



**PROBLEME DE RECRUTEMENT
DE PERSONNEL INFIRMIER ET
SOIGNANT
NOTE TECHNIQUE DE REFLEXION**

Juin 2025



**PROBLÈME DE RECRUTEMENT DE PERSONNEL
INFIRMIER ET SOIGNANT
REFLEXIONS ET OUTILS
JUN 2025**

Jean-Marc Rombeaux,
Conseiller expert à la Fédération des CPAS



Table des matières

1. CONTEXTE	3
2. PERSONNEL EN MAISON DE REPOS EN WALLONIE - PR 2023-2024	4
3. PISTES	5
3.1. Mettre en avant les plus/atouts du secteur public	5
3.1.1. Plus de personnel, plus d'espace pour le relationnel	5
3.1.2. Plus de jours de congé, plus de place pour la vie privée.....	5
3.1.3. Plus grande stabilité d'emploi	5
3.1.4. Le projet de vie, une carte d'identité et de visite	5
3.2. Valorisation intégrale de l'ancienneté d'un infirmier.....	5
3.3. La question de la satisfaction au travail - Enquête Idea-ULB.....	6
3.4. Personnel infirmier étudiant	7
3.5. Politique d'accueil des nouveaux membres de personnel	8
3.6. Souplesse normes financement - Plus de personnel de réactivation.....	8
3.7. Intérim pour les normes de financement	9
3.8. Contrat d'entreprise avec des infirmiers indépendants pour le respect des normes d'agrément.....	9
3.8.1. Normes de financement	9
3.8.2. Normes d'agrément.....	10
3.9. CDI pour les remplaçants - Jeunes pensionnés.....	11
3.10. De personnel d'appui pour épauler les soignants.....	11
3.11. Recours à du personnel infirmier étranger	11
3.12. De façon plus prospective, plusieurs choses (pas une solution à court terme)	12
3.12.1. Contact avec les écoles d'infirmiers	12
3.12.2. Formation 600 pour des infirmiers ou des aides soignants.....	12
3.12.3. Projet de formation Accès A	12
3.12.4. Projet de formation Accès B - formation #choisislessoins.....	13
3.12.5. Crèches.....	13
4. POUR INFORMATION - LES ACTIONS MENEES DANS UN HOPITAL UNIVERSITAIRE EN 2023	14
5. ACTIVITES QUI ONT TRAIT A LA VIE QUOTIDIENNE - UNE ROUE DE SECOURS EN CAS DE CRISE	15
5.1. Activités qui ont trait à la vie quotidienne	15
5.2. Conditions	15
5.3. Actes visés	16
5.4. Question des responsabilités.....	17



Après avoir rappelé une série d'éléments de contexte et de chiffres sur le personnel en maison de repos, ce document donne une série de pistes pour faire face aux problèmes de recrutement infirmier.

1. CONTEXTE

La difficulté de recruter et conserver en fonction du personnel infirmier est européenne. De nombreuses initiatives ou pistes sont explorées. A titre informatif et documentaire, les actions menées par la GRH d'un hôpital universitaire en 2023 sont abordées en fin de document.

Outre le vieillissement de la population et la professionnalisation du soin au sens de care, cela renvoie pour partie à une évolution sociétale avec un rééquilibrage vie privée/vie professionnelle où les métiers avec pénibilité sont encore moins « prisés ». Des problèmes sont ainsi également rencontrés pour l'embauche d'aides familiales¹ et les travailleurs sociaux.

La prolongation des études d'infirmier a abouti à une année blanche en 2019. Elles sont passées de 3 à 4 ans pour les bacheliers, de 3 à 3 ½ ans pour les brevetés. Il a été estimé que 700 infirmiers auraient pu être diplômés mais leur entrée sur le marché du travail a été postposée². Ce phénomène est un one-shot et ne pèsera plus à l'avenir.

Le « Fonds blouses blanches » pour les hôpitaux a amené un recrutement important de ces établissements de soins qui a « absorbé » une part importante de l'offre de personnel de soins. Ne trouvant plus d'infirmiers, ils se sont tournés vers des aides soignants.

La crise de la Covid a aussi pesé. L'attente de bien-être du personnel est plus marquée après la période de la Covid³. Cette crise a également conduit une série de personnes à reposer la question du sens dans leur vie professionnelle. « *Perdre sa vie à la gagner* » ? Avec les décès parmi les travailleurs atteints de la Covid, la formule a (re)pris un sens littéral.

Sous la précédente législature, un accord non-marchand 2021-2024 visait à revaloriser le personnel et alléger sa charge de travail. Il s'est notamment traduit par l'application de l'Ific aux infirmiers, aux aides soignants ainsi que la création d'emplois dans les maisons de repos. Pour le secteur public, loin des feux de la rampe, la Fédération des CPAS a patiemment pesé en ce sens en bonne intelligence avec les organisations représentatives des travailleurs. 417 ETP financés 100 % ont été créés. La principale qualification engagée par ce biais est du personnel aide soignant (270 ETP).

L'actuel Ministre wallon de la Santé entend se concerter avec la Fédération Wallonie-Bruxelles et le Fédéral en vue d'une action commune face à la pénurie infirmière. Au Parlement wallon, il a cité comme axe concret d'« *attirer, former et fidéliser les professionnels de la santé, en particulier sur les métiers en tension* »⁴.

Il n'y a pas de baguette magique mais plutôt un ensemble de petits leviers avec différents horizons. Une série de pistes peuvent être listées et constituent un peu une « boîte à outils ». Nombre d'entre elles sont connues du terrain. C'est un « work in progress » : ce document est appelé à évoluer.

¹ <https://www.uvcw.be/aines/actus/art-7557>

² <https://www.rtf.be/article/penurie-d-infirmiers-l-allongement-des-etudes-a-des-repercussions-10287433>

³ <https://www.antennecentre.tv/actu/covid-5-ans-apres-les-maisons-de-repos-restent-vigilantes/24239>

⁴ PW - Session 2024-2025 - crac n° 1444 - Santé - 2.5.2025.

