

AGORA

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

N°/Nr 10

Trimestriel : Janvier - Février - Mars 2013
Driemaandelijks: Januari - Februari - Maart 2013



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

Elise, Infirmière
aux Cliniques universitaires
Saint-Luc à Bruxelles

“Moi aussi,
j’aurai de la veine
de travailler avec vous”

Capacité relationnelle et d’écoute,
professionnalisme, autonomie et disponibilité...
Si vous vous reconnaissez dans les critères recherchés
pour nos collaborateurs, alors nous vous convions
à construire un projet professionnel avec nous.

➤ **Envie d’en savoir plus
sur les postes infirmiers vacants
et les avantages offerts?**
www.saintluc.be

➤ **Comment postuler?**

Adresser un courrier à: Joelle Durbecq
Direction du département infirmier
Cliniques universitaires Saint-Luc
Direction du Département Infirmier
Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles
ou par e-mail:
recrut-ddi-saintluc@uclouvain.be

Les Cliniques universitaires Saint-Luc
sont un lieu de dispensation de soins cli-
niques, d’enseignement et de recherche
occupant plus de 5000 professionnels
issus de disciplines variées.



150 métiers ont fait le choix du cœur...
et de la maîtrise

AGORA

Le journal de l’infirmier(e) belge

Agenda	4
Edito	
FIN d’année civile, festivités...et bonnes résolutions pour l’année nouvelle	5
Rubrique internationale	
L’OMS appelle à faciliter l’accès au traitement de la dépression et à mettre fin à la stigmatisation	6
Strengthening nursing education saves lives	7
Portrait	
Léonie CHAPTAL	7
Nous avons lu pour vous ...	
Perceptions des infirmières hospitalières et du domicile par les patients stomisés	9
Stress et trauma dans les services de police et de secours	11
Rubrique juridique	
Mise en place de deux projets de collaboration Infirmière/aide-soignante La loi No Fault, devenue réalité...	13 16
Nos partenaires	
«Les Chemins de Traverse» : Tous différents et pourtant tous semblables.	18
Prévention des blessures par piqûre d’aiguilles	18
Préparation à la mise en œuvre de la nouvelle directive de l’UE	20
En quoi consiste l’évaluation des risques ?	20
Une enquête réalisée au Benelux découvre une nouvelle tendance d’utilisation des aiguilles pour stylo à insuline	22
Rubrique culinaire	33
Bulletin d’adhésion FNIB	34
Également dans ce numéro :	
Infirmiers, Infirmières, engagez-vous auprès des plus démunis !	12
La curiethérapie de prostate par implants permanents de grains d’iode-125	24
La fin des soins infirmiers à domicile ?	26

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



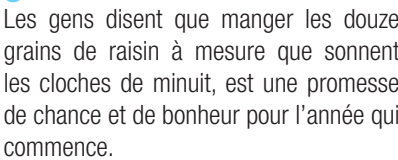
A l'étranger		
20-21 février 2013 32nd Annual International Nursing and Midwifery Research and Education Conference		Dublin
4-6 avril 2013 Omaha System International Conference		Eagan
13-14 avril 2013 Global Health & Innovation Conference		New Haven
16-20 avril 2013 Psychopharmacology Institute and Annual Conference		San Antonio
16-17 mai 2013 International Centre for Nursing Ethics, 14th Annual Conference		Melbourne
18-23 mai 2013 25th Quadrennial Congress		Melbourne
27-29 mai 2013 Canadian Orthopaedic Nurses Association Conference		Vancouver
9-13 juin 2013 Summer Institutes on Evidence-Based Quality Improvement		San Antonio
26-28 juin 2013 European Congress on Assertive Outreach in Mental Health		Avilés
24-27 août 2013 Australian College of Children's and Young People's Nurses Conference		Melbourne
19-22 septembre 2013 2nd International Conference for PeriAnaesthesia Nurses		Dublin
23-27 septembre 2013 Australian College of Nurse Practitioners 2013 Conference		Hobart
En Belgique		
25 janvier 2013 Symposium en soins intensifs et soins d'urgence Urgences vertébro-médullaires - Urgences obstétricales	www.chrnsymposiumsisu.be	Moulins de Beez - Namur
19 février 2013 Formation courte AFU - Accidentologie	www.afiu.be	Namur
28 février 2013 26ème RS de l'AFIU	www.afiu.be	Centre Culturel Marcel Hicter La Marlagne - Wépion
27 février - 1 mars 2013 Recyclage pour les infirmières stomathérapeutes	www.afiscep.be	Verviers
26 mars 2013 Congrès de l'AFISCePbe	www.afiscep.be	La Géode - Charleroi
18 avril 2013 31ème symposium de la SIZ Nursing	www.siznursing.be	Centre Culturel Marcel Hicter La Marlagne - Wépion
20 avril 2013 20 ans de stomathérapie aux Cliniques St Luc	brigitte.crispin@uclouvain.be	Cliniques universitaires St Luc
25 avril 2013 Réunions SIAMU	seb.hamtiaux@chh.be - sebastien.sohet@chh.be	CHR Huy
24 mai 2013 3ème Symposium de médecine Aigüe	seb.hamtiaux@chh.be - sebastien.sohet@chh.be	CHR Huy

Edito

La période des fêtes est l'occasion de profiter du plaisir de dresser une jolie table. Toutes les fantaisies sont permises. Pas besoin d'être riche ou conventionnel: on regarde dans les armoires, on complète avec quelques accessoires et on s'invente un décor de fête en jouant sur les couleurs. Optez plutôt pour une nappe unie, vous pouvez ainsi vous permettre toutes les fantaisies: nappe rouge et verte, argent et blanc...l'important, c'est de faire en sorte qu'il y ait une harmonie dans les tons et dans l'esprit que vous voudrez donner à votre réception.

Mêlez verre, argenterie et porcelaine pour une ambiance étincelante. Éparpillez des paillettes, des étoiles ou des rubans argentés sur la nappe. La faïence, l'étain et les bougeoirs en bois donneront un cachet plus rustique. Complétez en ajoutant houx, branches de sapin et noix sur la table.

Voici quelques anecdotes et origines de nos us et coutumes :



La tradition de décorer un sapin est née en Égypte. L'arbre était en réalité une petite pyramide de bois qui imitait les gigantesques pyramides, symboles culturels et propitiatoires.

Un voyageur rapporta cette idée de la terre des pharaons, en Europe. Une partie des populations germaniques, scandinaves et russes l'adoptèrent pour célébrer le solstice d'hiver, le retour du soleil et de la chaleur, dont l'Égypte était le symbole.

Un disque solaire surmontait la pyramide.

Plus tard, les arêtes de cette figure géométrique furent garnies de bâtonnets auxquels on mettait le feu. Si le feu atteignait la pyramide, l'année serait non seulement heureuse mais très fructueuse.

Au fil du temps, et dans la tradition chrétienne, l'arbre de bois fut remplacé par le sapin; ses branches toujours vertes étaient en plein hiver un présage de printemps, donc de renouveau. Ce sont les luthériens qui eurent l'idée de couvrir l'arbre de petites bougies, pour remplacer les bâtonnets de bois. Ces lumières représentent la vie et la foi. L'étoile, fixée en son sommet, symbolise l'étoile du berger, celle qui a guidé les rois mages vers l'enfant Jésus.

En l'an 1223, à Greccio, en Italie, Saint François d'Assise eut l'idée de reconstituer

les mauvaises conditions dans lesquelles Jésus était né. Il organisa tout pour le soir du 25 décembre. Cette nuit-là, les gens vinrent des villages voisins avec des bougies et des flambeaux pour assister à la messe de Noël. Tous furent émerveillés devant la crèche.

Depuis cette date, les chrétiens ont pris l'habitude de reconstituer la crèche.

- **La bûche de Noël:**

La coutume de la bûche de Noël est commune à beaucoup de pays européens. Cette bûche, tirée d'un arbre fruitier, symbolise l'abondance, et d'un chêne, la robustesse. C'était le plus jeune de la famille qui mettait la bûche à brûler dans le foyer. Elle devait se consumer toute la nuit de Noël, parfois même pendant les douze jours qui séparent Noël de l'Épiphanie. On l'arrosait de vin ou d'huile pour avoir de bonnes récoltes et on jetait du sel dessus pour éloigner les sorciers et les mauvais sorts.

La cendre était gardée précieusement à cause des vertus protectrices qu'on lui prêtait: elle préservait la maison de la maladie, de la foudre, des accidents et des insectes nuisibles; elle éloignait les animaux sauvages et faisait fructifier les récoltes. C'était un porte-bonheur.

Depuis 1870, la bûche de Noël est un délicieux gâteau fourré de crème au beurre.

Dans nos résolutions futures et surtout celles plus proches durant cette année 2013 ,qui se profile, la FNIB poursuivra avec force et ténacité les dossiers «very important» , à savoir la réforme de l'enseignement des soins infirmiers en communauté française (dossier spécial

de AGORA 9) et l'intégration paritaire de toutes les associations au sein d'un organe fédéral (UGIB) et de même au niveau international où nous défendrons cette «structure» lors du Congrès CII à Melbourne en mai 2013. Encore une fois je le souligne, pour qu'une association puisse faire valoir ses projets

et objectifs, il faut qu'elle compte sur ses membres et sur une force qui provient du nombre de membres. Alors dans vos belles décisions pour cette année nouvelle, prenez celle de vous faire membre de la Fédération Nationale des infirmiers de Belgique et venez «activement» dans cette grande famille

que nous formons.

Je vous souhaite ainsi que tous les membres du conseil d'administration d'excellentes fêtes et du bonheur et santé durant toute l'année 2013.

Bonne et heureuse année à tous,
Dalla Valle Alda
Présidente FNIB.

Note d'information aux médias

L'OMS appelle à faciliter l'accès au traitement de la dépression et à mettre fin à la stigmatisation

9 OCTOBRE 2012 | GENÈVE

À l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, l'Organisation mondiale de la Santé appelle à mettre fin à la stigmatisation de la dépression et des autres troubles mentaux et à mettre le traitement à la portée de tous ceux qui en ont besoin.

350 millions de dépressifs

Plus de 350 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression, trouble mental qui les empêche de mener une vie normale. À cause du caractère honteux que revêt encore souvent ce trouble, beaucoup de déprimés n'admettent pas qu'ils sont malades et ne cherchent donc pas à se faire soigner.

La dépression se distingue des changements d'humeurs ordinaires. Elle se manifeste par un sentiment de tristesse qui perdure pendant au moins deux semaines et qui compromet le fonctionnement normal au travail, à l'école ou au sein du foyer. Les traitements efficaces sont d'ordre psychosocial et pharmacologique. La participation active des personnes déprimées et de leurs proches au traitement est essentielle. La première étape consiste à admettre la dépression et à chercher de l'aide. Plus le traitement est mis en route de bonne heure, plus il est efficace.

Des traitements efficaces contre la dépression existent

«Il existe des traitements très efficaces contre la dépression. Malheureusement, moins de la moitié des personnes déprimées reçoivent les soins dont elles ont besoin. Ce chiffre est même inférieur à 10% dans beaucoup de pays, commente le Dr Shekhar Saxena, Directeur du Département de l'OMS Santé mentale et abus de substances psychoactives. Voilà pourquoi l'OMS apporte son soutien aux pays qui combattent la stigmatisation dans le but d'élargir l'accès au traitement.»

Les préjugés culturels et la méconnaissance de cette affection contribuent à dissuader les malades de consulter. D'après les estimations de l'OMS, la dépression est courante dans toutes les régions du monde. Une étude effectuée récemment avec le soutien de l'OMS montre que 5% environ des personnes vivant dans la communauté avaient souffert de dépression au cours de l'année écoulée.

Une maladie qui peut conduire au suicide

La dépression résulte de l'interaction complexe de facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Il y a un lien entre la dépression et la santé physique, une maladie cardiovasculaire pouvant par exemple

provoquer une dépression et vice-versa. Jusqu'à une accouchée sur cinq souffre de dépression postnatale. En outre, des circonstances particulières – difficultés économiques, chômage, catastrophes et conflits – peuvent aussi augmenter le risque de dépression. Sous sa forme la plus grave, la dépression mène au suicide. Près d'un million de personnes de suicident chaque année et une grande proportion d'entre elles souffrent de dépression.

Permettre l'accès au traitement dans les soins de base

L'OMS fournit une assistance aux instances gouvernementales pour faire figurer le traitement de la dépression dans l'ensemble de soins de base offert à la population. Dans le cadre du Programme d'action de l'OMS Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP), les agents de santé apprennent à repérer les troubles mentaux et à dispenser les soins adéquats, à fournir une aide psychosociale et à prescrire des médicaments aux personnes atteintes de dépression. La Journée mondiale de la santé mentale a été instituée à l'initiative de la Fédération mondiale pour la Santé mentale en 1992. Elle offre l'occasion à de nombreux pays et organisations de sensibiliser l'opinion publique aux questions de santé mentale et d'inciter à parler librement des troubles mentaux et à investir dans les services de prévention, de promotion et de traitement.

Pour plus d'information,

veuillez prendre contact avec:

Tarik Jasarevic Chargé de communication
OMS, Genève

Téléphone: +41 22 791 5099 - Portable: +41 79 367 6214
Courriel: jasarevict@who.int

Dr Shekhar Saxena Directeur
Département de la Santé mentale et abus de substances psychoactives
OMS, Genève

Portable: +41 79 30 89 865 - Courriel: saxenas@who.int

Dr Mohammad Taghi Yasamy Médecin
Département de la Santé mentale et abus de substances psychoactives
OMS, Genève
Telephone: +41 22 791 2677 - Courriel: yasamym@who.int

Rubrique internationale

EFN PRESS RELEASE | 17 October 2012

Strengthening nursing education saves lives

Exceeding our expectations, the roundtable organised by MEPs Mario Pirillo and Bernadette Vergnaud, brought together 75 key policymakers and politicians to discuss the education of nurses. The aim of the event was to bring the different views on the entry requirement to the same table to discuss the implications for patients, the nursing profession and health systems.

The EFN maintains its position and re-iterates that the compromises currently on the table are not supported by nurses and certainly do not ensure high quality of care and patient safety. This was clearly expressed by many stakeholders at the roundtable!

As stressed by the Cyprus Presidency, the modification of Directive 36 is a good opportunity to move on towards a higher level of quality delivery of health care and to inject confidence into a recognition system in order to enhance a higher mobility of professionals within the EU.

The EFN President, Unni Hembre, explained that *“Every 10% increase in bachelor's nurses is associated with a 7% reduction in the odds of patients dying (RN4CAST). If you allow the minority to set the criteria for harmonisation, you will undermine the efforts of 24 EU Member States who have already implemented the 12 years as a direct response to the demands of current healthcare systems.”*



Those who claim that the 12-year entry requirement will make all nurses academics are blind to the actual consequences and the incremental cost that a lower qualified workforce will cause to the future of healthcare. You should not ignore this evidence when designing new policies!”

Please contact Mr Paul de Raeve, General Secretary of the European Federation of Nurses Associations, for more information.
Email: efn@efn.be
Tel: +32 2 512 74 19 - Web: www.efnweb.eu

Further information:

- Directive 2005/36/EC;
- EFN Evidence Report on Directive 36 Nursing Education from 10 to 12 years;
- RN4CAST project.

