



AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge
Het magazine voor de verpleegkundige

N°/Nr 9

Trimestriel : Octobre - Novembre - Décembre 2012
Driemaandelijks : Oktober - November - December 2012



Membre du conseil international des infirmiers
Lid van de internationale raad van de verpleegkundigen

**ASSURANCE
RESPONSABILITE
PROFESSIONNELLE**

**VERZEKERING
BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID**

a s s u r a n c e s
pour et par le secteur des soins de santé



v e r z e k e r i n g e n
voor en door de zorgsector



Je soigne. L'esprit tranquille !

Que faire en cas de faute professionnelle ou lors d'une plainte d'un patient ?
Qui paiera les coûts de votre avocat et l'indemnisation pour le patient ?

En tant qu'infirmier(ère) salarié(e), ce n'est pas toujours votre employeur qui intervient...

**Heureusement, vous êtes valablement protégé(e) à titre individuel via
l'Assurance Responsabilité Professionnelle d'AMMA !**

Contactez Danielle Van Leirsberghe: 02 209 02 21 ou consult@amma.be

Avantage membres FNIB : € 73,67 - protection juridique comprise

Met een gerust gemoed aan de slag !

Wat te doen in geval van een beroepsfout of bij een klacht van een patient ?
Wie betaalt de kosten voor uw advocaat en de vergoeding van de patient ?

Als verpleegkundige in loondienst is het niet altijd uw werkgever die tussenkomt...

**Gelukkig bent u goed beschermd via de persoonlijke
Beroepsaansprakelijkheidsverzekering van AMMA !**

Contacteer Frederik Raes: 02 209 02 28 of consult@amma.be

Voordeel leden NFBV en FNBV: € 73,67 - rechtsbijstand inbegrepen

**€ 73,67
ALL-IN**

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Agenda 4

Edito

ETRE infirmier, est-ce un ART ?...

Sommes-nous des artistes ? 5

Rubrique internationale

Il faut un meilleur accès aux soins pour les personnes présentant une dépendance 6

Création de la filière infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence (El Ouardi) 8

L'hépatite, plus proche qu'on ne croit 8

Le CII défend la profession infirmière devant la 65e Assemblée mondiale de la santé 10

Les enfants handicapés risquent davantage d'être confrontés à la violence 12

Portrait

Augusta Chiwy 14

Nous avons lu pour vous ...

Un nouveau bébé déposé dans la boîte à bébés d'Anvers 16

Publication de nouvelles recommandations pour garantir la sécurité des injections lors du traitement du diabète. 16

Evaluation de l'impact du Plan d'attractivité de la profession infirmière 17

Rubrique juridique

Les dérogations au secret professionnel 19

Rubrique culinaire

Bulletin d'adhésion FNIB 26

Également dans ce numéro :

Melbourne 2013 – La FNIB et le CII 21

Réflexions sur le jugement à l'hôpital. 22

**Supplément Agora N° 9 :
Proposition de réforme de la
formation infirmière en Fédération
Wallonie-Bruxelles**

AGORA est une revue destinée à tous les professionnels de la santé, qu'ils travaillent en milieu hospitalier général ou spécialisé, en hôpital psychiatrique, en maison de repos ou à domicile. Son objectif est d'actualiser l'information auprès des membres de la FNIB.

Le comité de rédaction sert cet objectif à l'aide des contacts pluridisciplinaires qui constituent le réseau de ces deux fédérations infirmières.

Les publications

Sur le site www.fnib.be, vous pourrez consulter l'éditorial de chaque revue. La version intégrale des parutions est téléchargeable par chaque membre en ordre de cotisation et munie d'un login procuré par le webmaster. Un membre en ordre de cotisation n'ayant pas reçu sa revue peut se manifester par email. (agora@fnib.eu)

Appel aux auteurs

Les professionnels de la santé sont invités à publier leurs expériences et peuvent nous envoyer un article. Les articles sont lus par les membres du comité de rédaction et des membres du comité scientifique. Ceux-ci peuvent solliciter des modifications s'ils le jugent nécessaire ou refuser l'article. Les nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs) doivent être mentionnés en fin d'article, avec titre(s) et fonction(s), le lieu de travail, les parutions antérieures éventuelles détaillées ainsi qu'une photo identifiant le(s) auteur(s) (format JPEG, en pièce jointe). Les illustrations seront signées de leur(s) auteur(s) (© crédit-photo). Le texte sera rédigé sur traitement de texte Microsoft Word, comptera de 1 à 3 pages, police 12, interligne simple et sera envoyé par mail via : agora@fnib.eu. Chaque auteur reçoit gratuitement un exemplaire du numéro auquel il a contribué.

Au nom de la rédaction, nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

Toute reproduction, même partielle, des textes et photos publiés dans la présente revue est subordonnée à une autorisation écrite de l'auteur et de l'équipe de rédaction.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

Trimestriel publié à l'initiative de la FNIB par FRS Consulting :

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles

T. 02 245 47 74 | F. 02 245 44 63

e-mail : paulmeyer@publiet.be - TVA : BE 0844 353 326

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Agenda

25 septembre Tables Rondes de l'AFISCEP.be - Soins Palliatifs	www.afiscep.be antonietta.gervasi@live.be	Ougrée
27 septembre L'erreur médicale : comment améliorer la prévention et la réparation ?	http://www.congres-prevention-medicale.org/information-et-reservation	Palais des Congrès, Porte Maillot-Paris
2 octobre Tables Rondes de l'AFISCEP.be - Soins Palliatifs	www.afiscep.be antonietta.gervasi@live.be	Charleroi
2 octobre Les réunions SIAMU du CHR de Huy	infos : Sébastien Sohet - sebastien.sohet@chh.be	CHR Huy
4 octobre Ouverture de la session spécialisation en endoscopie	http://www.endofic.be	Bruxelles CPSI-ENDOFIC
4-5 octobre 2012 6th Belgian Heart Rhythm Meeting	www.bhrm.be	Sheraton Brussels airport hotel and congress centre
5-8 octobre 44th Congress of the Paediatric Oncology	http://www.siop2012.org/wp-content/uploads/2011/10/SIOP2012_Highlights.pdf	Barbican Centre, London, United Kingdom
13-14 octobre 25h de réanimation	http://www.reanimation.be/	Service Incendie de Namur
18 octobre Congrès du BEFEWO - A chaque âge ses plaies	www.befewo.org	Centre Culturel d'Uccle
18 octobre Binôme Aide-soignant/Infirmier	Fnib Charleroi - www.fnib.be	CHU A.Vésale
19 octobre Journée AIGP : «Allergie, intolérance alimentaire ?»	www.aigp.org	Anderlecht Bruxelles
20 octobre Rassemblement de foule : De la prévention à la catastrophe	http://www.congrescata2012.be	Campus Erasme Bruxelles
25 octobre «La bienveillance dans les soins»	FNIB Bruxelles-Brabant nathalie.meily@erasme.ulb.ac.be	Campus Erasme Bruxelles
25 octobre 3ème congrès AB.PAI & AS-MR/MRS	karine.branche@gmail.com	Hotel Airpoort à Gosselies
6 novembre Tables Rondes de l'AFISCEP.be - Soins Palliatifs	www.afiscep.be antonietta.gervasi@live.be	Mouscron
8 novembre2 Soirée AIGP (GIPPL) : «L'enfant drépanocitaire»	www.aigp.org	Liège
10 novembre British Anaesthetic & Recovery Nurses Association Conference 2012	http://www.barna.co.uk	Londre
15 novembre Module de formation Siz Nursing : Psychiatrie	www.siznursing.be	Chêne aux Haies
29 novembre Les réunions SIAMU du CHR de Huy	infos : Sébastien Sohet - sebastien.sohet@chh.be	CHR Huy

PATRICIA SABOTS sprl

Sabots certifiés pour les professionnels de la Santé.
Nombreuses Références !!!





0475 37 15 40

Achat également sur le site EBAY



GSM: 0475/37.15.40

Tva: be 0808 518 061

E-mail: chez-patricia-sabots@hotmail.com
Site web: www.patriciasabots.be

FONTAINE-L'ÉVÊQUE 268, Rue de Beaulieusart TÉL.: 071/52.86.31	CHARLEROI 13, Avenue Général Michel TÉL.: 071/30.65.50	GILLY 65, Chaussée de Châtelet TÉL.: 071/42.28.10
--	---	--

ETRE infirmier, est-ce un ART ?... Sommes-nous des artistes ?



Aldo Dalla Valle
Présidente FNIB.



«ART et Science infirmiers incompatibles ? NON, complémentaires pour rencontrer l'excellence !»

Qu'est un «infirmier» ?

L'avènement du rôle propre infirmier (ou rôle autonome) est en lien avec l'évolution de la profession infirmière au cours du temps. De la création de la première école d'infirmières en Angleterre par Florence Nightingale, avec la formation du Nightingale Pledge en 1893 (comité validant une formation nationale commune aux États-Unis d'Amérique), puis par la création en 1909 du département Soins infirmiers à la Croix Rouge, la profession s'est recentrée autour d'une définition unique du métier d'infirmier.

Cette définition reconnue et adoptée peu à peu par la communauté médicale internationale, a contribué à en asseoir un rôle à la fois plus précis et plus autonome : le médecin se préoccupait de la maladie de la personne, alors que l'infirmière formée par ses pairs s'occupait du quotidien du malade.

Selon l' Organisation mondiale de la santé

«La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmiers apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.»

Selon le Conseil international des infirmières

«On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.»

Au Moyen Âge, pour s'occuper des lépreux, on mettait d'office à contribution des prostituées et divers «pseudo-soignants». Ce sont les ordres religieux qui organisèrent les soins aux malades avec la charité et l'amour de Dieu. Le soin est alors une activité "sacrée" bienveillante et n'a qu'une valeur culturelle. Celle ou celui qui le pratique est pris en charge par la structure religieuse. Les religieuses soignent à domicile et dans les hôpitaux. Il faudra attendre la laïcisation et l'émergence d'infirmières et d'infirmiers laïques et la Première Guerre mondiale pour que se mette en place un mouvement vers la constitution d'un nouveau groupe social.

Les écoles d'infirmiers ne se sont créées qu'à la fin du XIXe siècle (1836 en Allemagne, 1859 en Suisse, 1860 à Londres, 1878 à Paris).

INFIRMIER versus ARTISTE

En Belgique, la loi de 1974 décrit le rôle de l'infirmier dans «l'art de soigner» -exercice de l'Art Infirmier (inséré dans AR n° 78 10/11/1967)et une liste d'actes (une des seules en Europe pour la profession) lui confère un cadre légal pour l'exercice de cet art.

Comment définit-on un «artiste» ?

L'Unesco a proposé une définition ouverte, déterminée par la conscience individuelle, dans sa Recommandation relative à la condition de l'artiste (adoptée à Belgrade, le 27 octobre 1980) :

«On entend par artiste toute personne qui crée ou participe par son interprétation à la création ou à la recreation d'œuvres d'art, qui considère sa création artistique comme un élément essentiel de sa vie, qui ainsi contribue au développement de l'art et de la culture, et qui est reconnue ou cherche à être reconnue en tant qu'artiste, qu'elle soit liée ou non par une relation de travail ou d'association quelconque.»

Un artiste est un individu faisant (une) œuvre, cultivant ou maîtrisant un art, un savoir, une technique, et dont on remarque entre autres la créativité, la poésie, l'originalité de sa production, de ses actes, de ses gestes. Ses œuvres sont source d'émotions, de sentiments, de réflexion, de spiritualité ou de transcendances.

En quoi un infirmier est-il un artiste et exerce-t-il un art ?

Tout comme l'artiste il doit maîtriser son savoir, sa technique mais et surtout, comme l'artiste, il met de l'originalité dans son soin en le personnalisant et en considérant le patient comme un être singulier avec lequel il doit construire avec émotion, poésie, savoir et originalité un lien privilégié et unique. C'est SON ART. et cela devient son œuvre.

L'infirmier qui exerce avec brio et passion est l'artiste du soin. Fini le bénévolat, le sacerdoce, les études appropriées apparaissent, les techniques évoluent, les formations continuées assurent une autonomie de réflexion, de gestion et de conception de l'exercice de notre profession.

L'infirmier est un professionnel, ce qui est différent de

l'exécutant mais ce qui demande une maturité de réflexion de la part de celui-ci et une volonté d'indépendance avec la prise de responsabilités qui en découle.

Aussi bien la science est indispensable pour conduire une action réfléchie, aussi bien l'adaptation des résultats de la science aux spécificités individuelles d'un patient constitue bien le fondement de la pratique infirmière, c'est-à-dire, sa beauté artistique..

L'infirmier doit être fier de son art, de sa fonction, de sa profession et doit davantage mûrir avec elle.

Je souhaite soulever des réflexions sur la profession, sur l'art que vous, infirmiers, vous exercez et sur la nécessité, voire l'obligation, de revendiquer cet art.

Je laisse également à votre réflexion le fait que déjà à l'Antiquité, puis

la Renaissance et enfin au Moyen Age «tous ces artistes ont cherché à s'élever au-dessus de la condition commune(...) en écrivant des traités sur leur art et en exhortant les leurs à appartenir à une corporation» (Agnès Rouveret).

Alors ?...Réfléchissez, corporation, fédération, groupe ordinal, ordre.....

Que faire pour «BIEN» faire ?...» Etre responsable, engagé, compétent et créatif..»

Devenez des artistes inimitables.

Dalla Valle Alda
Présidente de la FNIB.

Rubrique internationale

Il faut un meilleur accès aux soins pour les personnes présentant une dépendance

L'OMS dresse l'inventaire des ressources pour le traitement et la prévention de la dépendance dans 147 pays.

Note d'information aux médias

26 JUIN 2012 | GENÈVE

La plupart des personnes ayant des troubles liés à l'usage de drogues ne bénéficient pas de soins et de traitements efficaces, selon un nouveau système d'information de l'OMS qui, pour la première fois, donne des détails sur les ressources allouées à la prévention des problèmes liés à l'alcool et aux toxicomanies dans 147 pays. Jusqu'à présent, de nombreux pays n'ont pas encore reconnu la dépendance comme un problème de santé et la stigmatisation et les discriminations qui lui sont liées ont été des obstacles majeurs pour un traitement adapté.

Pas d'accès au traitement dans une majorité des cas

«La dépendance est un trouble que l'on peut traiter avec efficacité mais, malheureusement, les personnes qui ont besoin d'un traitement n'y ont pas accès dans une grande majorité des cas, déclare le Dr Shekhar Saxena, Directeur du Département Santé mentale et toxicomanies. Les données présentées par le nouveau système illustrent les lacunes énormes qui persistent dans le domaine du traitement de la dépendance. Néanmoins, de plus en plus de pays prennent conscience des avantages du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, non seulement pour les personnes concernées, mais aussi pour la société et l'économie.»

Selon de nouvelles estimations des Nations Unies, environ 230 millions d'adultes dans le monde (âgés de 15 à 64 ans), soit 5% de la population adulte, ont consommé au moins une fois une drogue illicite en 2010; parmi eux, on compte 27 millions de personnes souffrant de graves problèmes de toxicomanie.

Des données complètes par pays sur les toxicomanies

La base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS – Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders fournit désormais pour chaque pays des données sur le financement, le personnel et les services et complète ainsi les informations déjà disponibles sur l'ampleur du problème des toxicomanies et des effets nocifs qui s'y associent. Les profils des pays intégrés dans le nouveau système couvrent 88% de la population mondiale.

«Selon nos données, la disponibilité des traitements pour les toxicomanies est très en retard par rapport aux traitements et aux soins proposés pour d'autres maladies, explique le Dr Vladimir Poznyak, Coordonnateur de l'équipe travaillant à l'OMS sur la prise en charge des toxicomanies. Par exemple, seulement 45% des pays évalués peuvent fournir les médicaments essentiels pour traiter la dépendance à l'héroïne et aux autres produits opiacés et, dans près de la moitié des pays où ces traitements sont disponibles, pas plus d'une personne sur 5 ayant

des troubles liés à l'abus de drogues en bénéficie. Un quart des pays identifiant les produits opiacés comme étant le principal problème de toxicomanie n'offrent pas la gamme des médicaments recommandés par l'OMS.»

La dépendance peut être traitée avec efficacité

La dépendance est un trouble que l'on peut traiter avec efficacité à l'aide de médicaments à faible coût et de psychothérapies standardisées. En particulier, le traitement de la dépendance à l'héroïne a connu un grand succès, en faisant baisser le nombre des infections à VIH dues aux injections à risque, la criminalité et le risque de mort par overdose.

Depuis 2009, l'OMS travaille en étroite collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) pour améliorer l'accès au traitement pour les personnes présentant une dépendance. La reconnaissance que la toxicomanie est, dans son essence, une question de santé publique s'est développée ces dernières années. Pourtant, seulement 82 pays proposent des services spécialisés aux personnes présentant une dépendance.

L'OMS lance le nouveau système mondial d'information à l'occasion de la Journée internationale de la lutte contre l'abus et le trafic de drogues, commémorée chaque année par les Nations Unies le 26 juin.

Pour plus d'information,

veuillez prendre contact avec:

Mr. Glenn Thomas

Chargé de communication | OMS, Genève

Tél.: +41 22 791 3983 - Portable: +41 79 509 0667

Courriel: thomasg@who.int

Dr. Vladimir Poznyak

Coordonnateur, Prise en charge des toxicomanies

OMS, Genève

Tél.: +41 22 791 4307 - Portable: +41 79 367 6213

Courriel: poznyakv@who.int



réseau iris structuur

*Ensemble,
faisons gagner la vie.*

Institut Jules Bordet

Centre multidisciplinaire intégré, unique en Belgique, l'Institut Jules Bordet de 154 lits d'hospitalisation et 13 lits d'hôpital de jour est un hôpital autonome entièrement consacré aux maladies cancéreuses. Il assume à la fois des missions de dépistage et de soins cliniques, mène des activités de recherche et dispense un enseignement universitaire de haut niveau. L'harmonieuse collaboration entre ces trois types d'activités présente un aspect original et un atout important dans l'approche multidisciplinaire de la maladie.

L'institut Jules Bordet recrute (m/f):

Pour le Département Infirmier:

• **Infirmiers bacheliers**

pour l'Unité de Chimiothérapie, l'Unité des Soins Supportifs, le Quartier Opératoire, la Salle de Réveil, l'Unité de Médecine, le Service de Radiothérapie.

• **Infirmiers bacheliers SIAMU**

pour les Soins Intensifs de Médecine et de Chirurgie.

L'Institut s'appuie sur près de 800 collaborateurs.

Si vous souhaitez rejoindre nos équipes pour

Ensemble, faire gagner la vie

envoyez-nous votre candidature à la Direction des Ressources Humaines,
rue Héger-Bordet 1 à 1000 Bruxelles ou par e-mail rh@bordet.be



réseau iris structuur

Plus d'infos sur notre site www.bordet.be

Holister 2

Création de la filière infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence (El Ouardi)

Cette filière sera ouverte aux étudiants dès l'année prochaine au niveau de l'Institut de formation aux carrières de Santé de Rabat.



Le ministre de la Santé, El Hossein El Ouardi, a indiqué, lundi à Rabat, que son département a décidé le lancement de la formation des infirmiers spécialisés en soins intensifs et d'urgence, une nouvelle discipline qui s'ajoute au cursus des établissements de formation des cadres de la santé.

Cette filière sera ouverte aux étudiants dès l'année prochaine au niveau de l'Institut de formation aux carrières de Santé de Rabat, a précisé M. Ouardi, en réponse à une question orale à la Chambre des représentants présentée par le groupe du Rassemblement national des indépendants (RNI, opposition).

Le ministère s'est engagé, conformément à la déclaration

gouvernementale relative à ce secteur, dans un processus de réorganisation et de restructuration des services des urgences au niveau de toutes les structures du système de santé, afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle et, partant, fournir aux patients les soins nécessaires dans des conditions satisfaisantes, a-t-il ajouté.

Il a également fait savoir que son département place parmi ses priorités la question d'accueil et d'orientation des patients en fonction des besoins en soins au niveau des services des urgences.

MAP

www.lavieeco.com

2012-07-03

L'hépatite, plus proche qu'on ne croit

Journée mondiale contre l'hépatite - 28 juillet 2012

Note d'information aux médias

25 JUILLET 2012 | GENÈVE

Avec le thème de la Journée mondiale contre l'hépatite «Plus proche qu'on ne croit», l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) invite instamment les gouvernements à intensifier leurs efforts pour lutter contre l'hépatite virale, une inflammation du foie qui tue environ un million de personnes par an. On estime en outre, que 500 millions de personnes souffrent de maladies chroniques liées à l'hépatite, une cause majeure du cancer du foie et de la cirrhose.

«Dans l'immense majorité des cas, les personnes infectées par l'hépatite ne s'en aperçoivent pas et ne sont pas diagnostiquées, ni traitées, explique le Dr Sylvie Briand au Département de l'OMS travaillant sur les pandémies et les épidémies. Ce n'est qu'en faisant mieux connaître les différentes formes d'hépatite et les moyens de prévention et de traitement que l'on pourra prendre les premières mesures pour endiguer complètement la maladie et sauver des milliers de vie.»

Les différents types d'hépatite

Il y a cinq virus de l'hépatite, définis par les types A, B, C, D et E. Les types B et C sont très préoccupants parce qu'une grande proportion des sujets infectés par ces virus peuvent ne ressentir aucun symptôme au premier stade de la maladie et ne se rendre compte de leur infection que quand ils sont arrivés au stade de la maladie chronique, parfois plusieurs décennies plus tard. De plus, ces deux virus, à l'origine de près de 80% des cas de cancer du foie, sont la principale cause de cancer hépatique et de cirrhose.

On peut contracter la maladie à partir de liquides biologiques infectés ou d'eau et d'aliments contaminés, suivant le type d'hépatite.

- Les types B, C et D se transmettent par l'intermédiaire du sang d'une personne infectée (par exemple lors d'injections à risque ou de transfusions de sang non dépisté) ou lors de rapports sexuels non protégés dans le cas de l'hépatite B ou C.
- Le type D n'infecte que les personnes déjà atteintes par le type B.
- Les types A et E se transmettent en général par l'intermédiaire d'eau ou d'aliments contaminés et sont étroitement liés à un assainissement insuffisant et à une mauvaise hygiène personnelle (le fait de ne pas se laver les mains, par exemple).

Il existe des vaccins efficaces pour tous les types de virus, sauf le C. Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie – une personne infectée sur 12 dans le monde – et des progrès récents dans la prévention et le traitement, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé, en 2010, de faire du 28 juillet la Journée mondiale contre l'hépatite. Celle-ci vise à faire mieux comprendre le problème mondial de santé publique qu'est l'hépatite et à stimuler le renforcement des mesures de prévention et de lutte dans tous les pays du monde.

Nouveau cadre d'action mondiale

Cette année, en préparation de la Journée mondiale contre l'hépatite, l'OMS publie un nouveau cadre mondial pour combattre cette maladie. Le document *Prevention and control of viral hepatitis infection: Framework for global action* (Prévention et lutte contre l'hépatite virale: cadre pour une action mondiale) décrit les quatre domaines d'action pour prévenir et traiter ces infections.

La sensibilisation, avec la promotion des partenariats et la mobilisation des ressources, représente la première des quatre priorités du nouveau cadre de l'OMS. Les autres sont les suivantes: intégration des données scientifiques dans la politique et l'action; prévention de la transmission; dépistage, soins et traitement. L'OMS collaborera avec ses États Membres et ses partenaires dans les quatre domaines prioritaires du cadre pour aider à élargir l'accès des personnes qui en ont besoin aux programmes de prévention, de soins et de traitement. Le cadre orientera l'élaboration de stratégies régionales et spécifiques dans les pays pour combattre l'hépatite.