2. PERSONNEL EN MAISON DE REPOS EN WALLONIE - PR 2023-2024

Pour la subvention des soins en MR et MRS, des normes de personnel sont appliquées par l'Aviq. Elles sont des conditions de financement mais ne constituent pas une base fonctionnelle, même après les diverses hausses ponctuelles réalisées et des mesures de requalifications. Il n'est donc pas possible d'offrir un service de qualité en appliquant purement et simplement ces règles d'encadrement. En outre, des emplois sont financés via des accords sociaux. Les chiffres pour les accords sociaux 2011 et 2013 sont dans une colonne spécifique. Ceux de l'accord 2021-2024 ont été reventilés par type de personnel.

Il y a en moyenne 16,7 ETP par 30 résidants, soit un peu plus d'un ETP ou deux personnes par résidant. Ce chiffre monte à 19,6 en secteur public. Ce différentiel résulte notamment :

- de la recherche d'une marge bénéficiaire par le commercial ;
- d'une plus grande sous-traitance pour la fonction d'hébergement dans le secteur privé (asbl et commercial) ;
- d'une part plus élevée de lits MRS en secteur public (55 %) qu'en secteur lucratif (40 %) ;
- de l'attention des gestionnaires publics à un accompagnement plus en phase avec les besoins de terrain que le minimum légal ;
- dans une mesure moindre, d'un nombre de jours de congé plus élevé en secteur public⁵.

Emploi - Wallonie - par 30 résidants - PR 2023-2024						
Personnel	Infirmier	Aide soignant	Réactivation	Accord social	Non soins	Total
Asbl	3,6	6,8	1,8	0,2	5,2	17,7
Privé	3,3	5,9	1,5	0,1	3,4	14,2
Public	3,9	7,1	1,8	0,1	6,7	19,6
Secteur	3,6	6,5	1,7	0,1	4,9	16,7

Globalement, le personnel de soins présent est supérieur de 31,7 % à la norme. Ce pourcentage monte à 45,7 % en secteur public. Ce pourcentage « tombe » à 7,8 % pour les infirmiers en moyenne, mais 15,2 % en secteur public.

Écart par rapport à la norme - PR 2023-2024				
Présent/Norme	Infirmier	Soignant	Réactivation (avec KEL)	Total
Asbl	6,0%	47,9%	37,4%	31,0 %
Privé	3,5%	35,1%	27,0%	22,6 %
Public	15,2%	69,0%	50,7%	45,7 %
Secteur	7,8%	48,2%	36,9%	31,7 %

⁵ Le secteur public a une législation plus « généreuse » et un personnel plus âgé avec un nombre de jours de congé lié à l'âge.

3. PISTES

3.1. **Mettre en avant les plus/atouts du secteur public**

3.1.1. Plus de personnel, plus d'espace pour le relationnel

Les chiffres ci-dessus l'illustrent clairement : il y a plus de personnel en maison de repos publique. Tout autre chose étant égale par ailleurs, cela « ménage » un espace plus important qu'en secteur privé pour le relationnel. A cet égard, il n'est pas exceptionnel qu'un travailleur quitte une maison publique pour une maison privée sur base d'un avantage pécuniaire et puis revienne dans la maison publique vu la différence d'environnement de travail.

C'est un élément à mettre en exergue lors de recrutement. C'est d'autant plus vrai que la perte d'attractivité des métiers du soin est aussi liée à une perte de sens découlant du manque de temps pour la relation.

3.1.2. Plus de jours de congé, plus de place pour la vie privée

Le nombre de jours de congé en secteur public est plus élevé qu'en secteur privé. C'est aussi un argument, en particulier à l'adresse des jeunes générations qui recherchent un autre équilibre vie privée/vie professionnelle.

3.1.3. Plus grande stabilité d'emploi

L'emploi en secteur public est généralement plus stable qu'en secteur privé.

3.1.4. Le projet de vie, une carte d'identité et de visite

Si'il n'est pas administratif, le projet de vie d'une maison de vie donne son ADN. Il est un peu la carte d'identité et de visite de l'établissement. Il peut contribuer à l'attractivité d'une maison.

3.2. **Valorisation intégrale de l'ancienneté d'un infirmier**

Sur base d'une circulaire de 2001, il était déjà possible de valoriser toute l'ancienneté de services (secteurs privé et public) d'un infirmier.

« Selon les circulaires relatives aux Principes généraux de Fonction publique, l'ancienneté (échelle permettant l'évolution de carrière) est limitée à la durée des services accomplis dans une fonction analogue dans le secteur public ou dans le secteur privé subventionnable (hôpitaux, maisons d'éducation, de repos, d'accueil ou de soins). Pour les agents en fonction au 30 juin 1994, l'ancienneté pécuniaire acquise de la mise en place de la RGB entre en ligne de compte pour l'évolution de carrière.

Toutefois, pour les agents qui proviennent du secteur privé, le nombre d'années d'ancienneté valorisable est limité à six ans.

Cependant, la concurrence que se livrent actuellement les hôpitaux publics et privés dans le recrutement de personnel de cadre spécialisé en matière hospitalière est telle que les hôpitaux publics ainsi que les maisons de repos rencontrent des difficultés, en raison de cette limitation, à recruter du personnel infirmier expérimenté.

Dès lors, je vous invite à accueillir favorablement les délibérations dûment motivées visant à accorder une dérogation à ce principe de la limitation de la valorisation pécuniaire à six années d'ancienneté pour le



personnel infirmier ou du personnel technique relevant du secteur des soins de santé. Cette dérogation ne pourra évidemment concerner que des emplois pour lesquels une pénurie est avérée »⁶.

Une circulaire du 26 avril 2024 du Ministre des Pouvoirs locaux sur les nouveaux principes généraux de la fonction publique locale va dans le même sens et de façon plus large.