Portrait

Léonie CHAPTAL

Figure marquante de l'histoire des soins infirmiers

Née en 1873 d'une famille aisée, Léonie Chaptal est une infirmière qui va avoir une grande influence sur la profession. Dès 17 ans, elle se consacre aux soins des vieilles dames et fera «fonction d'infirmière» à l'hôpital.

En 1893, elle rejoint un de ses frères, curé à Paris où elle oeuvrera en faveur des familles les plus modestes (contre l'alcoolisme, la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies vénériennes, etc.). Après avoir créé de nombreuses œuvres sociales en faveur des familles et de l'enfance, Léonie Chaptal fut l'architecte de la profession infirmière en France au début du XX^e siècle. Femme de caractère, d'action et de conviction, petite-fille du chimiste et savant Chaptal, Léonie Chaptal fut le précurseur de l'infirmière moderne et l'apôtre de l'assistance sociale en France. Elle fut l'artisan d'une identité et d'une reconnaissance professionnelle qui depuis ne cessent de s'affirmer. Son action est reconnue internationalement. Elle participe à la création du conseil international des infirmières.

Combattre la maladie sur son terrain avec des professionnels

La première action concrète est la mise sur pied d'un dispensaire de quartier et le choix d'un enquêteur qui se rendra au domicile des tuberculeux. Pour gagner la confiance des malheureux, “il sera pris parmi les gens du peuple, si possible un syndicaliste ou un militant, compatissant et dévoué”, dit le Docteur Calmette, inventeur de l'idée en 1901 à Lille. A Paris, une femme se lance dans le combat contre la tuberculose avec le même esprit. Léonie Chaptal crée “l'oeuvre des

tuberculeux adultes” en 1903, passe un diplôme d'infirmière pour être plus compétente, met sur pied une école d'infirmières privées en 1905 qui forment notamment aux visites à domicile. Une association «d'infirmières-visiteuses» est créée, on organise même des cours de spécialisation.

Diplômée en 1903 de l'assistance publique, elle croit fortement à une identité professionnelle et à l'autonomie de l'infirmière envers le corps médical. Elle est imprégnée du modèle anglais, sa philosophie s'appuie



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 15/10/2012 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

mariemontvillage

recherche

Des infirmiers A1/A2 (H/F) pour engagement immédiat

Description de fonction:

Au sein des unités spécifiques pour personnes âgées désorientées ou auprès des services plus classiques MR-MRS, donner des soins globaux (infirmiers et psychosociaux) aux résidents confiés afin de maintenir, d'améliorer ou de rétablir leur santé, leur bien-être et de favoriser leur autonomie.

Notre offre:

Un contrat à durée indéterminée temps plein ou tout autre temps de travail à négocier, dans une institution en constante évolution, offrant un cadre de travail agréable et moderne. Une fonction variée offrant de réelles perspectives d'avenir et de développement grâce à une politique de formation continue soutenue. Des avantages extralégaux tels qu'une assurance de groupe, des congés extra légaux complémentaires, des tickets repas.

Intéressé(e)

Pour plus d'information nous concernant, consultez notre site : www.mariemontvillage.be.

Veuillez adresser votre lettre de candidature accompagnée d'un curriculum vitae à Mariemont Village, à l'attention de Mr Goblet Valéry, rue Général de Gaulle, 68 à 7140 Morlanwelz ou par e-mail à l'adresse info@mariemontvillage.be.



**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. WHRI3461 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.™



sur le fait que l'action infirmière ne porte pas sur les pathologies mais la personne souffrante. L'infirmière doit tout savoir du patient et non pas tout de la maladie. La maladie est la science du médecin, la connaissance du malade relève de la compétence de l'infirmière. Ses orientations vont vers la prévention et l'éducation. Ses priorités : diminution de la mortalité infantile.

Son influence sur la profession

Emergence de l'idée que soigner les personnes malades est une profession classée qui doit être comme toute autre, garantie dans son exercice. Prévenir les maladies est également dans les attributions modernes.

En 1909, Léonie Chaptal rédige un rapport qui ne sera étudié qu'après la guerre. On y trouve l'institution du conseil de perfectionnement des écoles, la reconnaissance administrative des écoles existantes et le brevet de capacité professionnelle conférant le droit de porter le titre d'infirmière diplômée de l'état Français.

En 1913 : Léonie Chaptal est élue Membre du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique. Elle en profitera pour proposer des lois.

Dans les années 1920, Léonie CHAPTAL, qui fut à l'origine de la «Revue de l'Infirmière», des premiers «Diplômes d'État» en France, et qui fut également la première infirmière française à avoir siégé en 1929 comme présidente au «Conseil International des Infirmières (CII)», écrivait : «La maladie, c'est la science du Médecin et le malade l'art de l'Infirmière.»

Le 17 juin 1922, les préconisations de Léonie Chaptal aboutissent,

un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et création du premier diplôme d'état Français (en deux ans). À ce moment-là, la profession est reconnue par l'état. Léonie Chaptal est nommée vice-présidente du «Conseil de perfectionnement».

En 1923, création du premier numéro de la première revue nationale professionnelle «l'infirmière française».

Le 10 octobre 1923, reconnaissance administrative des écoles.

En 1924, Léonie Chaptal et des consœurs infirmières fondent la première association professionnelle, «l'Association nationale des infirmières diplômées d'Etat Français (Anidef)» que Léonie Chaptal dirigea. Le décret 18 juillet 1924, titre d'infirmière diplômée d'état.

En 1927, élue déléguée adjointe au Comité de protection de l'enfance et de la jeunesse de la Société des Nations.

Le 20 janvier 1937, loi d'exclusivité, obligeant d'avoir le diplôme d'état pour l'exercice de la profession.

Ses récompenses

En 1933, Croix de l'Ordre de Léopold de Belgique et Légion d'Honneur.

Le 12 mai 1935, elle reçoit la médaille de la fondation Florence Nightingale.

Elle s'investira tout au long de sa vie dans le but de promouvoir la santé à travers son métier et sa passion pour les soins.

Débordante d'énergie, la maladie l'oblige pourtant à s'arrêter.

Elle s'éteint le 27 Mars 1937.

Lu pour vous

Perceptions des infirmières hospitalières et du domicile par les patients stomisés

Si les besoins d'accompagnement et d'éducation des patients stomisés sont généralement bien connus, le moment de leur apparition sur le cheminement du patient restait sans réponse. Afin de répondre à la question, une étude a été menée avec comme question de recherche : « A quels moments apparaissent quels besoins d'accompagnement et d'éducation pour les patients stomisés digestifs ? ».

Les thèmes abordés lors de la recherche sont : les facteurs liés à la personne (facteurs psychologiques, facteurs cognitifs en matière de maladie, traitement, stomie et matériel, facteurs psychosociaux avec le soutien psychosocial perçu et l'acceptation de la maladie et du traitement, le vécu et l'acceptation de la stomie, la perception de la qualité de l'information et du savoir des soignants) ; les facteurs contextuels ; les facteurs interactions ; les facteurs liés aux intervenants ; l'accessibilité aux comportements de santé ; les comportements de santé de la personne, les autres facteurs de santé, l'état de santé de la personne ; la qualité de vie, le bien-être. Cet article ne se veut pas une synthèse des résultats de recherche mais bien une mise en évidence des perceptions des patients de la relation qu'ils ont avec les infirmières. Le rapport de synthèse de la recherche est consultable sur le Web¹.

Méthodologie et analyse des résultats

Cette recherche est menée conjointement dans 7 centres wallons avec l'aide de 8 infirmières stomathérapeutes. Elle a reçu l'approbation des différents comités d'éthique. 55 patients ont été interviewés à 3 moments de leur prise en charge : avant l'intervention, à la sortie de l'hôpital et à distance de l'intervention (2 à 3 mois après). Le guide d'entretien a été construit à partir d'un tableau établi par des informations recueillies dans la revue de la littérature et du fait de l'expérience de l'équipe de recherche. Lors de chaque interview un questionnaire écrit est remis au patient afin de récolter quelques données d'identification (uniquement à la première rencontre) et de quantifier le niveau d'anxiété du patient.

Echantillon

Sur les 55 patients, 37 ont répondu à l'interview pré-opératoire, 44 à la sortie de l'hôpital et 47 à distance de l'intervention. Tous les patients inclus dans l'étude ont été pris en charge par une infirmière stomathérapeute.

Précautions

Les résultats transmis ici relèvent de la perception des patients et ne correspondent peut-être pas à la réalité mais c'est de cette manière qu'eux la vivent. Il ne s'agit pas non plus d'une majorité de

>> Suite page 10



Le CHU Tivoli recrute

**des infirmier(e)s bachelier(e)s et breveté(es)
pour tous les secteurs d'hospitalisation**

et plus particulièrement pour :

- le service de neurologie et de neurochirurgie,
- l'oncologie,
- la gériatrie,
- l'équipe mobile.

**Veillez adresser votre CV et lettre de motivation à
Madame Françoise HAPPART,
Directrice du Département Infirmier.**

CHU Tivoli
Avenue Max Buset, 34
7100 La Louvière
francoise.happart@chu-tivoli.be
Infos: 064/27.66.54
www.chu-tivoli.be



patients qui perçoivent les choses de cette manière mais, c'est le ressenti des 55 patients interrogés.

La perception des patients de la relation qu'ils ont avec les infirmières

Avant l'intervention...

Les patients rencontrent peu les infirmières avant l'intervention mais dès leur arrivée à l'hôpital, elles sont reconnues pour leur connaissance de la pathologie.

Entre l'intervention et la sortie de l'hôpital...

Les infirmières d'hospitalisation en chirurgie ne semblent pas être sources de soutien ou d'information pour les patients. Elles sont reconnues pour la réalisation des soins, leurs connaissances techniques et la gestion de la stomie. Mais elles n'ont pas toujours le temps d'expliquer et donnent parfois des réponses évasives. L'attitude des infirmières durant les soins est majoritairement positive ou neutre : soins adéquats, soigneux, maîtrise de techniques, disponibilité, confiance, sont les termes utilisés. Par contre d'autres patients ont moins bien vécu les choses : elles ne sont pas sûres d'elles, ne parlent pas, posent le soin, sont toujours pressées, vont toujours revenir, une infirmière n'aurait fait que regarder la patiente, elle n'aurait pas osé la toucher... Néanmoins tous leur reconnaissent une cohérence dans les soins.

Ils sont aussi majoritairement satisfaits de la relation qu'ils ont avec elles, même si quelques critiques fusent : « les intérieures ne savent jamais rien, certaines ont peur d'approcher le patient et d'autres répèteraient toujours les mêmes interdictions. »

A la sortie de l'hôpital, quelques patients ont l'intention d'appeler l'infirmière du domicile si ils ont des problèmes avec la stomie mais la majorité s'adresseront directement à l'infirmière

stomathérapeute de l'hôpital. Au même moment, 11 patients ont l'intention de faire appel à l'infirmière du domicile et les autres veulent être autonomes.

Après la sortie de l'hôpital...

Les infirmières du domicile sont considérées comme soutenantes pour 7 patients. Elles connaissent leur métier mais pas le matériel, ni les accessoires. Il y a eu peu d'adaptation dans les soins par rapport aux recommandations de l'hôpital. Lors des soins, l'attitude des infirmières du domicile est qualifiée de rassurante mais elles commettent des erreurs de distraction, manquent de savoir-faire, ne prennent pas le temps, freinent l'autonomie. Les patients expriment de la satisfaction de la relation qu'ils ont avec leur infirmière du domicile. A ce stade, 20 patients sont autonomes, 8 sont aidés par leur conjoint et 20 par une infirmière. Les patients qui sont aidés par l'infirmière se répartissent de la même manière dans les processus d'intégration et de distanciation de la stomie mais sont majoritairement des patients qui ont une stomie provisoire.

Les patients parlent aussi des infirmières des services d'oncologie ambulatoire qui semblent être très compétentes dans l'administration de chimiothérapie mais qui ne connaissent pas la pathologie du patient, ne se soucient pas de la stomie.

Notre rôle d'information, d'éducation, de soutien psychosocial n'est pas suffisamment développé et perçu par les patients. Les remettre dans nos objectifs principaux est un des besoins de ces patients. La technique de soins semble maîtrisée par l'ensemble des infirmières même si certaines manquent de pratique. Il reste cependant encore un travail de sensibilisation aux besoins et au vécu des patients stomisés à réaliser dans les unités d'oncologie ambulatoire et peut-être des infirmières du domicile. Une autre recherche devrait être réalisée de manière à évaluer à quoi correspond le fait que plus de patients dépendent de l'infirmière du domicile pour la réalisation des soins. Cela dépend-t-il de l'état de fatigue ou de l'évolution de la maladie chez les patients ? Ou encore des souhaits changeants ou d'une difficulté de lâcher prise des infirmières du domicile ?

La principale conclusion de la recherche est que les patients stomisés ont besoin d'une prise en charge multidisciplinaire dans le long cours. L'infirmière hospitalière et du domicile ont toutes une place à y prendre et un rôle à y jouer.

Cette étude a obtenu l'accord des comités d'éthique hospitaliers locaux.

Elle a été réalisée grâce à la participation des infirmières et des infirmiers stomathérapeutes : MP. Del Conté, Grand Hôpital de Charleroi, F. Fievet, CHU – Brugmann, B. Hamoir, Cliniques Sainte-Elisabeth de Namur, MM. Lefort, Hôpital Erasme – ULB, G. Level, Cliniques Universitaires Saint-Luc – UCL, C. Staelens, Centre hospitalier Mouscronnois, Ch. Thyse, CHR de Huy.

Cette recherche a obtenu un mécénat de l'association des infirmières en stomathérapie, cicatrisation et plaie AFISCeP. be (association francophone des infirmières en stomathérapie, cicatrisation et plaies), et des entreprises BBraun, Coloplast, Convatec, Hollister.

B Crispin², A Kartheuser³, A Deccache⁴

² Infirmière Stomathérapeute, Unité de Chirurgie Colorectale, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

³ Chirurgien, Responsable de l'Unité de Chirurgie Colorectale, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

⁴ Responsable de l'Unité RESO, Education Santé Patient, Université catholique de Louvain, Bruxelles

Stress et trauma dans les services de police et de secours

Les répercussions négatives du stress et du trauma constituent une réalité qui ne peut être mise en doute et depuis plusieurs décennies, elles ont fait l'objet de multiples recherches et publications. Il semble en effet évident que l'exercice de certaines professions particulièrement stressantes puisse engendrer des répercussions tant sur le plan physiologique que psychologique.

De telles constatations ont été effectuées par de nombreux auteurs de toutes nationalités, notamment chez les contrôleurs aériens, le personnel soignant, mais aussi chez les membres des services d'incendie et les policiers.

Ce livre propose donc d'évoquer, dans sa première partie, une nécessaire revue de la littérature concernant le stress d'un point de vue général pour ensuite l'aborder chez les intervenants. Les autres parties de

l'ouvrage se consacreront aux domaines de la psychotraumatologie, des principes de première assistance psychologique ainsi qu'aux techniques d'entretien et d'intervention individuelle ou collective à la suite d'événements bouleversants.

Enfin, le rôle joué par le tissu social de l'intervenant, la description d'un modèle de prévention, de prise en charge et de suivi du stress lié aux interventions dans ces professions seront également abordés, toujours dans une perspective résolument dynamique, pratique, accessible à tous les non « initiés ».