Pour plus d'information,
veuillez prendre contact avec:

Glenn Thomas

OMS, Genève

Téléphone: +41 22 791 3983

Portable +41 79 509 0677

Courriel: thomasg@who.int



**((Le spécialiste RH
dans le secteur médical))**

**((De HR specialist
voor de medische sector))**

Express Medical

Place De Brouckèreplein 9-13

1000 Bruxelles/Brussel

T. 02 512 13 00

brussels-hd@expressmedical.be

intérim • emploi fixe • job étudiant • activité complémentaire • conseil carrière
uitzendwerk • vaste jobs • studentenjobs • bijwerken • loopbaanadvies

member of  usg people

www.expressmedical.be

1 RHMS - Epicura



Recrute :

**Un Infirmier Chef (H/F)
pour le Service d'Urologie-Chirurgie Vasculaire
(Site Mont-Godinne)**

Présentation de l'Institution :

Un nouvel ensemble hospitalier voit le jour suite à la fusion du CHU UCL Mont-Godinne et du Centre Hospitalier de Dinant : le CHU UCL Mont-Godinne - Dinant. Il compte à présent 640 lits justifiés répartis sur les sites de Mont-Godinne et de Dinant. Il offre une gamme complète de soins répondant aux besoins de la patientèle du territoire.

Conditions du poste :

- Contrat à durée indéterminée
- Temps plein
- Affectation au Service d'Urologie – Chirurgie vasculaire (US22)
- Barème adapté à la fonction
- Entrée en fonction : Immédiate

Profil recherché :

- Etre infirmier Bachelier (A1)
- Etre détenteur du diplôme de Master en Sciences Hospitalières ou de l'Ecole des Cadres
- Avoir une expérience professionnelle en tant qu'infirmier de minimum 3 ans
- Avoir une expérience dans le secteur de l'urologie et/ou la chirurgie vasculaire et dans la gestion d'équipe est un atout.

Renseignements :

- M. COLLINET, Directrice du Département Infirmier : 082/21.26.62
- C. PLOMPTEUX, Directeur adjoint du Département Infirmier : 081/42.60.00
- O. CALLEBAUT, Adjoint à la Direction du Département Infirmier : 081/42.60.04

Modalités d'introduction des candidatures :

Lettre de motivation et CV à adresser au plus tard le 30/09/2012 à :

- CHU UCL Mont-Godinne - Dinant
- A l'attention de Monsieur Thierry GODET - Directeur des Ressources Humaines, Avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 YVOIR
- recrutement-montgodinne@uclouvain.be

Le CII défend la profession infirmière devant la 65e Assemblée mondiale de la santé

Communiqué de presse

19 JUIN 2012 | GENÈVE, SUISSE

À la tête d'une délégation de 21 associations nationales d'infirmières, le Conseil international des infirmières (CII) a fait des interventions au titre de plusieurs points de l'ordre du jour de la 65e Assemblée mondiale de la Santé (AMS) qui s'est tenue à Genève du 21 au 26 mai dernier. S'exprimant au nom de la profession infirmière ou conjointement avec des représentants des autres professions de santé, le CII est intervenu au sujet des maladies non transmissibles, de la santé mentale, des grossesses et mariages précoces chez les adolescentes, de la dotation en infirmières à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Le **Conseil international des infirmières** (CII) est la fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières, représentant plusieurs millions d'infirmières dans le monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.



Pour de plus amples renseignements :
media@icn.ch
Téléphone : +41 22 908 0100
télécopie : +41 22 908 0101
www.icn.ch

Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)

Dans une intervention faite au nom également de partenaires au sein de l'Alliance mondiale des professions de santé (AMPS), le CII a appelé les États membres, d'une part, à garantir que le cadre de surveillance des cibles en matière de MNT soit complet et non restreint à un petit nombre de maladies et, d'autre part, à adopter une approche globale fondée sur les facteurs de risque et sur les indicateurs de morbidité communs. Le CII a également souligné que les modes de vie sains doivent faire partie intégrante du développement et de l'entourage des enfants et des adultes, comme le recommande la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Charge mondiale des troubles mentaux

Le CII a appelé l'OMS et les gouvernements à améliorer la formation des infirmières à la santé mentale, à augmenter le nombre d'infirmières spécialistes en santé mentale et à élargir le domaine de pratique des soins infirmiers de manière à y inclure l'autorité pour évaluer, identifier et traiter les troubles de santé mentale communs dans les contextes de soins de santé primaires. Le CII a aussi fait connaître ses expériences en matière de renforcement des capacités des infirmières en santé mentale, par le biais de la formation d'infirmières à la prise en charge de la comorbidité diabète + dépression en Afrique australe.

Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes

Dans une déclaration conjointe avec la Confédération internationale des sages-femmes (CISF), le CII a appelé l'OMS et les gouvernements à combattre les pratiques culturelles néfastes telles que les mariages précoces ; et à améliorer l'accès des adolescents à la santé reproductive, y compris au planning familial et aux soins anténatals. La déclaration citait des statistiques selon lesquelles le taux de mortalité maternelle est deux fois plus élevé chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans et au moins cinq fois plus élevé chez les jeunes filles de moins de 15 ans.

Questions de politique du personnel

Le CII est toujours préoccupé par la faible représentation des infirmières au sein de l'OMS, qui plafonne aujourd'hui à 0,7 % des effectifs de la catégorie professionnelle, en chute libre par rapport à l'an 2000, date à laquelle le personnel professionnel de l'OMS comptait 2,6 % d'infirmières. Le CII a diffusé sa fiche d'information intitulée Trois petits tours et puis s'en vont et a fait du lobbying auprès de délégués gouvernementaux pour que le sujet soit traité lors des débats à l'Assemblée. La fiche d'information est disponible sur le site du CII : www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/7b_FS-Place_soins_infirmiers_OMS-Fr.pdf

Objectifs de développement du Millénaire liés à la santé

Tout en se félicitant des progrès réalisés dans certains des OMD liés à la santé, le CII et ses collègues de l'AMPS ont souligné la contribution déterminante des professionnels de la santé dans la réalisation des OMD. Ils ont appelé l'OMS, les gouvernements et les autres parties concernées à remédier à une crise des ressources humaines qui perdure voire, dans certains cas, s'aggrave, grâce à l'adoption de stratégies efficaces de recrutement et de rétention, notamment l'instauration d'environnements favorables à la pratique, l'octroi de rémunérations appropriées et d'autres mesures incitatives.

Besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires

Les travailleurs de soins de santé sont en première ligne de la réaction aux urgences humanitaires complexes. Ils méritent donc d'être protégés au même titre que les personnes qu'ils servent. Or, dans les crises où les besoins de santé sont les plus pressants, les travailleurs de santé sont particulièrement exposés au risque d'être agressés, arrêtés, empêchés de remplir leurs tâches, enlevés et tués. Les institutions de santé et les ambulances sont également en danger d'être attaquées. La communauté de santé doit se mobiliser pour assurer le respect du principe de l'impartialité des soins de santé lors d'urgences humanitaires.

Le CII et 17 autres organisations de santé et de droits de l'homme se sont associés à la résolution de l'AMS appelant à la récolte systématique de statistiques sur les agressions ou les marques d'irrespect envers les patients et / ou les travailleurs, institutions et transports de santé lors d'urgences humanitaires complexes.

Infirmières et délégations gouvernementales

Plusieurs gouvernements ont réagi positivement à une lettre du CII les encourageant à inclure une infirmière dans leur délégation. On doit féliciter à cet égard la Thaïlande, dont la délégation comptait trois infirmières. La délégation du CII à l'AMS comprenait des représentantes de 21 ANI, qui ont pu ainsi observer les activités du CII et de l'AMS.

L'AMS a achevé ses travaux le samedi 26 mai en adoptant 21 résolutions relatives à de nombreuses questions relatives à la santé. Les débats, qui ont duré six jours, ont rassemblé quelque trois mille délégués, dont des ministres de la santé et des hauts fonctionnaires représentant les 194 États membres de l'OMS, ainsi que des représentants de la société civile et d'autres parties prenantes. Pour de plus amples renseignements sur l'AMS : www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/fr/index.html

FORMATION CONTINUE EN PSYCHIATRIE
PLURIDISCIPLINARITÉ

REPRISE DE L'ANCIENNETÉ
ENCADREMENT PERSONNALISÉ

SALAIRE ATTRACTIF
POSSIBILITÉS D'ÉVOLUTION

CADRE DE TRAVAIL EXCEPTIONNEL
HÔPITAL À DIMENSION HUMAINE
COMPÉTENCES VALORISÉES
TALENTS RÉVÉLÉS



LE GROUPE HOSPITALIER LA RAMÉE – FOND'ROY
RECRUTE DES INFIRMIER(E)S
BACHELIER(E)S
GRADUÉ(E)S
SPÉCIALISÉES
L'HUMAIN AU CŒUR DU PROJET

CHANTAL MOISET – DDI
recrutement@laramee.be
recrutement@fondroy.be
La Ramée : 02/344.18.94
Fond'Roy : 02/375.44.93

RHMS - Epicura

Les enfants handicapés risquent davantage d'être confrontés à la violence

Note d'information aux médias

12 JUILLET 2012 | GENÈVE

Par rapport aux enfants n'ayant pas de handicap, les enfants handicapés ont une probabilité presque quatre fois plus grande d'être confrontés à la violence, selon une étude demandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et publiée aujourd'hui dans la revue médicale *The Lancet*.

Principales conclusions

Les conclusions révèlent que les enfants handicapés encourent:

- > 3,7 fois plus de risques d'être victimes d'actes de violence de quelque sorte;
- > 3,6 fois plus de risques d'être victimes d'actes de violence physique; et

> 2,9 fois plus de risques d'être victimes d'actes de violence sexuelle.

Il semble que les enfants ayant un handicap lié à une maladie mentale ou à des déficiences intellectuelles soient les plus vulnérables, avec un risque 4,6 fois plus élevé de violences sexuelles par rapport à ceux qui ne sont pas

handicapés.

Facteurs de risques

La stigmatisation, les discriminations et le manque d'information concernant le handicap, de même que l'absence de soutien social aux personnes s'occupant des enfants souffrant de handicap, sont les facteurs qui exposent ceux-ci à un risque accru de violences. Le placement des enfants handicapés en institution les rend aussi plus vulnérables. Dans ces milieux et ailleurs, les enfants ayant des déficiences au niveau de la communication ont une moindre capacité à révéler les expériences abusives.

«Les résultats de cette étude prouvent qu'il y a une vulnérabilité disproportionnée des enfants handicapés face à la violence et que leurs besoins ont été négligés beaucoup trop longtemps», relève le Dr Etienne Krug, Directeur du Département Prévention de la violence et du traumatisme et handicap à l'OMS. Nous savons qu'il existe des stratégies spécifiques pour prévenir la violence et pour en atténuer ses conséquences. Il nous faut maintenant déterminer si elles sont efficaces aussi pour les enfants handicapés. Un programme d'action doit être établi.»

Un besoin urgent de mener des recherches dans les autres pays

L'analyse apporte les preuves disponibles les plus solides de la violence à l'encontre des enfants handicapés. Elle englobe 17 études apportant des données sur 18 374 enfants handicapés vivant dans des pays à haut revenu – Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Israël, Royaume-Uni et Suède –, et elle fait ressortir le besoin urgent de mener des recherches de qualité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Prévenir les actes de violence

Certains programmes de visite dans les maisons de soins pour les enfants exposés au risque de violence et les formations pour améliorer les compétences parentales ont apporté la preuve de leur efficacité pour éviter la violence à l'encontre des enfants n'ayant pas de handicap. La priorité devrait être de mettre en œuvre ces mesures prometteuses et d'autres, décrites dans le *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants* et



Centre Hospitalier
de Wallonie picarde

L'ASBL CHwapi, une institution hospitalière de 2300 collaborateurs, 850 lits, située à Tournai, recherche (M/F) à TEMPS PLEIN :

- Infirmiers spécialisés en salle d'opération
- Infirmiers spécialisés SIAMU
- Infirmiers spécialisés gériatrie
- Infirmier chef des stérilisations



Pour obtenir **le détail des missions**, consultez notre site internet www.chwapi.be, rubrique Emplois & Stages / Offres d'emploi

Les candidatures seront introduites par écrit à l'attention de Mme Vinciane SENTE, Directrice des Ressources Humaines, par mail à vinciane.sente@chwapi.be

www.chwapi.be

Siège social Av. Delmée 9 à 7500 Tournai



POST-GRADUAT EN ACUPUNCTURE

destiné aux médecins, kinésithérapeutes,
bacheliers(es) en soins infirmiers, sages-femmes



Haute École de Namur-Liège-Luxembourg **HENALLUX**
Département paramédical Ste Élisabeth
rue Louis Loiseau, 39 5000 NAMUR

Portes Ouvertes

Samedi 8 SEPTEMBRE 2012

de 10 h à 13 h

Conférence et informations à 10 heures précises

Inscriptions aux Portes Ouvertes
Informations et inscriptions aux cours

www.ettc-acu.be ou 0486/24.64.33

dans *Violence prevention: the evidence*, publiés par l'OMS, et d'évaluer leur efficacité. La *Convention relative aux droits des personnes handicapées* des Nations Unies renforce la nécessité de protéger les droits des enfants handicapés et de veiller à ce qu'ils participent pleinement à la vie de la société, à égalité avec les autres. Cela implique d'éviter les expériences négatives résultant de la violence pendant l'enfance, sachant qu'elles ont un grand nombre de conséquences néfastes sur la santé et sur le bien-être à un stade ultérieur de la vie. En cas d'échec de la prévention, les soins et le soutien aux enfants victimes de violence sont cruciaux pour leur guérison.

Impératif de renforcer la protection de l'enfant

Le *Rapport mondial sur le handicap* de l'OMS et de la Banque mondiale décrit ce qui fonctionne pour améliorer la santé et la participation sociale des enfants handicapés et favoriser leur désinstitutionnalisation. Pour les enfants handicapés actuellement placés hors de leur domicile, il est impératif de renforcer les soins et la protection en remédiant aux cultures et aux structures des institutions qui exacerbent le risque de violence.

«La manière dont l'entourage traite un enfant handicapé conditionne énormément l'impact qu'aura son handicap sur sa qualité de vie»,

souligne le Dr Mark Bellis, Directeur du *Centre for Public Health* à l'Université John Moores de Liverpool, un centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de la violence, et chercheur principal pour cette étude. «Il incombe au gouvernement et à la société civile de veiller à exposer et à prévenir de tels processus de victimisation.»

Pour plus d'information

Veillez prendre contact avec:

Tarik Jasarevic

Chargé de communication | OMS, Genève

Téléphone: +41 22 791 5099

Portable: +41 7 93 67 62 14

Courriel: jasarevict@who.int

Portrait

Augusta Chiwy

BASTOGNE - Jeune infirmière, Augusta Chiwy a soigné les soldats blessés lors de la Bataille des Ardennes. Elle a été doublement mise à l'honneur.



Durant l'hiver 44, Bastogne était encerclé par les Allemands alors que les Américains tentaient de libérer le pays. Les combats ont fait rage. C'était la Bataille des Ardennes. De nombreux soldats sont tombés sous les balles ou les obus. Bon nombre ont également été blessés.

Pour les secourir, ils ont pu compter sur des équipes médicales américaines, mais aussi sur des habitants de la région. Parmi eux, le nom de Renée Lemaire est resté gravé dans les mémoires. L'infirmière est décédée dans l'exercice de son métier comme l'atteste une plaque commémorative dans la rue de Neufchâteau. À côté d'elle, une autre jeune infirmière était au chevet des soldats blessés : Augusta Chiwy. La demoiselle a eu plus de chance et est toujours encore bien fringante, vivant dans une maison de repos à Bruxelles.

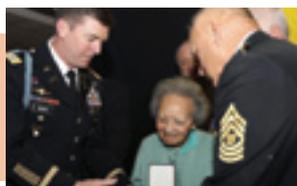
Près de septante ans après les faits, les distinctions se multiplient pour elles. En juillet 2011, elle fut élevée au titre de chevalier de la couronne par le roi Albert II.

Et le lundi 12 décembre, ce sont les États-Unis qui ont voulu la mettre à l'honneur en lui décernant la médaille du mérite civil pour mission humanitaire. Lors d'une cérémonie au musée royal de l'Armée, l'ambassadeur des États-Unis en Belgique Howard Gutman et quelques autorités militaires américaines ont tenu à remercier cette ancienne infirmière pour sa bravoure et son engagement.

Après ses études d'infirmière à Louvain, Augusta Chiwy avait rejoint Bastogne et s'est donc retrouvée au cœur du conflit. Elle se lancera alors dans l'aide des soldats américains et des Bastognards. Les souvenirs de cette période sont encore bien vifs dans sa mémoire. Une héroïne toute simple.†

Th.L.

www.lavenir.net – 20/12/2011



BRUSSELS (AP) - A Belgian nurse who saved the lives of hundreds of American soldiers during the Battle of the Bulge at the end of World War II was given a U.S. award for valor Monday - 67 years late.

Congolese-born Augusta Chiwy, now 93, received the Civilian Award for Humanitarian Service medal from U.S. Ambassador Howard Gutman at a ceremony in the military museum in Brussels.

"She helped, she helped, and she helped," Gutman said at the ceremony. He said the long delay in presenting the award was because it was assumed that Chiwy had been killed when a bomb destroyed her hospital. The Battle of the Bulge was a ferocious encounter in the final stages of World War II. In desperation, Adolf Hitler ordered a massive attack on allied forces in the Ardennes, in southern Belgium. More than 80,000 American soldiers were killed, captured or wounded.

Chiwy had volunteered to assist in an aid station in the town of Bastogne, where wounded and dying U.S. soldiers in their thousands were being treated by a single doctor in December 1944 and January 1945. Chiwy braved the gunfire, helping whoever she could, and saving the lives of hundreds of American GIs.

The Nazis hoped the surprise attack would reach the sea at the Belgian port of Antwerp and cut off the advancing allied armies. Bastogne, a market town that was also a critical road junction, was quickly besieged. The U.S. troops - led by paratroopers of the 101st Airborne Division - found themselves surrounded. But they resisted fiercely, and the key crossroads was never taken.

During the siege, Bastogne was heavily shelled and quickly reduced to ruins. Another Belgian nurse - Chiwy's friend Renee Lemaire - was killed along with about 30 patients when a bomb penetrated a cellar where she was tending to the wounded.

Gutman said the diminutive Chiwy combed battlefields during the battle, often coming under enemy fire, to collect the wounded in the deep snow. "What I did was very normal," Chiwy said during the ceremony. "I would have done it for anyone. We are all children of God."

But Col. J.P. McGee, who commands a brigade of the 101st Airborne Division based in Fort Campbell, Kentucky, said that to the wounded soldiers Chiwy was "a goddess."

"Men lived and families were reunited due to your efforts," he said.

McGee said the army's doctor in Bastogne, John Prior, had joked that the German snipers couldn't hit Chiwy because she was so tiny. But Chiwy, who moved to Belgium from the colony of Congo before the war, responded that they were just bad shots.

McGee also gave Chiwy a letter of appreciation from Gen. David Petraeus, himself a former commander of the 101st Airborne.

After the battle, Chiwy slipped into obscurity, working as a hospital nurse treating spinal injuries. She married a Belgian soldier and had two children. She was finally located several years ago by a British author and historian, Martin King, who had heard stories about a black nurse at Bastogne.

Chiwy was knighted by the Belgian king in June.

Belgian nurse Augusta Chiwy, center, who saved hundreds of wounded GIs during the WWII Battle of the Bulge, receives an award for valor from the U.S. Army, in Brussels, Monday, Dec. 12, 2011. The U.S. ambassador says there was a 67-year delay in presenting the award because it was assumed that Augusta Chiwy had herself perished in the battle. (AP Photo/Yves Logghe)



FNIB Fédération Nationale des Infirmier(e)s de Belgique
NFBV Nationale Federatie van Belgische Verpleegkundigen
(Association Sans But Lucratif / Numéro d'entreprise : 425685290)
Siège Social: Rue de la Source, 18 - 1060 Bruxelles

www.fnib.be

Bruxelles, le 22 août 2012



Proposition de réforme de la formation infirmière en Fédération Wallonie-Bruxelles

Rapport du Groupe de Travail Fédération Nationale des Infirmières de Belgique

Proposition à l'issue de nos réflexions et ateliers de travail
Du 29 février 2012, Espace Santé à Charleroi
Du 6 avril 2011, Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles

La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique

- FNIB -

&

la Société des Infirmiers Belges en Recherche et Formation

- SIBReF -

remercient chaleureusement le Comité de rédaction

(Belghezli Nassira, Dalla Valle Alda, De Zorzi Fabienne, Héraut Jacques, Lothaire Thierry, Mengal Yves et Vos Bénédicte)

ainsi que tous ceux et celles, qui de près ou de loin, ont soutenu et collaboré activement durant plusieurs années à l'élaboration du présent rapport.

Le Conseil d'Administration

Table des matières

1.	Préambule	4
2.	Vers un titre unique d'infirmier en Fédération Wallonie-Bruxelles	4
3.	Contexte européen et international	4
4.	Une réforme pour un système gagnant	5
5.	Situation actuelle	5
6.	Dualité entre les Accords de Bologne et le respect de la Directive sectorielle 2005/36/UE	7
6.1.	Deux processus obligatoires	7
6.2.	Un processus non obligatoire	9
7.	Différentes filières de formation pour un titre unique	9
7.1.	Lien entre l'évolution de la population des étudiants infirmiers et l'attractivité de la profession infirmière	9
7.2.	Filières de formation infirmière et titre unique	10
8.	Qualité et sécurité	11
8.1.	Cadastre infirmier et Commission de planification du SPF Santé publique	11
8.2.	Cadastre belge des praticiens de l'art infirmier ; où en est-on ?	11
9.	Former à l'«esprit réflexif» et non pas uniquement aux «gestes»	12
10.	Pourquoi envisager un master en soins infirmiers de base en quatre ans	12
10.1.	Quelques facteurs et arguments qui plaident en faveur d'une mastérisation	12
10.2.	Bachelier en soins infirmiers en 4 ans versus master en soins infirmiers en 4 ans	13
11.	Comment intégrer dans notre réforme le master en sciences infirmières tel que proposé par le CGHE	13
11.1.	Avis du CGHE portant sur la programmation de masters	13
11.2.	Création du master en sciences infirmières et sages-femmes	14
12.	Conclusion	17
13.	Références bibliographiques	18

1. Préambule

Investir dans les praticiens de l'art infirmier d'aujourd'hui pour les soins de demain...

La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique – FNIB (www.fnib.be), membre du Conseil International des Infirmières - CII (www.icn.ch), de l'European Federation of Nurses Associations – EFN (www.efnweb.org) ainsi que du Secrétariat International des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone – SIDIIEF (www.sidiief.org), poursuit ses réflexions depuis plusieurs années et notamment celles réalisées le 6 avril 2011 au Parlement de la Communauté française à Bruxelles et du 29 mars 2012 à l'Espace santé à Charleroi. Elles portaient principalement sur «la différenciation de fonction, le titre unique et la réforme de la formation infirmière»; ce présent rapport est le fruit d'une collaboration étroite avec tous les acteurs directs et indirects des soins infirmiers.

Depuis lors, nous avons continué, d'une part, à préparer inlassablement cette réforme structurelle au travers de congrès et réunions régionales, nationales et internationales composées de représentants de tous les réseaux et niveaux de formation (enseignement secondaire y compris l'enseignement professionnel secondaire complémentaire EPSC, enseignement supérieur et universitaire, promotion sociale) ainsi que les directions des départements infirmiers hospitaliers et des institutions de soins (MR/MRS, ...) et les soins à domicile tout secteur confondu, les organisations syndicales, les associations professionnelles d'infirmiers générales et spécialisées, le cabinet du Ministre fédéral de la Santé publique et des Affaires sociales ainsi que plusieurs parlementaires avisés et impliqués.

D'autre part, nous nous sommes appuyés sur de nombreux documents de travail ainsi que sur l'analyse comparative d'études scientifiques belges, européennes et internationales relatives à la réforme des systèmes de santé, à la formation infirmière et aux différenciations de fonction.

Nous voulons déposer sur la table des négociations des instances officielles un dossier circonstancié, documenté, réaliste et responsable prônant la nécessité d'un titre unique d'infirmier de niveau master.

C'est pourquoi, nous souhaitons que cette réforme en profondeur soit solidaire de toutes les personnes impliquées et tienne compte de toutes les contraintes inhérentes à un changement structurel indispensable.

2. Vers un titre unique d'infirmier en Fédération Wallonie-Bruxelles

Depuis plus de 30 ans et plus spécifiquement ces dernières années, le corps enseignant, les employeurs et travailleurs salariés ou indépendants belges des secteurs de la santé soulignent l'incohérence de maintenir deux filières de formation distinctes : le bachelier en soins infirmiers et le brevet d'infirmier. La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB) a dès lors initié un travail de réflexion en collaboration avec des experts issus de l'enseignement (tous niveaux et tous réseaux confondus) et du monde professionnel (hôpitaux, maisons de repos et de soins, soins à domicile,...). Elle préconise un titre unique d'infirmier en Fédération Wallonie-Bruxelles car en améliorant la qualité des soins infirmiers par un enseignement adapté aux besoins réels, on renforcera la confiance et la sécurité des citoyens envers les professionnels de la santé.