Elle prévoit notamment :

« Pour la détermination des traitements individuels au moment du recrutement, il est tenu compte des années de services rendus en qualité statutaire et contractuelle, que ce soit dans des fonctions à prestations complètes ou incomplètes :

- dans le secteur public ;
- dans le secteur privé, en qualité d'indépendant, en qualité de chômeur mis au travail par les pouvoirs publics et en qualité de stagiaire en vertu de la législation sur le stage des jeunes, à condition que ces années de service soient directement utiles à l'exercice de la fonction, et calculées au prorata des prestations réellement exercées.

La charge de la preuve des services prestés dans ces secteurs et de l'utilité de cette expérience avec la fonction actuellement exercée incombe au membre du personnel qui sollicite la valorisation de cette ancienneté pécuniaire. La preuve apportée est appréciée au cas par cas par chaque autorité locale ou provinciale.

Les services admissibles se comptent en mois calendrier. Les fractions de mois sont totalisées en fin d'année et sont comptabilisées à concurrence d'un mois par 30 jours. En vertu de la règle de non-rétroactivité, toute nouvelle mesure qui serait prise ne trouve, en principe, à s'appliquer qu'aux nouveaux membres du personnel statutaire ou contractuel après l'entrée en vigueur de la disposition du statut général du personnel modifiée en ce sens. Celle-ci ne vaut que pour l'avenir et n'opère donc pas avec effet rétroactif. »

3.3. La question de la satisfaction au travail - Enquête Idea-ULB

A la demande du SPF Santé publique, Idea Consult a réalisé avec le Dr. Bruyneel de l'ULB une étude sur les activités, la carrière et le développement professionnel des infirmiers en Belgique⁷. Sur base d'une enquête auprès d'infirmiers, les conditions de travail les plus satisfaisantes et les plus insatisfaisantes y sont notamment abordées.

3.3.1. Les six conditions les plus satisfaisantes en MR-S sont reprises ci-après. Elles sont définies comme les conditions de travail pour lesquelles moins d'un quart des infirmiers sont insatisfaits. De façon plus positive, cela signifie qu'au moins 75 % sont satisfaits. A titre de points de repère, les chiffres pour l'hôpital et la moyenne de tous les secteurs sont aussi repris.

Sur base de l'enquête, les relations avec les patients (résidants) et les familles sont plus satisfaisantes en MR-S, particulièrement en comparaison à l'hôpital.

Taux de satisfaction (%)	MR-S	Hôpital	Tous secteurs
Relations avec les patients	94	86	88
Relations avec les familles et les proches	89	76	80
Relations avec les collègues	88	91	91
Relations avec les autres métiers	88	84	84
Autonomie dans le travail	85	87	88
Contenu des tâches	78	79	80

⁶ Circ. 23.11.2001 relative aux principes généraux de la fonction publique locale dans les CPAS - Valorisation des années d'ancienneté - Dérogation au principe de la limitation à 6 ans de la valorisation.

⁷ Idea Consult, Étude sur les activités, la carrière et l'évolution de la profession infirmière, Février 2025 https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/etude_idea_sur_la_profession_infirmiere_2025.pdf

L'importance du **relationnel** en maison de repos est connue. Son caractère plus satisfaisant en MR-S est sans doute un élément à mettre en avant lors de recrutement comme un plus par rapport à d'autres secteurs.

3.3.2. Les cinq conditions de travail qui satisfont le moins les infirmiers en MR-S sont listées ci-dessous. Ce sont celles pour lesquelles plus de quatre infirmiers sur dix sont insatisfaits, tous secteurs confondus.

Taux d'insatisfaction (%)	MR-S	Hôpital	Tous secteurs
Charge de travail	57	55	53
Charge émotionnelle	50	51	48
Charge physique	46	45	45
Salaire	39	56	52
Soutien de la hiérarchie	34	46	41

La **charge de travail** est à l'origine du plus d'insatisfaction en MR-S.

Dans l'enquête, les infirmiers actifs en MRS font part de la hausse de la charge de travail en raison de la difficulté de trouver et maintenir du personnel et de l'absentéisme.

Face à cela, une piste à explorer est celle d'aides administratives ou logistiques. C'est en ce sens que va la possible présence financée, certes modérée, de personnel d'appui supplémentaire (éducateur ou aide logistique) à partir de janvier 2025 et à concurrence de 0,1 ETP par 30 résidents (cf. infra 3.10.). Une réflexion et une action sur l'absentéisme sont aussi un « must ».

Dans l'enquête, le soutien de la hiérarchie est source d'insatisfaction dans 34 % des cas. Elle est pointée par 38,5 % des infirmiers de MR-S publiques. C'est un niveau quasi-équivalent à l'insatisfaction par rapport au salaire (39 %). Dans cette optique, il est aussi à rappeler que le sentiment de reconnaissance par les collègues ou la hiérarchie est ressenti par moins de deux infirmiers sur trois.

3.4. Personnel infirmier étudiant

Des étudiants en soins infirmiers qui ont réussi leur première année peuvent travailler comme aides soignants s'ils ont reçu leur visa.

Un plafond annuel existe pour le travail étudiant. Il était de 600 heures en 2023 et 2024⁸. Une loi du 10 avril 2025 fixe à partir du 1^{er} janvier 2025 le plafond applicable au travail des étudiants à 650 heures.

Quasi tous les CPAS sont passés à l'Ific pour le personnel infirmier, de réactivation et aide soignant. Pour un infirmier qui n'est pas bachelier, l'échelle Ific est la 14. Pour un aide soignant, l'échelle est au moins la 11. C'est l'échelle 11+RW là où la décision de passer à la 11+RW a été prise, soit la majorité des cas.