Si ce livre s'adresse aux policiers et sauveteurs tant dans un but personnel que de soutien, il est évident que d'autres professions, confrontées également à des situations de crise pourront aisément l'adapter à leur réalité professionnelle.



réseau iris structuur

**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

Infirmiers, Infirmières, engagez-vous auprès des plus démunis !

Dans une Belgique où la précarité reste une criante réalité, Médecins du Monde relève encore une fois le défi, en prenant en charge le volet médical du Plan hiver, aux côtés du Samu social. A Bruxelles, là où les personnes sans abri se réfugient pour un lit, pour un repas, elles trouvent également un médecin et/ou un infirmier.

Cette année encore, les températures descendront bien en dessous de zéro degré. Pour les personnes sans abri, cette période est extrêmement difficile. En effet, outre la rudesse des conditions de vie dans la rue, l'hiver est synonyme d'aggravement de leurs pathologies.

Depuis le 15 novembre et pendant 4 mois, 7 jours sur 7, plus de 60 infirmiers et médecins bénévoles se relaient dans deux centres d'hébergement d'urgence.

Les infirmiers bénévoles sont responsables des premiers soins. Ils accueillent les patients et complètent leurs dossiers médicaux, administrent les médicaments de base, contactent la coordination du projet ou le médecin de garde en fonction des besoins ou des urgences médicales.

Le froid et le manque d'hygiène sont les ennemis de la santé. Frank Vanbiervliet, infirmier bénévole, explique : « la plupart du temps, nous

avons à faire à des infections respiratoires et des problèmes dermatologiques, mais également à des pathologies chroniques avec des personnes qui sont parfois en rupture de traitement ».

Une action d'envergure

Si l'objectif premier est donc de répondre à l'urgence, ce Plan Hiver vise également la réinsertion durable des personnes en situation de précarité dans le système de santé classique. Stéphane Heymans, responsable des projets belges pour Médecins du Monde, nous en dit plus à ce sujet : « l'année passée, sur 3288 consultations, plus de 50% des patients n'avaient pas de couverture santé. De plus, 34% n'avaient aucun contact avec un professionnel de santé en dehors des consultations de MdM ».

Pourquoi s'engager ? M. Vanbiervliet - qui participe pour la quatrième fois au Plan Hiver - témoigne : « J'ai une chouette compagne, un

travail stable et une maison agréable. Travailler ici m'a ouvert les yeux. C'est ici que j'ai découvert l'étendue de ma chance, mais également comment on peut se laisser emporter très rapidement dans une spirale négative. Rien n'est comme on le croit. Je vois beaucoup de patients avec un diplôme universitaire. Des fois, un simple événement déclencheur a entraîné la perte de leur maison et souvent, par la suite, la négligence de leur santé. »

Parce que le personnel médical sait à quel point l'écoute du patient est fondamentale et que les personnes sans abri en sont souvent privées, MdM insiste sur la qualité de l'accueil et intensifie le nombre de ses consultations médicales et paramédicales. Cette action d'envergure ne peut se faire sans votre engagement bénévole !

Si vous avez un peu de temps libre en soirée pour rejoindre notre équipe : contactez- nous ! www.medecinsdumonde.be ou par téléphone au 02 648 69 99.



© photo Viviane Joachims

Rubrique juridique

Mise en place de deux projets de collaboration Infirmière/aide-soignante



Présentations réalisées par M.Ranwez.L et Yancis.L, aide-soignantes à l'ISPPC hôpital Vésale, dans le cadre des 27èmes journées internationales d'Etude et de Formation des aide-soignantes, à Paris.

Ces deux journées, organisées les 24 et 25 novembre 2011, par EDIFORM sous le haut patronage du ministère français de la santé, avaient pour thème «Gestion et qualité des soins : un enjeu d'épanouissement professionnel»



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

La fonction d'aide-soignante n'est pas nouvelle, cependant l'AR du 12/01/2006 a permis de clarifier les tâches qui leur sont accessibles et ainsi d'éviter la confusion entre les fonctions infirmière et aide-soignante.

Développer des projets et organiser le travail en tandem aide-soignante/infirmière implique une organisation et une structuration du travail qui prend en compte les compétences et la formation de chacun.

Gestion des rôles, du temps et qualité des soins constituent un enjeu d'épanouissement professionnel

Adopter une organisation efficace, respectueuse de la qualité des soins et du bien-être du soignant, développer une réflexion sur le rapport au temps et le travail en binôme aide-soignante/infirmière sont les préoccupations au centre des deux projets qui ont été mis sur pied au CHU de Charleroi, hôpital A.Vésale

Cadre légal belge de l'aide-soignante en Belgique Arrêté royal du 12 janvier 2006 qui définit la liste des actes que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous le contrôle d'un(e) infirmier(e) et dans une équipe structurée.

Projet N°1 : Mise en place d'un binôme infirmière/aide-soignante durant la nuit au sein d'une unité de gériatrie et soins palliatifs

Avant :

Nous fonctionnions avec un(e) infirmier(ère) qui travaillait la nuit et qui était aidé(e) selon les besoins par un membre de l'équipe volante. Cette aide ponctuelle apportait un plus dans la prise en charge de tâches lourdes.



Antwerpen • Brussels • Charleroi • Gent • Kortrijk • Leuven • Liège



« 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

Plusieurs types d'information sont transmis :

• L'information procédurale

L'information procédurale a pour but de placer l'enfant dans un contexte spatio temporel qui lui permette de comprendre les événements qu'il va vivre. Il est important que l'enfant puisse se repérer et connaître non seulement les endroits différents du service, mais aussi les personnes qui le prendront en charge tout au long de la journée.

• L'information sensorielle

L'information sensorielle permet à l'enfant de se préparer aux sensations qu'il éprouvera pendant la journée d'hospitalisation :

- Le Toucher : préparation aux sensations gênantes et ou douleurs, telles les piqûres – la notion de douleur est évoquée sans mensonge
- L'Ouïe : préparation aux bruits du monitoring, alarmes
- L'Odorat : préparation à l'induction par un premier contact avec l'odeur du masque et du gaz anesthésiant.

• L'information psychologique

L'information psychologique permet à l'enfant d'aborder et d'exprimer ses émotions, à propos de moments plus difficiles qu'il redoute.

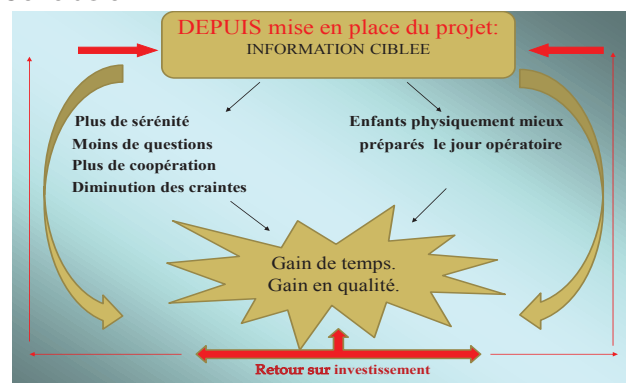
Elle permet également l'expression de la peur, la colère, de la joie ou de la tristesse.

• L'information médicale

L'information médicale permet de communiquer ce qu'il faut savoir concernant :

- la localisation de l'endroit du Corps qui sera opéré.
- Les examens qui seront réalisés
- Les traitements et les soins
- La prise en charge de la douleur

Conclusion



Martine Taxhet
Infirmière chef de service
Hôpitaux de l'ISPPC - CHU A.Vésale
Rue de Gozée 706
6110 Montigny-Le-Tilleul
Tél: 071 92 14 23
martine.taxhet@chu-charleroi.be

Bibliographie :

Arrêté Royal :

Arrêté Royal janvier 2006 (Belgique)

Articles :

- L'attractivité de la profession : gestion des ressources humaines et accompagnement

Revue Hôpital.be N°247

- Fabregas B. (2004). Le binôme infirmier/aide-soignante, quelle réalité ? soins N° 689

- La place de la profession infirmière dans les structures de soins

Revue Hôpital.be N°247

- L.Dumais-Picard, février 2008. Le binôme dans le secteur des services d'aide à la personne

- Macrez Pascal, 2004. Les secrets d'une collaboration réussie infirmière/aide-soignante

Revue de l'infirmière N°103

- Véronique Hubinon, juin 2006. «Création d'une séance d'information préopératoire pour les enfants de 4 à 10 ans à l'hôpital de jour»

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de «Cadre en soins de santé»

La loi No Fault, devenue réalité...

Depuis le 1 septembre 2012, le Fonds des Accidents Médicaux est actif. Ce Fonds a vu le jour dans la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Les 'Soins de santé' sont interprétés de manière large : il s'agit de soins dispensés par des prestataires de soins 'traditionnels' (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmier(ère)s, pharmaciens, ...) et non-conventionnels (homéopathes, ostéopathes, ... (dès l'entrée en vigueur de l'obligation d'enregistrement)). Il s'agit également de soins dispensés par des hôpitaux, des établissements de soins, des centres de transfusion sanguine et des laboratoires cliniques.

Jusqu'au 2 avril 2010, la règle était que le patient qui souhaitait être indemnisé pour des dommages subis lors de soins dispensés par un prestataire de soins, devait prouver la faute de ce dernier et le lien causal entre la faute et le dommage.

Le système à deux voies

A partir du 2 avril 2010, il existe un 'système à deux voies' : le patient peut s'adresser en cas de dommage soit au Fonds, soit à l'assureur du prestataire de soins.

Les principes suivants sont appliqués : un Fonds créé spécifiquement à cet effet, indemnise les victimes ou ses ayants droits dans les situations suivantes :

- > Les dommages sont causés par un accident médical sans responsabilité. Aucun prestataire de soins n'est donc responsable pour les dommages. Le patient sera donc indemnisé pour des dommages anormaux qu'il a subis, suite à une prestation de soins

de santé. Cette situation anormale ne peut pas être attribuée à l'état de santé du patient.

- > Il y a responsabilité de la part du prestataire de soins, mais sa responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment assurée.
 - > Le Fonds décide qu'il y a responsabilité du prestataire de soins, mais cette responsabilité est contestée par l'assureur du prestataire de soins.
 - > Il y a responsabilité du prestataire de soins, mais son assureur fait une proposition d'indemnisation que le Fonds considère insuffisante.
- La victime conserve le droit de s'adresser directement à l'assureur, et

si nécessaire, au juge afin d'obtenir une indemnisation. Bien entendu, il devra alors apporter les preuves de la faute, le dommage et le lien de causalité.

Le patient a la possibilité de 'changer de voie' : il peut suivre la voie du Fonds en premier lieu pour ensuite choisir la voie de la procédure judiciaire et vice versa.

Missions du Fonds l'évaluation et l'indemnisation du dommage

Le Fonds a pour missions :

1. Emettre un avis sur la responsabilité

Le Fonds ouvre le dossier et rassemble les informations nécessaires que doivent fournir les parties concernées : la victime, le(s) prestataire(s) de soins, autres parties.

Les délais dans lesquels ces informations doivent être fournies sont prescrits par la loi et doivent être respectés sous peine d'amendes.

Le Fonds peut arriver à trois conclusions :

- > Il conclut à la responsabilité du prestataire de soins. Le Fonds transmet le dossier à l'assureur et lui demande de formuler une proposition d'indemnisation. Si le prestataire de soins n'est pas assuré, le Fonds formule lui-même la proposition.
- > Aucune faute n'est retenue dans le chef du prestataire de soins. Le Fonds formule lui-même une proposition d'indemnisation.
- > Le dommage ne relève d'aucune de ces deux catégories. La procédure est terminée.

Si la victime accepte l'avis du Fonds, la phase de l'évaluation et de l'indemnisation du dommage est entamée. Si la victime n'est pas d'accord, il peut s'adresser au juge.

2. Evaluer et indemniser le dommage

Dans les 3 mois qui suivent l'avis du Fonds, le dommage tout comme l'indemnisation du dommage par le Fonds ou par l'assureur doit être évalué. L'indemnisation doit être intégrale, c'est-à-dire sans plafond d'indemnisation ni franchise.

3. Formuler une proposition

S'il n'y a pas de responsabilité de la part d'un prestataire de soins, le Fonds formule une proposition d'indemnisation.

La victime doit réagir dans les délais fixés par la loi, sinon le Fonds considère que la proposition est refusée.

La victime peut formuler à une seule reprise ses remarques sur la proposition. Le Fonds peut, s'il le juge opportun, adapter le montant de l'indemnisation. La victime peut également contester la proposition devant un tribunal.

Une fois la proposition acceptée, la victime sera payée par le Fonds et ne pourra plus demander d'indemnisation devant un tribunal.

4. Donner un avis sur l'indemnisation

S'il y a responsabilité de la part d'un prestataire de soins, le Fonds conseille à l'assureur du prestataire de soins de formuler une proposition.

Possibilités :

- > L'assureur fait parvenir une proposition d'indemnisation à la victime, dans les délais fixés par la loi : si la proposition est acceptée, l'assureur procède au paiement.
- > L'assureur conteste la responsabilité du prestataire de soins. Il en informe le Fonds, qui indemnise lui-même en cas d'accident grave et tente de récupérer la somme chez l'assureur.

La victime peut demander l'avis du Fonds sur le montant proposé par l'assureur. Si le Fonds estime que le montant n'est pas assez élevé, il peut indemniser lui-même la victime et récupérer le montant chez l'assureur.

5. Autres missions du Fonds

Le Fonds s'est vu confié d'autres missions, notamment :

- > La collecte d'informations sur les accidents médicaux.
- > L'établissement de statistiques.
- > Emettre un avis au ministre dans le cadre de la prévention et l'indemnisation de dommages.
- > Etablir un rapport annuel des points susmentionnés.

Le Conseil d'Administration est entre autres composé de représentants du gouvernement, des organisations d'employeurs, d'indépendants et de travailleurs salariés, de mutuelles de soins de santé, de prestataires de soins et de patients.

Conditions d'indemnisation par le Fonds

Avant de pouvoir parler d'une indemnisation éventuelle par le Fonds, une des conditions suivantes doit être remplie :

- > Le patient, victime de l'accident, est atteint d'une invalidité permanente égale ou supérieure à 25%.
- > Le patient, victime de l'accident, est atteint d'une incapacité de travail temporaire au moins durant 6 mois consécutifs ou 6 mois non-consécutifs sur une période de 12 mois.
- > Le patient, victime de l'accident, souffre de troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence, y compris d'ordre économique.
- > Le patient, victime de l'accident, décède.

Certains types de dommages ne sont pas indemnisés. Notamment :

- > Expérimentations, comme décrites dans la loi du 7 mai 2004 concernant les expérimentations sur la personne humaine.
- > Interventions esthétiques qui ne sont pas remboursées par la mutuelle.

Pour conclure

Les dispositions relatives à la création et à l'organisation du Fonds sont entrées en vigueur le 12 avril 2010. Le Fonds même est opérationnel depuis le 1 septembre 2012.

Tout dommage résultant d'un fait postérieur au 2 avril 2010 pourra être indemnisé conformément à cette nouvelle loi.