Objectifs de cette réforme ?

- Aboutir à un titre unique d'infirmier qualifié de niveau Master répondant aux normes internationales et aux directives européennes. Cette filière s'articulerait autour d'un cursus étalé sur 4 ans et débouchant sur le grade de Master en soins infirmiers (3 ans de baccalauréat de transition + un an de master) qui donnerait accès au Master 2 soit vers les spécialisations, soit vers la formation de Cadre de santé organisée dans l'enseignement de Promotion sociale ou encore le master en sciences infirmières tel que suggéré par le Conseil Général des Hautes Écoles.
- Parvenir à un titre d'aide-soignant qualifié en portant sa durée de formation à 2 ans dans l'enseignement secondaire professionnel complémentaire du 4ème degré. D'une part, ce titre donnerait accès, selon des modalités définies, à la 2ème année du cursus en soins infirmiers. D'autre part, la réussite de la 1ère année conditionnerait l'accès à la formation de secouriste-ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente.
- Développer une structure et une qualification améliorées pour les secouristes-ambulanciers (projet de réforme en cours au SPF Santé publique). Ceux-ci étant régis par l'AR n°78 du 10 novembre 1967 fixant les modalités en ce qui concerne la prestation d'actes infirmiers.

La réalisation effective de cette réforme, suppose qu'un encadrement pédagogique clinique adéquat (en nombre et en qualifications) soit préservé, voire amélioré. Pour ce faire, les enseignants du brevet infirmier pourraient être transférés, librement et sans contrainte, vers l'encadrement clinique en Haute École.

La FNIB propose une mise en oeuvre progressive de la réforme structurelle afin de garantir la stabilité des recrutements dans les institutions de soins et de permettre aux enseignants d'atteindre au minimum le niveau de master. A chaque étape, des mécanismes seraient créés ou adaptés (valorisation des acquis de l'expérience, passerelles, ...) de manière à respecter les droits acquis et la situation professionnelle de chacun, tant au niveau du terrain que de la formation.

3. Contexte européen et international

Les facteurs tels que les progrès technologiques, la complexification des services de santé, les nombreux changements structurels dans la délivrance des soins de santé et les besoins croissants en mutation constante, soulignent la nécessité d'approches innovantes et rentables en ce qui concerne les soins de santé au niveau mondial. Une solution qui rencontre un succès croissant est d'employer des infirmiers aux compétences et connaissances accrues.

La reconnaissance de qualifications obtenues dans un autre État membre est devenue une composante fondamentale du marché unique. La mobilité professionnelle est un élément clé pour la compétitivité de l'Europe, comme le souligne la stratégie «Europe 2020 - Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive», COM(2010) 2020 du 3.3.2010 et l'Acte pour le Marché unique : douze leviers pour stimuler la croissance et renforcer la confiance. «Ensemble pour une nouvelle croissance» – COM(2011) 206, SEC(2011) 467.

Selon le rapport 2010 sur la «Citoyenneté de l'Union : lever les obstacles à l'exercice des droits des citoyens de l'Union, COM(2010) 603 du 27.10.2010», la lourdeur et le manque de clarté des procédures de reconnaissance des qualifications professionnelles sont un des principaux obs-

tacles auxquels se heurtent encore les citoyens de l'Union Européenne dans leur vie quotidienne lorsqu'ils veulent exercer dans un autre État membre les droits qui leur sont conférés par la législation européenne.

Dans l'Union européenne, la mobilité des professionnels demeure faible. C'est pourquoi, une mobilité accrue, notamment des infirmiers, contribuerait à pourvoir les postes de travail hautement qualifiés, à l'heure où la population active diminue pour un ensemble de raisons. Selon les projections du Centre européen pour le développement de la formation professionnelle (Cedefop), d'ici à 2020 (http://www.cedefop.europa.eu/en/Files/3052_en.pdf), il faudra 16 millions de personnes supplémentaires pour occuper les emplois très qualifiés, ce qui signifie, si les tendances actuelles se maintiennent, une grave pénurie de professionnels qualifiés.

Dans le cadre de ces projections, l'Union européenne prévoit notamment qu'il manquera un million de professionnels de la santé, ce qui est particulièrement préoccupant. Pour enrayer ce fléau, la Commission européenne et les États membres entreprendront des actions distinctes et appropriées aux besoins afin d'améliorer la gestion de la mobilité des professionnels de la santé au niveau national, en renforçant préférentiellement les politiques et les conditions de travail en général et en développant des mécanismes de planification des effectifs (cadastre).

En effet, malgré de nombreuses réformes entreprises depuis des années au niveau local, national ou européen, les professions de santé subissent une pénurie souvent récurrente. Ce sont principalement les médecins, les infirmiers et les sages-femmes qui subissent cette pénurie de plein fouet dans tous les secteurs de santé, spécialisés ou non, et partout en Europe. Ailleurs dans le monde, la situation de la pénurie des professionnels de santé est encore nettement plus accrue avec des conséquences humanitaires et socio-économiques énormes.

C'est pourquoi, afin de faciliter la libre circulation comme pour tous les citoyens et de préserver leur droit individuel à travailler n'importe où dans l'Union européenne, il faut que les professionnels de la santé voient leurs qualifications reconnues facilement dans, et par, les autres États membres. Il est donc essentiel que la Directive sectorielle 2005/36/CE portant sur les qualifications professionnelles (JO L 225 du 30.9.2005, p. 22) soit amendée, modernisée et établisse des règles simples et claires pour la reconnaissance de ces qualifications.

4. Une réforme pour un système gagnant

Andrew Green (1996) définit la planification comme étant : «une méthodologie qui a pour but d'assurer que les ressources disponibles à présent et dans le futur soient utilisées de la façon la plus efficace pour remplir des objectifs explicites».

Les éléments déterminants de cette définition à la planification des soins infirmiers peuvent se résumer comme suit :

- Où voulons-nous aller ? (objectifs)
- Avec quoi ? (ressources)
- De quelle manière ? (efficacité)
- Quand ? (présent ou futur)

Si la planification n'est pas une science et qu'il n'existe pas de réponse unique, la planification des soins infirmiers concerne avant tout les changements et tout changement entraîne son lot d'«opposants» ! Celle-ci doit tenir compte des différentes relations de pouvoir (notamment politiques), des situations économiques et valeurs culturelles entre les différents acteurs concernés en vue d'assurer un système construit sur du «Win-Win».

La planification des systèmes et services de santé n'échappe pas à cette règle générale ; elle doit faire appel dans le cadre de cette réforme à de «vrais» experts. Ceux-ci doivent connaître le terrain et obtenir une participation active.

Dans son plan d'attractivité de la profession infirmière en date du 28 août 2008, Madame Laurette Onkelinx, Ministre fédérale ayant en charge la Santé

publique et les Affaires sociales, souligne qu'«il y a lieu de redéfinir le profil des compétences attendues de l'infirmier, compte tenu des caractéristiques actuelles et prévisibles des soins et prises en charge à assumer». Ce plan d'attractivité relevait également les effets non souhaités de plusieurs niveaux de formation pour accéder à une même profession. Une mise en oeuvre progressive de la réforme sera indispensable afin de garantir la stabilité des recrutements dans les hôpitaux et les institutions de soins.

5. Situation actuelle

Quelques constats

D'une part, les enjeux sanitaires dans le monde exigeront à l'avenir une pratique sécuritaire, efficiente et autonome des soins infirmiers. Selon l'OMS, les coûts de la non-qualité et des incidents évitables (piqûres par aiguille, chutes, troubles musculo-squelettiques...) représentent 10 % des dépenses des systèmes de santé. D'autre part, le taux d'infirmiers ou ratio infirmier/patient de niveau bacheliers dans les services de soins est corrélé à la sécurité des patients et à la qualité des soins.

De plus, la recherche est cruciale dans l'évolution des pratiques soignantes ; c'est pourquoi, le rehaussement au niveau master en Haute École de la formation initiale des infirmiers ainsi que la mise en oeuvre des pratiques avancées constitueront non pas un coût mais un investissement...

En effet, tout système de santé qui reconnaît et investit dans l'expertise infirmière fait un choix éclairé, véritable moteur de l'évolution inévitable des soins. Le Secrétariat international des infirmiers et infirmières de l'espace francophone – SIDIEF dans son mémoire adopté le 26 mai 2011 et intitulé «La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé» écrit :

«Loin de n'être qu'une dépense, le salaire consacré à l'expertise infirmière s'avère économiquement favorable, tant pour le système de santé que pour l'ensemble de la société. Des chercheurs estiment que le salaire d'une infirmière détenant un grade universitaire est d'emblée compensé à hauteur de 75% par une réduction des coûts médicaux et hospitaliers directs imputables aux erreurs, accidents, complications et mortalité. Un ratio optimal d'infirmières formées à ces niveaux d'études contribue directement à réduire les coûts associés aux accidents et événements indésirables, estimés par l'OMS à 10% des dépenses de santé d'un pays. Une telle économie pourrait être réinvestie dans le soutien au personnel, l'amélioration de la qualité des soins et le développement de pratiques innovantes».

C'est pourquoi, l'expertise acquise par ces infirmiers formés à la pratique avancée (Advanced practice) contribuerait d'une part, à limiter la pénurie d'infirmiers causée principalement par les difficultés de recrutement localisées et de rétention et, d'autre part, participerait à l'amélioration des soins. Ceux-ci représenteront un facteur d'efficacité à long terme capable de remodeler les systèmes de santé.

Aujourd'hui dans les hôpitaux ou institutions de soins, on ne sait pas facilement dire «qui est qui», ni «qui fait quoi»... Déroutant pour les patients et/ou leurs familles. Il n'existe pas de réelle différenciation de fonction malgré des normes rigoureuses, une législation particulièrement appropriée, mais... pas assez appliquée.

Un seul «titre» alors que deux formations persistent bien que très différentes. Arriver à une vision unique de la profession serait beaucoup plus simple. La profession est en accord avec cette vision depuis bien longtemps, mais nous constatons malheureusement encore des levées de drapeaux de certaines organisations syndicales, une certaine frilosité au changement de la part de Pouvoirs organisateurs tant dans l'enseignement secondaire que supérieur, de plein exercice ou de promotion sociale, voire encore des freins à l'extension des filières de formation notamment de masters en sciences infirmières au sein des Universités et des Hautes Ecoles.

Même travail sur le terrain, mais salaires différents et ambigüité dans la délégation des tâches.

Hormis pour les infirmiers spécialisés travaillant dans les secteurs concernés, il n'y a pas vraiment de différenciation dans la gestion des soins ainsi que dans l'application de la liste d'actes et des prestations infirmières... Dans une vision logique de cette réforme, la délégation légale des tâches infirmières à des aides-soignants impose que celles-ci répondent aux attentes des secteurs de soins concernés. Aujourd'hui, aux dires réitérés de bon nombre d'enseignants des écoles de formation, des directions des hôpitaux et institutions de soins, ce n'est absolument pas le cas !

C'est pourquoi, il faudrait revoir tant la durée de formation, en passant d'un an à deux, que les matières enseignées aux aides-soignants. Forts des recommandations des tables rondes nationales initiées par le Ministre de la Santé publique Marcel Colla en octobre 1997, nous préconisons de changer le nom d'aide-soignant en «aide-infirmier». En effet, concomitamment à notre projet de réforme infirmière, il est primordial d'offrir à ces «aides» des compétences réelles, notamment par la révision des actes infirmiers pouvant

être délégués, afin de répondre aux attentes croissantes des patients, résidents et familles.

L'étudiant infirmier à l'issue de sa formation n'est ni un produit fini, ni polyvalent, ni prêt à affronter tous les méandres et arcanes de notre profession quelque soit le secteur des soins de santé envisagé. En effet, le monde de la santé a fortement changé ; les compétences exigées aujourd'hui sont complexes et imposent le respect strict des critères et normes de soins tout cela réalisé dans un contexte de rigueur budgétaire et organisationnelle. Car, même si l'infirmier est le maillon incontournable dans la gestion globale des soins, le temps qu'il consacre aux soins au chevet du patient, c'est-à-dire à sa fonction première, n'est pas suffisant car il est contraint de prendre en charge diverses autres tâches non spécifiques aux soins (administratives).

Nous souhaiterions souligner également que dans le contexte hospitalier actuel, toutes les directions des hôpitaux universitaires et généraux qui ont collaboré à nos réflexions expriment le désir que l'on puisse renforcer, si

Tableau 1

Directive 2005/36/CE actuelle pour les infirmiers Critères actuels en août 2012	Directive 2005/36/CE amendée pour les infirmiers Critères prévus en janvier 2013 -
Minimum 10 ans de formation de base sanctionnée par diplôme ou certificat	Minimum 12 ans de formation de base sanctionnée par diplôme ou certificat
Minimum 4600 heures OU Minimum 3 ans	Minimum 4600 heures ET en au moins 3 ans
Répartition : > 2300 heures de théorie et 2300 heures de pratiques (enseignement clinique) > avec un minimum de 1/3 de théorie (33 %) et maximum 2/3 de pratique (66%)	Répartition : > 2300 heures de théorie et 2300 heures de pratiques (enseignement clinique) > avec un minimum de 1/3 de théorie (33 %) et maximum 2/3 de pratique (66%).

Tableau 2

Acquis de l'éducation et de la formation	Savoirs Le CEC fait référence à des savoirs théoriques et/ou factuels.
1	savoirs • généraux de base
2	savoirs factuels de base dans un domaine de travail ou d'études
3	savoirs couvrant des faits, principes, processus et concepts généraux, dans un domaine de travail ou d'études
4	savoirs factuels et théoriques dans des contextes généraux dans un domaine de travail ou d'études
5	savoirs détaillés, spécialisés, factuels et théoriques dans un domaine de travail ou d'études, et conscience des limites de ces savoirs
6	savoirs approfondis dans un domaine de travail ou d'études requérant une compréhension critique de théories et de principes
7	savoirs hautement spécialisés, dont certains sont à l'avant-garde du savoir dans un domaine de travail ou d'études, comme base d'une pensée originale et/ou de la recherche. conscience critique des savoirs dans un domaine et à l'interface de plusieurs domaines
8	savoirs à la frontière la plus avancée d'un domaine de travail ou d'études et à l'interface de plusieurs domaines.

possible, les cours et au moins les stages dans les disciplines générales de médecine et de chirurgie. En effet, une tendance transparait depuis plusieurs années ; les «jeunes» infirmiers font le choix dès le départ de poursuivre des spécialisations ce qui est légitime et répond aux besoins et normes hospitalières mais déforce grandement l'équilibre à maintenir dans les services généraux de médecine et chirurgie. Nous demandons dès lors d'envisager de former des infirmiers «généralistes» de niveau master qui répondront aux attentes du secteur.

6. Dualité entre les Accords de Bologne et le respect de la Directive sectorielle 2005/36/UE

Trois processus structurels européens parallèles coexistent.

6.1. Deux processus obligatoires

6.1.1. La Directive 2005/36/CE est une directive sectorielle qui vise à créer une Europe compétitive et attractive, notamment par la régulation à l'accès à l'exercice professionnel (libre circulation) dans les 27 États membres de l'Union européenne.

Le texte de la Directive 2005/36/CE réactualise 15 Directives européennes dont la Directive 77/453/CEE du 27 juin 1977, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux.

Elle comporte 7 titres de base, à savoir : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, sages-femmes, infirmiers et architectes. Lors du Sommet européen portant sur la Directive 2005/36/CE en 2011 il a été décidé, dans son rapport intermédiaire de la Commission européenne, de l'amender; le vote devrait avoir lieu en janvier 2013.

Après la parution du «Livre vert» édité le 22 juin 2012 par la DG Marché Intérieur et Services de la Commission européenne, où en sommes-nous avec cette Directive contraignante, mais déterminante pour les soins infirmiers ?

Voici quelques réponses probantes :

- large consensus obtenu des États membres pour appliquer les amendements proposés,
- les conditions minimales ont été sauvegardées (26/27 pays),
- recherche d'un accord portant sur le débat des 10 ou 12 années (socle de base) entre le Parlement européen et les parlementaires, les syndicats et le Gouvernement allemand,
- la Commission européenne explore l'inclusion potentielle d'une série minimale de compétences (3 maximum devant être ajoutée à l'Article 31 – Annexe V).

Voir Tableau 1

Quelques remarques importantes :

L'application rigoureuse des critères de la Directive sectorielle 2005/36/CE en ce qui concerne les infirmiers est obligatoire ; elle est contraignante et impose à tous les États membres de s'y conformer et de la transposer dans leur législation nationale ou communautaire. Après des années de réflexion, il apparaît clairement que cette Directive, prochainement amendée, a au moins le mérite d'exister et de renforcer la garantie des conditions minimales de libre circulation en Europe. Même si elle ne s'applique qu'aux pays membres de l'Union Européenne, elle détermine néanmoins un socle de base minimal (12 ans) qui pour certains pays comme l'Allemagne constitue une réforme en profondeur.

Enfin, les 4.600 heures (de soixante minutes) exigées entraînent des modifications structurelles pour plusieurs pays ayant opté, dès le départ, pour l'application du système d'accumulation de crédits transférables (ECTS). C'est le cas des trois Communautés ayant en charge l'enseignement secondaire et supérieur en Belgique et ayant subi en 2009 et 2010 deux mises en demeure par la Commission pour non-respect de la législation européenne (Direc-

tive 2005/36/CE). Plusieurs accords entre les autorités de la Commission européenne et la Fédération Wallonie-Bruxelles ont permis depuis lors de dégager un certain assouplissement, voire un consensus portant notamment sur le nombre d'heures à prester, en regard aux ECTS.

En outre, la prise en compte par la Commission Européenne, en principe dès 2013-2014, des «compétences» soutiendra à l'évidence nos réflexions par l'entremise des récents référentiels de compétences élaborés par le Conseil Général des Hautes Ecoles, notamment pour les bacheliers en soins infirmiers. Sur base des Accords de Bologne, il faut que nous puissions mettre davantage l'accent sur la formation axée sur les résultats déclinés dans un référentiel de compétences à acquérir avant l'obtention du diplôme.

6.1.2. Le Cadre Européen de Certification – CEC (European Qualification Framework – EQF) est la Certification européenne des qualifications.

- Il comporte une classification en 8 niveaux de références décrivant ce que l'étudiant connaît, comprend et est capable de faire.
- Il permet une comparaison entre les divers cadres ou systèmes de certifications nationaux.
- Depuis 2012 - toute nouvelle qualification est référencée par un niveau, allant de 1 à 8.

Voir Tableau 2

Un des objectifs prioritaires de cette réforme doit être la différenciation de fonction en lien avec le Cadre Européen de Certification ; pour ce faire, nous reprenons la proposition de classification de fonction élaborée en 2008 par le Conseil International des Infirmières (ICN Regulation) intitulé «Nursing Care Continuum Framework and Competencies».

Tableau 3

ICN Regulation	CEC	Belgique
Nursing Care Continuum		Essai de différenciation de fonction
Nursing support worker (SW)	Niveau 4	Aide-soignant
Enrolled, registered or licensed practical nurse (EN)	Niveau 5	Infirmier (breveté)
Registered or licensed Nurse (RN)	Niveau 6	Infirmier gradué / Bachelier en soins infirmiers (> 2004)
Nurse Specialist (NS)	Niveau 6	Infirmier gradué spécialisé + titre professionnel particulier / Bachelier en soins infirmiers + titre professionnel particulier
Advanced Practice Nurse (APN)	Niveau 7 et 8	Infirmier spécialiste (en pratique avancée) de niveau master ou doctorat

Remarques :

Dans la perspective d'un titre unique, nous plaçons pour relever les conditions d'accès requises pour l'entrée des infirmiers en Haute Ecole ou équivalent en créant un nouveau «profil» ainsi qu'augmenter la durée minimale de formation spécifique à quatre ans au niveau d'un master. Dans ce cadre, il est essentiel de clarifier et de réviser les grilles de formations initiales afin

Graphique 1 Formation infirmière selon les pays de l'UE :

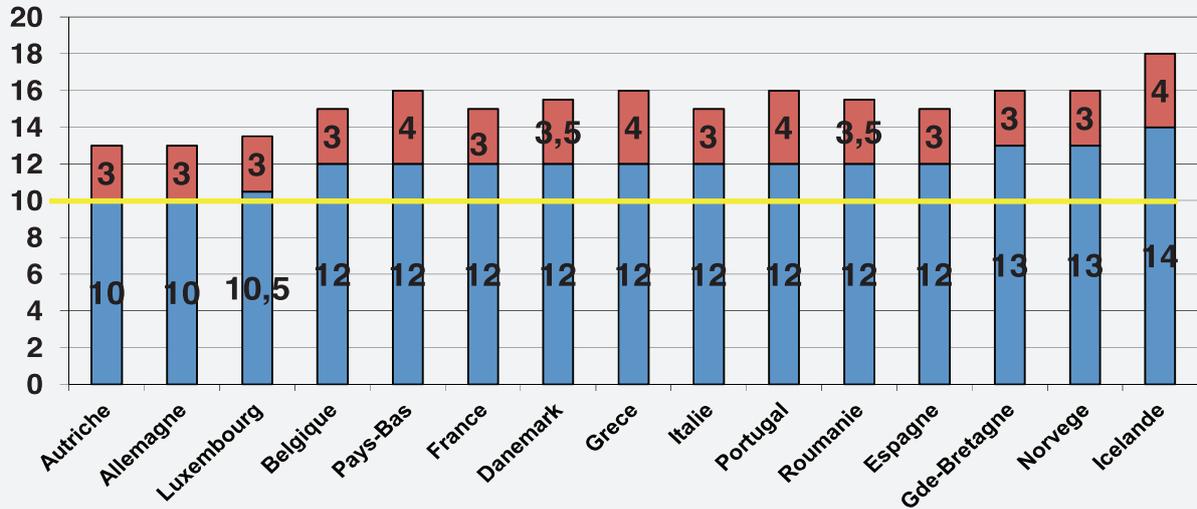
BLEU: nombre d'années d'études primaires+secondaires avant l'entrée

(ligne jaune = minimum EU requis 1977 pour entrée = 10 ans mais réel 10 à 14 ans)

ROUGE : nombre d'années d'études

(minimum EU requis 1977 = 4600 h / 3 ans) (mais réels = 3364 à 6700 en 3 ou 4 ans)

Attention = validité du terme « heure » - d'enseignement / de présence / de travail ?



Adapté de : Liefgen, Torresani (2007) Etude comparative européenne, Association Nationale des Infirmières Luxembourgeoises

Tableau 4 Problématique internationale et nationale :



PROBLEMATIQUE INTERNATIONALE ET NATIONALE

Formation infirmière KUL - Sermeus W. (2010)

Formation infirmière dans 19 pays européens (niveau et durée du premier cycle)

Pays	Formation professionnelle	Premier cycle		2 ^{ème} et 3 ^{ème} cycle
		Haute école	Université	
Islande			Bachelor – 4 années	MA, PhD Msn
Irlande			Bachelor – 3 et 4 années	MA, PhD Msn
Italie			Bachelor – 3 années	MA, PhD Msn
Norvège			Bachelor – 3 années	MA, PhD Msn
Espagne			Bachelor – 3 années	MA, PhD Msn
Suède			Bachelor – 3 années	MA, PhD Msn
Royaume-Uni			Bachelor – 3 années	MA, PhD Msn
Malte			Bachelor – 4 années	
Grèce		Bachelor – 4 années	Bachelor – 4 années	MA, PhD Msn
Portugal		Bachelor – 4 années	Bachelor – 4 années	MA, PhD Msn
Finlande		Bachelor – 3,5 années		MA, PhD Msn
Danemark		Bachelor – 3,5 années		MA, PhD Msn
Suisse	Diplôme – 3 années	Bachelor – 4 années		MA, PhD Msn
Pays-Bas	Diplôme – 3 années	Bachelor – 3 années		MA, PhD Msp ?
Belgique	Diplôme – 3 années	Bachelor – 3 années		MA, PhD Msp or N
Allemagne	Diplôme – 3 années			MA, PhD Msp
France	Diplôme – 3 années	Licence - 3 années (2010)		Msn , pilote en cours PhD
Autriche	Diplôme – 3 années			
Luxembourg	Diplôme – 3 années			

Source: Spitzer en Perrenoud, 2006 – Adapté Y MENGAL 2011



www.RN4CAST.eu

de mieux répartir les matières enseignées ainsi que d'envisager les tronc communs possibles par exemple avec les sages-femmes ou d'autres formations paramédicales.