Un CPAS en Ific peut payer le barème 11 ou 11+RW sans ancienneté aux étudiants qui ont le visa « aide soignant » et le barème RGB 14 en Ific à un étudiant infirmier bachelier qui continuerait un master. Il leur octroie aussi les 11 % ainsi que les suppléments pour heures de week-end ou de soirée. Pour le renfort les week-ends ainsi que pendant les grandes vacances, c'est très intéressant tant pour la maison de repos que pour l'étudiant.

⁸ AR 19.12.2022 portant modification de l'article 17bis de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, MB 27.12.2022.

3.5. Politique d'accueil des nouveaux membres de personnel

Une maison de repos est une micro-société où l'oralité et la réputation ont une importance significative. Cela joue très clairement pour l'attractivité envers les résidents, les familles et aussi les candidats postulants.

Par ailleurs, la rotation du personnel existe. Elle n'est pas souhaitable pour la continuité de service, les repères des résidents et l'esprit d'équipe. Une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux membres de personnel constitue un élément de réponse.

3.6. Souplesse normes financement - Plus de personnel de réactivation

Les infirmiers et les aides soignants sont indispensables pour les actes techniques infirmiers. Il est sain qu'ils disposent de temps pour le relationnel.

En cas de manque de personnel, des règles de compensation sont pourtant prévues. En particulier :

- le déficit de praticiens de l'art infirmier peut être compensé, pour 20 % au maximum, par un excédent de membres du personnel de réactivation et/ou du personnel soignant. Ce pourcentage de 20 % peut être augmenté jusqu'à 30 % pour les institutions qui occupent au moins 7 ETP praticiens de l'art infirmier ;
- un manque de personnel aide soignant peut-être compensé à 100 % par du personnel de réactivation mais n'est alors financé que comme aide soignant⁹.

Ainsi, si la norme requiert 10 infirmiers, au maximum deux de ces infirmiers peuvent être « remplacés » par du personnel soignant ou de réactivation pour satisfaire à la norme en cas de manque d'infirmiers. Ce nombre monte à trois si la maison dispose d'au moins 7 ETP infirmiers.

A contrario, il n'y a pas de compensation possible pour un manque de personnel en MRS pour la norme spécifique à la « triplète » kinésithérapeute/ergothérapeute/logopède.

Surplus → <u>pour déficit :</u>	1. Infirmier	2. Réactivation	3. Soignant
Infirmier		20 %	20 %
Infirmier si 7 et +		30 %	30 %
Réactivation	100 % A1		
Soignant	100 %	100 %	

Pas de souplesse pour norme kiné-ergo-logo
Coût soignant
Coût soignant

Le recours à plus de personnel de réactivation qu'infirmier a quand même été accru à l'occasion de la crise de la Covid.

À titre illustratif, les éducateurs A1 sont très présents dans le secteur du handicap. Ils sont fort utiles aussi en maison de repos, notamment pour l'accompagnement de personnes avec des troubles cognitifs majeurs. Les personnes avec désorientation¹⁰ représentaient 4 résidents sur 10 dans les maisons de repos publiques en 2024 et ils sont en nombre croissant. Le guide social a publié un intéressant témoignage d'une éducatrice

⁹ AM 6.11.2003, art. 11 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la Loi rel. à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994, dans les MRS et dans les MR pour personnes âgées.

¹⁰ Score 3 sur l'échelle de Katz pour les items temps et espace.

en maison de repos en 2022¹¹. Un éducateur en maison de repos publique a fait de même dans le CPAS+ d'août/septembre 2022¹².

Pour mémoire, les membres du personnel de réactivation doivent disposer d'au moins une des qualifications suivantes¹³ :

- graduat ou licence ou master en kinésithérapie ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie ;
- graduat ou baccalauréat en ergothérapie ;
- graduat ou baccalauréat en thérapie du travail ;
- graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation ;
- graduat ou baccalauréat en diététique ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en pédagogie ou en orthopédagogie ;
- graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité ;
- licence ou master en psychologie ;
- graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie ;
- graduat ou baccalauréat d'assistant social ou « in de sociale gezondheidszorg » ou d'infirmière sociale ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire ;
- « bachelor of master in het sociaal werk » ;
- « graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen » ;
- licence ou master en gérontologie ;
- graduat ou baccalauréat d'éducateur ;
- « bachelor na bachelor opleiding psychosociale gérontologie ».

3.7. Intérim pour les normes de financement

Le personnel intérimaire peut être pris en compte pour les normes de financement.

Les hôpitaux ont toutefois déjà largement « absorbé » cette offre. C'est en outre une formule onéreuse. Il est en outre possible que l'intérimaire preste en complément d'un horaire complet classique. Ce n'est pas idéal en terme qualitatif et de prise de risque.

La question du recours à l'intérim en CPAS est juridiquement controversée¹⁴. Cette controverse est à mettre en balance avec un contexte où c'est la continuité même des soins qui est en jeu. La déclaration du Ministre des Pouvoirs locaux pour la fonction publique locale passée en Gouvernement régional le 20 février 2025 prévoit de soumettre au Gouvernement un avant-projet de décret concernant l'élargissement des conditions de recours à l'intérim au sein des pouvoirs locaux dans le courant du premier semestre de l'année 2025.

3.8. Contrat d'entreprise avec des infirmiers indépendants pour le respect des normes d'agrément

3.8.1. Normes de financement

Pour le respect des normes de financement (forfait), le personnel infirmier doit être contractuel, statutaire ou sous contrat intérimaire. Cela ressort des articles 2, 3 et 8 de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003.

¹¹ <https://pro.guidesocial.be/articles/temoignage/article/ma-mission-d-educatrice-specialisee-combattre-l-isolement-des-personnes-agees>

¹² Jérôme Gillet, *L'éducateur spécialisé en maison de repos. Le point de vue d'un praticien* in CPAS+ 08-09/2022, pp. 9-10.

¹³ AM 6.11.2003, art. 4, § 3, fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la L. rel. à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994, dans les MRS et dans les MR pour personnes âgées.