AMMA Assurances

26^e réunion scientifique

Le Jeudi 28 Février 2013 au Centre Culturel Marcel Hicter « La Marlagne » - Wépion

De 8h30 à 17h

Admission aux urgences d'un patient victime d'une intoxication - Utilité clinique du toxidrome

Le tri aux urgences du CHwapi : une solution négociée dans l'intérêt de tous

Echelles de triage : tour d'horizon

Comment optimiser le tri des enfants aux urgences ?

« Si vous choisissez de le perfuser, tapez le 2 »

Le rôle du DIRMED adjoint CS 112

Le risque nucléaire - Prise en charge du patient contaminé

Inscription : www.afu.be

Centre Culturel Marcel Hicter « La Marlagne » - Chemin des Marronniers 5100 Wépion

Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence

«Les Chemins de Traverse» : Tous différents et pourtant tous semblables.



Après avoir sorti Luc et Réal des voitures et les avoir installés dans leur fauteuil roulant, nous découvrons le gîte de notre WE rando dans les Ardennes. Pas de chambre au rez-de-chaussée ! Qu'à cela ne tienne, si on peut grimper des sommets en joëlette, on arrivera bien au bout de cette volée d'escaliers.

Les défis physiques, on les connaît bien aux « Chemins de traverser » : depuis 7 ans, notre association réunit des personnes handicapées physiques, des personnes en réinsertion sociale (libérées de prison, jeunes en difficulté, ...) et d'autres accompagnants autour d'un projet de randonnées en joëlettes.

Ce WE, nous sommes dans la vallée du Niglinspo, près de Spa.

Avant de démarrer, notre guide professionnel rappelle quelques consignes de sécurité. Nous nous assurons que chaque occupant des joëlettes soit installé confortablement (position adaptée, réglage correct des poses-pieds, harnais de sécurité), chacun ayant besoin d'adaptation propre à son handicap.

Dans le groupe, certains n'ont pas besoin de la joëlette mais marchent avec difficulté suite à un AVC ou à une malformation congénitale. Ils ont besoin d'être soutenus dans les passages difficiles.

Nous accueillons également des personnes avec une déficience sensorielle. Ainsi, l'un de nous a un champ visuel fortement réduit : il maintient l'équilibre de la joëlette à l'arrière. Il peut ainsi randonner au rythme des autres et faire confiance à l'équipier de devant qui choisit la meilleure direction. Pas besoin non plus de l'avertir de chaque obstacle

Prévention des blessures par piqûre d'aiguilles

Préparation à la mise en œuvre de la nouvelle directive de l'UE

Alexander Alonso, Country Business Director Benelux, BD Medical – Surgical Systems et Yann Wouters, Sales & Marketing Director Benelux, BD Diagnostics – Preanalytical Systems

Une récente directive européenne exigera de tous les organismes de santé la mise en œuvre de normes sanitaires obligatoires pour la sécurité des travailleurs. Adoptée par les ministères des Affaires sociales et de l'emploi des États membres de l'UE, cette directive¹ cherche à éviter aux travailleurs des services de santé les blessures et les infections provoquées par des objets tranchants et

sur le chemin car, pour la plupart, il les ressent notamment par les chocs de la roue.

Le Ninglinspo demande une vigilance particulière. En effet, le dénivelé est important, le sentier est sinueux et à flanc de rivière, de multiples petits ponts étroits et glissants sont à franchir.

Autour des joëlettes la solidarité est indispensable, il faut parfois être 4 ou 5 pour franchir un passage difficile, il faut communiquer, se coordonner, l'esprit d'équipe est primordial.

Quand on a vécu l'isolement ou la précarité et que le souci de sa propre survie passe avant tout, vivre l'esprit d'équipe et le soutien mutuel est une richesse qui n'est pas toujours facile à vivre.

En fin de journée chacun a l'occasion d'exprimer son vécu. C'est l'occasion d'encourager, de reconnaître les compétences de certains, d'améliorer le fonctionnement du groupe.

Des « balises » organisent la vie du groupe, chacun assume les responsabilités et les services indispensables pour le bon déroulement du WE. En effet, après la rando, différents services sont à assurer ; gestion du matériel de rando, repas, courses, etc ...

Pour le libéré qui a vécu l'exclusion, la dépendance, l'assistanat (en prison, même ouvrir une porte ne lui est pas permis), la confiance que d'autres lui font et les responsabilités qui lui sont confiées contribuent à restaurer son estime de soi. De même, celui qui est limité et dépendant physiquement, peut se découvrir un rôle d'écoute, d'encouragement et se voir aussi confier une responsabilité adaptée telle que le secrétariat, l'animation de réunions, ...

La présence de personnes parfois lourdement handicapées nécessite une aide spécifique pour les repas, le lever et le coucher, ainsi que pour le nursing. Au moins une personne qualifiée accompagne le groupe et des aides ponctuelles sont demandées aux participants qui découvrent ainsi la réalité du handicap.

En définitive ces randonnées en joëlette sont une formidable occasion de se découvrir tous différents et pourtant tous semblables, tous interdépendants et pourtant tous libres.

Une formidable école de vie et de solidarité !

Marina Monard et Luc De Keersmaeker
A.S.B.L. Les Chemins de traverse
<http://lescheminsdetraver-se.skynetblogs.be/>

piquants comme les aiguilles, ainsi que le risque associé d'infection à diffusion hématogène comme l'hépatite ou le VIH. L'UE décrit les blessures par piqûre d'aiguille comme «l'une des plus grandes menaces à la santé et la sécurité des travailleurs européens, dont on estime qu'elle cause un million de blessures chaque année»². La nouvelle loi obligera les organismes de santé à prendre des

mesures pour éviter à leur personnel les blessures par piqûre d'aiguille, rendant l'utilisation de dispositifs sécurisés, aussi bien pour les aiguilles que pour les cathéters intraveineux, bien plus répandue. La directive contient une clause spécifique exigeant la «... mise à disposition d'appareils médicaux dotés de mécanismes de sécurité intégrés».

Certains organismes de santé publics et privés en Europe, reconnaissant la nécessité d'améliorer la sécurité des personnels de soins, de réduire les coûts que suppose leur traitement en cas de blessure et d'éviter des recours en justice onéreux, ont anticipé les exigences de la directive et utilisent déjà des dispositifs intégrant des mécanismes de sécurité. Mais de nombreux organismes ne s'en sont pas encore préoccupés.

Cet article a pour objectif de fournir au personnel d'encadrement du secteur sanitaire, aux responsables de la médecine du travail et aux dirigeants des services de santé et de sécurité un bref résumé de la nouvelle législation, suivi d'une courte explication des grandes raisons pour lesquelles certains organismes de santé ont décidé d'anticiper la législation à venir et d'adopter une stratégie fondée sur l'utilisation exclusive de dispositifs sécurisés.

Piqûres d'aiguilles – l'ampleur du problème est masquée par le manque de notification des événements

Les législateurs européens estiment que les travailleurs de services de santé sont victimes d'environ un million de blessures par piqûre d'aiguilles tous les ans. Toutefois, ce chiffre intègre un degré de non-notification assez important et les statistiques locales de signalement des piqûres d'aiguilles pourraient sous-estimer nettement le problème^{3 4}. Différentes études ont révélé que les blessures par piqûre d'aiguille ne sont pas suffisamment répertoriées en Europe et qu'une culture du silence persiste encore, même si les professionnels de la santé sont conscients des bénéfices de la notification précoce⁵. Des études plus récentes sur la question indiquent que 75 pour cent des cas ne sont pas notifiés en Allemagne⁶ et près de 60 pour cent en Espagne⁷. Au Royaume-Uni, le pourcentage de non-notification varie entre 10⁸ et 90 pour cent^{9 10}, selon la fonction du personnel de santé. En France, aux Pays-Bas et dans le reste de l'Europe, des observateurs estiment le taux de non-notification à entre 40 et 75 pour cent¹¹.

Les raisons exactes de cette non-notification restent incertaines¹², mais tiennent probablement au fait que les procédures sont jugées longues, que le personnel est trop occupé et que les risques associés à ce type d'exposition sont sous-estimés.

Certains experts estiment que les stratégies actuelles relatives aux objets tranchants (les procédures de gestion consécutives à la notification des blessures, le diagnostic et la prophylaxie) doivent être révisées dans la plupart des organismes de santé, sans égard à l'introduction de la nouvelle législation européenne. Selon une étude sur les blessures par piqûre d'aiguille dans l'environnement chirurgical⁷, «les blessures par piqûre d'aiguille restent un problème courant (en particulier dans le milieu chirurgical) ; elles sont très rarement notifiées. Il est nécessaire d'étudier les disparités entre les stratégies hospitalières sur les objets tranchants et les pratiques chirurgicales réelles, et de chercher une explication à ces écarts. Sans une bonne connaissance de la pratique chirurgicale «en situation réelle», les chiffres de la médecine du travail sur les blessures par objets tranchant donneront toujours une image édulcorée sous-estimant l'ampleur réelle du problème.»

Dans les années 90, des dispositifs intégrant des mécanismes de

sécurité, également appelés dispositifs à aiguille sécurisés, ont été commercialisés. Ils sont maintenant obligatoires dans les structures de santé aux États-Unis depuis le vote de la loi «Needlestick Safety and Prevention Act» en 2000. Cinq des communautés autonomes d'Espagne¹³ ont mis en vigueur l'utilisation obligatoire de dispositifs sécurisés et ont obtenu d'excellents résultats en termes de réduction des blessures par piqûre d'aiguille. Le président du Consejo General de Enfermería d'Espagne (association professionnelle du personnel infirmier), Maximo Gonzalez, estime que le nombre de blessures par piqûre d'aiguille a été réduit de 80 % et les coûts corrélés diminués de 70 % grâce à cette loi. Les dispositifs sécurisés sont largement utilisés en Europe, en France en particulier, où l'on rapporte qu'ils ont permis de réduire de 90 pour cent le nombre de blessures par objets tranchants¹⁴.

La nouvelle directive européenne appelle à de meilleures formations, de meilleures conditions de travail, et à des dispositifs plus sûrs

L'utilisation de dispositifs sécurisés est désormais stipulée dans le droit européen. Après plusieurs années de discussions entre les associations de personnel de santé, les organisations d'employeurs du secteur et les députés européens, les ministres de l'Union européenne ont adopté en mars 2010 une directive communautaire visant à prévenir les blessures et les infections provoquées par des objets tranchants (comme les aiguilles) chez les professionnels de la santé.

La directive a été publiée au Journal officiel de l'UE en juin 2010 et devra être mise en œuvre dans le droit national de tous les pays de l'UE au plus tard en mai 2013. Il est important de souligner que cette législation est le fruit d'une requête coordonnée et coopérative des organisations de salariés et d'employeurs du secteur.

Le secteur public comme le secteur privé sont concernés par la législation, qui a été conçue pour «garantir un niveau de sécurité optimal dans l'environnement de travail des hôpitaux et dans tous les lieux où des soins de santé sont dispensés». Le texte de la directive en appelle spécifiquement à de meilleures formations, de meilleures conditions de travail, et à l'utilisation d'instruments médicaux plus sûrs intégrant des mécanismes de sécurité contre les objets tranchants et piquants.

Pourquoi opter pour la sécurité ? Des motivations éthiques, financières et de réduction des risques

La plupart des organismes de santé qui ont opté pour des dispositifs sécurisés ont fondé leur décision sur différents facteurs. Tout d'abord, la perspective d'éviter les recours en justice onéreux des personnes blessées est un facteur de motivation commun aux hôpitaux, aux médecins généralistes et aux laboratoires médicaux. Les compensations versées aux personnes blessées peuvent être très importantes. Éviter les coûts de traitement du personnel de santé blessé et potentiellement contaminé est également un élément de gestion financière essentiel. Les coûts associés à chaque blessure d'inoculation ont été estimés entre 15 000 et 1 000 000 d'euros pour une blessure provoquant la transmission d'un virus hématogène¹⁵. Au Royaume-Uni, le service de santé national (NHS, National Health Service) estime que le coût de prise en charge des blessures par piqûre d'aiguille représente 500 000 livres sterling par an, alors que le coût d'adoption de dispositifs

sécurisés pour prévenir les blessures par piqûre d’aiguille est estimé à 136 000 livres sterling par an, soit environ un quart des frais de traitement des blessures¹⁶.

La plupart des organismes, privés comme publics, sont également animés par le devoir éthique d’offrir à leur personnel un environnement de travail plus sûr, un principe qui améliore souvent la fidélité, la motivation, la productivité et le recrutement du personnel. Au Royaume-Uni, de plus en plus de données indiquent que ce qui bénéficie au personnel est bon pour les patients aussi. Un récent rapport sur la santé et le bien-être au sein du NHS indique que «les organismes qui ont fait de la santé et du bien-être de leur personnel une priorité affichent de meilleures performances, de meilleurs taux de satisfaction de leurs patients, des notations plus élevées en termes de qualité, de meilleurs revenus, une moindre rotation du personnel et des taux de congés maladie moins importants»¹⁷. Dans les laboratoires médicaux privés en particulier, une image de marque reposant sur la sécurité de l’environnement de prise en charge joue un rôle important dans le choix du patient. Maintenant que l’utilisation de dispositifs sécurisés est spécifiquement stipulée dans une loi européenne, de plus en plus d’organismes choisissent d’anticiper leur adoption (avant la date d’échéance obligatoire). Ces organismes sont parvenus à construire un argumentaire stratégique convainquant associant généralement des facteurs éthiques et financiers à leur volonté de réduire les risques. Tandis que le passage de la nouvelle loi transforme la non-adoption de dispositifs sécurisés en un handicap en termes d’utilisation pratique, de conformité légale mais aussi de réputation, il semble évident que les organismes qui ont choisi d’anticiper leur adoption connaîtront une croissance rapide.

1 6635/10 6635/10 ADD 1 sen/is 1 DG G 2B CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE
2 Commission de l'UE à l'Emploi, aux affaires sociales et à l'inclusion, Nouvelle législation visant à réduire le nombre de blessures parmi les 3,5 millions de professionnels de la santé en Europe, 8 mars 2010
3 Roy E, Robillard P; Underreporting of accidental exposures to blood and other body fluids in health care settings; an alarming situation. Adverse Exposure Prev 1995; 1: 11.
4 Cato D, Mulhal B P. Needlestick injuries in health care professionals: continuing risk and under-reporting. Med J Aust 1994; 161: 285.
5 Doebbeling BN, Vaughn TE, McCoy KD, et al. Percutaneous injury, blood exposure, and adherence to standard precautions: are hospital-based health care providers still at risk? Clin Infect Dis 2003; 15; 37: 1006-13.
6 Wicker S, Jung J, Allwinn R, et al. Prevalence of needlestick injuries among health care workers in a German university hospital. Int Arch Occup Environ Health (2008) 81:347–54
7 J. Parra-Ruiz . L. Muñoz-Medina . J. Callejas-Rubio. M. Martínez. M. A. Martínez-Pérez. J. Hernández-Quero, Knowledge of post-exposure prophylaxis inadequate despite published guidelines, Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2004) 23: 930–931
8 Royal College of Nursing, Needlestick Injury in 2008
9 E. Au, J. Gossage, S. Bailey, The reporting of needlestick injuries sustained in theatre by surgeons: are we under-reporting? Journal of Hospital Infection, Volume 70, Numéro 1, Pages 66 à 70
10 WJC Thomas et JRD Murray, The Incidence and Reporting Rates of Needle-Stick Injury Amongst UK Surgeons, Ann R Coll Surg Engl. 2009 January; 91(1): 12–17
11 S. Wilburn, International Council of Nurses, G. Eijkemans, Occupational and Environmental Health Programme, WHO, Preventing Needle Stick Injuries and Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens, GOHNET, Hiver 2005
12 Stringer B, Infante-Rivard C, Hanley JA; Effectiveness of the hands-free technique in reducing operating theatre injuries. Occup Environ Med 2002; 59: 703-7
13 Paul De Raeve, Secretary General of the European Federation of Nurses Associations, Sharps Injuries - Stepping Up to the Challenge in Europe, 2009
14 International Council of Nurses, ICN on selecting safer needle devices.
15 National Health Services for Scotland (NHS Scotland). Needlestick Injuries: Sharpen Your Awareness. Report of the Short Life Working Group on Needlestick Injuries in the NHS Scotland. Edinburgh: National Health Services for Scotland: 2001.
16 Memorandum submitted by the Safer Needle Network to Select Committee on Public Accounts 2nd May 2003
17 Boorman S; NHS Health and Well-being; Novembre 2009.