Actuellement, il manque entre 800 et 1.400 heures de formation quelque soit la filière de formation.

Dans l'enseignement supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles, une année académique comporte au minimum 700 heures et au maximum 1.200 heures. Il n'est dès lors pas possible de répondre aux 4.600 heures minimales exigées par la Commission européenne en moins de 4 ans.

Le respect de la Directive européenne est indispensable. La Fédération Wallonie-Bruxelles devrait s'adapter aux exigences de santé publique si on veut continuer à permettre la libre circulation de nos infirmiers.

Un autre axe fondamental est la poursuite des études de 2ème et de 3ème cycles universitaires en sciences infirmières afin d'assurer la formation d'enseignants compétents aptes à garantir une formation de base de qualité ainsi que la formation d'infirmiers cliniciens spécialisés (Haute Ecole) et la formation de chercheurs, tant en Hautes Ecoles qu'à l'Université.

L'enseignant en soins infirmiers doit avoir une expertise scientifique acquise ; il travaille à la fois comme chargé de cours et complète, si possible, sa charge dans l'enseignement clinique. Un objectif à se fixer serait que tous les enseignants possèdent au minimum un master d'ici 10 à 15 ans ; il faudra également collaborer étroitement avec les Universités pour améliorer notamment l'accès au doctorat.

Il faudra absolument tenir compte de la législation fédérale en matière de santé qui fixe les conditions d'accès et d'exercice des professionnels infirmiers ; il faudra associer le Ministère de la Santé publique fédérale pour toutes concertations, voire décisions.

Voir Graphique 1 et Tableau 4

6.2. Un processus non obligatoire

Par la Déclaration de Bologne du 19 juin 1999, les Accords dits de Bologne correspondent à un processus intergouvernemental et volontaire regroupant actuellement 47 pays d'Europe qui visent à créer une plus grande cohérence, transparence et compatibilité (notamment avec les European Credits Transfert System - ECTS ou crédits transférables et accumulables) au sein de l'Enseignement supérieur européen.

Dans la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'introduction des premiers éléments de la réforme de Bologne est le résultat du décret du 31 mars 2004 dont le titre renvoie explicitement à l'adaptation de l'enseignement supérieur belge au Processus de Bologne. Le décret communautaire constitue, en fait, une réforme en profondeur de l'enseignement supérieur qui dépasse largement l'adaptation au Processus de Bologne.

Il comporte 3 niveaux de diplômes :

- Bachelier ou Bachelor
- Master
- Doctorat

Le système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS) est un système européen de reconnaissance des prestations d'études qui permet également de les transférer et de les accumuler. Centré sur l'étudiant(e), il se base sur le volume de travail qu'il ou elle doit fournir en vue de réaliser les objectifs d'une unité d'enseignement. Ceux-ci sont fixés de préférence sous forme d'acquis de formation (Learning outcomes).

Le volume de travail est exprimé en crédits :

- 1 crédit correspond à un volume de travail de 25 à 30 heures,
- 60 crédits correspondent à 1 année d'études à plein temps,
- à l'Université, 180 crédits sont nécessaires pour obtenir un diplôme de bachelier (de transition) et 90 à 120 crédits supplémentaires pour un diplôme de master,
- en Haute Ecole, 180 à 240 crédits sont nécessaires pour obtenir un diplôme de bachelier professionnalisant (type court) ou 180 crédits pour obtenir un diplôme de bachelier de transition (type long), et 90 à 120 crédits supplémentaires pour un diplôme de master.

Dans un contexte de mondialisation des services et de l'éducation tel que défini par l'Organisation mondiale du commerce - OMC, il est devenu prépondérant de spécifier des indicateurs probants marquant clairement la qualité de la formation des infirmiers afin d'assurer la protection de la population, principalement les patients, dans une perspective croissante de mobilité de main d'oeuvre tant à l'intérieur de la Belgique qu'à l'extérieur de nos frontières.

Dans son document de consultation de la DG Marché Intérieur et Services relatif à la Directive sectorielle 2005/36/CE portant sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, la Commission européenne recommande de maintenir la reconnaissance des qualifications étrangères comme élément fondamental d'un Marché unique. Cela nécessite de soutenir la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles au 21ème siècle, celle-ci étant fondée sur l'éducation et la formation.

C'est pourquoi, pour les 27 Etats membres de l'Union Européenne, attirer des professionnels infirmiers pleinement qualifiés est un facteur réel de croissance déterminant.

7. Différentes filières de formation pour un titre unique ...

7.1. Lien entre l'évolution de la population des étudiants infirmiers et l'attractivité de la profession infirmière

L'Accord de Gouvernement fédéral prévoit des mesures visant à augmenter l'attractivité de la profession infirmière. De ce fait, Madame Onkelinx, Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales a présenté le 28 août 2008 son plan pluriannuel pour améliorer l'attractivité de la profession infirmière. Malgré les difficultés politiques inhérentes à l'absence de Gouvernement, ce plan est progressivement mis en oeuvre par les autorités de Santé Publique. Ce plan d'attractivité prévoit plusieurs mesures déterminées dans quatre axes d'action, à savoir l'allègement de la charge de travail et du stress, les qualifications, la rémunération ainsi que la reconnaissance sociale et l'association à la prise de décision.

L'un des paramètres permettant de mesurer l'impact global de ce plan est l'évolution du nombre d'inscriptions en première année dans les écoles qui forment les futurs infirmiers. Pour ce faire, depuis octobre 2009, afin d'évaluer ce paramètre chaque année, une enquête intitulée «Suivi de l'évolution de la population «étudiants infirmiers» dans les écoles belges» est réalisée par le SPF Santé publique auprès des directions des 78 écoles proposant en Belgique des formations tant pour le bachelier en soins infirmiers que pour le brevet infirmier. L'année académique 2007-2008 est le point de référence. L'évolution du nombre d'inscriptions en 1ère année, du nombre d'étudiants non-résidents et du nombre de réussites en 3ème année ont été évaluées tant au niveau fédéral, que par région, par langue et par type d'enseignement.

Voir tableau 5 et 6

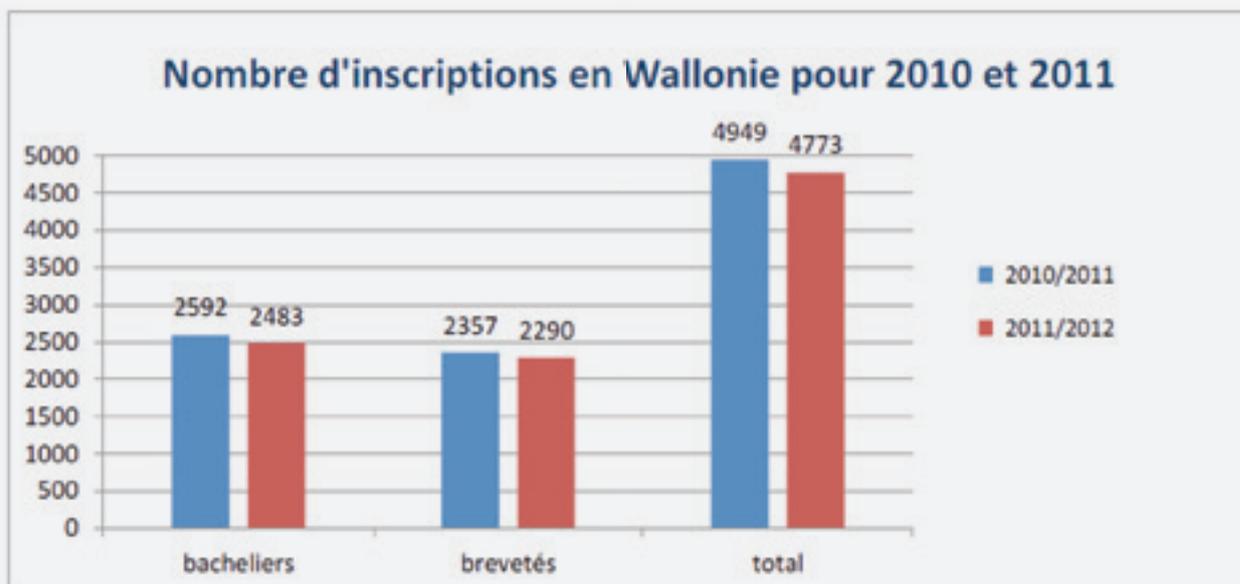
Cette enquête fédérale montre donc pour l'année académique 2011 - 2012 :

- une augmentation de 3.103 inscriptions en 1ère année par rapport à l'année de référence 2007 - 2008 ; soit 34,09% de croissance,
- cette augmentation provient également d'un accroissement considérable des inscriptions d'étudiants non-résidents qui sont passés de 841 à 1767 soit 926 étudiants en plus ce qui représente 210% de croissance...

Si on analyse l'évolution depuis 2007-2008, année de référence, la tendance générale en Flandre et à Bruxelles est une augmentation des inscriptions dans les écoles, à savoir 14,43 % en Flandre et de 15,83 % à Bruxelles. Par contre, elles ont diminuées de 4,46% en Wallonie. A ce titre, l'augmentation des inscriptions est d'actualité pour les 2 types de formation : «les bacheliers et les brevetés» mais elle est plus significative chez les brevetés (12,33%). Pour les bacheliers, elle est de 1,77%.

L'évolution du nombre de diplômés en fin de 3ème année au niveau fédéral pour l'année académique 2010-2011, une augmentation de 13,54% a été constatée par rapport à l'année académique 2009-2010. En analysant l'évolution depuis 2007-2008, année de référence, il est frappant de consta-

Tableau 5 : Nombre d'inscriptions en Wallonie pour 2010 et 2011



d'Alleine B., Croix B., Caillet O., Lardennois M., Plan Infirmier : «Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges.», SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DG1, Cellule Concepts et Organisation des Soins Hospitaliers, Décembre 2011

ter que le nombre de diplômés en 2011 a fortement augmenté à Bruxelles (20,58%) et en Flandre (21,97%). Par contre en regard à cette étude «Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges» de décembre 2011, en Wallonie, la tendance reste à la baisse et le nombre de diplômés a encore légèrement diminué (-0,59 %).

Toutefois, il est à noter que, sur base de la répartition de la population sur le territoire belge, il y a plus d'étudiants inscrits en Wallonie (4.076), pour l'année 2008-2009, qu'en Flandre (4365). A titre indicatif, le nombre d'étudiants à Bruxelles est de 1.295. De plus, en sachant, que nombre d'étudiants en Région bruxelloise suivent les cours en français, il y a plus d'étudiants francophones que néerlandophones. Il en ressort, qu'en Belgique, seulement 49,55% des étudiants inscrits en 1ère année en 2008-2009 ont obtenu un diplôme en 2010-2011. Par contre, pour l'année 2010- 2011, le pourcentage de diplômés le plus élevé se trouve en Flandre avec 60,27% (2.631), suivi de Bruxelles avec 54,98% (712) et enfin la Wallonie avec un taux de 36% (1.481).

Une autre constatation, toujours sur base de l'enquête fédérale est qu'en 2011-2012, la proportion de non-résidents dans les études d'infirmier est de 14,48% en Belgique avec une répartition allant de 28,62% en Wallonie à 1,89% en Flandre. En 2011 – 2012, sur 1767 étudiants non-résidents inscrits en 1ère année, 1002 (soit 56,7%) ont choisi la filière «brevet» alors que 765 choisissent le bachelier (soit 43,3%).

Ce qui est le plus marquant, c'est la répartition inégale des étudiants non-résidents en fonction des Provinces et du type de formation. En effet, c'est dans les Provinces du Luxembourg (49,57% dont 77,97% dans le brevet), de Namur (45,09% dont 60,78% dans le brevet) et du Hainaut (35,80% dont 43,91% dans le brevet) que sont observés les plus hauts taux de non-résidents. L'afflux massif d'étudiants notamment français dans les Provinces limitrophes explique ce nombre très important de non-résidents ainsi que l'attractivité de notre pays pour les études dans le secteur de la santé. Ils évitent ainsi les coûts excessifs du minerval et des études, les années préparatoires et les examens d'admission drastiques qui ont lieu en France.

7.2. Filières de formation infirmière et titre unique

Forts des demandes réitérées depuis plus de trente ans et plus spécifiquement des constats argumentés de ces dernières années provenant, d'une part, des enseignants, des professionnels concernés et des employeurs belges et d'autre part, des autorités belges et européennes, il s'avère inadéquat, en terme de santé publique, mais aussi paradoxalement d'équité

sociale, de maintenir deux filières de formations distinctes, à savoir, l'une dans l'enseignement supérieur de bachelier en soins infirmiers et l'autre dans le quatrième degré de l'enseignement secondaire de brevet infirmier.

Le message des experts de l'Agence d'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles - AEQES à l'issue de leur mission le 13 décembre 2011, comparable à celui de l'OMS, du CII, de l'EFN, de Tuning project est: «Compte tenu des exigences du milieu professionnel, des évolutions technologiques et les perspectives d'élargissement de la «liste d'actes» par le transfert de compétences entre les acteurs de la santé, la formation du «brevet» ne répond pas aux exigences attendues.».

Il faut donc un titre unique d'infirmier, mais il faut peut-être envisager aussi des filières différentes pour y accéder. Il y a de la place pour une «aide» plus qualifiée, mieux formée et répondant aux attentes réelles des secteurs de soins. C'est pourquoi, il faut éviter de (re)créer des possibilités de «sorties» intermédiaires permettant d'amener différents niveaux de fonction qui vont continuer à rendre flou le paysage actuel de la santé.

Quoi que l'on réforme, dans notre secteur des soins de santé, c'est le patient qui est au centre du débat. Dès lors, il faut partir des besoins du patient, les déterminer et y répondre concrètement au chevet de celui-ci. En effet, quelles que soient sa formation initiale ou continuée, ses compétences acquises et ses responsabilités, il reste avant tout un «infirmier» au sens noble du terme. Il est primordial de lui conférer une réelle «identité» professionnelle. Des infirmiers de terrain avec une démarche plus réflexive, chacun occupant une place bien adaptée à ses compétences et connaissances. Pour ce faire, dans le cadre de notre proposition de réforme, le tronc commun de la première année doit être consacré au «patient», bien sûr par l'apprentissage des besoins fondamentaux de l'être humain tout en garantissant un socle solide, commun ou non avec d'autres cursus de santé, associant propédeutique, mise à niveau et approche du monde professionnel. Il faut donner du temps au temps, du temps permettant à l'étudiant progressivement de s'adapter à ce monde nouveau et souvent intrigant.

Par la suite seulement, on pourra aborder une démarche réflexive et scientifique.

Si les masters professionnalisants n'existent pas en tant que tels, ils sont pourtant tous professionnalisants ! L'objectif final est de permettre à ces professionnels «mastérisés» ainsi formés, en Haute Ecole ou à l'Université, de s'épanouir et de fournir les meilleurs soins ou le meilleur management en fonction de leurs compétences acquises. La conceptualisation n'empêche

Tableau 6 : Evaluation du Nombre d'inscriptions, du nombre d'étudiants et du nombre de réussites

Evolution du nombre d'inscriptions en 1^{ère} année, du nombre d'étudiants non-résidents et du nombre de réussites en 3^{ème} année et ce, au niveau fédéral, par région, par langue et par type d'enseignement.

	Inscriptions en 1 ^{ère} année					Réussites en 3 ^{ème} année					étudiants non-résidents				
	Evolution					Evolution					Evolution				
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Belgique	9103	9730	10016	11021	12296	4141	4479	4203	4824	5411	550	1207	1705	1767	1747
		+ 6,8%	+ 6,3%	+ 9,4%	+ 5,9%		+ 8,1%	- 4,8%	+ 13,1%			+ 5,7%	+ 12,7%	+ 9,2%	+ 6,1%
Région															
Flandre	3674	4365	4673	5165	5724	2112	2265	2167	2631	34	25	29	68	100	100
		+ 18,8%	+ 7,3%	+ 9,5%	+ 10,8%		+ 7,2%	- 4,5%	+ 17,6%			+ 16,0%	+ 13,4%	+ 18,8%	+ 0,0%
Wallonie	3603	4076	4036	4149	4773	1514	1620	1430	1481	572	730	838	1407	1346	1346
		+ 11,3%	- 1,2%	+ 2,7%	+ 14,8%		+ 7,3%	- 11,7%	+ 3,4%		+ 17,3%	+ 13,0%	+ 19,1%	+ 4,8%	+ 0,0%
Bruxelles	1276	1290	1309	1307	1799	515	594	606	712	135	129	140	240	293	293
		+ 1,1%	+ 1,5%	- 0,1%	+ 34,7%		+ 15,0%	+ 1,8%	+ 15,6%		- 4,7%	+ 8,0%	+ 11,4%	+ 22,0%	+ 0,0%
Langue															
Néerlandais	4030	4518	4817	5402	5957	2183	2352	2255	2726	34	25	29	68	100	100
		+ 12,1%	+ 6,6%	+ 10,7%	+ 10,2%		+ 7,7%	- 4,5%	+ 17,3%			+ 16,0%	+ 13,8%	+ 17,0%	+ 0,0%
Français	5029	5183	5239	6160	6269	1942	2117	1933	2082	507	564	578	1016	1546	1546
		+ 3,9%	+ 1,1%	+ 15,0%	+ 1,7%		+ 9,0%	- 8,2%	+ 7,4%		+ 10,0%	+ 1,9%	+ 13,4%	+ 34,3%	+ 0,0%
Allemand	44	29	62	19	48	16	10	15	16	0	0	0	0	0	0
		- 34,1%	+ 111,0%	- 47,4%	+ 200,0%		- 37,5%	+ 50,0%	+ 6,7%						
Type d'enseignement															
Bachelier	9087	9276	9595	10486	11526	4254	4397	4483	4999	508	545	602	731	765	765
		+ 2,1%	+ 3,4%	+ 8,5%	+ 9,0%		+ 3,3%	+ 2,3%	+ 12,0%		+ 7,3%	+ 9,3%	+ 17,7%	+ 4,6%	+ 0,0%
Brevet	4216	4454	4421	5735	6070	1887	2082	1820	1924	333	344	405	1034	1082	1082
		+ 5,7%	- 0,7%	+ 22,5%	+ 5,6%		+ 10,3%	- 12,9%	+ 5,4%		+ 3,0%	+ 14,6%	+ 49,2%	+ 4,4%	+ 0,0%

d'Alleine B., Croix B., Caillet O., Lardennois M., Plan Infirmier : «Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges.», SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DG1, Cellule Concepts et Organisation des Soins Hospitaliers, Décembre 2011

pas de rester «soignant». Il faut savoir qui on est et mieux comprendre ce que l'on fait, y compris dans les soins de base...

Nous devons également revoir la notion de passerelle du brevet infirmier vers le bachelier en soins infirmiers. L'existence de la passerelle, organisée dans l'enseignement de promotion sociale pour des infirmiers brevetés en reprises d'études et répartis sur trois années à raison de plus ou moins un jour par semaine, prouve que le titre unique est indispensable. Il faut partir vers des droits acquis, vers la valorisation des acquis de l'expérience - VAE ... et oublier la notion de passerelle telle qu'organisée actuellement. Cependant, par respect pour tous les infirmiers brevetés qui ont repris des études de bachelier en soins infirmiers, nous ne souhaitons pas qu'il y ait d'assimilation directe dans le cadre de la réforme obligée.

L'enseignement de promotion sociale, secteur paramédical dans nos disciplines, s'appuyant sur son expertise dispenseraient notamment les formations d'aides-soignants, et les différentes qualifications professionnelles prioritairement celles qui sont répertoriées dans la liste des qualifications professionnelles particulières ainsi que nombre de formations continuées. Néanmoins, il sera nécessaire de prendre en considération à la fois le maintien des droits acquis par la mise en place de mécanismes adaptés, d'intégrer notamment l'enseignement de promotion sociale dans la réflexion commune (formation continue, passerelle, ...) ainsi que prévoir des mesures transitoires et accroître l'application de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) dans ce secteur tout en respectant les contraintes légales inhérentes à l'enseignement secondaire et supérieur, de plein exercice ou de promotion sociale.

Dans son discours en date du 10 mai 2012 dans le cadre du Congrès annuel de la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique, Madame Laurette Onkelinx, Ministre fédérale ayant en charge la Santé publique et les Affaires sociales tient toutefois à rassurer toutes les personnes qui ont suivi un cursus de formation qui se verrait adapté, voire supprimé : «*les mesures de protection des droits acquis sont la règle et seront d'application ; ces infirmiers n'ont pas de souci à ce faire. Mais il est normal que la formation s'adapte, dans un contexte d'évolution générale des patients, des connaissances et des technologies.*».

8. Qualité et sécurité

La Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales dans son discours à la FNIB du 10 mai 2012 argumente sur le fait : «*Je sais que les instances*

européennes poursuivent leur révision des exigences minimales de formation pour l'infirmier responsable des soins généraux. Les Communautés sont aussi attentives à suivre ce processus. En tant que Ministre de la Santé, je veux assurer que la qualité des soins et la sécurité des patients sont assurées au travers, notamment, des compétences acquises lors de la formation de base, mais aussi au travers de la formation continue. Je soutiens les spécialisations avec le même objectif.».

8.1. Cadastre infirmier et Commission de planification du SPF Santé publique

Sur base du cadastre fédéral annuel des infirmiers belges, le nombre et les exigences seront planifiés selon les besoins réels ; en outre, les compétences des étudiants, des enseignants, des directions concernées des Hautes Ecoles seront évalués par l'Agence pour l'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur de la Fédération Wallonie-Bruxelles tous les 5 à 10 ans.

Pour ce qui concerne le cadastre fédéral des praticiens de l'art infirmier, à ce jour, le recensement des infirmiers par les services du SPF Santé Publique a été actualisé et validé (enregistrement des praticiens). Toutefois, la Commission de planification infirmière du SPF Santé Publique n'est pas encore en mesure de publier le cadastre officiel d'activité des praticiens de l'art infirmier belge.

Les données de 2008 analysées et présentées en 2011 à la Commission de planification se sont avérées erronées. Une nouvelle analyse plus fiable, sur base des données 2010, et en fonction des croisements réalisés avec les données d'activité des prestataires provenant de la Banque Carrefour est en cours de réalisation.

A ce jour, seules des estimations d'activité sur base d'une étude échantillonnée réalisée en 2010 (Enquête MAS) sont disponibles.

Les données et analyses complètes du cadastre fédéral infirmier devraient être disponibles fin 2012. Pour tout renseignement, vous pouvez contacter Madame Aurélie Somer, responsable administrative de la Commission de planification (aurelie.somer@santé.belgique.be) ou Madame Pascale Steinberg (pascale.steinberg@santé.belgique.be), secrétaire de la Commission.

8.2. Cadastre belge des praticiens de l'art infirmier; où en est-on ?

Sur base du recensement 2009 (à partir du numéro de registre national) et des estimations de la Commission Planification SPF Santé Publique, il y

aurait en Belgique 185.000 infirmiers vivants, ce qui donne un ratio de 18 infirmiers par 1000 habitants. Après un ajustement pour les moins de 65 ans (2010), on recense 139.144 infirmiers, ce qui réduit le ratio à près de 14 infirmiers pour 1.000 habitants.

Selon l'enquête MAS 2009-2010 du SPF Santé publique portant sur un échantillon de 2027 infirmiers représentatifs de la population des 139.144 personnes de moins de 65 ans, il y aurait :

- 80% actifs en soins infirmiers,
- 20% non actifs en soins infirmiers, comprenant 49% étrangers et 46% en fonction sociale (milieu carcéral, médecine scolaire, ONE, entreprises,...).

Sur cette base, on estime donc qu'il y a environ 110.000 infirmiers actifs, ce qui fixe provisoirement le ratio à 11 infirmiers actifs pour 1.000 habitants. Ce taux serait un des plus élevés d'Europe ! Toutefois, nous ne disposons pas à ce jour de données efficaces belges portant sur la durée effective de travail par infirmier (nombre de temps plein versus temps partiel).