¹⁴ <https://www.uvcw.be/personnel/actus/art-263>

« Article 2, § 1^{er}.- Les maisons de repos pour personnes âgées doivent disposer de leur propre personnel infirmier et soignant, salarié ou statutaire,[...]

Article 3, § 1^{er}.- Les maisons de repos et de soins doivent disposer de leur propre personnel infirmier et soignant, de leur propres kinésithérapeutes et/ou ergothérapeutes, salariés ou statutaires,[...]

Article 8, § 2.- [...]

d) les institutions qui sont confrontées à un manque de personnel infirmier et qui sont dans l'impossibilité d'engager immédiatement du personnel salarié ou statutaire, peuvent faire appel aux services d'une société de travail intérimaire agréée par l'autorité compétente. Dans ce cas, elles doivent motiver ce recours auprès du Service au moyen d'offres d'emploi et de demandes adressées à l'une des instances suivantes : le " Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding " (VDAB), l'Office communautaire et régional de la formation professionnelle et de l'emploi (FOREm), le " Brusselse gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling " (BGDA) ou l'Office régional bruxellois de l'emploi (ORBEm). Elles doivent également envoyer au Service une copie des factures sur lesquelles figure le nombre d'heures prestées par ce membre du personnel dans l'institution. Le Service peut aussi demander les documents nécessaires d'où il ressort qu'il s'agit d'un praticien de l'art infirmier qualifié. Ce praticien de l'art infirmier peut être pris en considération pour [une moyenne de 38 heures par semaine au maximum] au maximum.

L'équivalent temps plein par trimestre t_x est dans ce cas-ci égal à :

(U/D) où :

U = le nombre d'heures prestées au cours du trimestre

D = le nombre de jours du lundi au vendredi, [...], au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour

L'équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule précitée et est égal à :

(la somme des équivalents temps plein par trimestre t_x au cours de la période de référence/le nombre de trimestres au cours de la période de référence) ».

Depuis le 1^{er} juillet 2023, le recours à un infirmier ou infirmier indépendant peut être valorisé et financé via le forfait comme pour les infirmiers et infirmiers intérimaires¹⁵. Certaines sociétés proposent les services d'indépendants.

3.8.2. Normes d'agrément

Pour les normes d'agrément, dans le CRWASS, les points 9.3. et 11 de l'annexe 120 mentionnent :

« 9.3. Du personnel de soins et de réactivation.

9.3.6. Dans le cas où un membre du personnel est engagé pour des tâches relevant de plusieurs catégories du présent chapitre, le contrat de travail, la convention d'entreprise ou l'acte de nomination précise les heures consacrées à chacune des fonctions.

11. Des dossiers du personnel.

Pour chaque membre du personnel, y compris le directeur, il est établi un dossier, éventuellement informatisé, comprenant les pièces suivantes :

11.1. L'exemplaire destiné à la maison de repos ou une copie du contrat d'emploi, de l'acte de nomination ou de la convention ».

Pour le respect des normes d'agrément, la convention d'entreprise est donc possible pour le personnel de soins.

¹⁵ AGW 20.3.2025 mod. l'AR 3.7.1996 portant exécution de la loi rel. à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994 et l'AM du 6.11.2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, par. 12, de la loi rel. à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, MB 2.4.2025.

3.9. CDI pour les remplaçants - Jeunes pensionnés

Certains hôpitaux sont prêts à engager directement des remplaçants en CDI.

Des institutions de soins font appel sur base volontaire et avec un horaire adapté à des infirmiers pensionnés.

3.10. De personnel d'appui pour épauler les soignants

3.10.1. Certaines activités non infirmières faites par du personnel aide soignant peuvent être assumées par des aides logistiques ou des éducateurs A2. Par exemple, déplacer les résidents en fauteuil ou en chaise roulante, accompagner un résident désorienté d'un point à l'autre, distribuer des repas ou collations, réapprovisionner les chambres en eau, ranger le linge, compléter les armoires de matériel de soins...

Certains membres du personnel de soins quittent le secteur parce qu'ils n'ont plus assez de temps pour le relationnel avec le résident entre autres à cause de tâches logistiques ou administratives. La « délégation » d'une partie de ces tâches libère du temps pour ce relationnel. Cela peut améliorer la satisfaction au travail du personnel de soins et sa présence durable.

3.10.2. La Fédération des CPAS a plaidé avec succès pour une intervention financière en ce sens lors de la confection du budget 2024 à l'Aviq. Un arrêté du 20 mars 2025 prévoit la présence financée de personnel d'appui supplémentaire¹⁶.

Le personnel d'appui supplémentaire y est défini comme le personnel qui apporte un soutien au personnel de soins afin que ce dernier puisse retrouver du temps pour se recentrer sur son cœur de métier et ainsi assurer une meilleure présence auprès des résidents.

L'institution peut recourir à du personnel d'appui supplémentaire, salarié ou statutaire, qui dispose de la qualification d'éducateur A2 ou d'aide logistique dans une unité de soins ou de résidence. Cette dernière qualification correspond au descriptif de fonction Ific « 6071-Aide logistique dans une unité de soins ou de résidence ». Le nombre d'équivalents temps plein du personnel d'appui supplémentaire peut être de 0,1 par 30 patients présents en moyenne dans la période de référence. Techniquement parlant, le financement s'opère via une partie A4 sur base des données de la période de référence.

3.10.3. Dans le cadre de la confection du budget 2026, un second pas dans la même direction a été sollicité de sorte à passer de 0,1 ETP par 30 résidents à 0,2 ETP.

3.11. Recours à du personnel infirmier étranger

Certaines firmes ont développé un service en ce sens. C'est fort onéreux et ne donne plus de résultats à l'heure actuelle.

À nouveau, les hôpitaux y ont déjà pensé et l'ont sollicité. Par ailleurs, cela pose des questions éthiques. Aller chercher du personnel à l'étranger et plus particulièrement dans les pays du Sud les prive de ressources nécessaires à la santé publique.