Préparation à la mise en œuvre de la nouvelle directive de l’UE En quoi consiste l’évaluation des risques ?

Prévention des blessures par piqûre d’aiguilles

Alexander Alonso, Country Business Director Benelux, BD Medical – Surgical Systems et Yann Wouters, Sales & Marketing Director Benelux, BD Diagnostics – Preanalytical Systems

Les associations de personnel de santé se sont fortement mobilisées au cours des dix dernières années afin de souligner le danger des piqûres accidentelles, décrites par le Parlement européen comme «l'une des menaces les plus graves sur le plan de la santé et de la sécurité sur les lieux de travail en Europe.... estimées causer un million de lésions chaque année»¹.

À l’heure où la législation européenne a été approuvée en vue d’introduire des critères obligatoires de protection du personnel de santé, les hôpitaux et les établissements de soins devront rapidement mettre sur pied des stratégies pour se conformer dans les temps à la nouvelle réglementation. La nouvelle directive² vise à éviter aux travailleurs de services de santé les blessures provoquées par des instruments médicaux tranchants comme les

aiguilles hypodermiques et les dispositifs de prélèvement sanguin, susceptibles de causer des infections à diffusion hématogène comme l’hépatite ou le VIH. La directive devra être intégrée dans le droit national de tous les pays de l’UE au plus tard en mai 2013. La conformité à cette directive européenne relève toutefois de l’urgence et devrait être planifiée aujourd’hui, sans attendre 2013.

De nombreuses études ont démontré que l’adoption de dispositifs médicaux de sécurité, tels que aiguilles, matériel de phlébotomie et cathéters intraveineux intégrant une protection ou une rétraction de l’aiguille, conjuguée à une meilleure formation et à des mesures de sécurité, réduisent sensiblement le nombre de blessures³. Selon les termes de la nouvelle directive européenne, les établissements de soin seront tenus de prendre des mesures pour éviter à leur

personnel les piqûres accidentelles, et l’une de ces mesures consiste en l’utilisation de dispositifs sécurisés.

La directive confirme que les employeurs sont responsables de la protection de leurs employés face aux piqûres accidentelles ; la conformité sera dès lors obligatoire. Malgré la pression exercée sur les budgets de santé dans tous les pays d’Europe, un nombre croissant d’organismes de santé a déjà élaboré une solide stratégie de conversion aux dispositifs médicaux de sécurité. Les établissements de soins qui ont déjà franchi le pas⁴ reconnaissent que l’adoption de dispositifs médicaux de sécurité s’inscrit dans leurs efforts d’assurer un environnement de travail plus sûr à leur personnel, de supprimer les coûts du traitement et de l’absentéisme au sein des effectifs, et d’éviter des actions en justice coûteuses et préjudiciables.

Les employeurs affiliés au NHS (service national de santé), appartenant à la NHS Confederation et partenaire de la Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé, ont notamment publié des conseils sur la mise en œuvre de la directive européenne. Ces conseils insistent sur la nécessité pour les employeurs de se conformer à la hiérarchie des contrôles telle que définie dans les directives européennes existantes, et soulignent que l’Organisation mondiale de la santé (OMS) a également établi des mesures pour éliminer les piqûres accidentelles. Si le risque ne peut être supprimé, l’employeur est tenu d’adopter des mesures adéquates pour minimiser les risques, dont l’utilisation de dispositifs de sécurité.⁵

Dans le cadre de l’élaboration de stratégies en conformité avec la nouvelle directive, un point en particulier convient d’être discuté et clarifié. La directive stipule plus précisément : «Suppression de l’usage inutile d’objets tranchants par l’adoption de changements dans les pratiques et, sur la base des résultats de l’évaluation des risques, mise à disposition d’appareils médicaux dotés de mécanismes de protection intégrés⁶.» En quoi consiste, dès lors, une telle évaluation des risques, et le risque quasi nul existe-t-il ?

La directive stipule que «L’évaluation des risques inclut la détermination de l’exposition, étant entendu qu’il convient de comprendre l’importance de bien organiser l’environnement de travail et de disposer de ressources suffisantes. Elle couvre l’ensemble des situations mettant en jeu une blessure, du sang ou un autre vecteur d’infection potentielle», alors que l’un de ses principes indique «...ne jamais considérer que le risque est inexistant.»

On peut dès lors considérer que la directive européenne signifie que le risque peut être présent dès que des aiguilles creuses sont utilisées, étant donné leur capacité à retenir des quantités relativement importantes (et donc particulièrement dangereuses) de sang potentiellement infecté. C’est sans doute la raison pour laquelle les organisations ayant décidé d’utiliser exclusivement des dispositifs médicaux de sécurité ont procédé de la sorte car cette mesure permet de réduire considérablement le risque de piqûre accidentelle et représente aussi un moyen peu coûteux de faire

preuve d’une attitude responsable face à la protection du personnel de santé.

Il convient de mentionner que les piqûres accidentelles peuvent transmettre quelque 20 agents pathogènes à diffusion hématogène, dont hépatite B (VHB), hépatite C (VHC) et HIV⁷. Dans le cas d’une piqûre accidentelle ou un objet tranchant contaminé, le risque d’infection des travailleurs est d’un sur 3 pour l’hépatite B (VHB), un sur 30 pour l’hépatite C (VHC) et un sur 300 pour l’HIV⁸. Du risque au fait réel, les chiffres sont préoccupants, des études indiquant en effet des cas de VHC chez une à deux personnes sur cent exposées aux piqûres accidentelles⁹ (expositions percutanées).

Dans la plupart des assemblées législatives européennes, le risque légal et d’atteinte à la réputation résultant de piqûres accidentelles et de l’infection qui s’ensuit constitue un danger manifeste et présent, qui n’attend pas la date butoir de mai 2013 pour se manifester. Prenons l’exemple du Royaume-Uni, où une décision d’un tribunal de première instance a confirmé la gravité des piqûres accidentelles, affectant directement les droits de la partie lésée à des dommages¹⁰. Dans le cadre de développements importants, l’organisme de réglementation britannique, le «Health and Safety Executive», a récemment adopté une mesure active de mise en application à l’encontre d’un hôpital NHS dans lequel un membre du personnel soignant a contracté une infection VHC à la suite d’une piqûre accidentelle¹¹. D’autres pays européens possèdent également une législation visant la protection du personnel de santé en vertu de laquelle des compensations ou amendes peuvent être versées aux victimes. Citons notamment la France¹², l’Allemagne¹³, l’Italie¹⁴ et l’Espagne¹⁵.

À quel moment les hôpitaux devraient-ils commencer à élaborer des mesures de sécurité pour être conformes à la directive européenne ? D’après des organes d’influence et indépendants, il n’y a pas de temps à perdre. Par exemple, le conseil de mise en œuvre du NHS stipule clairement que des négociations de mise en œuvre à l’échelon national doivent être entreprises immédiatement de manière à réduire le plus tôt possible les risques professionnels graves.¹⁶ Lors de la planification du passage aux dispositifs médicaux de sécurité, les organismes devraient tenir compte du temps nécessaire à l’évaluation des risques, à l’évaluation des dispositifs et à la formation des praticiens pour en assurer l’application et la conformité totale avant le délai de mai 2013. D’autre part, le réseau européen «European Biosafety Network» recommande comme seule politique efficace l’introduction, le plus rapidement possible, de dispositifs médicaux de sécurité dès qu’une aiguille ou un cathéter est utilisé. Sa directive de mise en œuvre souligne en particulier que «Les tentatives de mise en œuvre de dispositifs médicaux de sécurité uniquement dans certaines unités ou chez certains patients ne seraient ni praticables ni efficaces.»¹⁷

En guise de conclusion, il est clair que la directive européenne et les conseils de mise en œuvre prodigués par des organes indépendants soulignent l’importance d’adopter des mesures de sécurité efficaces, dont l’utilisation de dispositifs médicaux sécurisés, dès que le risque de blessure est présent. Ces

mêmes organes indiquent que la planification de la conformité à la directive européenne est une préoccupation urgente, qui ne peut se permettre d’attendre pas mai 2013. U nombre croissant d’organismes de soins de santé en Europe ont donc décidé de se conformer bien avant le délai légal car ils voient de nets avantages à protéger leur personnel et à éviter tout risque financier, juridique, réglementaire et d’atteinte à leur réputation.

- 1 Commission de l'UE à l'Emploi, aux affaires sociales et à l'inclusion, Nouvelle législation visant à réduire le nombre de blessures parmi les 3,5 millions de professionnels de la santé en Europe, 8 mars 2010.
- 2 6635/10 6635/10 ADD 1 sen/is 1 DG G 2B CONSEIL DE L' UNION EUROPÉENNE
- 3 a) International Council of Nurses, Nursing Matters Fact Sheet, ICN on selecting safer needle devices
- b) Advances in Exposure Prevention; vol. 3, no. 4; Libourne study GERES day 09/2001
- c) D. Adams*, T.S.J. Elliott, 'Impact of safety needle devices on occupationally acquired needlestick injuries: a four-year prospective study' Journal of Hospital Infection (2006) 64, 50e55
- d) Four-year surveillance from the Northern France network, Am J Infect Control. 2003 Oct;31(6):357-63. Tarantola A, Golliot F, Astagneau P, Fleury L, Brucker G, Bouvet E; CCLIN Paris- Nord Blood and Body Fluids (BBF) Exposure Surveillance Taskforce.
- e) Cullen BL, Genasi F, Symington I, Bagg J, McCreddie M, Taylor A, Henry M, Hutchinson SJ, Goldberg D, 'Potential for reported needlestick injury prevention among healthcare workers in NHS Scotland through safety device usage and improvement of guideline adherence: an expert panel assessment' (2006), Journal of Hospital Infection, 63: 445-451.'
- f) Meryl H. Mendelson, Bao Ying Lin-Chen, Lori Finkelstein-Blond, Eileen Bailey, Gene Kogan. Evaluation of a Safety IV Catheter (IVC) (Becton Dickinson, INSYTE™ AUTOGUARD™) : Final Report ELEVENTH ANNUAL SCIENTIFIC MEETING Society for Healthcare Epidemiology of America, 2001 SHEA, Toronto, Canada.

- g) Louis N, Vela G, Groupe Projet. Évaluation de l'efficacité d'une mesure de prévention des accidents d'exposition au sang au cours du prélèvement de sang veineux. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2002 ;51 : 260-261.
- 4 Examples include, Medisch Centrum Haaglanden, Atrium Medisch Centrum Heerlen, Laboratoires GEN-BIO
- 5 NHS Employers, Implementation advice on sharps agreement, 12 octobre 2010 – Contrôles définis dans les directives européennes 89/391 et 2000/54 ; mesures de l'OMS basées sur la directive 2000/54 ; mesures adéquates visant à minimiser les risques conformément à la directive 89/655/CEE (directive concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail), article 3.2.
- 6 Directive 2010/32/EU du Conseil, Journal officiel de l'Union européenne, L134/71
- 7 Parlement européen, prévention des piqûres accidentelles dans le secteur sanitaire, 11 février 2010
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+IM-PRES+S+20100210IPR68824+0+DOC+XML+V0/EN>
- 8 Eye of the Needle: UK surveillance of significant occupational exposures to blood-borne viruses in healthcare workers. Health protection Agency (HPA), novembre 2008.
http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1227688128096
- 9 UK Occupational bloodborne Virus report, novembre 2008
- 10 Fryers vs Royal Victoria Hospital, Thompsons Solicitors, Health & Safety News, printemps 2010
- 11 Hospital fined after health worker infected with Hepatitis C, UK Health & Safety Executive, 6 octobre 2010
- 12 Article 452-1 – 452-5, 'Code de la Sécurité Sociale'
- 13 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege, TRBA250
- 14 EPAC, L'Asrem condannata a risarcire 400mila euro a un'infermiera, 11 juin 2008
- 15 Boletín Oficial dela Comunidad de Madrid, Orden 827-2005
- 16 NHS Employers, Implementation advice on sharps agreement, 12 octobre 2010
- 17 European Biosafety Network, Implementation Guidance for the EU Framework Agreement, Council Directive and Associated National Legislation.

Une enquête réalisée au Benelux découvre une nouvelle tendance d'utilisation des aiguilles pour stylo à insuline

Les aiguilles courtes deviennent les aiguilles standard et commencent à s'imposer en tant que solution optimale «unique»

Erembodegem. 29-08-2012 - Entre janvier et avril 2012, une enquête a été réalisée par BD (Becton, Dickinson & Co.), l'une des principales entreprises mondiales spécialisées dans les technologies médicales, chez 263 prestataires de soins hospitaliers en Belgique et aux Pays-Bas. L'objectif de cette enquête était de mieux connaître les habitudes concernant le type d'aiguilles pour stylo conseillées aux patients diabétiques.

L'enquête montre que, conformément aux recommandations nationales en Belgique et seulement deux ans après l'introduction de l'aiguille pour stylo BD Micro-Fine™+ 4mm, actuellement l'aiguille BD 4 mm la plus courte et la plus fine, le marché évolue et les aiguilles courtes deviennent les aiguilles standard et commencent à s'imposer comme la solution optimale «unique».

Les aiguilles courtes ont prouvé qu'elles étaient aussi efficaces que les aiguilles plus longues, chez tous les patients, quels que soient leur âge et leur type de peau, et que les injections s'avéraient moins douloureuses². L'enquête a montré qu'aux Pays-Bas 27 % déjà des professionnels de la santé prescrivaient des aiguilles de 4 mm aux nouveaux patients, et que 21 % faisaient de même en Belgique.