Par contre, le cadastre fédéral des «aides-soignants» en Belgique est plus précis ; à savoir plus de 70.000 aides-soignants enregistrés à ce jour, soit un ratio de 7 pour 1.000 habitants. On estime que 80% d'aides-soignants travaillent après leur premier diplôme et qu'environ 40% de ceux-ci travaillent à temps partiel.

9. Former à l'«esprit réflexif» et non pas uniquement aux «gestes» ...

Un titre unique d'infirmier est indispensable, mais il ne faut pas se focaliser uniquement que sur les actes infirmiers ou les prestations techniques ; en effet, une profession ne se définit pas que sur les actes réalisés ! Quel que soit son lieu de pratique, l'infirmier doit se hisser dans la hiérarchie par sa réflexion professionnelle.

Une opportunité est la consultation et la prescription infirmière ; à cet effet, le SPF Santé publique a mis en route depuis février 2011 un groupe de travail au sein de la Commission technique de l'art infirmier. Toute prescription imposera que l'infirmier soit formé, compétent et responsable de l'acte prescrit et délégué ; il devra, dès lors, avoir obtenu une formation de niveau master.

Si, petit à petit, on se dirige dans les domaines de la santé vers une collaboration entre les Hautes Ecoles et les Universités par l'entremise ou non de co-diplomation, il faudra inévitablement préparer nos étudiants à une réflexion plus «scientifique» (méthodologie, épidémiologie, sciences humaines, recherche appliquée, management, ...). C'est dans ce contexte et en termes de santé publique qu'il faudrait peut-être rendre l'accès aux études d'infirmier d'emblée plus «sélectionnant» ; et à l'instar d'autres professionnels de santé (kinésithérapeute, ...), le «profil» de l'étudiant devrait dès lors progressivement se modifier.

Prévoir dans ce cas un master plus clinique, plus réflexif, avec plus de cours appliqués et de la «recherche» et ne pas uniquement renforcer la formation initiale ou de base. Prévoir plus de sciences fondamentales dans le tronc commun. Former à «l'esprit» avant de former aux «gestes». Aujourd'hui, même après une 4ème année, il manque toujours cette approche plus conceptuelle, élément central d'une maîtrise.

Les étudiants d'aujourd'hui n'adhèrent pas du tout à la démarche réflexive.

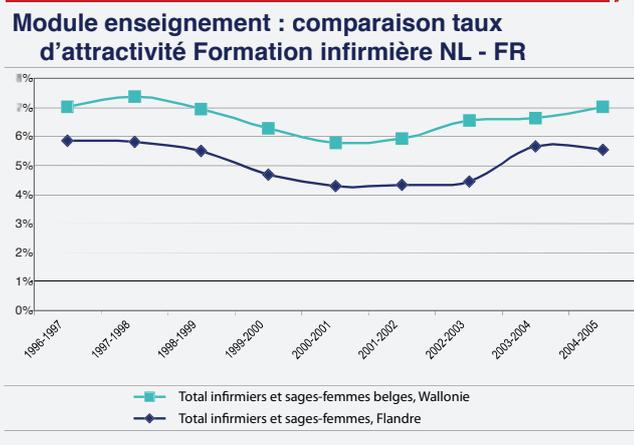
La plupart du temps, c'est lié au fait que les infirmiers de terrain ne fonctionnent pas dans ce type de démarche... Ils sont là pour «soigner les malades», faire des actes, pas pour réfléchir (la représentation mentale actuelle n'est pas correcte). On reproche encore aux étudiants de poser trop de questions ...

10. Pourquoi envisager un master en soins infirmiers de base en quatre ans ?

10.1. Quelques facteurs et arguments qui plaident en faveur d'une maîtrise

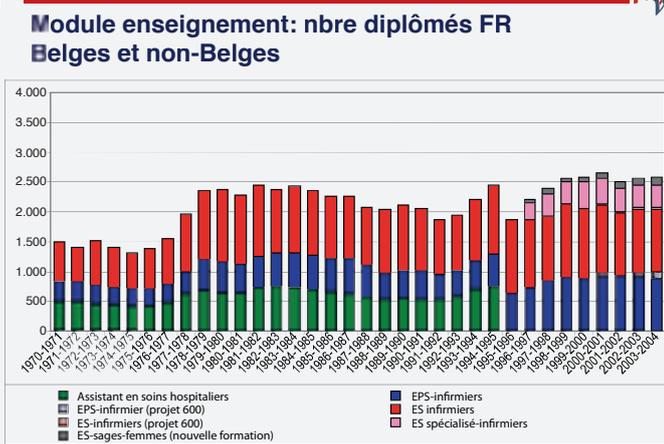
- Afin de répondre aux exigences minimales de la Directive sectorielle 2005/36/CE.
- Des études ont démontré la corrélation entre le niveau de formation et :
 - o l'attractivité des étudiants (jeunes),
 - o la qualité des soins,
 - o la diminution du coût des soins (= investissement).
- Il faut tenir compte des recommandations émises dans le rapport de l'Analyse transversale de l'Agence pour l'évaluation de la qualité dans l'enseignement supérieur – AEQES du 13 décembre 2011 portant sur «Evaluation des cursus BSI, BSF en Fédération Wallonie- Bruxelles».
- L'impact budgétaire de la réforme infirmière relevant de la Santé publique (fédéral) serait faible et surtout progressif.
- Soutien des organisations professionnelles internationales (CII, EFN, SIDJEF).
- Le maintien actuel des deux filières de formation d'infirmier génère confusion et incohérence (interne et externe).

Tableau 7 : Comparaison des taux d'attractivité Formation infirmière NL - FR



J. Pacolet/S. Merckx Groupe de travail Commission de planification Infirmiers 29 janvier 2008

Tableau 8 : Nombre de diplômés FR Belges et non-Belges



J. Pacolet/S. Merckx Groupe de travail Commission de planification Infirmiers 29 janvier 2008

- La croissance et la complexité des soins entraînent :
 - o des responsabilités et compétences nouvelles,
 - o une différenciation des fonctions claires (hospitalières et extra-hospitalières),
 - o la reconnaissance de spécialisations nouvelles (infirmiers cliniciens, infirmiers spécialistes cliniques, infirmiers en pratique avancée, ...),
 - o une délégation des tâches appropriées et hiérarchiques y compris la prescription et la consultation infirmière,
 - o une amélioration du rapport coût-efficacité/bénéfice,
 - o le développement de la recherche en soins infirmiers (itinéraires cliniques, programmes de soins, EBN (Evidence based nursing ou bonne pratique en soins infirmiers basée sur des preuves).
- L'évolution et la modification structurelle des soins entraînent :
 - o des profils de patients différents,
 - o le transfert de l'hôpital vers l'ambulatoire.
- L'accroissement et la complexité des problèmes sociaux, l'apparition de nouveaux besoins et comportements en matière de santé liés à la problématique socio-économique, au phénomène de diversité culturelle, philosophique, ethnique, ...
- Des compétences intellectuelles, relationnelles et organisationnelles

Nous étions en avance il y a 40 ans, nous sommes en recul aujourd'hui...

10.2. Bachelier en soins infirmiers en 4 ans versus master en soins infirmiers en 4 ans

Dans le contexte économique et social actuel, il est plus facile de réformer la formation infirmière en passant de 3 à 4 ans de formation et en délivrant au sortir un bachelier en soins infirmiers.

Cette proposition semble correspondre aux attentes de certains décideurs et pouvoirs organisateurs de l'enseignement supérieur pour des raisons de faisabilité, d'organisation et surtout d'impacts budgétaires. Sur base des chiffres 2012 obtenus de la Commission de planification, section offre infirmière du SPF santé publique, la profession infirmière est forte de plus de 110.000 prestataires actifs sur 140.000 infirmières de moins de 65 ans ; on

aurait des besoins estimés de 2 à 3.000 diplômés par an en regard du vieillissement de la population et de l'évolution inévitable des soins de santé.

Toute réforme de la profession d'infirmier entraîne des répercussions importantes étant donné le nombre de personnes concernées ...

Si nous comprenons aisément qu'il est plus simple financièrement de maintenir la situation actuelle du statut de maître-assistant et de maître de formation pratique, nous sommes persuadés que d'une part, nous aurions, dans un contexte de pénurie médicale et infirmière annoncée, un impact certain sur le nombre à la baisse de nouveaux étudiants entrant chaque année dans cette section et d'autre part, aucune motivation ou reconnaissance pour les enseignants.

Prenons la méthode 'SWOT' pour mieux expliciter sous forme de synthèse les arguments qui plaident en faveur ou non de l'une ou l'autre proposition de réforme.

Tableau 9 : Le Bachelier en soins infirmiers formé en 3 ans... correspond à la situation actuelle

Tableau 10 : Le Bachelier en soins infirmiers formé en 4 ans... correspond à une situation possible

Tableau 11 : Le Master en soins infirmiers formé en 4 ans... correspond à la situation souhaitée

11. Comment intégrer dans notre réforme le master en sciences infirmières tel que proposé par le CGHE

11.1. Avis du Conseil Général des Hautes Ecoles portant sur la programmation de masters

Dans son avis n°102 du 29 mars 2012 relatif aux créations et ouvertures de section, le Conseil Général des Hautes Ecoles – CGHE écrit : «*Le contexte européen oblige, à court terme, de revoir le volume des formations paramédicales ; en outre, il est question de la création d'une école de santé*».

Tableau 9 : Le Bachelier en soins infirmiers formé en '3 ans' ... correspond à la situation actuelle

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> > Cursus de bachelier professionnalisant en 3 ans > Coût des études réduit dans un contexte de crise économique > Offre d'emploi accrue et diversifiée > Reconnaissance de la profession par la population > Augmentation massive du nombre d'étudiants en BSI depuis plusieurs années > Large panel de spécialisations post-base 	<ul style="list-style-type: none"> > Encadrement actuel des étudiants en stage tant par enseignant que par professionnel est difficile > BSI professionnalisant impose passerelle (30 à 60 ECTS) pour accès à l'Université > ↗ attractivité par rapport au brevet > Peu d'ouverture à une dimension européenne ou internationale > Charge de travail de l'étudiant(e) excessive et non équilibrée > Pas ou peu de recherche clinique appliquée > Peu ou pas de flexibilité pour l'étudiant
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> > Application des référentiels de compétence > Accès facile à la vie professionnelle (pas de numéris clausus, pas d'examen d'entrée, pas quota à l'entrée et à la sortie, ...) > Aide à la réussite (propédeutique en début de cursus, accès à l'année suivante moyennant la réussite de 48 / 60 ECTS) > Accès en Haute Ecole ou en Promotion sociale (possibilité d'étalement, de VAE, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> > Déséquilibre entre ressources matérielles et pédagogiques disponibles (rapport nombre d'étudiants par professeur, ...) > Offre limitée des lieux de stages et risque de concurrence «déloyale» brevet / BSI > Ne répond pas aux exigences de la Directive sectorielle 2005/36/CE (12 ans de base, 3 ans ou 4600 heures dont minimum 2.300 'Pratique' et de minimum 1/3 'Théorie') > Démotivation si pas de changement ... durable ! > Niveaux de formation des enseignants différents

Tableau 10 : Le Bachelier en soins infirmiers formé en '4 ans' ... correspond une situation possible

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> > Approche par compétence en interdisciplinarité > ↗ attractivité et peut-être le profil à l'entrée des étudiants > Adéquation formation et attentes des compétences professionnelles du terrain > ↘ échec, allègement et «ballon d'oxygène» > Coûte moins cher que la mastérisation > Répond aux exigences de la Directive sectorielle 2005/36/CE (12 ans de base, 3 ans et 4600 heures dont minimum 2.300 heures 'Pratique' et 1/3 'Théorie') 	<ul style="list-style-type: none"> > Allongement de la durée de formation pour un salaire identique ... > Encadrement actuel des étudiants en stage tant par enseignant que par professionnel est difficile > Inadéquation entre reconnaissance académique et réalité professionnelle > niveau 6 de BSI, impose toujours une passerelle vers l'Université ... > ↘ attractivité par rapport au master > Où se situent les spécialisations ? Les Cadres de santé ? La clinicienne ?
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> > Possibilité d'instaurer un tronc commun SI & SF au moins en 1ère année > Met davantage accent sur l'étudiant > Concrétise les concepts d'acquis d'apprentissage et parcours + flexibles > Application des référentiels de compétence > Consolide l'acquisition d'une pratique réflexive > Apprentissage progressif et confrontation réelle > Favorise l'intégration dans la vie professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> > Impose une réelle stratégie de changement > Offre limitée des lieux de stages > Concurrence «déloyale» si maintient des deux filières de formation infirmière > Coût supplémentaire pour les étudiants > Si encadrement insuffisant, il y a un risque d'autoformation ... sans guide pédagogique > Risque de discrimination au sein des cursus paramédicaux

En effet, une réflexion autour d'un master générique dans la catégorie paramédicale s'était dégagée suite aux délibérations concernant les demandes de créations de masters orphelins introduites dans le cadre des nouvelles programmations.

Les trois idées principales de cette réflexion sont les suivantes :

1. «la création d'un master accessible aux différents bacheliers de la catégorie paramédicale participerait à l'amélioration des soins;
2. la possibilité de permettre aux bacheliers de la catégorie paramédicale qui le désirent d'atteindre les compétences spécifiques du niveau 7 du CEC (recherche et management) ;
3. ce master générique de 120 crédits disposerait d'un tronc commun et se déclinerait en finalités dans lesquelles les expertises cliniques spécifiques d'une section à l'autre seraient abordées».

En sa séance du 15 juin 2012, le CGHE confirme et soutient l'avis favorable du Conseil supérieur paramédical portant notamment sur la création de deux masters :

- Un master orphelin en sciences infirmières et sages-femmes – SI-SF.

Remarques :

«Les spécificités d'un master SI-SF en Haute Ecole seraient axées essentiellement sur le développement de pratiques avancées. Dès lors, il se démarquerait de la formation proposée par les Universités».

«La formation de SF étant assez proche en termes de GHM (ndlr grille horaire minimum) les premières années d'études SI, ces 2 formations pourraient faire l'objet dans un premier temps d'une réflexion commune. Il s'agirait d'étudier la faisabilité d'un master générique à finalité SI-SF. Actuellement, le BSI est dispensé en 3 ans et le BSF en 4 ans.»

- Un master orphelin paramédical.

Remarque :

Dans un premier temps, il est envisagé de prendre en compte séparément le master orphelin en sciences de l'ergothérapie et de l'activité humaine ainsi que le master orphelin en sciences de la diététique. Nous n'envisagerons volontairement aucune réflexion sur ces dossiers dans ce présent rapport.

Il est décidé en séance du CGHE de :

«postposer ces demandes à 2013-2014 et de créer, tous réseaux confondus, une commission issue du CGHE et regroupant des représentants de toutes

les Hautes Ecoles concernées par la problématique de l'ouverture d'un master orphelin de la catégorie paramédicale.

Le travail d'élaboration d'un master générique doit être chapeauté par le Conseil général qui demandera au Conseil supérieur paramédical de piloter la réflexion déjà entamée au sein de certaines institutions.

Ce master générique en sciences paramédicales pourrait comporter un tronc commun et différentes finalités correspondant aux cursus de bacheliers professionnalisants concernés dans la catégorie. Son organisation devrait faire l'objet de collaborations interrégionales dans chaque zone de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La réflexion devrait aboutir fin 2012. Ce dossier devrait être traité par le Conseil supérieur paramédical de novembre afin de remettre un avis au CGHE de décembre 2012, et ce, dans la perspective d'une entrée en vigueur en septembre 2013.»

11.2. Création du master en sciences infirmières et sages-femmes

11.2.1. Convergence avec la réforme proposée par la FNIB

En synthèse, la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique est en adéquation avec la plupart des arguments émis dans la proposition 2012 de la Haute Ecole Leonard de Vinci (Catégorie paramédicale, implantation ISEI) portant sur la programmation d'un nouveau master générique en sciences infirmières.

C'est notamment le cas pour leur conclusion : *«En réponse aux avancées scientifiques, à l'évolution de la médecine et de la profession infirmière ainsi qu'à la nouvelle réalité hospitalière et extrahospitalière, les infirmières de la Fédération Wallonie-Bruxelles doivent rejoindre le mouvement international qui converge vers l'émergence des nouvelles fonctions infirmières».*

Dans cette optique, la FNIB contribue largement au développement de la pratique avancée et de la clinique infirmière en Belgique. Elle collabore étroitement avec la Suisse, la France, le Luxembourg et le Canada et a organisé plusieurs Congrès internationaux portant sur cette thématique, notamment en 2005 et plus récemment les 16 et 17 décembre 2011 à Bruxelles.

11.2.2. Divergence avec la réforme proposée par la FNIB

Nous reprenons les arguments suivants de la proposition de programmation d'un master en sciences infirmières de la Haute Ecole Leonard de Vinci,

Tableau 11 : Le Master en soins infirmiers formé en '4 ans' ... correspond à la situation souhaitée

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> > Approche pédagogique par compétence > ↗ attractivité et profil à l'entrée différent des étudiants > Adéquation formation spécialisée et attentes des compétences professionnelles du terrain > ↘ échec, allègement et «ballon d'oxygène» > ↗ niveau 7, valorisation, co-diplomation, visibilité > Répond aux exigences de la Directive sectorielle 2005/36/CE (12 ans de base, 3 ans et 4600 heures dont minimum 2.300 heures 'Pratique' et 1/3 'Théorie') 	<ul style="list-style-type: none"> > Allongement de la durée de formation > Inadéquation possible entre reconnaissance académique et réalité professionnelle > Risque de déléguer beaucoup de soins à des moins qualifiés > Santé publique à deux vitesses > Difficulté de reconnaissance par la Santé publique fédérale car concerne beaucoup de personnes potentielles
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> > Possibilité d'instaurer le concept d'interprofessionnalité en 1ère année (ex: BSI &BSF) > Permet une conceptualisation et prépare des professionnels réflexifs, innovateurs, chercheurs, responsables, autonomes ayant un esprit critique > Accès direct aux formations universitaires > Consolide l'acquisition d'une pratique réflexive > ↗ de la recherche clinique appliquée > Favorise l'intégration dans la vie professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> > Impose un niveau minimum de master et, en principe, de doctorat pour enseigner > Risque de «pénurie» de professeurs > ↗ des salaires des enseignants > Impose une réelle stratégie de changement > Coût supplémentaire pour les étudiants > Si encadrement insuffisant ou absent, il y a un risque d'autoformation ... sans guide

site ISEI : «Les infirmières experts en pratique avancée exerceront leur art dans les secteurs hospitaliers de soins aigus (soins intensifs, urgences, néonatalogie, ...), de soins chroniques (clinique de la douleur, du cancer, diabétologie, soins palliatifs, ...) ou spécialisés (pédiatrie, personnes âgées, chirurgie cardiaque, neurologie...).».

Force est de constater qu'il semble qu'il y ait confusion dans les termes utilisés et dans les pratiques envisagées. En effet, les spécialisations infirmières post-base en 4ème année de plein exercice existent depuis plus de 25 ans pour certaines et depuis quelques années pour les plus récentes. Elles sont pour partie reconnues par l'obtention d'un Titre professionnel particulier (TPP) ou d'une Qualification professionnelle particulière (QPP) qui sont délivrés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Sous les termes «pratique avancée», «infirmière clinicienne» et «infirmière spécialiste clinique», on mélange souvent les champs de compétences ainsi que les limites légales ...

Afin de faciliter la compréhension de ces rôles émergents, et pour guider leur expansion, le Réseau international des infirmières spécialisées et des pratiques avancées du Conseil International des Infirmières – CII – a formellement adopté en 2002 la définition de la pratique avancée en soins infirmiers dans sa version intégrale comme suit :

«Une infirmière spécialiste/experte est une infirmière diplômée (d'Etat) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée».

En 2009, ce même Réseau international du CII clarifie la situation des infirmières spécialistes et infirmières expertes :

«L'expertise, la formation et les aptitudes associées à ces rôles sont divers et dépendent du contexte. Une large gamme de dénominations est utilisée de par le monde pour définir les pratiques avancées (PIA) : infirmière familiale, infirmière pour adultes, infirmières de soins de base, infirmière obstétricienne, infirmière spécialiste des soins cliniques, infirmière anesthésiste, infirmière de soins communautaires, infirmière spécialiste en gynécologie. Les pratiques avancées comprennent également les infirmières en pédiatrie, en gériatrie, en soins intensifs et soins aigus.».

Définition et caractéristiques

Nous reprenons, dans notre argumentaire, la position officielle du Conseil International des Infirmières (CII 2002) portant sur les caractéristiques ainsi que sur les rôles actuels et potentiels au niveau mondial. Cependant, ces indications sont entendues comme des caractéristiques à atteindre avant le développement des rôles, mais ne reflètent pas nécessairement l'état actuel de la situation de tous les pays où les infirmiers experts et spécialistes exercent leur profession.

Formation :

- formation académique de haut niveau,
- reconnaissance formelle des programmes de formation aux fonctions d'infirmiers experts / spécialisés, fonction accréditées ou approuvées,
- procédure formelle de reconnaissance des diplômes, d'inscription à un registre professionnel, de certification et d'accréditation.

Nature de la pratique :

- intègre la recherche, la formation, la pratique et la gestion,
- degré élevé d'autonomie professionnelle, exercice indépendant de la profession,
- gestion du travail et de sa propre charge de travail,
- grandes aptitudes à l'évaluation des situations de santé et à l'établissement de diagnostics, capacités décisionnelles,
- compétences cliniques étendues, et reconnues comme telles,
- services consultatifs à d'autres fournisseurs de soins de santé,
- planification, mise en place et évaluation de programmes,
- l'infirmière s'est imposée comme interlocutrice de premier recours auprès des clients (patients).

Mécanismes régulatoires – la pratique des infirmières expertes / spécialisées est tributaire de normes nationales :

- droit d'établir un diagnostic,
- autorité pour la prescription de médicaments,
- autorité pour la prescription de traitements,
- autorité pour diriger les clients (patients) vers d'autres praticiens,
- autorité pour faire admettre des patients à l'hôpital,
- une législation appropriée décerne et protège les titres d'infirmière experte/spécialiste,
- des titres officiels sont décernés aux infirmières qui assument des fonctions avancées.

Normes et réglementation

Des normes, une réglementation et une législation adéquates étayent la progression des pratiques avancées de par le monde. Etant donné que nombre d'infirmiers experts ou spécialisés cherchent un emploi et sont disposés à offrir leurs services dans d'autres pays, il faut que s'imposent la transparence et la cohérence dans les procédures d'accréditation des infirmiers et des programmes de formation.

En conclusion de ce chapitre, nous pouvons dire que nous sommes prêts en Belgique à répondre à toutes ces caractéristiques et réglementations. En effet, notre système fédéral de la Santé publique qui offre au travers de plusieurs organismes officiels (Conseil National de l'Art Infirmier, Commission technique de l'Art infirmier, Commission d'agrément, ...) offre des garanties et critères sur la réglementation infirmière, l'accès à et l'exercice de la profession, l'application des normes, l'application de la liste d'actes et des prestations infirmières, ...

Nous devons encore améliorer certains secteurs tels que la consultation et la prescription infirmière, la mise en adéquation des actes en lien avec l'évolution des programmes de soins et des pratiques avancées, la différenciation claire et univoque des fonctions ainsi que la mise sur pied d'un Ordre infirmier ayant en charge le respect déontologique et éthique de la profession.

Soit un concept subdivisé en 3 éléments :



Un concept unitaire:

Un dénominateur commun: développement de l'expertise infirmière à partir du cœur de métier.

Voir tableau 12

Les pratiques avancées en soins infirmiers ne doivent pas être associées uniquement à la substitution d'infirmière pour assumer des fonctions des médecins. On ne peut qualifier une pratique infirmière d'avancée à la seule constatation qu'elle réalise des actes relevant jusqu'alors d'une prérogative exclusivement médicale.

Les infirmières de pratiques avancées ne font pas mieux que les médecins et ne font pas moins bien que les médecins ; elles font simplement autre-

ment. De ce fait, il ne doit pas exister de concurrence et il faut éviter toute comparaison.