¹⁶ AGW 20.3.2025 mod. l'AR du 3.7.1996 portant exécution de la loi rel. à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994 et l'AM du 6.11.2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, par. 12, de la loi rel. à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, MB 2.4.2025.

3.12. De façon plus prospective, plusieurs choses (pas une solution à court terme)

3.12.1. Contact avec les écoles d'infirmiers

Certains CPAS « soignent » leurs contacts avec les écoles d'infirmiers « locales » de sorte à valoriser le travail en maison de repos et « escompter » attirer de jeunes diplômés.

3.12.2. Formation 600 pour des infirmiers ou des aides soignants

Le projet de formation 600 en secteur public reste fondé sur un protocole d'accord cadre du 28 octobre 2009 relatif au projet de formation en vue de l'obtention du titre d'infirmier dans le secteur fédéral de la santé.¹⁷ Un aperçu synthétique de ce projet est disponible sur le site de l'ONSS¹⁸. Il est géré par le Fonds Maribel.

Ce projet offre notamment aux travailleurs des MR-S la possibilité, avec maintien de salaire, de suivre une formation :

- de bachelier en sciences infirmières (A1) pendant quatre années scolaires au maximum ou
- d'infirmières brevetées (A2) pendant trois années scolaires et demi maximum dans l'enseignement de la Communauté française ou
- d'aide soignant¹⁹ à temps partiel, combinée avec le travail, et qui peut durer un maximum de 2,5 ans²⁰.

Si l'infirmier formé était aide soignant, il est possible de valoriser son ancienneté comme aide soignant.

Le dispositif de formation 600 forme depuis plus de 25 ans des infirmiers. Pour l'employeur, il pose toutefois deux difficultés.

Le Fonds Maribel social finançait l'occupation du remplaçant à concurrence d'un montant de maximum de 40 000 euros sur base annuelle par travailleur occupé à temps plein. Ce montant ne couvre pas souvent le coût d'un remplaçant. En mars 2025, le Comité de gestion du Fonds Maribel social s'est accordé sur un relèvement de ce montant à 46 000 euros et de son indexation annuelle. Sauf accident politique, ce changement sera d'application pour le prochain cycle de formation.

Aux termes de sa formation, la personne n'est pas tenue de rester auprès de l'employeur. Il est fréquent qu'une personne devenue praticien de l'art infirmier souhaite exercer ses compétences techniques acquises en hôpital. C'est une « faiblesse » connue de la mesure qui reste sans solution à ce jour.

D'un autre côté, des personnes formées via la formation 600 apprécient revenir dans un environnement qu'elles connaissent déjà, a fortiori s'il est proche du domicile.

3.12.3. Projet de formation Accès A

Il est fondé sur un protocole d'accord de 2022²¹. Un aperçu est disponible sur le site de l'ONSS.

Le projet Accès A est un projet de formation d'aide soignant ou d'infirmier, qui s'adresse spécialement aux travailleurs du secteur public local qui ne travaillent pas encore dans le secteur des soins. *Mutatis mutandis*, il est calqué sur le dispositif de formation 600.

Le montant du financement pour l'employeur sera de 46 000 euros par an à l'avenir sauf « imprévu ».

¹⁷ [Protocole d'accord-cadre du 28 octobre 2009.](#)

¹⁸ <https://www.formations-soins-publics.be/fr/index.html>

¹⁹ Depuis 2023.

²⁰ <https://www.socialsecurity.be/employer/instructions/dmfa/fr/latest/intermediates#projet-formation-600-projet-de-formation-dinfirmier-2023-2024-02-03-2023>

²¹ Protocole d'accord du 24.2.2022 relatif au projet pilote de formation en vue de l'obtention du titre d'aide soignant ou d'infirmier pour des travailleurs du secteur public local dans le cadre d'une activité ne relevant pas du secteur de soins, nommé «Accès A».



3.12.4. Projet de formation Accès B - formation #choisislessoins

Il se base également sur un protocole d'accord de 2022²². Un texte de présentation est sur le site de l'ONSS²³. Comme l'Accès A, *mutatis mutandis*, il est organisé dans la logique de la formation 600²⁴.

Le projet Accès B est un projet de formation d'aide soignant ou d'infirmier qui encourage les personnes extérieures au secteur des soins qui ne travaillent pas pour une administration publique locale à entamer une nouvelle carrière en tant qu'aide soignant ou infirmier.

Les candidats font l'objet d'une présélection, avec une évaluation de niveau et un entretien de motivation. L'employeur a la possibilité de conclure un contrat de travail avec un candidat sélectionné. Ce dernier peut alors suivre une formation à temps plein d'aide soignant ou d'infirmier.

Pour les employés qui suivent une formation d'aide soignant, la subvention annuelle maximale du coût salarial par employé stagiaire est fixée à 48 021,03 euros.

Pour les employés qui suivent une formation d'infirmier, la subvention annuelle maximale du coût salarial par employé stagiaire est modulée comme suit :

Ancienneté	Subside maximum
0	48 021,03 euros
1	50 954,54 euros
2	51 944,40 euros
3	52 877,81 euros

Le contrat de travail de la personne inscrite dans le projet Accès B contient une clause spécifique « *Sans préjudice des dispositions légales en matière de licenciement, l'employeur n'est pas tenu de maintenir l'employé stagiaire (cf. le projet de formation pour devenir aide soignant ou infirmier #choisislessoins) dans un emploi consécutif si l'employé lui-même interrompt le projet ou si l'employé ne réussit pas la formation. Ces circonstances sont des motifs suffisants pour mettre fin au contrat avec un préavis légal.* »

3.12.5. Crèches

Offrir des solutions en termes d'accueil des enfants à proximité du lieu de travail peut être un facteur d'attractivité. Un CPAS joue sur la « synergie » crèche communale - maison de repos du CPAS « avec un certain succès ».