Le confort des aiguilles pour stylo 4 mm x32G permet de réduire nettement l'anxiété liée à l'injection lors d'une insulinothérapie. L'anxiété et la phobie de l'injection peuvent fortement influencer la compliance, le contrôle glycémique et la qualité de vie des patients diabétiques traités par injection³. Des essais cliniques démontrent que des injections d'insuline avec des aiguilles de stylo 32G x 4 mm

25 Janvier 2013

Symposium en soins intensifs & soins d'urgence

Urgences vertébro-médullaires - Urgences obstétricales

De 8h30 à 12h30 - Urgences vertébro-médullaires

L'accidentologie et la prise en charge préhospitalière

Les différentes attitudes thérapeutiques

Le choc médullaire

Lunch à 12h30

De 13h30 à 16h30 - Urgences obstétricales

La grossesse à risques

Le syndrome toxémique : de la pré-éclampsie au HELLP syndrome

Les hémorragies du pré et du post-partum

Infos et inscriptions :

www.chrnsymposiumsisu.be

Adresse du jour :

Moulins de beez

rue du Moulin de Meuse 4

5000 Namur

PHILIPS

TERUMO

Laerdal

Dräger

Argon

astellas

apportent le même contrôle du glucose qu'avec des aiguilles plus longues⁴. Les aiguilles courtes administrent de manière efficace une dose d'insuline aux tissus sous-cutanés (la couche de graisse sous la peau), le site recommandé pour les injections d'insuline³, tout en réduisant le risque d'injection dans le muscle. L'injection intramusculaire risque d'accélérer l'absorption et d'augmenter le risque d'hypoglycémie (glycémie anormalement basse)⁵. L'injection sous-cutanée permet l'absorption de l'insuline à un taux approprié, ce qui entraîne une meilleure fiabilité et un meilleur contrôle de la glycémie³. Par conséquent, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'âge du patient ne doivent pas entrer en ligne de compte lors de la prescription d'aiguilles courtes.

À propos de BD

Au niveau mondial, BD est l'une des principales entreprises spécialisées dans les technologies médicales. L'entreprise conçoit, fabrique et commercialise des dispositifs médicaux, des instruments et des réactifs. Elle se consacre à l'amélioration de la santé de tous à travers le monde. BD met l'accent sur le développement de la pharmacothérapie, l'amélioration de la qualité et de la rapidité des diagnostics de maladies infectieuses et de cancers, ainsi que sur les progrès dans la recherche et la découverte de nouveaux médicaments et vaccins. Les capacités de la société sont déterminantes dans la lutte contre plusieurs des maladies les plus redoutables au monde. Fondée en 1897, BD emploie environ 29 000 collaborateurs dans plus de 50 pays, et son siège social est situé à Franklin Lakes, dans le New Jersey, aux États-Unis. La société met son savoir-faire au service d'institutions de santé, de chercheurs en sciences de la vie, de laboratoires cliniques, de l'industrie pharmaceutique et du grand public. Pour plus d'informations, veuillez consulter

www.BD.com ou
Marian Belsack -Business Manager Benelux BD Medical - Diabetes Care
Erembodegem-Dorp 86, 9320 Erembodegem, Belgium
tel: +32 (0)53 720 595

En outre, l'étude au Benelux a montré que 73 % des professionnels de la santé modifiaient la longueur de l'aiguille au cours du traitement et ce, principalement à la demande du patient, l'aiguille étant trop longue et provoquant des contusions après l'injection.

L'intérêt porté par BD sur les dernières technologies pour assurer un confort maximal aux patients et les résultats obtenus sont clairement reconnus par 60 % des professionnels interrogés en Belgique et 50 % des professionnels néerlandais recommandent activement les aiguilles pour stylo BD.

Les enquêteurs s'attendaient à ce que les professionnels de la santé reconnaissent l'importance du diamètre de l'aiguille pour les patients; mais cela n'a été que peu le cas. Seuls 56 % des professionnels aux Pays-Bas et 44 % en Belgique considèrent le diamètre de l'aiguille comme quelque chose d'important.

L'étude BD peut conclure que la technologie de l'aiguille BD Micro-Fine™+ 4mm x32G est de plus en plus considérée par les spécialistes du diabète comme l'aiguille la plus avancée, par rapport aux aiguilles plus longues. Elle fournit l'injection la plus fiable et la plus directe, ne nécessitant aucun pincement de la peau avant l'injection et offrant un grand confort aux patients diabétiques soumis à un traitement d'injection. Néanmoins, il faut continuer à former les gens à utiliser de plus en plus les aiguilles courtes chez tous les patients, quel que soit leur type de peau.

- 1 Belgique: nouvelles recommandations pour les injections chez les personnes atteintes de diabète, BD 2012
- 2 Frid Anders, Gunnarson R., Guntner P., Linde P. Effects of accidental intramuscular injection on insulin absorption in IDDM. Diabetes Care Vol 11, 41-45 No 1 January 1988
- 3 Zambanini A, Newson RB, Maissey M, Feher MD. Injection related anxiety in insulin-treated diabetes. Diabetes Res Clin Pract 1999;46:239-246.
- 4 Hirsch LJ, Gibney MA, Albanese J, et al. Comparative glycemic control, safety and patient ratings for a new 4 mm x 32G insulin pen needle in adults with diabetes. Curr Med Res Opin. 2010; 26 (6): 1531–1541.
- 5 Frid Anders, Gunnarson R., Guntner P., Linde P. Effects of accidental intramuscular injection on insulin absorption in IDDM. Diabetes Care Vol 11, 41-45 Nr. 1, Januari 1988.

>> Suite page 22

p - 22 AGORA n°10

AGORA n°10 p - 23

La curiethérapie de prostate par implants permanents de grains d'Iode-125

Introduction :

Depuis 2005, le service de radiothérapie du C.H.U. André Vésale à Montigny-Le-Tilleul propose aux patients atteints d'un cancer de la prostate la technique de curiethérapie par implants permanents de grains d'Iode-125. Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme dans les pays d'Europe et d'Amérique du nord et la seconde cause de

mortalité après le cancer du poumon chez l'homme¹.

Son incidence augmente d'une part du fait du vieillissement de la population (45% après 70 ans, rare avant 40 ans environ 0,3%), d'autre part du fait des progrès réalisés dans le dépistage et le diagnostic.

Environ 6000 nouveaux cas sont diagnostiqués par an en Belgique, dont la moitié accessible à

un traitement curatif.

L'équipe soignante a mis en évidence qu'un seul infirmier(e) était formé à la prise en charge de toutes les étapes du rôle infirmier dans l'application d'une curiethérapie de prostate.

Ceci pose problème d'autant que le nombre de patients bénéficiant de cette technique augmente d'année en année.

Nous avons donc décidé d'identifier les besoins de l'équipe afin d'optimiser cette prise en charge par l'ensemble de l'équipe soignante.

La question de recherche fut la suivante :

«Quels sont les moyens nécessaires à l'équipe soignante du service de radiothérapie du C.H.U. André Vésale afin d'optimiser la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer de la prostate bénéficiant d'une curiethérapie par implants permanents de grains d'Iode-125 ?». Deux mots-clés ont permis de construire le cadre conceptuel de cette enquête et différents sous-points y sont développés :

- Cancer de la prostate.
- Curiothérapie de prostate.

La curiethérapie de prostate consiste en l'implantation permanente de sources radioactives scellées (grains d'Iode-125 ou de Palladium-103) dans la prostate.

La curiethérapie est indiquée dans les formes précoces et localisées de cancer de la prostate et répondant aux critères suivants² :

- PSA : <10.
- Gleason : ≤ 7.
- Volume prostatique : ≤ 50cc.
- Stade tumoral : T1; T2; N0; M0. (T = Tumeur ; N = Ganglion ; M = Métastase)

Les contre-indications sont :

- Ne pas entrer dans les critères d'indications.
- Avoir bénéficié d'une résection endoscopique de la prostate précédemment.
- Contre-indication à une anesthésie

Deux éléments ont un lien direct avec la problématique de départ :

1. Le rôle de l'infirmier(e) de radiothérapie lors de l'application d'une curiethérapie de prostate est très important, il consiste en :
 - la gestion des stocks en matériels et leurs commandes;
 - l'application de la procédure de gestion des entrées des produits radioactifs dans le service dès leur réception ;

- la préparation aseptique des aiguilles servant à l'implantation ainsi que la découpe des grains d'Iode-125 selon le plan de traitement réalisé par le physicien en collaboration avec le médecin radiothérapeute;
- la gestion du matériel de retour de salle d'opération (nettoyage et stérilisation);
- l'application de la procédure de gestion des déchets radioactifs à la fin de l'intervention.

2. Les objectifs poursuivis par la recherche :

- Poser les bases scientifiques des infirmier(e)s et de structurer les connaissances nécessaires à la prise en charge des patients atteints d'un cancer de la prostate bénéficiant d'une curiethérapie par implants permanents de grains d'Iode-125.
- Optimiser la qualité de la prise en charge des patients bénéficiant de cette technique.
- Améliorer et standardiser notre pratique professionnelle dans la prise en charge des patients bénéficiant d'une curiethérapie de prostate.

Méthodologie :

L'échantillon visé par la recherche : l'équipe soignante du service de radiothérapie de l'Hôpital André Vésale.

L'outil de la recherche est un questionnaire anonyme constitué de 17 questions.

Le déroulement de l'enquête :

- 9 questionnaires ont été distribués en date du 14 mars 2011.
- Le questionnaire contenait une introduction permettant aux participants de cerner le sujet d'investigation.
- Afin de garantir l'anonymat des participants, une urne a été déposée jusqu'au 21 mars 2011 16h00 pour récolter les questionnaires complétés.

Analyse et interprétation des résultats :

7 questionnaires ont été retournés sur 9 distribués, ce qui représente un taux de réponse de 78%.

L'enquête a pu lister les moyens souhaités par le personnel soignant pour améliorer la prise en charge des patients ciblés dans ce travail.

Celui-ci souhaite :

- Bénéficier d'une formation théorique sur la curiethérapie de prostate par implants permanents de grains d'Iode-125.

- Bénéficier d'une formation pratique en développant le rôle de l'infirmière dans la technique de curiethérapie de prostate.

L'analyse a pu démontrer le souhait du personnel soignant d'avoir une formation pratique, les membres du personnel soignant savent qu'il existe une procédure de gestion des entrées et de gestion des déchets de produits radioactifs, mais aucun d'entre eux ne les a jamais appliquées, un nombre important du personnel soignant n'a jamais assisté à la préparation des aiguilles ou à la découpe de grains d'Iode-125.

- Créer des outils tels que des procédures écrites ou multimédias qui aideront le personnel soignant ainsi que les nouveaux membres du personnel dans la prise en charge des patients bénéficiant de cette technique.

- Améliorer et standardiser notre pratique professionnelle dans la prise en charge des patients bénéficiant d'une curiethérapie de prostate.

Conclusion et perspectives d'avenir :

- Réaliser une formation théorique et pratique en collaboration avec le médecin curiethérapeute et l'équipe de physiciens.

> Elle se basera sur les besoins de l'équipe qui ont été identifiés dans ce travail.

- Créer des outils (ceux-ci reprendront les points développés lors de formation pratique) qui aideront le personnel soignant ainsi que les nouveaux membres du personnel tels que :

- > Une procédure générale écrite de la marche complète à suivre dans le traitement d'une curiethérapie de prostate à l'Iode-125 ; elle a été réalisée en collaboration avec l'équipe.
- > Une procédure opérationnelle sur la préparation des aiguilles et la découpe de grains.
- > Un outil multimédia, tel un film didactique sur la préparation des aiguilles et la découpe de grain, ce qui renforcera et facilitera la formation de la procédure opérationnelle.

- Déléguer la prise en charge des patients bénéficiant d'une curiethérapie de prostate par implantation de grains d'Iode-125 à chaque membre du personnel formé.

Bibliographie :

A.F.C.N. Agence fédérale de contrôle nucléaire : Accueil > réglementation : [en ligne]. Disponible sur : <http://www.fanc.fgov.be/fr/page/chapitre-vi-applications->

de-radiations-ionisantes-en-medecine-humaine-et-veterinaire/458.aspx#P_956 (consulté le 26/02/2011).

Cosset J.-M. et al. Analyse clinique et dosimétrique de 469 patients traités en France en 2005 par implantation prostatique de grains d'Iode 125 Iso Seed Bebig : rapport pour le Comité économique des produits de santé (CEPS). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, In : Cancer Radiothérapie, vol 11, n° 4, juin 2007, p. 211.

Cosset J.-M. et al. La curiethérapie du cancer de la prostate par implants permanents. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, In : Cancer Radiothérapie, vol 12, juin 2007, p. 211.

Cosset J.-M. et al. Le cancer de la prostate. Prise en charge de la maladie et de ses séquelles. Montrouge : John Libbey Eurotext, In : Pathologie, Science, Formation, Paris 2007.

Curiothérapie de prostate. [Brochure]. Paris : IPSEN BIOTECH.

Doyen J. et al. Curiothérapie de la prostate par Iode 125 : facteurs pronostiques de longue durée de toxicité urinaire, digestive et sexuelle. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, In : Cancer Radiothérapie, vol 13, n°8, décembre 2009, p.721-730.

Delamare J. ; Garnier. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 30ème édition. Paris Maloine, Août 2009.

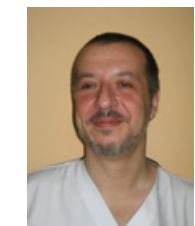
Idrissi kaitouni M. et Roumeguère T. Le point sur les traitements du cancer de la prostate en Belgique. In : Rev Med Brux, Juin 2009, p.273.

Poupon L. ; Sarrazin T. Enseignement de curiethérapie, base physique, Centre Oscar Lambret, décembre 2003. Service communication : Denise D'Hainaut. Qui sommes-nous ? [En ligne]. Disponible sur : <http://www.chu-charleroi.be/PresentationGeneraleCHU.asp> (consulté le 02/02/2011).

Sobin L. et al. TNM Classification des tumeurs malignes. In : International Union against Cancer. S.I. : John Wiley et fils, 7ème édition. p. 241 – 248.

Vallancien G. et al. Communication les traitements du cancer localisé de la prostate. In : Bull Acad. Natle Méd, vol 192, n°5, mai 2008, p. 1023.

Wallex-AR/19910405/AA : Santé : Législation et réglementation relatives aux hôpitaux :[en ligne]. Disponible sur : <http://wallex.wallonie.be/index.php?mod=voirdoc&script=wallex2 &PAGEDYN=LINK&CODE=168918&IDREV=1> (consulté le 26/02/2011).



Zocco Gian-battista

Infirmier en chef
du service de radiothérapie
Hôpital André Vésale
du C.H.U. de Charleroi
Porteur du Titre
professionnel particulier
d'infirmier spécialisé
en oncologie.

1 Cosset J.-M. et al. Le cancer de la prostate. Prise en charge de la maladie et de ses séquelles. Montrouge : John Libbey Eurotext, In : Pathologie, Science, Formation, Paris 2007.

2 Idrissi kaitouni M. et Roumeguère T. Le point sur les traitements du cancer de la prostate en Belgique : Rev Med Brux, Juin 2009, p.273.

Les patients entrant dans ces critères peuvent bénéficier également de la chirurgie ou de la radiothérapie externe.



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

La fin des soins infirmiers à domicile ?