La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique pense qu'il serait vraiment souhaitable de refondre la proposition de programmation du master en sciences infirmières dans notre réforme globale infirmière en y intégrant toutes les spécialisations infirmières, agréées ou non, y compris les cadres de santé dans la deuxième année du master tel que proposé. Cela répondrait assurément aux attentes des professionnels, employeurs et simplifierait l'intégration de la réforme dans les Hautes Ecoles.

Ci-dessous, voici la liste des titres et qualifications professionnels particuliers officiels :

AR 27 septembre 2006 – MB 24 octobre 2006, article 1^{er} : La liste des titres professionnels particuliers pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers s'établit comme suit :

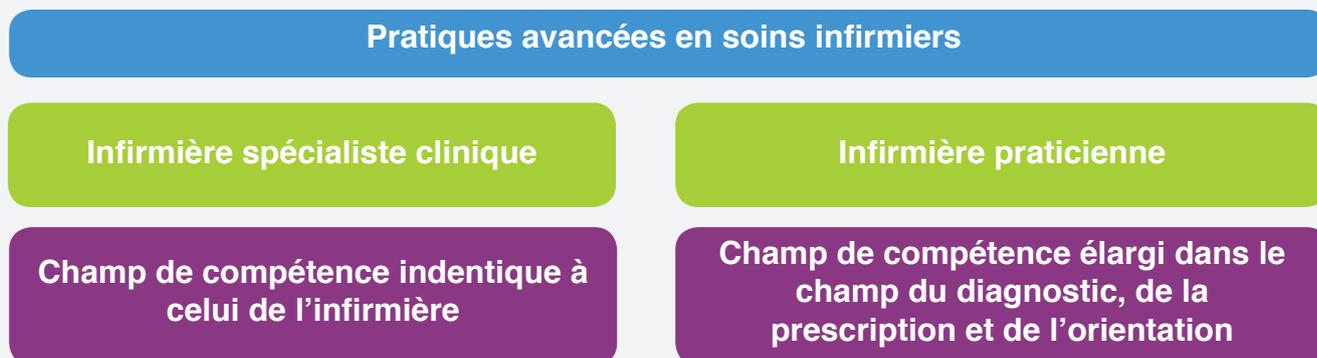
- infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie,
- infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie,
- infirmier spécialisé en santé publique,
- infirmier spécialisé en gériatrie,
- infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence,
- infirmier spécialisé en oncologie,
- infirmier spécialisé en imagerie médicale,
- infirmier spécialisé en stomathérapie et soins de plaies,
- infirmier spécialisé en assistance opératoire et instrumentation,
- infirmier spécialisé comme perfusionniste,
- infirmier spécialisé en anesthésie.

AR 27 septembre 2006 – MB 24 octobre 2006, article 2 : La liste des qualifications professionnelles particulières pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué, de bachelier en soins infirmiers, les titulaires du diplôme de verpleegkunde «graduataat» et les titulaires du brevet infirmier ou titre d'infirmier s'établit comme suit :

- infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie,
- infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie,
- infirmier ayant une expertise particulière en soins de plaies,
- infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs,
- infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie,
- infirmière ayant une expertise particulière en évaluation et traitement de la douleur.

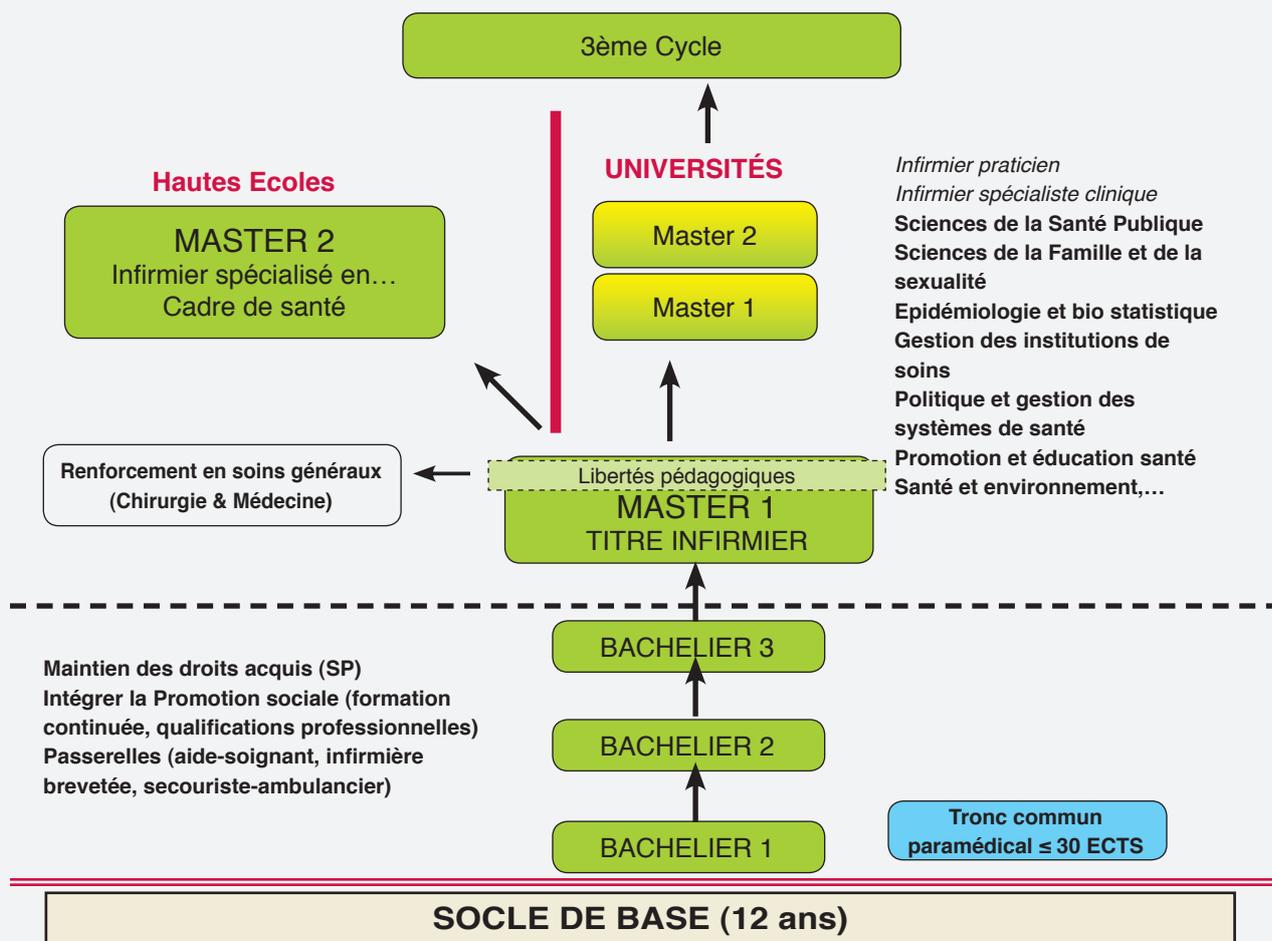
Toutes les spécialisations infirmières existantes ou à venir y compris les cadres de santé devraient être organisées dans un 2^{ème} cycle (Master 2 – 60 ECTS) en Hautes Ecoles afin de garantir la finalité professionnalisante de ces formations en lien direct avec les secteurs de la santé concernés.

Tableau 12



Repris de Christophe Debout in «Former des infirmières de pratiques avancées pour contribuer à relever les défis de santé publique», XI^{ème} Congrès européen des infirmières cliniciennes & des infirmières spécialistes clinique, Bruxelles, le 16 décembre 2011.

Tableau 13 : Le schéma suivant synthétise toute notre réflexion :



Au terme de sa quatrième année de formation organisée en master 1, l’infirmier recevra un renforcement en soins généraux dans les disciplines médicales et chirurgicales ce qui tient compte de l’évolution des soins. Dès lors, il obtiendra le titre de master en soins Infirmiers (Cadre Européen de Certification 7). Cela renforcerait les compétences et la polyvalence de base des infirmiers en soins généraux et cela répondrait aux besoins des différents secteurs de soins de santé.

L’infirmier aura également la possibilité de poursuivre son cursus à l’Université en accédant directement (c’est-à-dire sans passerelle ou année préparatoire) au niveau master 1 universitaire dans une des options existantes ou à venir. Au sortir du deuxième cycle universitaire (Master 120 ECTS – CEC niveau 7), le professionnel aura accès au troisième cycle (Doctorat > 180 ECTS - CEC niveau 8).

12. Conclusion

Par ce rapport étoffé mais non exhaustif, la FNIB souhaite amener sur la table de négociations des instances officielles un dossier circonstancié, documenté, réaliste et responsable prônant la nécessité d’un titre unique d’infirmier de niveau master.

C’est pourquoi, la FNIB prône que cette réforme en profondeur soit solidaire de toutes les personnes impliquées et tienne compte de toutes les contraintes inhérentes à un changement structurel indispensable.

Voir tableau 13

13. Références bibliographiques

Accès direct à la proposition de Directive 2005/36/EC modernisée en français :

http://ec.europa.eu/education/lifelong-learningpolicy/doc28_fr.htm

Cette étude, réalisée par GBP, a été publiée en octobre 2011.

Pour de plus amples informations, voir :

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0367:FIN:fr:PDF>

ACN, «La formation en soins infirmiers : nos propositions», Edition spéciale, Info Nursing, hors série, Bruxelles, Décembre 2011. A

EQES, «Evaluation des cursus soins infirmiers, sage-femme et soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier en Fédération Wallonie-Bruxelles», Analyse transversale, rapport de l'Agence pour l'Evaluation de la Qualité de l'Enseignement supérieur, Fédération Wallonie- Bruxelles, le 13 décembre 2011.

Brotchi J., Bertiaux F., Coster-Bauchau S., «Proposition de Résolution relative à une clarification des filières menant au diplôme en soins infirmiers», in «L'Art infirmier : vers un titre unique en Communauté française ?», Bruxelles, le 6 avril 2011.

CGHE, «Avis n°102 du 29 mars 2012 relatif aux créations et ouvertures de section», Conseil Général des Hautes Ecoles, DGENORS, Fédération Wallonie-Bruxelles, mars 2012.

CII, «Classification internationale de la pratique infirmière (ICNP)», Fiche d'information, Conseil International des Infirmières, Genève, 2009.

CII, «Les soins infirmiers, c'est important ; infirmière spécialiste et infirmière experte : définition et caractéristiques», Fiche d'information, Conseil International des Infirmières, Genève, 2009.

CNEH, «Avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins», SPF Santé publique, Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Bruxelles, le 11 juin 2009.

CNEH, «Projet d'avis relatif à la classification et la différenciation des fonctions en art infirmier», Groupe de travail «différenciation de fonctions», Conseil National des Etablissements Hospitaliers, le 23 janvier 2012.

Commission européenne, «Moderniser la Directive sur les qualifications professionnelles», Livre vert, COM(2011) 367 final, Bruxelles, le 22 juin 2011.

Commission européenne, «Survey on the training of General care nurses in the European Union», Background document for the discussion of the Commission's legislative proposal to modernize the minimum requirements for general care nurse trainings, June 2012.

Commission Européenne, «Investir dans le personnel de santé de demain en Europe» : possibilités d'innovation et de coopération, Conférence ministérielle, Dolce, La Hulpe, Belgique, les 9-10 septembre 2010.

Communication de la Commission «Europe 2020 — Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive», COM(2010) 2020 du 3.3.2010.

Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions: «L'Acte pour le marché unique. Douze leviers pour stimuler la croissance et renforcer la confiance. «Ensemble pour une nouvelle croissance»» – COM(2011) 206, SEC(2011) 467.

Communication de la Commission européenne «Livre vert – Moderniser la directive sur les qualifications professionnelles» – COM(2011) 367 final du 22.6.2011.

d'Alleine B., Croix B., Caillet O., Lardennois M., Plan Infirmier : «Suivi de l'évolution de la population des étudiants infirmiers dans les écoles belges.», SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Envi-

ronnement, DG1, Cellule Concepts et Organisation des Soins Hospitaliers, Décembre 2011.

De Raeve P., «Nurses' Voice in the EU Policy process»; European Federation of Nurses Associations - EFN, Editions Kluwer, a Wolters kluwer business, 11/2011.

Debout C ; «Former des infirmières de pratiques avancées pour contribuer à relever les défis de santé publique», XIème Congrès européen des infirmières cliniciennes & des infirmières spécialistes clinique, Bruxelles, le 16 décembre 2011.

Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (JO L 225 du 30.9.2005, p. 22).

EFN, «EFN briefing note recent developments on the modernisation of the Professional Qualifications Directive», European Federation of Nurses Associations, Brussels, le 13 April 2012.

EFN, «EFN members'experiences report on Directive 2005/36/EC, Bruxelles, 2011.

EFN, «The impact of the financial crisis on nurses and nursing», Caring in crisis, A comparative overview of 34 European countries, European Federation of Nurses Associations, Brussels, January 2012.

European Commission, «Directive 2005/36/EC : Everything you need to know about the recognition of professional qualifications», 66 answers, User guide, Brussels, March 2011.

FIH, «Compte rendu de la réunion du groupe de travail «Formation infirmière et différenciation de fonction», Fédération des Institutions Hospitalières, Erpent, le 9 juin 2011.

FINE, «Response to the Consultation Paper by DG Internal Market and services on the Professional Qualification Directive», European Federation of Nurse Educators, 2011.

FNIB, «Congrès annuel FNIB 2012 : discours de Madame la Ministre Laurette Onkelinx», Agora, Le journal de l'infirmier(e), n°8, Publied Belgique, juillet-septembre 2012.

FNIB, «Vers un titre unique d'infirmière en Communauté française», Communiqué de presse, Fédération Nationale des Infirmières de Belgique, Bruxelles, le 16 juin 2011.

HELVI, «Création d'un master en sciences infirmières», Enseignement supérieur, dossier de programmation destiné au CGHE, Haute Ecole Leonard de Vinci, Bruxelles, 2012.

Héroult J., Lothaire T., orateurs, «L'approche pédagogique par compétences en Belgique», organisé dans le cadre des 20 ans de l'Institut en Soins Infirmiers Supérieur – ISIS, Saint-Raphaël, France, le 25 juin 2010.

Héroult J., Lothaire T., orateurs, «L'AR du 21 avril 2007 – Etat des lieux et extension de la liste des prestations techniques et des actes médicaux confiés», Congrès FNIB, CHU Ambroise Paré, le 16 octobre 2007.

Kerouac S., «Cartographie de la formation infirmière dans la francophonie», Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'Université, ACN, Belgique, le 25 mai 2011.

Le processus de Bologne a été lancé en 1999 afin d'améliorer la comparabilité, la compatibilité et la cohérence des systèmes d'enseignement supérieur en Europe. Pour de plus amples informations, voir : <http://www.ehea.info/> (en anglais).

Lothaire T., «Titre unique en soins infirmiers», Actualités professionnelles et règles de bonnes pratiques, Congrès FNIB 2012, Cercle de Wallonie, Namur, le 10 mai 2012.

Lothaire T., auteur du chapitre 4 «Secteurs d'emploi du personnel infirmier», in Partie pratique, Memento de l'Art infirmier 2009-2010, Wolters Kluwer Belgium, Bruxelles, D/2009, pp. 201-242.

Lothaire T., auteur du chapitre 4 «Thématique particulière : La redistribution des tâches à des infirmiers - Secteurs d'emploi du personnel infirmier», in Partie pratique, Memento de l'Art infirmier 2008-2009, Wolters Kluwer Belgium, Bruxelles, D/2008, pp. 265-330.

Lothaire T., expert invité «Processus de Bologne, formation et soins infirmiers», Ecole de santé publique, ULB, CAPAES, 22 avril 2009.

Lothaire T., Mengal Y., co-auteurs, «Santé publique et soins infirmiers en Europe : stratégies et perspectives pour le 21ème siècle» ; livre édité in Collection «Soins infirmiers – La pratique», Editions Kluwer - Wolters Kluwer Editorial SA, Bruxelles, D/2001, 275 pages.

Lothaire T., Mengal Y., orateurs, «Bologna process ... and nursing», délégation du Royal College of Nursing – Royaume-Unis, Hôtel le Dôme, Bruxelles, le 21 septembre 2010.

Lothaire T., orateur, «Nouveaux titres, qualifications et actes infirmiers : implications pour les soins à domicile ...», colloques organisés par Convatec, Liège le 15 mai 2008, Charleroi le 20 mai 2008, Tournai le 22 mai 2008, Nivelles le 27 mai 2008 et Mons le 29 mai 2008.

Lothaire T., orateur, «Perspectives belges en matière de formation», Congrès FNIB, «L'infirmière d'hier, aujourd'hui et demain», Mons, le 24 avril 2009.

Lothaire T., orateur, «Pratique avancée de l'infirmier et responsabilités étendues – L'évolution de la législation belge et l'impact sur la formation générale et spécialisée», Congrès international FNIB, Campus ULB Erasme, Bruxelles, le 27 novembre 2008.

Lothaire T., Stuckens D., orateurs, «Réflexion sur la profession infirmière», CHR de Namur, le 12 mai 2009.

Mengal Y., Lothaire T., «Appui à la mise en place d'un Master en soins infirmiers et obstétricaux», Projet 5, Mission Wallonie-Bruxelles International, Rapport des experts belges, Université d'Abomey-Calavi, INMeS, Cotonou, Bénin, 30 avril 2012.

Ordem dos Enfermeiros, «Strategic plan for nursing education 2008-2012», Lisbon, Portugal, May 2009.

Parlement de la Communauté française, Commission de l'Enseignement supérieur, Session 2010- 2011, CRlc N°94-Ens. Sup. 13, Compte rendu intégral, Bruxelles, séance du 26 avril 2011.

Rapport 2010 sur la citoyenneté de l'Union: lever les obstacles à l'exercice des droits des citoyens de l'Union, COM(2010) 603 du 27.10.2010.

Royaume de Belgique, Représentation permanente de la Belgique près l'Union européenne, Mise en demeure complémentaire, infraction n°2008/2118, Non respect du droit communautaire en ce qui concerne les infirmiers en soins généraux – Directive 2005/36/CE, Bruxelles, le 26 novembre 2009.

Sermeus W., «La formation infirmière : les enjeux en Belgique», Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'Université, ACN, Belgique, le 25 mai 2011.

SIDIIEF, «La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé», Mémoire, Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'espace francophone, adopté le 26 mai 2011.

Skills supply and demand in Europe: medium-term forecast up to 2020 [Offre et demande de compétences en Europe: prévisions à moyen terme jusqu'à 2020] (2010), disponible à l'adresse: http://www.cedefop.europa.eu/en/Files/3052_en.pdf.

Spetz J., «Le chômage et le sous-emploi des infirmières», Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers, conseil international des Infirmières, Genève, 2011.

VVU, «La différenciation de fonctions dans les soins infirmiers», Vlaamse Verpleegunie, 2010.



FNIB Fédération Nationale des Infirmier(e)s de Belgique
NFBV Nationale Federatie van Belgische Verpleegkundigen
(Association Sans But Lucratif / Numéro d'entreprise : 425685290)
Siège Social: Rue de la Source, 18 - 1060 Bruxelles

www.fnib.be

Bruxelles, le 22 août 2012

Bienvenue au **CHIREC**

Nous recherchons



STE-ANNE ST-REMI

- infirmiers pour les services de médecine , de chirurgie et labo du sommeil,
- infirmiers bacheliers siamu pour les services de soins intensifs et d'urgences,
- infirmiers pour le quartier opératoire,
- infirmier bachelier pédiatrique pour l'hôpital de jour chirurgical,
- infirmiers pour la stérilisation centrale,
- sage - femmes maternité,
- infirmier bachelier en oncologie pour l'hôpital de jour,
- infirmier bachelier chef d'unité pour un service médico-chirurgical, diplôme de cadre ou master,
- infirmier bachelier siamu chef d'unité pour le service des urgences, diplôme de cadre ou master.

BRAINE-L'ALLEUD

- infirmier bachelier siamu pour le service des urgences,
- infirmier pour la stérilisation centrale,
- infirmiers pour le service de gériatrie, titre ou qualification en gériatrie,
- infirmiers pour les services de chirurgie.

EDITH CAVELL

- infirmiers bacheliers siamu pour le service des urgences,
- infirmier bachelier chef d'unité, pour un service médico chirurgical, d'oncologie, diplôme de cadre ou master et titre professionnel en oncologie.

BASILIQUE

- infirmier bachelier pédiatrique pour l'hôpital de jour.

PARC LÉOPOLD

- infirmiers pour les services de médecine et de chirurgie,
- infirmiers pour le quartier opératoire,
- infirmiers pour le service de gériatrie , titre ou qualification en gériatrie.

INTÉRESSÉ(E) ?



Adressez votre candidature accompagnée de votre CV et lettre de motivation



Isabelle CAMBIER
Direction du département
Infirmier CHIREC :
Rue Jules Cockx, 8-10
1160 Bruxelles



isabelle.cambier@chirec.be

Consultez nos offres sur notre site Web : www.chirec.be



le logiciel du Nursing de la gamme



Care 4 Health
we care about your patients
www.Care4Health.be
info@Care4Health.be

mims s.a.
www.mims.be
info@mims.be

Un nouveau bébé déposé dans la boîte à bébés d'Anvers

25 juillet 2012 | Bébé abandonné à Anvers: la mère l'a remis en mains propres à une association



C'est le troisième nourrisson déposé dans la boîte à bébés depuis sa création en 2000. ANVERS Un nouveau-né a été déposé mardi vers 18h45 dans la boîte à bébés de l'asbl anversoise Moeders voor Moeders. Le bébé est en bonne santé. Il s'agit d'un garçon blanc. C'est le troisième nourrisson déposé dans la boîte à bébés depuis sa création en 2000. Le bébé est probablement né mardi. Il a dormi à l'asbl la nuit passée et sera emmené à l'hôpital ce mercredi.

Le garçonnet, qui n'a pas encore reçu de prénom, aura "De Kleine" (Le Petit) comme nom de famille, comme ses prédécesseurs. La présidente du CPAS d'Anvers, Leen Verbist, sera sa tutrice, conformément aux accords.

La police a ouvert une enquête pour découvrir l'origine du bébé. La boîte à bébés a déjà recueilli deux enfants, en 2007 et 2009. Les deux enfants ont été adoptés.

© La Dernière Heure 2012

Publication de nouvelles recommandations pour garantir la sécurité des injections lors du traitement du diabète

Communiqué de presse

Feuille de route pour la mise en place et le maintien d'une culture de sécurité et d'un environnement de travail sain pour les professionnels de santé en charge de patients atteints de diabète.

28 juin 2012 – Le WISE (Workshop on Injection Safety in Endocrinology, Atelier sur la sécurité des injections en endocrinologie) publie de nouvelles recommandations mondiales destinées à garantir la sécurité des injections lors du traitement du diabète. Les nouvelles recommandations sont destinées à garantir la sécurité des patients, des professionnels de santé et de toutes les personnes en contact potentiel avec les objets piquants ou tranchants utilisés dans le traitement du diabète.

À propos de WISE

Le groupe de concertation WISE se compose de 58 professionnels médicaux expérimentés et spécialisés dans le diabète issus de 13 pays dans le monde entier : Belgique, Canada, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Russie, Espagne, Suède, Suisse, Ukraine, R-U et États-Unis.



Les recommandations sont fondées sur les résultats d'une étude de quatre mois conduite sur les blessures par objets tranchants auprès de 634 infirmières dans 13 pays d'Europe occidentale et en Russie¹ et sur les conclusions du WISE («Workshop on Injection Safety in Endocrinology») d'octobre 2011, qui a rassemblé un groupe de 58 experts de 13 pays, spécialisés dans le domaine du diabète.

Une nouvelle directive européenne² entrée en vigueur récemment,

stipule qu'en cas de risque de blessure par un objet tranchant, l'utilisateur et l'ensemble du personnel soignant doivent être protégés par des mesures de sécurité adéquates, y compris par l'utilisation de «dispositifs médicaux dotés de mécanismes de protection intégrés»². Cette législation sur la prévention des blessures par objets tranchants devra être intégrée aux réglementations nationales de tous les États membres de l'UE avant le 11 mai 2013.

