de formation.

5. Recommandations et demande

Afin de préserver et soutenir l'effort des cantons romands visant à répondre de manière adéquate aux besoins sanitaires du 21^e siècle, le Conseil de domaine estime nécessaire de :

1. Poursuivre la politique initiée au début des années 2000 et offrir en Romandie un seul niveau (HES) de formation initiale en soins infirmiers, afin de préserver la cohérence entre les systèmes de soins et de formation et de garantir l'efficacité et la sécurité des soins.
2. Renforcer, avec l'appui des départements cantonaux de la formation et de la santé, les possibilités d'accès aux HES pour les jeunes issus des apprentissages (CFC) et des écoles de culture générale (ECG).
3. Mener une réflexion sur les voies à développer ou à introduire afin de favoriser davantage l'accès à un diplôme HES unique (*Bachelor*) en adaptant rythmes et modalités en fonction du public (validation des acquis de l'expérience, cours préparatoires du soir, étudiant-e-s seniors, mères de famille, temps partiel, maintien de l'emploi, cours HES en soirée, ...).
4. Définir une stratégie de promotion de la formation HES en soins infirmiers, parallèlement au renforcement de l'attractivité de la profession et au développement des infrastructures HES, notamment en matière de formation par la simulation.

Les quatre recommandations ci-dessus amènent le Conseil de domaine à inviter les autorités politiques à poursuivre et renforcer le soutien aux hautes écoles du réseau HES-SO. Il s'agit d'explorer les différentes pistes proposées visant à valoriser un positionnement différencié et complémentaire des professionnel-le-s des soins (CFC et HES) et à répondre aux besoins de futurs employeurs et ce, sans nécessité d'introduction d'un niveau ES de formation dans le périmètre géographique de la Suisse romande.

Conseil de domaine Santé de la HES-SO, le 25 janvier 2018

6. Références

En vue d'étayer la prise de position du Conseil de domaine Santé de la HES-SO, il peut être fait référence à de nombreuses études internationales qui confirment la nécessité de former les infirmières et infirmiers au niveau universitaire et de mettre en place un système d'études en trois cycles (*Bachelor, Master, PhD*). Parmi ces études aux auteurs reconnus pour leur expertise scientifique, le Conseil a sélectionné sept institutions ou personnalités dont les études sont incontestées sur le plan mondial, soit :

- l'Organisation mondiale de la Santé (**OMS**) ;
- le Conseil International des Infirmières (**CII**) ;
- le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (**SIDIIEF**) ;
- le **National Institutes of Health** du Maryland, USA ;
- l'Observatoire Suisse de la santé (**Obsan**) ;
- le Professeur **Linda Aiken** (School of Nursing, University of Pennsylvania, Center for Health Outcomes and Policy Research, Philadelphia, Pennsylvania, USA), cheffe de file des études internationales relatives à la charge de travail et à la formation des infirmières ;
- l'étude **RN4Cast**, seule étude européenne à large échelle s'étant penchée sur la qualité des soins dans les hôpitaux de douze pays, dont la Suisse.

Les extraits ci-dessous attestent la pertinence du modèle retenu au sein de la HES-SO :

Un patient sur dix serait victime d'erreurs évitables qui ont des conséquences directes sur le patient : douleurs, incapacités, traumatismes physiques et psychologiques et même décès. **Les coûts financiers associés au manque de sécurité sont estimés à environ 10% des dépenses totales de santé des pays.**

OMS (2005) : Alliance mondiale pour la sécurité des patients. « Défi mondial pour la sécurité des patients ». Genève.

L'expertise de l'infirmière sauve des vies et prévient bon nombre d'évènements indésirables. Prenant appui sur des résultats probants¹ selon lesquels **les taux de mortalité diminuent significativement avec l'augmentation du nombre d'infirmières bachelères**, l'accès à la formation universitaire devrait être soutenu, notamment pour des raisons de sécurité des patients².

¹ Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003) "Educational levels of hospital nurses and surgical mortality", *JAMA*, 290, 1617-1623.

² Reams, S. & Striclin, S.M. (2006). "Bachelor of Science in nursing".