16 octobre 2012
Action de sensibilisation auprès de l’opinion publique et des autorités politiques

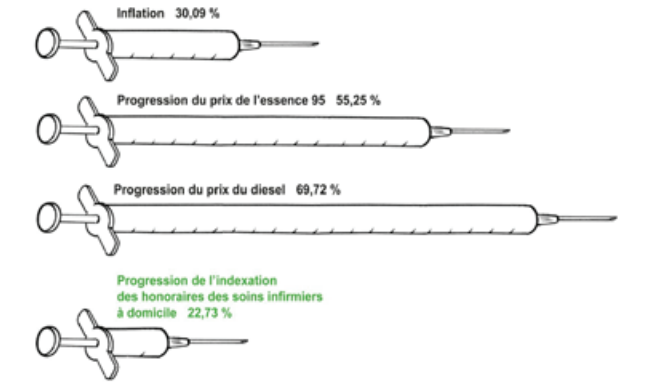
Introduction

«Mieux financer la qualité et la continuité des soins infirmiers à domicile : c’est possible … et souhaitable !»¹
Voici comment introduit le communiqué de presse du Centre fédéral d’expertise des soins de santé (KCE) pour présenter son rapport sur «Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique» en 2010.2
«Le recours aux soins infirmiers à domicile est plus fréquent au fur et à mesure que les gens vieillissent. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 28% ont fait appel aux soins infirmiers à domicile en 2004. Les dépenses annuelles pour les soins infirmiers à domicile représentent 4% des dépenses totales de soins de santé de l’INAMI, et augmentent annuellement de 7% en moyenne, soit 1% de plus que l’augmentation moyenne des dépenses totales de soins de santé. Les raisons de cette augmentation sont à chercher dans le vieillissement de la population, le nombre croissant d’affections chroniques et la réduction de la durée de séjour à l’hôpital. (...)
La nomenclature INAMI actuelle est complexe et obsolète. De nombreuses activités, telles que l’administration d’oxygène, et de nouvelles tâches, telles que la coordination avec les autres prestataires de soins de première ligne, ne font actuellement pas partie de la liste des prestations. (...)
Le KCE recommande d’étudier dans quelle mesure les tarifs actuels couvrent les coûts réels. (...)
Finalement, un meilleur financement ne pourra avoir qu’un impact positif sur l’attractivité de la profession de prestataire de soins infirmiers à domicile, ce qui mérite aussi d’être pris en considération.»³
Ce rapport de 2010 pointe des problématiques qui, 2 ans après, n’ont pas trouvé de solutions et ont évolué de manière négative.

Quelques chiffres

Nombre d’infirmiers actifs dans les soins infirmiers à domicile : **23.309**⁴
Dépenses pour 2011 : **1.102.413.000€**
Nombre de prestations réalisées en 2011 : **136.581.369€**

Comparaison coût de la vie / indexation des honoraires des soins infirmiers à domicile



Depuis 2000, les prestations des infirmiers à domicile ont accumulé un écart important avec les indices, baromètres du coût de la vie. Un écart

de 7 à 8 % entre l’intervention INAMI et les coûts réels des infirmiers est généralement admis par tous les observateurs. C’est dire si le coût des soins infirmiers à domicile est en décalage avec les indices !
À cela s’ajoute la constante hausse des prix des carburants. Avec l’essence toujours plus chère et les kilomètres parcourus, il y a des prestations qui nous coûtent véritablement de l’argent : nous payons pour aller soigner les gens !
Et ce n’est pas tout. ... comme les prestations de soins sont trop peu financées, il faut viser une certaine rentabilité du service rendu à la population. Il est ainsi demandé aux infirmiers et aides-soignants de travailler à une vitesse éclair malgré les prestations de plus en plus complexes et pointues.

Comparaison budget soins infirmiers à domicile / Maisons de repos et/ou de soins / Hôpitaux

En 2012, le secteur des soins infirmiers à domicile a dû réaliser 16,6 millions d’économie.
Et, seul le secteur des soins infirmiers à domicile a dû réaliser des économies conséquentes comparativement au secteur des hôpitaux et des MRPA – MRS (cf. tableau comparatif ci-dessous).
Le schéma devrait être le même pour l’année prochaine, mais de nouvelles économies en 2013 ne pourront être supportées par le secteur.
Or, tous convergent à prédire le renforcement de la prise en charge des patients en 1er ligne y compris les soins infirmiers à domicile...
Les soins infirmiers à domicile se retrouvent dans une impasse. Dans le contexte souhaité d’économies de notre secteur, il n’y a plus moyen de trouver des marges pour maintenir l’activité en équilibre !

	Dépense estimée en 2011	Budget prévisionnel en 2012	Montant réservé pour 2012	Économie à réaliser en 2012
INAMI Assurance Soins de santé	en 000EUR	en 000EUR	en 000EUR	en 000EUR
RVT-ROB / MRS-MRPA	2.126.389	2.154.670	2.154.670	0
Hôpitaux / ziekenhuize				
■ Prix de la journée d’entretien/ Verpleegdagprijs ■ Prix de la journée forfaitaire dans l’hôpital général/Forfaitaire dagprijzen in alg. Ziekenhuize ■ Transport/vervoer	5.463.956	5.549.389	5.541.000	-8.389 (-0,15 %)
Honoraria van verpleegkundigen (thuisverzorging)/Honoraires des praticiens de l’art infirmier (soins à domicile)	1.181.362	1.216.685	1.199.992	-16.693 (-1,37 %)

Concrètement, le financement des soins infirmiers à domicile

Voici 4 situations qui vous permettront de vous rendre compte de ce que peut comporter une prestation de soins infirmiers à domicile, du temps consacré, de son coût et de son financement.
4 situations, 4 cas vécus qui illustrent bien le quotidien des prestataires de soins à domicile.

- Mise en situation – pour les 4 exemples
- Les honoraires sont composés :
 - d’un honoraire pour prestation de base ;
 - d’un honoraire pour la réalisation de l’acte lui-même.
 - L’honoraire pour la prestation de base couvre :
 - l’observation globale du bénéficiaire ;
 - le planning et l’évaluation des soins ;
 - l’accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage ;
 - la tenue complète du dossier infirmier ;
 - les frais de déplacement (hors zone rurale).
 - Le déplacement du coût horaire est basé sur la référence prise en compte par l’INAMI : 35€/heure pour 1 infirmier.
 - Le kilométrage moyen pris en compte entre 2 patients est de 5,3km à raison de 5 minutes par trajet.

Des conclusions et des revendications

Les situations rencontrées par les prestataires de soins au domicile le montrent quotidiennement : on en demande toujours plus, mais avec toujours beaucoup moins !
La situation ne va pas en s’améliorant.
Les statistiques annoncent qu’en 2030, les plus de 65 ans seront plus de 2,7 millions (contre 1,9 million en 2012). Les demandes pour un maintien à domicile iront donc croissantes. Or, les problèmes des prestataires de soins sont déjà, aujourd’hui, pleinement ressentis.
Dans notre société où les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible chez eux, où les séjours en hôpitaux sont de plus en plus courts, où les maisons de repos et/ou de soins ne suffisent pas,... les soins infirmiers à domicile se doivent d’être toujours plus professionnels, efficaces et humains, mais sans les moyens.
C’est pourquoi les soins infirmiers à domicile des 3 communautés du pays se mobilisent ce mardi 16 octobre pour conscientiser l’opinion publique et les pouvoirs politiques.
La revendication est simple : il faut sauver les soins infirmiers à domicile

en 2013.
Comment ? En garantissant l’indexation dès le 1er janvier 2013 et en octroyant un budget adéquat pour le refinancement des prestations des soins infirmiers.
Si rien ne change aujourd’hui, si des moyens, financiers et humains, ne sont pas trouvés, les soins infirmiers au domicile verront bientôt leur fin au détriment des personnes les plus fragilisées dont ils s’occupent jour après jour.

1 Communiqué de presse KCE, 4 février 2010
2 KCE reports 122B, 2010
3 Communiqué de presse KCE, 4 février 2010
4 Chiffres 2010

Supports/Infos

Pour toute demande de supports (photos, liens internet,...), d’informations complémentaires merci de prendre contact avec les personnes de contact des différentes associations.

Témoignage

«Depuis 17 ans que je suis infirmière à domicile chez Aide & Soins à Domicile, j’ai vu la situation se détériorer. Le nombre de patients par tournée a augmenté : d’une dizaine pour 4 heures à presque 20. Le nombre de patients augmente, mais pas le nombre d’heures imparti. C’est le temps consacré à chaque patient qui a donc dû être réduit !
Les soins ont aussi évolué. Il a fallu apprendre de nouvelles techniques, utiliser du nouveau matériel. Faire plus, plus compliqué, plus vite, mais avec moins de temps pour chaque patient
Les moyens de communication ont également changé. Si cela facilite mon travail, c’est parfois un handicap. On peut adapter ma tournée à n’importe quel moment. On rajoute un nouveau patient ce qui signifie au minimum 1/2h de travail supplémentaire... pas que ça me dérange, mais on est toujours dans cette logique du «toujours plus avec toujours moins».

>> Suite page 30

SITUATION N°1

Qui ?	Monsieur Durant, 15 ans, hémophile										
Quoi ?	Traitement par voie intraveineuse										
Nécessité ?	Importance de discuter avec l’ado avant l’injection au risque qu’il la refuse										
Points d’attention ?	vérification du produit, obligation de comprimer le point de ponction pendant 2-3 minutes afin d’éviter un saignement, évacuation de l’aiguille.										
Matériel requis	produit pour l’hygiène des mains, seringue + aiguille ailette, tampon imbibé d’alcool, sparadrap.										
Temps de prise en charge du patient ?	30 minutes										

Prestations	Honoraires						Matériel à charge de l'infirmier	Déplacement (coût voiture + temps de déplacement)	Honoraires restant pour l'infirmier			Temps de prise en charge financée si perception du ticket modérateur
	Maximum		Remboursement INAMI						Maximum	Régime préférentiel (hors ticket modérateur)	Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)	
			Régime préférentiel (hors ticket modérateur)			Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)						
Prestation de base	3,77€	6,05€	3,53€		2,83€	4,54€	0,45€	4,69€	0,91€	0,67€	-0,60€	90 sec.
Administration par voie intraveineuse	2,28€		2,28€		1,71€							

Pour l’administration d’un médicament par voie intraveineuse, l’honoraire (ticket modérateur compris) de 6,05 € permet un temps de prise en charge du patient de 90 secondes.

À titre d’exemple, le médecin généraliste perçoit un honoraire de 35,54 € (ticket modérateur compris) pour réaliser l’injection au domicile du patient.

>> Suite page 27



SITUATION N°2

Qui ?	Madame Dupont, 85 ans, souffre d'anémie										
Quoi ?	Traitement par voie intramusculaire de vitamine B12										
Points d'attention ?	vérification du produit, injection lente, évacuation de l'aiguille.										
Matériel requis	produit pour l'hygiène des mains, seringue + aiguille ailette, tampon imbibé d'alcool, sparadrap.										
Temps de prise en charge du patient ?	10 minutes										

Prestations	Honoraires						Matériel à charge de l'infirmier	Déplacement (coût voiture + temps de déplacement)	Honoraires restant pour l'infirmier			Temps de prise en charge financée si perception du ticket modérateur
	Maximum		Remboursement INAMI						Maximum	Régime préférentiel (hors ticket modérateur)	Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)	
			Régime préférentiel (hors ticket modérateur)		Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)							
Prestation de base	3,77€	5,85€	3,53€	5,61€	2,83€	4,39€	0,30€	4,69€	0,86€	0,62€	-0,60€	60 sec.
Administration par voie intramusculaire	2,08€		2,08€		1,56€							

Pour l'administration d'un médicament par voie intramusculaire, l'honoraire (ticket modérateur compris) de 5,85 € permet un temps de prise en charge du patient de 60 secondes.

À titre d'exemple, le médecin généraliste perçoit un honoraire de 35,54 € (ticket modérateur compris) pour réaliser l'injection au domicile du patient.

SITUATION N°3

Qui ?	Madame Dufasne, 45 ans, accidentée de la route (a été renversée)										
Quoi ?	Plaie au tibia										
Points d'attention ?	pansement de suture avec une évolution peu favorable (plusieurs sutures ont lâchées).										
Matériel requis	produit pour l'hygiène des mains, set à pansement, paire de ciseaux, compresses stériles.										
Temps de prise en charge du patient ?	15 - 20 minutes										

Prestations	Honoraires						Matériel à charge de l'infirmier	Déplacement (coût voiture + temps de déplacement)	Honoraires restant pour l'infirmier			Temps de prise en charge financée si perception du ticket modérateur
	Maximum		Remboursement INAMI						Maximum	Régime préférentiel (hors ticket modérateur)	Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)	
			Régime préférentiel (hors ticket modérateur)	Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)								
Prestation de base	3,77€	10,04€	3,53€	9,80€	2,83€	7,54€	1,03€	4,69€	4,32€	4,08€	1,82€	7 min
Soins de plaie simple	6,27€		6,27€		4,71€							

Pour la réfection du pansement, l'honoraire (ticket modérateur compris) de 10,04 € permet un temps de prise en charge du patient de 7 minutes.

À titre d'exemple, le médecin généraliste perçoit un honoraire de 35,54 € (ticket modérateur compris) pour la réfection du pansement au domicile du patient.

Le département infirmier du CHU de Charleroi

Tous en chœur au cœur des soins

Le CHU de Charleroi est le plus important établissement hospitalier public de la Région Wallonne avec cinq sites hospitaliers intégrés : l'Hôpital Civil (Charleroi), l'Hôpital A. Vésale et l'Hôpital Léonard de Vinci (Montigny-le-Tilleul), l'Hôpital V. Van Gogh (Marchienne) et la Clinique L. Neuens (Châtelet). Fin 2013, L'Hôpital Civil Marie Curie ouvrira ses portes tandis que l'Hôpital Civil fermera les siennes. Le CHU de Charleroi offre à ses patients toutes les spécialités médicales et chirurgicales et continue à se développer afin de prodiguer des soins de qualité.



EN REJOIGNANT NOS ÉQUIPES, VOUS CONTRIBUEREZ À RELEVER CES DÉFIS

Vos motivations à travailler au sein d'une équipe porteuse de projets ambitieux :

- contrat à durée indéterminée
- accueil parrainé
- reconnaissance des titres
- prime de fin d'année
- reprise des années d'ancienneté
- avantages sociaux : abonnements transports en commun, repas au self du personnel
- amicale du personnel (réductions dans certains magasins)
- crèche
- service social pour le personnel
- groupe "bien-être"

- plan de carrière, de formation
- perspectives d'avenir au sein du nouvel hôpital
- ergonomie du travail

NOS OBJECTIFS

Les objectifs du département infirmier sont :

- la satisfaction des patients, du personnel et des stagiaires
- le développement des valeurs humanistes
- le développement des compétences
- le déploiement d'un hôpital attractif en termes de résultats

NOS OFFRES D'EMPLOI

L'ISPPC recrute régulièrement pour son CHU de Charleroi (Hôpital Civil, A.Vésale, L. De Vinci, V. Van Gogh) et ses MR/MRS/MSP (h/f) des

bachelier(e)s en soins infirmiers et breveté(e)s, infirmier(e)s spécialisé(e)s en néonatalogie, SISU, psychiatrie, salle d'opération,...

Vous avez envie de travailler «tous en chœur au cœur des soins», merci de déposer votre candidature auprès d'A. Grard, Directrice des Ressources Humaines, Espace Santé-Boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi.