Communiqué de presse

Le Dr Kenneth Strauss, Directeur médical mondial BD, Directeur de la sécurité en médecine de European Medical Association, et membre du groupe de concertation WISE, commente : «Les activités quotidiennes des professionnels de santé et des travailleurs en aval leur font courir un risque d'infections graves par plus de 30 organismes pathogènes

potentiellement dangereux, y compris les virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et le VIH, par le biais de blessures avec des aiguilles et des lancettes contaminées³. On estime à plus d'un million, le nombre de blessures par objets piquants ou tranchants qui surviennent chaque année dans l'UE⁴, mais la majorité d'entre elles peuvent être évitées grâce à une formation ciblée, à des procédures de travail plus sûres et à l'utilisation de dispositifs médicaux de sécurité.»

Les recommandations WISE ont été conçues comme une feuille de route pour l'application de la directive européenne dans les centres de soins du diabète et elles incluent une classification qui montre leur poids.

Les principaux sujets abordés sont :

- Les risques auxquels les professionnels de santé en charge du diabète sont exposés
- La législation européenne
- Les implications de blessures des différents dispositifs
- Les implications pour les techniques d'injection
- L'éducation et la formation destinées à créer une culture de sécurité
- Le rapport coût-efficacité des dispositifs de sécurité
- La sensibilisation et la responsabilité en matière de sécurité pour la collecte des objets tranchants

Le présent ouvrage sur les recommandations se base sur une révision et une analyse des études et publications évaluées par un comité d'experts et traitant de la sécurité des objets tranchants dans le traitement du diabète.

Les nouvelles recommandations WISE destinées à garantir la sécurité des injections lors du traitement du diabète sont accessibles ici : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1262363612709758>.

1 Costigliola V, Frid A, Letondeur C, Strauss K, Needlestick injuries in European nurses in diabetes, *Diabetes & Metabolism* 38 (2012) S9-S14.

2 Directive du Conseil 2010/32/UE, Journal officiel de l'Union européenne, L134/71.

3 European Biosafety Workshop. Prevention of sharps injuries in the hospital and healthcare sector. Implementation guidance for the EU Framework Agreement, council directive and associated national legislation.

4 A. Tarantola, D. Abiteboul, A. Rachline, Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: A review of pathogens transmitted in published cases, *Am J Infect Control*, 34 (2006), pp. 367-375.

Evaluation de l'impact du Plan d'attractivité de la profession infirmière

Etude de cas : Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre
juillet 2012

Christel Ghysbrecht
Master Sciences du Travail – U.L.B



Cela fait quatre ans que la Ministre Onkelinx a déposé le Plan d'attractivité de la profession infirmière devant le CNAI afin de répondre à une pénurie sans cesse croissante du personnel infirmier, caractérisée non pas par un manque de diplômé(e)s infirmier(e)s mais bien par un manque de personnel infirmier présent sur le terrain.

L'objet de l'étude porte sur l'impact que ce Plan a pu générer, et plus particulièrement dans 9 services¹ du CHU Saint-Pierre, à Bruxelles. Notre méthodologie de travail s'est appuyée, outre une recherche documentaire approfondie, sur un questionnaire directif composé d'une trentaine de questions ainsi que sur des entretiens semi-directifs menés auprès de différents acteurs de terrain (voir encadré). Ces différents instruments méthodologiques nous ont permis de mesurer quantitativement et qualitativement les effets que le Plan a pu engendrer dans les services observés.

Axe 1 : allègement de la charge de travail et du stress

L'augmentation d'emplois temps plein à hauteur de **1 ETP par 30 lits hospitaliers** a été, selon les répondants, réalisée au sein du CHU Saint-Pierre. Cependant, le **remplacement immédiat du personnel absent** s'avère être médiocre, car la majorité des infirmier(e)s interrogé(e)s par questionnaire a répondu que le remplacement ne se faisait qu'à hauteur de «25%». Nous nous questionnons, dès lors, sur l'efficacité des équipes mobiles, prônée lors des entretiens.

La relance du **Projet 600** a été entendue par environ la moitié des infirmier(e)s interrogé(e)s, ce que nous estimons insuffisant au vu de l'ancienneté de cette initiative. Seulement 11 personnes ont été sélectionnées au CHU dans le cadre de ce Projet et ceci sur pas moins d'une dizaine d'années d'existence. Nous nous interrogeons sur le pourquoi du peu d'enthousiasme de la part des travailleurs du secteur hospitalier à l'égard de ce Projet (?), alors que les trois syndicats s'accordent à dire qu'il permet de suivre des études d'infirmier(e)s tout en continuant à percevoir son salaire.

Alors que le Plan requière l'**informatisation du volet infirmier du dossier patient**, nous avons pu constater que seul 34.5% des volets infirmiers étaient sur support

informatique. Selon la CGSP et le SLFP, l'encodage, même informatisé, reste une charge pour l'infirmier(e). La CGSP réclame plus d'infirmier(e)s et le SLFP prône la mise en place d'un personnel administratif formé dans le cadre de l'encodage.

La **nécessité d'augmenter le nombre d'infirmier(e)s** a largement été réclamé par les répondants infirmier(e)s et démontre donc un cruel manque de personnel infirmier.

Axe 2 : qualifications

A ce jour, il n'existe aucune **unification du titre d'infirmier(e)** en Belgique, alors que la directive européenne 2005/36 nous l'oblige, et alors qu'une large majorité des répondants aux questionnaires (68%) s'accorde à dire qu'il est nécessaire d'unifier la profession infirmière sous un même titre : «Bachelor en Soins Infirmiers». Cela est également le cas pour la Direction Générale Infirmière du réseau IRIS/Expert Infirmier, le SLFP, la CGSP, la FNIB et l'ACN. La CSC-Services Publics nuance le fait que l'unification du titre risquerait d'exclure, à long terme, les breveté(e)s. La création d'un «Master en Soins Infirmiers» est également défendue par la majeure partie des infirmier(e)s interrogé(e)s (61.25%).

Sur les 80 questionnaires récoltés, nous avons pu lire que 84 **formations complémentaires** ont été suivies, une moyenne d'une formation supplémentaire par infirmier(e) interrogé(e), ce qui, selon nous, est prometteur dans l'entretien des connaissances infirmières.

Selon la Direction Du Département Infirmier du CHU Saint-Pierre, il n'existe actuellement aucune **différenciations des fonctions**, proposées par le Plan afin de clarifier les différentes fonctions infirmières présentes sur le terrain. Ces différenciations sont ouvertement prônées par la Direction Générale Infirmière du réseau IRIS ainsi que par la FNIB et l'ACN.

Axe 3 : rémunérations

Prime d'attractivité annuelle

La Direction du Département Infirmier du CHU Saint-Pierre nous a confirmé que tous les membres du personnel Saint-Pierre bénéficiaient d'une prime à hauteur de 540€ brut par an, prime étant considérée comme «*misérable*» par les différents acteurs syndicaux.

Prime pour prestations inconfortables

Une majorité écrasante de 91.25% des répondants aux questionnaires a affirmé percevoir une prime pour prestations inconfortables à hauteur de 11% du salaire

brut par mois (35%). Cependant, plus de la moitié des personnes interrogées ignore le montant perçu. La CSC-Services Publics ainsi que la CGSP réclament tous deux davantage de sursalaire pour ce type de prestation. De plus, la CGSP prône pour l'instauration d'un choix de prime: à la prestation ou au forfait.

Prime pour TPP/QPP

La moitié des infirmier(e)s interrogé(e)s a répondu bénéficier d'une prime pour TPP/QPP. Nos chiffres ne nous ont pas permis de quantifier si le nombre d'infirmier(e)s n'ayant pas bénéficié d'une prime était dû à un manque de reconnaissance de la part des pouvoirs publics ou dû à l'absence de formation complémentaire par certain(e)s infirmier(e)s. Le SLFP propose davantage une révision des barèmes infirmiers qu'une prime TPP/QPP, n'étant qu'octroyée aux infirmier(e)s détenteurs d'un TPP/QPP. La CSC-Services Publics trouve pertinent de rémunérer les TPP/QPP mais craint que cela entraîne une vague trop importante d'infirmier(e)s spécialisé(e)s au détriment d'infirmier(e)s généralistes, nécessaires sur le terrain. La CGSP ainsi que la FNIB et l'ACN déplore le fait que tous les TPP/QPP n'aient pas reçu de critères d'agrément et n'ont ainsi pas été reconnus financièrement.

Valorisation renforcée des fonctions d'encadrement

La Direction du Département Infirmier du CHU Saint-Pierre nous a indiqué que la valorisation des fonctions d'encadrement, tel que le cadre infirmier, a été renforcée à hauteur de la somme indiquée dans l'Accord Social 2005-2010, c'est-à-dire 816,80€/an (à indexer). Selon la FNIB, il persiste un manque de barèmes spécifiques pour la profession d'infirmier(e) chef de service.

Axe 4 : reconnaissance sociale et association à la prise de décisions

La majorité des infirmier(e)s (34.5%) a répondu être «*plutôt insatisfait*» de la reconnaissance sociale émise, en générale, par la population.

Vocabulaire dans le secteur de la santé

Plus de la moitié des répondants souhaite l'utilisation du masculin «infirmier» dans le cadre de textes légaux. Pouvant être surprenant, trois hommes ont répondu être contre l'utilisation de ce terme, préconisé par la grammaire française. Outre l'utilisation du masculin «infirmier», la CGSP a surtout constaté et regretté que la majorité des fonctions à hautes responsabilités soit exercée par des hommes.

¹ Soins intensifs chirurgicaux/médicaux/coronaires, gériatrie, urgences-adultes/pédiatriques, orthopédie, ori/stom/oph et CNN.

Campagne «Etre infirmier, un plus pour votre carrière !»

Nous déplorons le fait qu'une grande partie des infirmier(e)s interrogé(e)s (82%) n'a pas entendu parler de cette campagne de promotion. Dès lors, nous nous interrogeons sur le pourcentage de personnes non professionnelles ayant entendu parler de cette campagne dans la mesure où les professionnels eux-mêmes n'en ont pas pris connaissance!

Implication dans le processus décisionnel

Malgré le grand nombre d'associations qui existe dans la profession infirmière, très peu d'infirmier(e)s, des services interrogés, font partie d'un organe décision et/ou d'une fédération/association. Sur les 9 personnes affiliées, 3 font partie de la FNIB.

Selon la Direction Générale Infirmière du réseau IRIS, une **représentation optimale** a été effectivement instaurée au CA du KCE et au sein de la Structure Multipartite. Ce qui n'est toujours pas le cas à l'INAMI. Au CHU Saint-Pierre aucun **Conseil Infirmier**, ni de **Code de Déontologie**, publié par l'UGIB en 2004, a été mis en place. La CGSP ne souhaite d'ailleurs pas de Conseil ni d'**Ordre Infirmier**, ce qui n'est vivement pas le cas de la FNIB ainsi que de l'ACN, tous deux favorables à la mise en place d'un organe infirmier. Selon l'Expert Infirmier, la FNIB et l'ACN, l'**UGIB** ne bénéficierait toujours pas d'un **montant annuel par l'INAMI**.

Conclusions

Les réponses émises par les questionnaires ont permis de soulever que certaines mesures du Plan avaient encore du chemin à parcourir : les différenciations des fonctions, l'informatisation du volet infirmier, ainsi que la valorisation renforcée des fonctions d'encadrement. La proposition d'unifier le titre infirmier (Bachelor/Master en Soins Infirmiers) a rencontré un vif succès auprès des répondants infirmier(e)s. A notre dernière question, ouverte, qui s'intéressait au «pourquoi» de l'attractivité ou non de la profession d'infirmier(e), nous avons pu répertorier quatre causes majeures de la non-attractivité de la profession : un salaire peu élevé par rapport aux horaires/responsabilités/à un autre bachelier, un manque de reconnaissance des pouvoirs publics/Direction, un manque de respect/soutien de la Direction (Infirmière) et un horaire inconfortable.

Les entretiens semi-directifs ont ardemment soulevé l'incohérence de l'ordre de sortie des critères d'agrément des TPP/QPP. Le financement, en même temps, des différents TPP/QPP est fortement regretté par les acteurs que nous avons rencontrés. L'instauration d'un organe infirmier a suscité une opposition entre les acteurs syndicaux (contre) et associatifs (pour). Par contre, l'unification du titre et l'instauration éventuelle d'un Master en Soins Infirmiers ont unanimement

rencontré l'enthousiasme des professionnels interviewés.

Cette étude nous a permis de constater que le Plan d'attractivité de la profession infirmière a, pour une part, rempli son contrat mais qu'il reste, d'autre part, des actions à mettre en place, surtout dans le domaine de la **rémunération** et de la **reconnaissance professionnelle et sociale**.

Quelques données chiffrées sur l'enquête de terrain

- **80 questionnaires** directifs anonymes répondus sur 212 distribués :
 - 58 F/21 H/1 sans réponse
 - Majorité : bachelier(e)s, 26-35 ans, marié(e)s, avec enfant(s), ETP
- **8 entretiens** semi-directifs :
 - Direction CHU Saint-Pierre
 - Réseau IRIS/cabinet Onkelinx
 - Syndicats (CGSP, CSC-SP, SLFP)
 - FNIB, ACN/SPF Santé Publique

S'épanouir

” *Evoluer chaque jour dans une ambiance de travail motivante. Se perfectionner. Se sentir guidé(e), épaulé(e) au sein d'un organisme sain, stable... Parce que pour moi, un environnement professionnel performant, c'est vital pour mon épanouissement.* ”

L'I.S.P.P.C. (Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi) complète ses équipes et recrute pour ses CHU de Charleroi, A.Vésale, son hôpital psychiatrique Vincent Van Gogh et ses MR/MRS/MSP des (h/f) :

Bachelier(e)s en soins infirmiers, infirmier(e)s breveté(e)s et spécialités (SIAMU, sage femme, psychiatrie et psychogériatrie (VVG), radiothérapie, etc).

Ces nouveaux collaborateurs évolueront au sein d'un environnement de travail convivial, moderne et dynamique et bénéficieront d'une formation continue, d'une rémunération attrayante et d'une crèche de jour. Les fonctions proposées seront exercées à temps plein ou partiel selon leurs convenances et l'organisation des unités.

Envoyez votre candidature à l'I.S.P.P.C – Espace Santé, à A. Grard, Directrice des Ressources Humaines Bld Z. Drion 1 – 6000 Charleroi

Innovation

Prise de mesures 3D par scanner :
 orthèse, prothèse, corset, ...
 Conception de prothèses par ordinateur
 Analyse de marche ultra moderne
 Prothèse assistée par micro-processeur ...

Département Fabrication

Conception personnalisée de
 prothèses, appareillage orthopédique,
 chaussures et semelles orthopédiques,
 lombostats ...

Nos Magasins

Bas médicaux, aérosols, lits
 médicaux, prothèses mammaires,
 stomie, genouillères, chevillères,
 corsets, sandales, incontinence ...

Aide à la Mobilité

Chaises roulantes, cadres de marche,
 aides techniques ...

www.creteur-orthopedie.com

Nouveauté : prise de mesures 3D

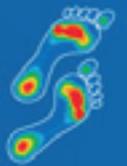


7000 MONS
 Rue d'Havrè, 136
 Tél.: 065/34.77.00
 Fax: 065/36.37.09
 creteur.orthopedie@scarlet.be

7301 HORNU
 (face au Cora)
 Route de Mons, 342
 Tél.: 065/79.31.00

7500 TOURNAI
 (place verte)
 Rue de l'Épinette, 22
 Tél.: 069/84.42.24

7080 FRAMERIES
 Rue des Alliés, 49
 Tél.: 065/67.25.78



Rubrique juridique

Les dérogations au secret professionnel



John DEHAENE

Avocat aux barreaux de MONS et TOURNAI

Les praticiens du droit connaissent la portée de l'article 458 du Code pénal, siège de la notion de secret professionnel'.

Cette dernière a été mise sur pied dans l'intérêt de la personne contrainte ou désireuse de faire appel aux services d'un professionnel de la santé, du droit, de l'enseignement..., dans le but de créer un nécessaire lien de confiance entre les interlocuteurs.

Le secret professionnel n'est cependant pas un absolu.

L'article 458 du Code pénal évoque lui-même deux hypothèses dans lesquelles l'obligation au secret peut être remis en cause : le témoignage en justice (ou au cours d'une enquête parlementaire) et le cas où «la loi les oblige à faire connaître ces secrets».

Cette dernière formule vise plus particulièrement l'article 422 bis du Code pénal, qui sanctionne la non-assistance à personne en danger. Cette prévention vise des circonstances précises, qui, si elles sont réunies, peuvent entraîner l'obligation de rompre le secret professionnel. On vise ici la situation d'une personne exposée à un grave danger, constaté par le dépositaire du secret lui-même ou décrit par un tiers, qui sollicite son intervention.

Le tempérament au secret apporté par l'article 422 bis du Code pénal reste limité.

Tout d'abord, une telle situation n'implique pas nécessairement une obligation de rompre le secret, puisque l'aide sollicitée peut prendre une forme différente de la dénonciation aux autorités.

D'autre part, les termes mêmes de l'incrimination de non assistance visent plus spécifiquement une intervention préalable, en cas de danger grave pour une personne bien

identifiée. Ils se révèlent moins adaptés aux situations relatives à des faits déjà commis ou aux menaces dirigées de manière moins précise.

Consciente de ces limites, la jurisprudence a progressivement élargi l'ouverture à une possible exception au secret professionnel, dans certains cas où cette notion entrerait en conflit avec des valeurs supérieures, comme, par exemple, dans les cas de violences sur les enfants.

Il était ainsi fait appel au concept d'état de nécessité pour justifier une entorse au principe².

Mieux encore, selon la Cour de Cassation, si le texte de l'article 458 du Code pénal interdisait au médecin, sauf cause de justification, de divulguer des faits, couverts par le secret professionnel, qui pouvaient aboutir à des poursuites pénales à charge de son patient,

>> Suite page 20

cette interdiction ne pouvait être étendue à des faits dont ce dernier aurait été la victime .

Cette position de la jurisprudence pouvait toutefois mettre en difficulté les dépositaires de secrets, contraints d'arbitrer, parfois dans l'urgence, des conflits de valeurs, avec le risque de se voir reprocher, a posteriori, leur décision de s'être ouvert aux autorités.

Pour faciliter cette prise de décision, le législateur a introduit, par une loi du 28 novembre 2000, un article 458bis dans le Code Pénal, lequel prévoyait : «*Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur, peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, à condition qu'elle ait examiné la victime ou recueilli les confidences de celle-ci, qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de l'intéressé*

et qu'elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.»

Par ce texte, le dépositaire d'un secret recueilli de la bouche d'un mineur, victime de violences graves³, se voyait ainsi offrir une possibilité – mais non une obligation – d'être délié de l'interdiction d'en informer les autorités, sans recourir à la notion, toujours aléatoire, d'état de nécessité

Encourageante, cette avancée allait se révéler bien trop stricte dans ses critères d'application. Pour utiliser cette opportunité, le dépositaire du secret se devait d'être en présence d'un mineur violenté, d'avoir recueilli personnellement ses confidences ou de l'avoir personnellement examiné, et de constater un danger grave et imminent pour son intégrité physique ou mentale.

Les circonstances concrètes de nombreux cas, notamment dans le milieu médical ou de l'aide sociale, sortaient de ce canevas, comme cette espèce soumise à la Cour d'Appel de Mons en 2008 : Un médecin légiste, avisé par un confrère

de faits de maltraitance grave sur un mineur, avait informé le Parquet des éléments portés indirectement à sa connaissance. L'enquête avait abouti au renvoi correctionnel des parents de la victime.

Un des prévenus contestait la recevabilité des poursuites fondées, selon lui, sur des informations recueillies par la partie poursuivante en violation des articles 458 et 458 bis du Code pénal.

Les conditions prévues par cette disposition légale n'étaient pas réunies en l'espèce, puisque le médecin à l'origine de la dénonciation aux autorités n'avait ni recueilli les confidences de la victime ni procédé lui-même à son examen.

La Cour a néanmoins écarté l'argument, sur base du raisonnement suivant : «*Le souci premier du législateur d'assurer la protection des mineurs en édictant l'article 458bis du Code pénal de manière à «mettre à l'abri d'éventuelles poursuites pénales le confident qui dénonce certains faits» ne peut aboutir à priver le médecin, qui n'a pas examiné le mineur d'âge mais qui a été informé d'un danger grave et menaçant la santé physique ou mentale de ce dernier, de la possibilité de porter ces faits, en raison d'un état de nécessité, à la connaissance des autorités judiciaires en vue de sauvegarder l'intégrité du mineur ()*

La sauvegarde de l'intégrité physique et mentale d'un enfant dont la vie était en danger était supérieure au principe du respect du secret médical qui a par ailleurs également pour but de protéger le patient ainsi qu'il le fut rappelé ci-dessus.»

Le concept d'état de nécessité venait donc à nouveau à la rescousse du praticien.

Depuis lors, le législateur est à nouveau intervenu pour éclaircir et clarifier les exceptions à la règle du secret professionnel.

La nouvelle version de l'article 458 bis du Code pénal, entrée en vigueur le 30 janvier 2012⁴, est désormais rédigée comme suit : «*Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.*»

Les modifications apportées par le nouvel article 458bis du Code pénal sont les suivantes :

1. Le champ d'application de l'article 458bis est désormais étendu aux infractions commises sur une personne majeure vulnérable, et plus seulement les mineurs d'âge. La formulation de l'article 458 bis nouvelle version s'inspire à cet égard des termes repris à l'article 422bis alinéa 3 du Code Pénal⁵.

ALPHAC & MEDIPHAR-SERVICE

Votre partenaire Santé & Bien-être

Distributeur officiel des produits EAKIN pour la Belgique et le Grand-Duché du Luxembourg

**Vous avez un patient Stomisé ou Incontinent qui a des problèmes?
Pensez Alphac-MédiPhar !**

**Nous vous offrons un service de distribution d'appareillages pour
stomie et incontinence urinaire, et pouvons également vous
apporter toutes les aides nécessaires.**



Pour nous contacter :

Liège: 04/342.76.18

Bruxelles: 02/215.38.90

E-mail: info@alphac-mediphar.be

Nos services:

- ✓ 24h sur 24 et 7 jours sur 7
- ✓ Livraison gratuite dans toute la Belgique pour votre dotation trimestrielle
- ✓ Aucun frais à avancer, nous pratiquons le tiers-payant
- ✓ Suivi personnalisé par votre interlocuteur privilégié
- ✓ Conseils gratuits de notre diététicienne
- ✓ Catalogue de lingerie pour personnes stomisées, incontinentes sur demande
- ✓ Possibilité de commande par e-mail.

www.alphac-mediphar.be

- La dérogation porte aussi sur le secret révélé par l'auteur de l'infraction ou un tiers, et n'est plus strictement limité au secret révélé au dépositaire par l'examen ou les confidences recueillies de la victime.
- Le droit du dépositaire du secret d'informer le Parquet et le Procureur du Roi vise également la situation où il existe des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables soient victimes des infractions visées à l'article 458bis.

Il faut évidemment se féliciter de cette modification légale, qui a le mérite de tracer un cadre plus clair autour des hypothèses dans lesquelles le droit d'informer peut être utilisé, même si les notions de «danger grave et imminent» ou de «danger sérieux et réel» susciteront sans doute encore des discussions.

Le législateur ne s'est toutefois pas arrêté en chemin. Dans le cadre d'une modification législative parue au Moniteur Belge en date du 23 février 2012, l'article 458 bis a encore été retouché. Dès le 1^{er} mars 2013, les violences commises sur des personnes rendues vulnérables «en raison de la violence entre partenaires» ouvriront aussi le droit d'informer les autorités.

Cette mesure visant à la lutte contre les violences conjugales traduit cette volonté politique de mettre en place une grille de lecture lisible des dérogations possibles au secret professionnel.

Le praticien – juriste ou non – doit s'en réjouir. Sa prise de décision face à un secret recueilli dans le cadre de son activité s'en trouvera indubitablement facilitée.

1 «Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par

profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent (euros) à cinq cents (euros)».