²² Protocole d'accord du 24.2.2022 relatif au projet pilote de formation en vue de l'obtention du titre d'aide soignant ou d'infirmier pour des travailleurs en dehors du secteur de soins, nommé « Accès B ».

²³ <https://www.formations-soins-publics.be/fr/projets/acces-a.html>

²⁴ <https://www.formations-soins-publics.be/fr/projets/informations-pour-les-employeurs/choisislessoins.html>

4. POUR INFORMATION - LES ACTIONS MENEES DANS UN HOPITAL UNIVERSITAIRE EN 2023²⁵

Joëlle Durbecq est Directrice du département infirmier aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Elle a détaillé les mesures mises en place dans son établissement face au manque d'infirmiers en 2023 dans une publication reprise sur un site spécialisé.

Bien entendu, une maison de repos n'est pas un hôpital, a fortiori un hôpital universitaire. Ce témoignage est intéressant à, au moins, double titre. D'abord, il illustre le fait qu'il n'y a pas une solution miracle, mais que l'action doit plutôt porter sur plusieurs leviers. En second lieu, même si le contexte est complètement différent de celui d'une maison de repos, certains éléments peuvent contribuer à alimenter la réflexion.

« Recours important à l'intérim

La toute première mesure concerne le recours important à l'intérim. « Nous considérons que si 4 à 5 % de notre personnel vient de l'intérim, cela reste une situation saine », rapporte Joëlle Durbecq. Remplacements de congés ou de professionnels malades, le recours à l'intérim « apporte une flexibilité qui satisfait tout le monde », assure-t-elle. Pendant la pandémie, le recours à l'intérim est ainsi passé à 9 %, et il va être amené à perdurer à ce niveau haut. Malgré tout, la mesure comporte ses inconvénients : elle est onéreuse d'abord pour les établissements, et pas toujours adaptée. « C'est particulièrement compliqué car les personnes recrutées par ce biais, bien que de très bonne volonté, ne connaissent pas le service (en soins intensifs notamment, il est très difficile de fonctionner avec des intérimaires) ».

Fermetures de lits bien choisies

« Nous avons également dû nous résoudre à des fermetures de lits, mais nous avons choisi de le faire dans plusieurs services plutôt que de fermer des unités de soins », confie la cadre de santé belge. Six lits parmi les 30 qui existent dans une dizaine d'unités de soin au total ont donc été fermés. « Pour l'avoir vécu, fermer des unités de soins est traumatisant pour les équipes : les infirmiers perdent leurs équipes, leurs chefs, la pathologie à laquelle ils sont associés. C'est pourquoi nous avons préféré fermer des lits dans plusieurs unités, sur la demande des professionnels, afin de les retenir. Nous avons dans le même temps renforcé le duo entre la cadre de santé et le médecin chef afin que les difficultés rencontrées soient plus facilement reconnues et que le dialogue s'installe plus facilement ».

Création d'une équipe d'optimisation du travail

Un grand chantier « d'optimisation du travail » a du reste été mené : « quand on n'a plus assez de ressources, on se pose les questions fondamentales. Nous avons donc cherché ce qui pouvait par exemple être simplifié, ou qui pouvait être délégué » explique Joëlle Durbecq. Pour cela, l'hôpital a constitué « une équipe d'optimisation qui analyse la situation dans six unités de soins ». Constituée pour moitié d'infirmières formées à la gestion de projet, elle a étudié les échecs de ce qui a été mis en place pendant la crise sanitaire pour en tirer les leçons. Quelques exemples : « Le trajet du médicament est particulièrement compliqué dans notre établissement, donc nous mettons nos efforts pour fluidifier ce process. Par ailleurs, nous avons réalisé le besoin crucial du service support sur place (et non pas en télétravail) pour éviter que l'infirmière ne passe trop de temps au téléphone pour des soucis informatiques par exemple. Cette situation avait beaucoup énervé dans les rangs infirmiers durant la crise ». Enfin, autre mesure héritée de ces temps douloureux : une plus grande délégation du travail aux aides soignants.

Entraide et communication

« Nous avons fait jouer la solidarité et favorisé l'entraide de toute l'institution et de tous les métiers », précise ensuite Joëlle Durbecq. Un courrier a ainsi été envoyé à tous les membres du personnel « pour communiquer

²⁵ <https://www.infirmiers.com/profession-ide/international/des-mesures-strategiques-contre-la-penurie-infirmiere-lexemple-de-la-belgique>



sur la situation de pénurie et pour faire appel à toutes les bonnes volontés : cela peut aller d'une heure par jour de son temps consacré à donner à manger aux patients, à des actes techniques, administratifs, en passant par répondre au téléphone... » L'accueil a été positif parmi les infirmiers qui se sont sentis entendus. Malgré tout, la réponse a été mitigée. En outre, « il s'agit là d'une mesure qui ne peut pas être pérenne », reconnaît-elle, puisqu'elle implique une énergie difficile à mobiliser dans le temps.

Réunion quotidienne pour repenser la répartition des effectifs

Toute l'équipe de direction a également décidé d'une courte réunion chaque jour consacrée à la question. « On parcourt toutes les unités où il n'y a qu'une seule infirmière. On met alors toute notre énergie à régler ces situations pour répartir les forces. Parfois il nous a fallu une heure et demie pour trouver une solution, mais on l'a trouvée », assure Joëlle Durbecq.

Communication auprès des médecins

Enfin, cette pénurie infirmière étant inscrite dans le temps, il a fallu communiquer auprès des médecins « qui avaient du mal à l'entendre ». Depuis début janvier, Joëlle Durbecq se rend donc une fois par semaine dans les comités de direction médicale « pour informer de la situation, des mesures correctrices » et pour éventuellement décider de façon concertée « des bonnes actions à prendre ».

5. ACTIVITES QUI ONT TRAIT A LA VIE QUOTIDIENNE - UNE ROUE DE SECOURS EN CAS DE CRISE

Un arrêté du 29 février 2024 fixe la liste des activités qui ont trait à la vie quotidienne (AVQ) et les conditions auxquelles ces activités doivent répondre pour être considérées comme telles.