An increase in a nurses' workload by one patient increased the likelihood of an inpatient dying within 30 days of admission by 7% (odds ratio 1.068, 95% CI 1.031–1.106), and every 10% increase in bachelor's degree nurses was associated with a decrease in this likelihood by 7% (0.929, 0.886–0.973). These associations imply that patients in hospitals in which 60% of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of six patients would have almost 30% lower mortality than patients in hospitals in which only 30% of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of eight patients.

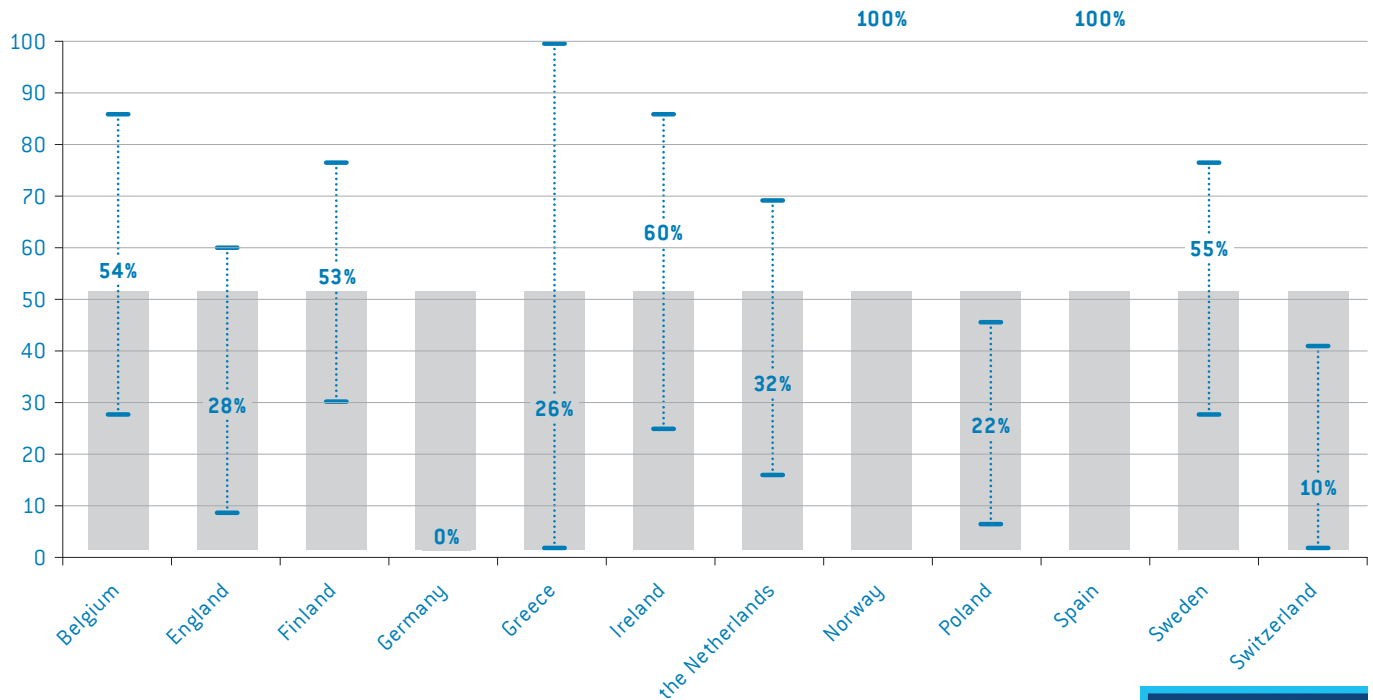
Nurse staffing cuts to save money might adversely affect patient outcomes. **An increased emphasis on Bachelor's education for nurses could reduce preventable hospital deaths.**

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study

Prof Linda H Aiken, PhD, Douglas M Sloane, PhD, Luk Bruyneel, MS, Koen Van den Heede, PhD, Prof Peter Griffiths, PhD, Prof Reinhard Busse, MD, Marianna Diomidous, PhD, Prof Juha Kinnunen, PhD, Prof Maria Kózka, PhD, Prof Emmanuel Lesaffre, PhD, Matthew D McHugh, PhD, M T Moreno-Casbas, PhD, Prof Anne Marie Rafferty, PhD, Rene Schwendimann, PhD, Prof P Anne Scott, PhD, Prof Carol Tishelman, PhD, Theo van Achterberg, PhD, Prof Walter Sermeus, PhD, for the RN4CAST consortium†, 2014, The Lancet.