- Voir à cet égard, Cass. 13 mai 1987, J.L.M.B. 1987, p. 1165. Colette-Basecqz N., «La violation du secret professionnel dans une situation de maltraitance d'enfant. La justification par l'autorisation de l'article 458bis du Code pénal ou par l'état de nécessité», Rev. Dr. Santé, 09/10, Kluwer, p. 23; Henneau C., Verhaegen J., Droit pénal général, 3e éd., Bruxelles, Bruylant, 2003, p. 189.
- Attentat à la pudeur et viol, homicide volontaire et coups et blessures volontaires, mutilation des organes génitaux de la femme, délaissement ou abandon dans le besoin et privation d'aliments ou de soins.
- M.B., 30 novembre 2011.
- «La peine prévue à l'alinéa 1er est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge ou est une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits»

Melbourne 2013 – La FNIB et le CII



Nos séances plénières seront consacrées à une analyse en profondeur du thème central du Congrès, traité sous trois angles : l'égalité entre les sexes, l'épidémie mondiale de maladies non transmissibles et la tension entre les responsabilités personnelles et sociales en matière de santé. Plusieurs sessions principales informeront des derniers progrès en matière de bien-être et de prévention des maladies, de gestion de la main-d'oeuvre infirmière et des cadres de travail, de déontologie et de droits de l'homme, de soins cliniques et de sécurité des patients. Outre toutes ces questions, des sessions parallèles, colloques et affichages traiteront des progrès en matière d'éducation aux soins infirmiers, de gestion des situations de catastrophe et de conflit, d'accès aux systèmes de santé, de cybersanté, de réglementation et d'histoire de soins infirmiers. Le Congrès accueillera en outre les réunions des Réseaux du CII.

En 2013, le Congrès du CII aura le privilège d'accueillir de nombreux orateurs dynamiques dont Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Husseïn, qui prononcera le discours principal sur l'équité et l'accès aux soins de santé, et Anne Marie Rafferty, qui prononcera le discours Virginia Henderson.

Le Congrès accueillera à nouveau une Assemblée des étudiants en soins infirmiers le 18 mai et un déjeuner de bienfaisance de la Fondation Internationale Florence Nightingale au profit du Fonds pour l'éducation des fillettes le 21 mai.

Amis sponsors,

Vous n'êtes pas sans savoir que l'année 2013 ouvrira ses portes au 25^{ième} congrès quadriennal organisé par le Conseil International des Infirmières (CII), fédération qui œuvre à la promotion des soins de qualité pour tous et dans le monde entier.

Ce congrès sera l'occasion de rassembler des expériences, des innovations sur les thèmes de l'équité en santé et l'accès aux soins. Il fournira également une plateforme mondiale permettant des échanges d'expériences entre les membres de la communauté internationale des infirmières et au-delà. Et enfin, il mettra en évidence la contribution du personnel infirmier dans la santé de chacun.

A cette occasion, plus d'un million d'infirmières seront représentées par une centaine d'associations nationales présentes durant toute la période du congrès et plus précisément du 18 au 23 mai 2013.

Membre de la CII, la FNIB y participera activement par, dans un premier temps, la soumission de sujets d'exposés lors du Conseil des représentantes nationales et, dans un deuxième temps, par la présentation de certains.

Une délégation aura le plaisir de représenter notre Fédération Nationale des Infirmières de Belgique à Melbourne. Par conséquent, les membres la constituant pourront profiter de ce congrès international pour faire votre publicité auprès des congressistes. N'hésitez pas à nous faire parvenir vos articles marketing à

l'effigie de votre société. Nous serons ravis de pouvoir vous ouvrir d'autres horizons commerciaux. Cependant, si le cœur vous en dit, votre compagnie pour ce voyage et votre présence lors de ce congrès sont également les bienvenues.

Par ailleurs, dans l'espoir de représenter au maximum la FNIB, nous souhaiterions qu'une majorité de l'assemblée générale puisse assister à ce congrès afin de partager et de profiter pleinement de cette expérience.

Pour cela, il est utile de savoir que le coût de ce séjour (comprenant les vols aller-retour et l'hôtel) varie aux environs des 3000 euros par personne. Cela va s'en dire que cette somme est colossale à réunir. C'est pourquoi, nous nous permettons de vous solliciter dans l'espoir d'obtenir une participation financière de votre part, en tant que sponsor de la FNIB.

UN HÔPITAL OÙ SOIGNER RESTE UN ART

La CHU Tivoli compte environ 1500 employés, auxquels il convient d'ajouter près de 200 médecins indépendants. Il constitue ainsi l'un des principaux employeurs de la Région du Centre.

Notre souci : des soins de qualité, le bien-être du patient et la satisfaction de nos professionnels

Le CHU Tivoli recrute

des infirmier(e)s bachelier(e)s, spécialisé(e)s et breveté(e)s pour tous les secteurs d'hospitalisation; plus particulièrement pour la **gériatrie** et pour sa nouvelle **unité de médecine diagnostique et psychosomatique** ainsi que pour l'**Unité des Soins Intensifs**.

Veuillez adresser vos CV et lettre de motivation à Madame Françoise HAPPAERT, Directrice du Département Infirmier.
 CHU Tivoli
 Avenue Max Baet, 34
 7100 La Louvière
francoise.happaert@chu-tivoli.be
 Tlx : 064/27.66.54
www.chu-tivoli.be



Réflexions sur le jugement à l'hôpital.

Joel PIRAUX

Régionale de Charleroi et du Hainaut oriental



Régionale de Charleroi
et du Hainaut oriental

Faut t'il mourir en bonne santé après avoir vécu une vie en tous points exemplaire pour ne pas être jugé à l'heure de sa mort ?

Nous vivons une époque où chacun de nos gestes doit être pesé, mesuré et aseptisé. Les médias, la publicité, les revues médicales et autres nous mettent en garde contre les aliments trop gras, trop sucrés, trop salés, etc.... Méfiez vous des déodorants contenant tel ou tel solvant, ne fumez pas, ne buvez pas, oserait on dire ne vivez pas ? Si on prend la peine de compiler plusieurs études sur les produits et les conduites dangereuses on en vient à la conclusion que tout ou presque est dangereux et risque de précipiter votre mort. Loin de moi l'idée de prôner l'excès et d'encourager la débauche mais je ne peux m'empêcher de penser que quelques menus plaisirs, même s'ils réduisent mon espérance de vie d'un mois ou deux, valent la peine de courir ce risque.

Qu'en est-il à l'hôpital ? Peut on observer une différence de jugement de la part du personnel soignant en fonction de l'affection dont souffre le patient et surtout du fait qu'il en ait favorisé l'apparition ou pas ? On aimerait répondre non ! Et

pourtant....Combien de fois peut on entendre des réflexions comme : «il n'avait qu'a ne pas fumer, boire, manger trop,...» . Or je pense que ce type de raisonnement influence la qualité des soins que l'on va prodiguer à cette personne. Notre empathie envers elle sera moindre que si nous estimons injuste ce qui lui arrive, «Le pauvre, un cancer des poumons alors qu'il n'a jamais fumé !!». Faut-il avoir une attitude variable en fonction du mode de vie du patient avant son hospitalisation ? Faut il forcément trouver une explication à la maladie et à la mort ou simplement l'accepter comme inéluctable quelles que soient les précautions prises. Peut être qu'expliquer la mort d'un autre dont nous ne partageons pas le mode de vie est une manière d'exorciser nos craintes en rapport avec notre propre mort.

Je travaille dans un service de psychiatrie et là aussi il est parfois difficile de rester neutre face à certains types de patients. Je pense aux toxicomanes, aux alcoolo-dépendants, certains cas de dépression. On pourrait être tenté de les critiquer, de les raisonner, de les sur-stimuler. La pratique montre que c'est inefficace et improductif. Il faut au contraire alimenter leur réflexion en

développant leur motivation au changement et augmenter leur propre sentiment de compétence. Pour réussir ce challenge il faut éviter les jugements de valeur et rester empathique.

Cette technique est elle applicable dans d'autres services ? On peut se dire qu'un patient ayant vécu dangereusement le regrette au terme de sa vie et que le mieux à faire serait de lui donner l'occasion d'exprimer ces regrets plutôt que de le culpabiliser d'avantage. Dans cette optique je pense que nous avons un rôle important à jouer en termes de prévention. Une intervention précoce et adéquate peut entraîner une modification des habitudes de vie de nos patients et influencer favorablement leur espérance de vie. Toutefois l'expérience montre qu'argumenter et tenter de convaincre n'est pas efficace. Une autre méthode à fait ses preuves, je veux parler des entretiens motivants. Pour résumer brièvement la technique je dirais qu'elle est basée sur 4 principes appelés «les 4 R»

- Résumer (ce que dit le patient et vérifier que nous avons compris le message)
- Exemple : si je vous ai bien compris vous me dites que.....

>> Suite page 24

La clinique **Saint-Luc** recrute des...

INFIRMIERS (H/F)

Profil :

- Infirmiers gradués/bacheliers en soins infirmiers
OU des infirmiers brevetés

Régime de travail :

- Temps plein ou temps partiel
- Entrée en fonction immédiate
- Contrat à durée indéterminée avec période d'essai de six mois

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae doivent être adressées à Madame Pirard, Directrice du Département infirmier et des services paramédicaux.



Santé et Prévoyance a.s.b.l., Clinique Saint-Luc, rue Saint-Luc, 8 - 5004 Bouge
Département des Ressources Humaines

AQUACEL
EXTRA

EXTRA

RÉSISTANCE • ABSORPTION • CONFIANCE
STERK • ABSORBEREND • VERTROUWD

Le pansement AQUACEL® EXTRA™:

- 9 fois plus résistant^a
- 39% d'absorption en plus^a
- s'utilise sur les plaies peu à fortement exsudatives

AQUACEL® EXTRA™ verband:

- 9x sterker verband^a
- 39% meer absorptie^a
- te gebruiken op licht- tot sterk exsuderende wonden

Pour recevoir un **ECHANTILLON GRATUIT**,
téléphonez au 0800-12011 ou envoyez
un e-mail à info.belgium@convatec.com

Om een **GRATIS STAAL** te ontvangen
bel 0800-12011 of stuur een e-mail
naar info.belgium@convatec.com

Téléphonez gratuitement au **0800-12011** pour de plus
amples informations à propos d'**AQUACEL® EXTRA™**
ou visitez notre site internet www.convatec.be

Bel **0800-12011** (gratis) voor meer info omtrent
AQUACEL® EXTRA™ of ga naar www.convatec.be

Reference : 1. Preliminary assessment of the physical properties of AQUACEL® EXTRA vs AQUACEL® & DURAFIBER™. Scientific Background Report. WHR13461 TA214. 2011, Data on File, ConvaTec Inc.

AQUACEL and Hydrofiber are registered trademarks of ConvaTec Inc. AQUACEL EXTRA and TRIED. TRUE. TRUSTED are trademarks of ConvaTec Inc. © 2011 ConvaTec Inc. 10/2011. AP-011587-MM [AM/EM]

^aEn comparaison avec le pansement AQUACEL®. / ^aIn vergelijking met AQUACEL® verband.



AQUACEL® dessins
TRIED. TRUE. TRUSTED.™



**CENTRE HOSPITALIER
JEAN TITECA asbl**

*recherche, pour un engagement
immédiat (H/F)*

**DES INFIRMIERS(ÈRES)
BACHELIERS(ÈRES)
ET BREVETÉ(E)S**

- Contrat à durée indéterminée
- Temps plein ou temps partiel

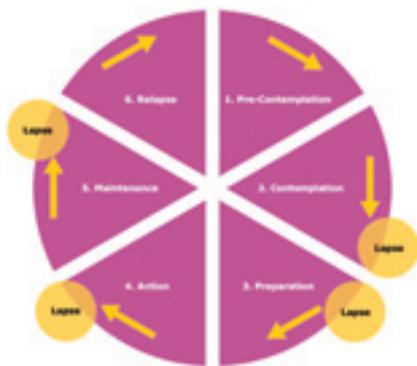
*Veillez envoyer votre candidature manuscrite + CV
à l'attention de Madame F. Schneider,
11 rue de la Luzerne à 1030 Bruxelles.*



Maison de Mairemont

- Refléter (alimenter la réflexion du patient)
- Exemple : Que pourriez vous faire pour que ce souci soit plus supportable ?
Quelles stratégies avez-vous déjà testées ? Est ce efficace et pourquoi ?
- Recontextualiser (replacer les événements dans la situation)
- Exemple : Dans quelles circonstances ces idées apparaissent elles ?
Que représente cette situation pour vous ?
Que vous dites vous lorsque vous êtes confronté à.....
- Renforcer (confirmer les bonnes décisions)
- Exemple : Je trouve que votre réflexion va dans le bon sens.
Je pense que votre décision est la bonne.

Il faut se souvenir que tout changement est difficile et entraîne des efforts, aussi l'ambivalence doit elle être considérée comme normale et la motivation comme variable. Dans leur livre «Modèle transthéorique du changement» Prochaska et Diclemente proposent un diagramme expliquant les différentes étapes plus ou moins propices au changement.



Dans la première étape appelée pré-contemplation la personne ne considère pas qu'il y ait un problème et donc n'est prête à aucun changement et n'en souhaite par ailleurs aucun. Le personnel soignant n'a donc pas de rôle à jouer.

Dans l'étape suivante, la contemplation, la personne prend conscience du problème mais est très ambivalente et hésite à perdre les avantages liés à son fonctionnement. Le rôle du soignant consiste à proposer une balance décisionnelle (avantages / inconvénients) et à alimenter sa réflexion en utilisant le modèle motivant.

Arrivé au stade de la préparation, la décision de changer est prise mais les moyens à mettre en œuvre ne sont pas clairs. Notre rôle est ici de donner de l'information sur les ressources disponibles, l'offre de soins,....

Une fois le choix effectué nous entrons dans la phase d'action en mettant en œuvre les moyens qui auront été choisis par le patient. Le rôle infirmier est ici plus technique : c'est celui des soins à proprement parler qu'ils soient physiques ou psychologiques.

Nous avons l'habitude de dire «le plus difficile n'est pas d'arrêter une consommation de toxique, le plus dur est de ne pas la reprendre» le stade du maintien du changement est souvent long et

difficile. Notre rôle est de soutenir le patient et de le valoriser en soulignant ses efforts.

Le diagramme aurait pu s'arrêter là mais la pratique a montré qu'une case réservée aux rechutes y avait sa place. Notre rôle dans ce cas est de revoir les circonstances, les pensées et surtout les émotions qui ont entraîné cette rechute.

Pour conclure je dirai que l'hôpital est un endroit dans lequel cohabitent, plus ou moins pacifiquement, des gens en pyjamas et des gens en blouse blanche. S'il y a peu de chance que les gens en pyjama deviennent des gens en blouse blanche, l'inverse arrive tôt ou tard. Plus nous mettrons d'empathie et de compréhension dans nos soins et plus les pyjamas et les blouses blanches en tireront de bénéfices.

- prochaska, JO, Diclemente, CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy.* Homewood, IL: Dow Jones-Irwin ; 1984. ISBN 087094438X.

- (en) Prochaska, JO, Diclemente, CC, Norcross GC. *In search of How People Change: Applications to addictive behaviors.* American Psychologist ; 1992, 1102-1114.

- William Miller et Stephen Rollnick, *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement,* Paris, InterEditions, coll. «Techniques de développement personnel», 2006, 241 p. (ISBN 978-2100499168) [présentation en ligne]

- William Miller, Stephen Rollnick et Christophe Butler, *Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation,* Paris, InterEditions, coll. «Développement personnel», 2009, 247 p. (ISBN 978-2729609788) [présentation en ligne]



Tous les produits pour l'allaitement et les bébés



- Tire-lait électrique
- Téterelles en plusieurs tailles
- Flacons de conservation
- Baby cup
- Coquilles forme mamelons
- Gel pads
- Sachets de congélation avec adaptateur



- Crème protectrice lanoline
- Tire-lait manuel
- Coussinets absorbants jetables
- Flacons de conservation
- Latch/Assist
- Baby wipes
- Sachets de congélation



Produits 100% naturelles

Rubrique culinaire

Recettes : «L'aile ou la cuisse»



LE COQ AU VIN



Ingrédients pour 6 personnes :

1 gros poulet «label rouge» ou mieux un coq de ferme (+ /- 2 kg) - 1 bouteille de vin rouge - 3 càs. de vinaigre de vin rouge - 3 càs. d'huile d'olive - 1 gros oignon - 2 à 3 gousses d'ail - 1 à 2 carotte(s) - 1 bouquet garni (laurier, thym, persil) - 500gr. champignons de Paris - 1kg d'oignons grelots surgelés - 250 gr. de lardons fumés - 1 pot de confiture de mûres ou groseilles rouge (200gr) - sel & poivre

Passons au fourneau :

1. Découper le coq en morceaux.
2. Préparer la marinade en réunissant le vin, le vinaigre, l'huile, l'oignon et les carottes émincées, les gousses d'ail et le bouquet garni.
3. Recouvrir le coq avec la marinade durant 2 jours au frais.
4. Retirer le coq de la marinade et le cuire au four à 200° durant +/- 30' (Cette technique permet de dégraisser en partie la viande).
5. Durant ce temps, passer la marinade au chinois et la mettre dans une casserole.
6. Plonger le coq dans la marinade filtrée.
7. Ajouter les lardons, les oignons grelots surgelés, les champignons, le sel et le poivre.
8. Cuire à feu doux jusqu'à ce que la viande soit bien tendre.
9. Retirer la viande, ajouter la confiture et rectifier l'assaisonnement.
10. Déguster avec un accompagnement simple tel que des nouvelles pdt. cuites à la vapeur et une petite salade de cresson.

Bon appétit....

Le poulet aux noix de cajou



Ingrédients pour 6 personnes :

6 grosses cuisses de poulet de grain - 6 oignons - 1 litre de fond de volaille - 1 pot de beurre de cacahuètes - 4 à 5 càs. d'huile d'olive - 100gr de noix de cajou grillées & salées - Sel & poivre

Et maintenant au fourneau :

1. Huiler, saler et poivrer les cuisses de poulet. Les cuire au four durant +/- 30' à 200° (Cette technique permet de dégraisser en partie la viande).
2. Emincer les oignons en rondelles et les faire blondir dans une casserole avec le reste de l'huile d'olive.
3. Recouvrir les oignons avec le fond de volaille et bien les cuire afin qu'ils lient la sauce lorsqu'ils seront en partie fondus.
4. Ajouter le beurre de cacahuètes et rectifier l'assaisonnement.
5. Plonger les cuisses pré-cuites dans la sauce afin de terminer leur cuisson.
6. Verser les noix de cajou dans la sauce avant le service.
7. Accompagner ce plat aux saveurs africaines avec du riz et des épinards en branches par exemple.

Bon appétit...



Les conseils du père «Effainibet»

Parmi les vins rouges riches et charnus qui peuvent accompagner le coq, je vous propose un élégant Nuits-Saint-Georges ou un beau Côtes-du-rhône de type Gigondas.

Pour ce qui est du poulet aux noix de cajou, pourquoi ne pas partir sur un blanc frais et nerveux tel qu'un Sauvignon Sud-Africain.

Je vous laisse afin de me rafraîchir car par ces chaleurs estivales que nous connaissons cette année, je pourrais rapidement me déshydrater... A la vôtre.

vitatel
Vivre chez soi en toute sérénité

Qu'est-ce que la télé-assistance Vitatel ?
Une solution simple et fiable d'assistance qui relie 24 heures sur 24 une personne âgée, isolée, handicapée, convalescente... à son réseau d'aide, partout en Wallonie et à Bruxelles. En cas de besoin, c'est une intervention rapide des personnes de votre entourage et, si nécessaire, des services de secours et d'urgence. Au-delà des urgences, c'est une écoute humaine, une présence chaleureuse et rassurante, de jour comme de nuit.

Vitatel intervient en cas de :
> Appel médical tels que chute, malaise, accident domestique...
> Appel social tels que besoin d'aide à la vie journalière, solitude, mal-être...
> Appel sécuritaire tels que agression, visiteur indésirable...

Vitatel agit dans le respect de votre vie privée

Abonnement mensuel
BIM : 6 € (intervention de 6 € de la mutualité incluse)
Non BIM : 11 € (intervention de 6 € de la mutualité incluse)

Renseignez-vous au
081/41 29 29
www.vitatel.be

Vitatel, un service de l'asbl
PSD
PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES

Bulletin d'adhésion

à compléter et à nous faire parvenir par mail : dallavalle.alda@gmail.com
ou par courrier postal : 27 rue de HORIA - 7040 Genly



Nom :
Prénom :
N° national (obligatoire) :
Adresse :
..... Bte
Code Postal Localité
Pays :
E-mail :
E-mail prof. :
Tél. :
GSM :
Fonction :
Lieu de travail :

FNIB Association sans but lucratif
Siège social : Rue de la Source, 18
1060 Bruxelles
Compte bancaire : **000-0069342-84**
Code IBAN : **BE03 0000 0693 4284**
Site web: www.fnib.be
E-mail: dallavalle.alda@gmail.com

> Membre effectif : **40€ /an**
> Membre pensionné : **30€/an**
> Institution : **150€/an**
> Etudiant en soins infirmiers
(études de base) : **15€ /an**

Merci de cocher dans la liste ci-dessous l'association membre de la fédération à laquelle vous souhaitez vous affilier.
Vous avez également la possibilité de choisir une ou plusieurs affiliations complémentaires
(le coût s'élève alors à 20 euros en plus par association supplémentaire choisie).

- ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
- AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
- AFIU** (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
- AIGP** (Association des Infirmier(e)s Gradué(e)s de Pédiatrie)
- BANA** (Belgian Association of Nurse Anaesthesia)
- CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
- ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continué)
- FIIB** (Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique)
- FNIB Bruxelles – Brabant**
- FNIB Régionale de Charleroi et du Hainaut oriental**
- FNIB Liège – Verviers – Eupen** (UPRIL)
- FNIB Namur – Luxembourg** (AINL)
- SIZ-Nursing** (Société des Infirmier(e)s de Soins Intensifs)
- FNIB Tournai-Mons-Centre**
- ASBG** (Association des soignants belges en gériatrie)
- ISAIOI** (Association des infirmiers spécialisés en assistance opératoire et instrumentation)
- AB PAI&AS MR/MRS** (Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier et de l'Art de Soigner des Maisons de Repos pour Personnes Agées et des Maisons de Repos et de Soins)
- be ONS** (Belgian Oncology Nursing Society)

La FNIB Nationale se charge de transmettre votre/vos adhésion(s) complémentaire(s) et de reverser la/les fraction(s) de cotisation(s) correspondante(s) aux autres groupements.

Attention : de ce fait, un versement unique du total est à effectuer.

€

Amonis

Partenaire de la FNIB
Partner van NFBV

PLCI

(Pension Libre Complémentaire
pour Indépendants)

→ 5,44% de rendement annuel moyen
sur 15 ans

→ jusqu'à 70% d'avantages fiscaux

VAPZ

(Vrij Aanvullend Pensioen
voor Zelfstandigen)

→ 5,44% jaarlijks gemiddeld rendement
over 15 jaar

→ tot 70% fiscale voordelen

Revenu garanti

→ une couverture sur mesure

Gewaarborgd inkomen

→ een dekking op maat

Assurance groupe et EIP

(Engagement Individuel de Pension)

→ des solutions flexibles
pour les indépendants en société

Groepsverzekering en IPT

(Individuele Pensioentoezegging)

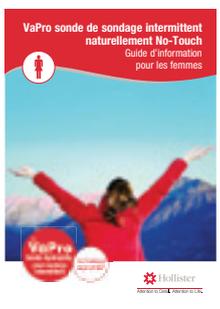
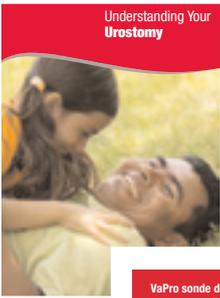
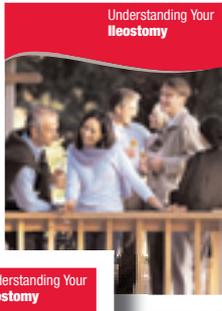
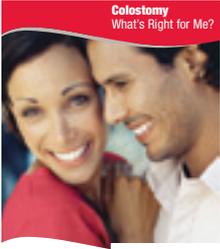
→ flexibele oplossingen voor
zelfstandigen in vennootschap

tél.: 0800/96.113 (FR) • tel.: 0800/96.119 (NL)

www.amonis.be • info@amonis.be

Avec vous à chaque instant!

Wij zijn er steeds voor u!



Formaflex
Nouveau - Nieuw!



...plus
que des produits!

...meer
dan producten alleen!

 **Hollister**
Contact
Ostomy & Continence Care

Avec vous à chaque instant
Wij zijn er steeds voor u

 0800 90626 hollistercontact@hollister.com

www.hollister.be

 **Hollister**

Attention to Detail. Attention to Life