Plus d'information sur notre site internet :

www.chu-charleroi.be

EN REJOIGNANT LE DÉPARTEMENT INFIRMIER DU CHU DE CHARLEROI,

vous rejoignez un hôpital qui met l'accent sur :

- la disponibilité de technologies de pointe et d'un personnel médical de premier plan, grâce aux contacts étroits du CHU avec le monde universitaire
- le bien-être et le confort des patients et des accompagnants
- une éthique pluraliste fondée sur le respect des convictions de chacun

SITUATION N°4

Qui ?	Monsieur Petermans, 90 ans, malade chronique, faiblesse importante, désorienté dans le temps et dans l'espace, diabétique, ulcère variqueux
Quoi ?	Soins d'hygiène : 1x/jour (aide au-dessus de la ceinture pour se laver et s'habiller)
Points d'attention ?	traitement par voie intramusculaire de deca durabolin, vérification du produit (1x/jour), pansement de l'ulcère (1x/jour), injection d'insuline (2x/jour), évacuation des aiguilles.
Matériel requis	produit pour l'hygiène des mains, seringues + aiguilles, tampons imbibés d'alcool, set à pansement, paire de ciseaux, compresses stériles.
Temps de prise en charge du patient ?	55 minutes (matin : 45 minutes – soir : 10 minutes)

Prestations	Honoraires			Matériel à charge de l'infirmier	Déplacement (coût voiture + temps de déplacement)	Honoraires restant pour l'infirmier			Temps de prise en charge financée si perception du ticket modérateur
	Maximum	Remboursement INAMI				Maximum	Régime préférentiel (hors ticket modérateur)	Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)	
		Régime préférentiel (hors ticket modérateur)	Régime non-préférentiel (hors ticket modérateur)						
Plafond journalier	16,43€	16,19€	12,33€	1,68€	9,38€	5,37€	5,13€	1,27€	9 min

Pour la prise en charge du patient 2 fois par jour, l'honoraire (ticket modérateur compris) de 16,43 € permet un temps de prise en charge du patient de 9 minutes pour les deux visites par jour.

EN SYNTHÈSE

La nomenclature comprend 132 honoraires (prestations). Sur ces 132 honoraires, 82, soit 62,12%, doivent être revus.

Ces 82 prestations représentent 81,30% des prestations effectivement réalisées auprès de la population par l'ensemble des infirmiers du secteur au cours de l'année 2011.

Du point de vue budgétaire, cela représente à peine 49,38% des dépenses pour l'année 2011.

C'est loin d'être assez pour prendre en charge de manière qualitative l'ensemble des soins infirmiers à domicile et c'est donc tout un système qu'il faut revoir.

À tout cela s'ajoute la problématique des trajets. Nos secteurs de travail peuvent être étendus et il faut jongler avec les contraintes horaires liées aux soins (priorités médicales), les contraintes climatiques (surtout en automne et en hiver), le trafic et les contraintes financières (coût du carburant). Bref, les conditions de travail se détériorent d'année en année, et la frustration de ne plus pouvoir assurer des soins de qualité va croissante. La situation des patients n'a pas échappé au tourbillon du changement : les personnes âgées (qui sont une grande part de notre patientèle) souffrent de plus en plus de solitude. Leurs enfants travaillent à l'extérieur et n'ont pas forcément le temps de passer les voir quotidiennement. Cela complique évidemment notre prise en charge et il faut «compenser» par une coordination plus intense dans différentes prestations. Leur état de santé est aussi fragilisé, notamment parce qu'en cas d'hospitalisation la durée de séjour est de plus en plus courte

et que le retour à domicile se fait en phase semi-aiguë. Les besoins d'aide sont alors plus importants et plus urgents (soins d'hygiène, soins médicaux mais aussi réaménagement, temporaire ou non, dans le lieu de vie). Il n'est ni étonnant, ni rare, de se retrouver face à des personnes dont les exigences augmentent. En tant que soignante, je suis sensible à tous ces besoins, navrée souvent de ne pas pouvoir donner 5 minutes supplémentaires de mon temps. J'ai de moins en moins de possibilités de répondre favorablement à leurs demandes parce que je dois être RENTABLE ! Incompréhension... Sentiment de culpabilité... d'injustice... d'impuissance... Pourquoi de telles mesures d'économie dans un secteur fragile mais indispensable ?!»

Justine

>> Suite page 32

ASSURANCE
RESPONSABILITE
PROFESSIONNELLE

VERZEKERING
BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

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

AMMA ASSURANCES, entreprise d'assurance mutuelle créée en 1944 et agréée par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances sous le code 0126, N.N. 0409.003.207
AMMA VERZEKERINGEN, onderlinge verzekeringsonderneming opgericht in 1944 en toegelaten door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen onder codenummer 0126, N.N. 0409.003.270
www.amma.be • Avenue de la Renaissance 12/1, 1000 Brussel-Bruxelles

Témoignage

Infirmière il y a trente ans à ce jour

Je suis infirmière indépendante et toujours motivée ! Pourtant que de choses ont changé !

Les soins et les techniques se sont complexifiés et les charges administratives se sont multipliées.

Nous devons passer plus de temps dans notre bureau qu'au chevet du patient.

Les autres professions sont indexées pas la nôtre.

Les prix des carburants augmentent sans cesse.

Savez-vous ce que veut dire être infirmière indépendante ?

Une journée type

- 05h45 debout

- 6h30 chez le premier patient

- Organiser le travail en fonction de la pathologie du patient, selon son état de dépendance et son isolement.

- Je possède les clés de nombreux patients vivant seuls qui ne peuvent se permettre financièrement une garde malade donc je fais les tartines, active le percolateur, lève les volets, soigne le patient en fonction de ses besoins physiques mais aussi psychologiques, environnementaux et relationnels.

- Les patients grabataires, les polyopathologies et les insulino requérants doivent être soignés tôt le matin ; il va sans dire que nous ne pouvons organiser notre tournée en vue d'une épargne de frais d'essence !

- Pendant la tournée je dois gérer les nouveaux appels téléphoniques et les inclure dans la tournée en essayant de respecter le timing pour les autres personnes.

- Répondre aux appels téléphoniques des assistantes sociales de clinique en demande de renseignement pour un patient hospitalisé

- La matinée se termine vers 14h30 et à ce moment commence les tâches administratives, l'encodage des nouveaux certificats, la demande de toilettes éventuelles et le tout via mycarenet (quand il n'y a pas de problème). Je vous signale que l'informatisation est obligatoire depuis des années pour accéder au système tiers payant et le programme infirmier a un coût et non des moindres ! Lors de soucis ou de refus de tarification nous devons communiquer avec les différentes mutuelles et vous savez comme moi le temps que cela dure...

- 16h30 la tournée du soir recommence avec la prise en charge de pansements (un set stérile pour les pansements coûte 0,6 euros), les insulines et les toilettes et les remises au lit + la prise en charge des nouveaux appels éventuels ma tournée du soir se termine vers 20h30.

- Rentrée à la maison comme je suis responsable d'un groupe de 8 infirmières le travail administratif recommence, élaborer le planning de chaque infirmière pour le lendemain et leur envoyer leur liste.

- La journée de travail se termine vers 21h30 (sans problème) !

Il faut savoir que nos patients palliatifs peuvent nous appeler 24h sur 24 donc parfois nos nuits sont courtes mais nous avons l'amour de notre métier et nous voulons offrir à nos patients des soins optimaux.

En Wallonie plus de 70% des patients sont soignés par des indépendants, je suppose qu'il y a une raison, c'est que nous offrons des soins de qualité !

Pour ma part je me suis formée en diabétologie, en soins de plaies, en soins palliatifs, en algologie et je suis régulièrement des formations sur toutes nouvelles techniques ; ce qui veut dire que j'ai dû me faire remplacer pour assister aux cours que j'ai dû payer.

J'assiste régulièrement à des réunions au centre de coordination pour optimiser la collaboration entre partenaires de soins.

Je pense que le rôle des infirmières indépendantes n'est pas connu, reconnu ni rémunéré à sa juste valeur.

Pourtant ne pensez-vous pas que nous sommes des superwoman, je laisse ceci à votre appréciation !

Aurore De Wilde

Témoignage

Un métier, une passion : infirmière indépendante à domicile

Voici plus de trente ans que j'exerce ma profession d'infirmière à domicile et toujours avec bonheur. Je mets aujourd'hui cette expérience à profit afin de témoigner de ce qui pourrait être amélioré pour le patient et pour nous.

Du point de vue organisationnel et structurel

- Je travaille en équipe et je défends le principe que le coordinateur doit rester une personne de terrain. Pour ma part, je suis active dans chaque tournée, je prends systématiquement en charge le nouvel appel afin de mieux cerner les besoins du patient.

- La pratique du domicile s'est commercialisée au fil du temps, ce phénomène dénature notre profession.

- En tant qu'indépendants, nous ne travaillons qu'avec des collègues qualifiées, nous sommes entièrement responsables des actes posés devant le patient et devant l'INAMI.

- Notre pratique, proche du patient, en petit groupe renforce les normes de qualité, améliore le contact et assure la continuité. Dans chaque équipe, il existe une infirmière référente ; c'est elle qui prend contact avec le médecin de famille, elle est aussi pour le patient «l'infirmière de famille». Les patients l'ont bien compris et notre pratique est largement majoritaire.

- Je suis pour la formation continuée obligatoire pas seulement sur la nomenclature, mais aussi sur l'évolution des soins.

Pratique clinique

- Nous prenons en charge un patient en tant qu'éducatrice de la santé, nous promouvons les bons comportements qu'ils soient alimentaires ou autres. Nous vérifions la compliance au traitement. Nous contrôlons les paramètres du patient, vérifions le degré de confort du patient (ex : un patient âgé qui ne sait pas se chauffer) et contactons le service social si nécessaire. Nous permettons à de nombreux patients de rester chez eux et d'éviter l'institutionnalisation. Malheureusement, notre nomenclature n'est pas encore axée sur le préventif. La consultation infirmière pourrait s'étendre de façon plus large.

- La nomenclature mériterait d'être revue et mieux adaptée à notre pratique, il en est de même pour l'échelle de Katz ou on bataille pour faire adhérer un patient dans tel ou tel critère, (Incontinent occasionnel : que veut dire le mot occasionnel ? 6 jours sur sept, un peu de la journée... Êtes-vous capable de vous laver au dessus ou en dessous de la ceinture ? Oui-non).

Il y a quelques années, on a décrété qu'une partie des soins à l'acte serait remplacé par des forfaits, c'était judicieux dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.

La santé a un coût, la population vieillit, donnez-nous la possibilité de soigner nos patients au domicile dans de bonnes conditions. Nous éviterons les hospitalisations répétées, le recours à l'institutionnalisation. De nombreuses études attestent qu'une prise en charge des patients par du personnel qualifié diminue de manière drastique le coût généré par les soins de santé.

K. Dethye

Rubrique culinaire

Recettes : «Faites la fête...»



Mi-cuit de thon

sur espuma de vodka-céleri-citron



Ingrédients pour 4 personnes :

400 gr de thon rouge en un morceau - 2 à 3 càs de graines de sésame grillées
- 50 cl de jus de citron vert - 100cl de jus de céleri - 5 cl de vodka - 10 gr de sucre - 3 feuilles de gélatine - 4 côtes de céleri blanc - Sel & poivre - 2 càs de crème fraîche (pour la variante) - 75gr de beurre (pour la variante)

Passons en cuisine :

- > L'espuma : Mélanger 50 gr. de jus de citron vert, 100 gr. de jus de céleri, 5 cl. de vodka et 10 gr.de sucre. Chauffer et y dissoudre 3 feuilles de gélatine. Rectifier l'assaisonnement et mettre dans un siphon à espuma + 2 cartouches. Refroidir.
- > Le thon : Assaisonner les pavés épais taillés en rectangle, les couvrir de graines de sésame et colorer chaque face en une minute. Laisser refroidir puis trancher en fines tranches.
- > Le céleri : Eplucher 4 branches de céleri à l'économe afin d'enlever les fils. Tailler le céleri en bâtonnets et faire cuire 5 min. à l'eau bouillante salée. Le faire refroidir à l'eau froide, égoutter et assaisonner avec un peu de sel, poivre et huile d'olive.
- > La présentation : Disposer l'espuma dans le fond de l'assiette, y disposer les branches de céleri et y poser les tranches de thon qui se chevauchent. Terminer par un filet d'huile d'olives, fleur de sel, une branche de céleri et une fine tranche de citron vert. Bonne dégustation...

- > Variante : L'espuma peut être remplacé par un beurre parfumé comme suit :
 - Récolter 100 gr. de jus de céleri.
 - Ajouter 1 filet de jus de citron vert et 2 cl. de vodka.
 - Amener à ébullition et faire réduire de moitié.
 - Ajouter 1 càs. de crème liquide et progressivement, 75gr. de beurre bien froid en fouettant énergiquement.
 - Vider la sauce dans un mixer et ajouter encore 75 gr. de beurre.
 - Mixer, assaisonner et servir aussitôt.

Bon appétit....

Les vin conseils du père «Effainibet»

En accompagnement du thon, pourquoi ne pas rester dans le thème de la recette en proposant une vodka-citron à moins que vous ne préfériez un Chardonnay du Languedoc aux notes d'agrumes. Avec la crème de châtaignes et le foie gras, je vous conseille un grand bourgogne blanc où le Chardonnay apportera à la fois puissance et fraîcheur. Prosit, tchin- tchin, gezondheid, nastrovia ou tout simplement.... à votre santé !!

Crème de châtaignes

au foie gras et aux épices douces



Ingrédients pour 4 personnes :

4 escalopes de +/- 80gr chacune de foie gras cru - 2 litres de bouillon de légumes - 5 à 6 échalotes - 100 gr de beurre - 500gr de châtaignes nature (par facilité, je vous conseille de les prendre en bocal) - 40 cl de crème fraîche (MG 35 à 40%) - 350 gr de champignons frais - Sel, poivre & sucre - Epices (cfr recette) - Persil haché

Passons au fourneau :

- > Le bouillon : Faire un bouillon de légumes avec carottes, oignon, poireau, céleri, thym, laurier, clou de girofle, et poivre recouvert d'au moins deux litres d'eau. Cuire lentement et filtrer à la passoire.
- > La crème : Cuire une échalote émincée dans 50 gr. de beurre. Ajouter 500gr. de châtaignes pelées et poursuivre la cuisson durant 5 min. Recouvrir de bouillon et ajouter les épices (-badiane, cardamome, gingembre frais, poivre de Séchuan- emballées dans un sachet de mousseline). Couvrir et laisser cuire pendant 40 min. Ensuite retirer les épices, ajouter la crème, faire bouillir pendant 5 min. puis mixer et assaisonner.
- > Les échalotes confites : Cuire en papillotes des échalotes épluchées, parsemées de beurre, saupoudrées de sel, poivre et sucre. Cuire au four à 180°C. pendant 20 à 30 min.
- > La finition : Poêler 350 gr.de champignons et les disposer avec les échalotes dans le fond des assiettes. Saisir durant 1 à 2 min. par face, dans une poêle très chaude, les escalopes de foie gras. Les assaisonner avec du poivre au moulin et de la fleur de sel. Recouvrir les champignons de crème de châtaignes, déposer une escalope poêlée et trancher la couleur en la parsemant de persil. Déguster aussitôt...

Bon appétit...



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



FNIB Association sans but lucratif
Siège social : Rue de la Source, 18
1060 Bruxelles
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

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

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)
☐ **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.

€



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 1 Juin 2013
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

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