RN4CAST : EDUCATION

PROPORTION OF BACHELOR NURSES



KU LEUVEN

LEUVEN INSTITUTE
FOR HEALTHCARE POLICY

Weighted by hospital level

Le Conseil international des infirmières (CII) déplore **qu'une formation insuffisante entraîne l'augmentation d'évènements indésirables tels que chutes de patients, erreurs de médication, infections nosocomiales, réadmissions et élévation du taux de mortalité** dans les établissements de soins.

CII. (2002. Sécurité des patients. Genève : CII

L'accès à la **filière universitaire complète de 1^{er}, 2^e et 3^e cycle en sciences infirmières** est une condition essentielle pour :

- renforcer significativement la **qualité et la sécurité des soins prodigués aux populations** ;
- ancrer la formation dans sa propre discipline professionnelle ;
- garantir l'acquisition des connaissances scientifiques et technologiques requises ;
- former les futurs soignants, les futurs formateurs et les futurs chercheurs ;
- développer la recherche afin de garantir les pratiques cliniques innovantes.

SIDIEF, 2012. La formation universitaire des infirmières et des infirmiers, une réponse aux défis des systèmes de santé. Montréal.

USA : an estimated **1.7 million healthcare associated infections occur each year leading to 99,000 deaths.**

U.S. Dept of Health and Human Services. Action Plan to Prevent Healthcare-Associated Infections – Washington, D.C., HHS, June 2009.

USA : **adverse medication events cause more than 770,000 injuries and deaths each year at a cost as high as \$5.6 billion annually.**

Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, et al. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, et al. Adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997;277(4):301-6.

Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, et al. Preventable adverse drug events in hospitalized patients : A comparative study of intensive care and general care units. Crit Care Med 1997;25(8):1289-97.

In practice, higher education can make the difference in patient safety in many situations, including hands-on administration of medication and treatments, proficiency with new technologies, the ability to glean important clues from day-to-day contact with patients, and accurately and effectively communicating care instructions to families. Nurse staffing research is also on the rise as the health care industry looks for ways to save more lives while reducing costs. In fact, the National Institutes of Health found that for **every 10% increase in nurses with bachelor degrees, the likelihood of patient mortality fell by 7% in hospital settings**. Studies like this show that becoming a registered nurse isn't always enough.

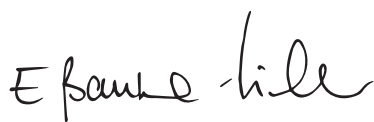
National Institutes of Health, 9000 Rockville Pike, Bethesda, Maryland 20892.

La charge de travail et le niveau de formation influencent la mortalité des patients

Une étude partielle a examiné la relation entre la mortalité des patients après une opération et le niveau de formation et la charge de travail supportée par le personnel soignant (Aiken, 2014). Les résultats montrent qu'une meilleure dotation en personnel soignant et **un niveau de formation plus élevé (bachelor) font diminuer sensiblement le nombre de patients qui décèdent dans les 30 jours suivant l'opération**. Chaque patient de plus à la charge d'un infirmier augmente le risque de décès à l'hôpital de 7%. Par ailleurs, **une hausse de 10% de la part du personnel soignant titulaire d'un bachelor abaisse le taux de mortalité de 7%**. Ces résultats prouvent que des infirmiers qualifiés et en nombre suffisant contribuent à diminuer les décès à l'hôpital.

OBSAN Bulletin 3/2014

Les auteur-e-s :



Elisabeth Baume-Schneider

Directrice de la Haute école de travail social
et de la santé – EESP – Lausanne



Jacques Chapuis

Directeur de l'Institut
et Haute Ecole de la Santé La Source

Pour le Conseil de domaine Santé :



Nicole Seiler

Responsable du domaine Santé de la HES-SO

HES-SO

Route de Moutier 14
2800 Delémont

Hes·SO

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz

University of Applied Sciences and Arts
Western Switzerland