Cet arrêté est pour partie une régularisation par rapport à des pratiques existantes ; typiquement l'administration des médicaments. Il rencontre d'abord un problème de légalité au domicile avec l'aidant informel, mais aussi en SAFA, en crèche et dans le secteur du handicap...

Il implique aussi que certains actes infirmiers peuvent être posés en MR-S sans qualification ou délégation. Il n'a pas été conçu par rapport à ce cadre et n'est pas une réponse structurelle à la pénurie. Dans un contexte de crise « aigue » toutefois, comme une épidémie type Covid, c'est une piste de « roue de secours ». C'est à ce titre principal qu'elle est abordée dans la présente note.

5.1. Activités qui ont trait à la vie quotidienne

Les activités qui ont trait à la vie quotidienne sont définies comme l'aide apportée dans le cadre d'activités essentielles de la vie quotidienne que la personne, en raison de son jeune âge ou d'une déficience physique ou psychologique, ne peut pas ou plus réaliser elle-même. Il s'agit d'activités qui, bien qu'appartenant au secteur des soins de santé, peuvent également être exercées par un non-professionnel de la santé.

5.2. Conditions

Elles figurent aux articles 2 et 4 de l'arrêté et dans le rapport au Roi.

Les activités qui ont trait à la vie quotidienne ne peuvent être exercées que moyennant le consentement du bénéficiaire de l'activité ou de son représentant légal.

Le médecin traitant ou l'infirmier responsable de soins généraux ou l'assistant en soins infirmiers²⁶ n'a pas formulé le fait qu'en raison du contexte et de la finalité de l'activité à effectuer, l'activité doit être exercée par un professionnel de soins de santé (« absence d'objection du médecin ou de l'infirmier »).

²⁶ La formation d'assistant en soins infirmiers n'est pas organisée à l'heure actuelle en Fédération Wallonie-Bruxelles.



Dans le cadre de l'administration de médicaments, le médecin ou l'infirmier responsable de soins généraux peut évaluer la nécessité d'un système de distribution préparé et personnalisé par un infirmier responsable de soins généraux, un assistant en soins infirmiers ou un pharmacien afin de surveiller la prise de médicaments, garantir le respect du traitement et en favoriser la régularité.

Lorsqu'une détérioration de l'état de santé de la personne nécessite un contact avec un professionnel de soins de santé ou lorsqu'un ou plusieurs critères d'alerte indiqués par un professionnel de santé se produisent, il est demandé à un professionnel de soins de santé compétent si l'activité peut encore être exercée par un non-professionnel de la santé. Il s'agit d'agir avec prudence et diligence.

La personne qui exerce une activité relevant de la vie quotidienne est tenue de respecter les règles en matière de discrétion et de respect de la vie privée. Tout citoyen doit faire preuve de prudence et ne pas révéler inutilement ou de manière préjudiciable des faits ou des informations susceptibles de nuire à la personne concernée.

Elle est soumise au droit commun en matière de respect de la dignité humaine consacré dans l'article 23 de la Constitution.

Aucune délégation ou instruction par un infirmier ou médecin n'est nécessaire. Aucune formation n'est requise.

Observations

- a) La condition du consentement peut surprendre vu la loi sur le droit du patient. Toutefois, cette loi ne s'applique pas aux personnes qui posent des activités de la vie quotidienne au sens de l'arrêté du 29 février 2024.
- b) Cette question du consentement pose d'autant de difficulté dans un cadre type MR-S.
- c) A notre connaissance, la question des critères d'alerte n'est pas répondue à ce jour.

5.3. Actes visés

Hygiène

- Soins d'hygiène chez des personnes souffrant de dysfonction limitée des AVQ.
- Soins aux stomies chez un patient ne présentant plus de diagnostic associé.

Alimentation

- Alimentation et hydratation par voie orale aux personnes ne présentant pas de troubles de la déglutition.

Activités

- Mesure de paramètres concernant un nombre limité de fonctions biologiques : température, rythme cardiaque, pression sanguine, poids, taille, saturation en oxygène, mesure de la glycémie par prise de sang capillaire chez les diabétiques.
- Lavage du nez, des oreilles et des yeux.
- Thérapie utilisant la chaleur et le froid, bains thérapeutiques.
- Enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux²⁷.

²⁷ Dès que des éclats de métal ou de verre, par exemple, menacent de provoquer des lésions dans les tissus, le patient doit être orienté vers une assistance (médicale) appropriée.

Administration de médicaments

- Administration des médicaments, à l'exception des opioïdes, par les voies d'administration suivantes : orale (y compris l'inhalation), rectale, vaginale, collyre, gouttes auriculaires, gouttes nasales, voie percutanées²⁸, conformément aux instructions reprises dans la notice du médicament ou aux instructions délivrées par le pharmacien, l'infirmier responsable de soins généraux ou le médecin prescripteur.

5.4. Question des responsabilités

Les activités relevant de la vie quotidienne pourront être exercées par tout citoyen. Par conséquent, les textes réglementaires qui s'appliquent aux relations entre un patient et un professionnel de soins de santé ne sont pas d'application. On pense ici à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ou à la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé²⁹.

Si une atteinte devait être commise concernant le consentement du bénéficiaire ou respect de la dignité humaine, les règles de droit commun s'appliqueraient en fonction de l'infraction ou de la faute commise.

Si une atteinte devait être commise concernant le principe de prudence, la personne qui subit le dommage en raison d'une révélation serait en droit de demander des dommages et intérêts en réparation d'une faute.

²⁸ Voie transdermique, par exemple, application de pommades et de crèmes, de patches.

²⁹ Rapport au Roi.



Union des Villes
et Communes
de Wallonie asbl

Rue de l'Étoile 14 - 5000 Namur
www.uvcw.be/espaces/CPAS