



AGORA

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

N°/Nr 11

Trimestriel : Avril - Mai - Juin 2013
Driemaandelijks : April - Mei - Juni 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

Edito

Et voilà l’année 2013 déjà bien «entamée»...

5

Rubrique internationale

Handicap et santé

6

Sécurité des patients

8

Le CII souligne l’importance critique d’une approche des services infirmiers
fondée sur les preuves

9

Portrait

Marguerite Bottard (1822-1906)

10

Rubrique juridique

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

16

Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière

fait l’objet d’une révision

16

Nous avons lu pour vous ...

Fin de vie et bientraitance dans une unité de soins généraux

18

Le rôle des infirmières dans la dispense de soins aux malades
en fin de vie et à leurs familles

22

Nos partenaires

De l’hospice des incurables à l’hôpital gériatrique :

des soins domestiques à l’art infirmier

23

Les assuétudes. Introduction à quelques concepts clés.

27

Le centre Nadja.

28

Rubrique culinaire

33

Bulletin d’adhésion FNIB

34

Également dans ce numéro :

Evidence-based Nursing en soins à domicile: Etat des lieux

30

Agenda

35

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



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

Edito

Et voilà l'année 2013 déjà bien «entamée»...

Nous pensons à organiser et réserver nos vacances, à planifier nos belles résolutions de travaux de printemps, que du bonheur.

En ce qui concerne notre profession, pour le moment les administrateurs de la FNIB travaillent très sérieusement à préparer le congrès du CII (Conseil International Infirmier) du mois de mai à Melbourne (Australie). Par conséquent cela implique qu'exceptionnellement le Congrès annuel de la FNIB ne sera pas tenu en mai 2013 mais le 24 octobre 2013 à Vésale....les infos suivront.

La FNIB comme vous le savez est membre active et impliquée du CII.

Les enjeux sont de taille car outre définir de nouvelles formes d'inclusion des associations de différents pays et la quotité respective de chacun, il y a toute la politique de santé mondiale qui sera abordée ainsi que les enjeux et difficultés rencontrés par la profession infirmière aux quatre coins du monde.

Je tenais aussi à épinglez la collaboration internationale et notamment le partenariat solide entre l'EFN, la France et le Sidiief et la Belgique notamment dans le dossier européen relatif au socle de base indispensable avant d'entamer des études en soins infirmiers. Ce dossier n'est pas clos, il sera à nouveau ouvert et débattu en séance plénière du Parlement Européen en mai prochain à Strasbourg

Comme vous pouvez le remarquer, le travail ne manque pas et doit vraiment être traité de façon pointue car notre devenir en dépend.

Retour au pays, au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, j'espérais vous apporter des informations «fraîches» quant aux études infirmières et leur réforme en Communauté française mais il est encore un peu tôt semble-t-il et cela sera certainement pour la prochaine parution de AGORA.

Ce travail est rendu possible notamment grâce à l'ensemble des Directions Hospitalières et autres directions Hautes Ecoles et des possibilités qu'ils donnent à nos administrateurs pour qu'ils puissent se libérer et assister aux différentes séances de travail.

Sans leur aide et soutien «en coulisse» nous ne pourrions pas le faire.

Alors merci à ces directions et un merci particulier à la Direction d'Epicura pour le soutien donné à votre présidente.

Etre en nombre, collaborer, conscient pour défendre une profession et participer aux enjeux de Santé est «porteur»...C'est notre objectif.

Donc encore MERCI à nos administrateurs, à nos associations professionnelles partenaires et à tous leurs représentants qui permettent de mener à bien tout ce qui doit l'être pour notre profession.

D'aucun pourrait trouver cette démarche «condescendante» dans le fait de remercier.

Mais NON.

Il faut le respect des gens, des structures car cette attitude vous garantit un certain respect en retour.

Il en va de même dans notre profession.

Soyez respectueux de la personne qui est en face de vous (accueil, sourire, empathie et respect) depuis le premier bonjour et le premier regard..et si c'est difficile pour vous alors que vous êtes, nous sommes, dans un métier de services et dans LE soin posez-vous honnêtement la question de savoir si vous y êtes à votre place.

L'attention que vous portez à l'autre sera un jour celle qui vous sera témoignée.

Prenez plaisir à découvrir la revue et n'hésitez pas à nous envoyer votre article si vous le désirez.



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.

PRINCIPAUX FAITS

- > Plus d'un milliard de personnes, c'est-à-dire environ 15% de la population mondiale, présentent une forme ou une autre de handicap.
- > Entre 110 et 190 millions de personnes ont des difficultés importantes sur le plan fonctionnel.
- > La fréquence du handicap augmente en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, entre autres causes.
- > Les handicapés ont moins accès aux services de santé et ont donc des besoins en soins de santé qui ne sont pas satisfaits.

Handicap et santé

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé définit le handicap comme un terme générique pour les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation. Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (par exemple attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et soutiens sociaux limités). On estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec une forme ou une autre de handicap. Cela représente environ 15% de la population mondiale. Entre 110 millions (2,2%) et 190 millions (3,8%) de personnes âgées de plus de 15 ans présentent des difficultés fonctionnelles importantes. En outre, la fréquence du handicap est en partie majorée du fait de populations vieillissantes et de l'augmentation des maladies chroniques. Le handicap est extrêmement divers. Si certaines affections associées au handicap entraînent une santé fragile et des besoins de soins de santé importants, d'autres non. Mais tous les handicapés ont les mêmes besoins de soins de santé généraux que tout un chacun, et doivent donc avoir accès aux services de soins de santé courants. L'article 25 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées renforce les droits de ces dernières afin qu'elles atteignent la qualité de soins la plus élevée sans discrimination.

Besoins en soins de santé non satisfaits

Les handicapés indiquent rechercher davantage de soins de santé que les autres et avoir davantage de besoins non satisfaits. Par exemple, une enquête récente portant sur les personnes ayant des troubles mentaux importants a montré qu'entre 35% et 50% d'entre elles dans les pays développés et entre 76% et 85% d'entre elles dans les pays en développement n'ont reçu aucun traitement au cours de l'année précédant l'enquête. La promotion de la santé et les activités de prévention visent rarement les handicapés. Par exemple, les femmes handicapées ont moins de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin que les autres. Les personnes qui souffrent de déficits intellectuels et de diabète sont moins susceptibles d'être soumises à des vérifications de leur poids. Les adolescents et les adultes handicapés sont davantage susceptibles d'être exclus des programmes d'éducation sexuelle.

Particulièrement vulnérables face aux carences des services de santé

Les handicapés sont particulièrement vulnérables aux carences des

services de soins de santé. Selon le groupe et l'endroit où elles se trouvent, les personnes handicapées peuvent être plus vulnérables à des affections secondaires, à des comorbidités, aux affections liées à l'âge, à des comportements à risque, et ont des pourcentages de décès prématurés plus élevés.

Affections secondaires

Les affections secondaires se produisent en plus d'un problème de santé existant (et y sont liées) et sont à la fois prévisibles et évitables. On peut citer par exemple les escarres, les infections des voies urinaires, l'ostéoporose et la douleur.

Comorbidité

La comorbidité fait référence aux affections qui se développent en plus d'une affection primaire associée au handicap (et sans lien avec elle). Par exemple, la prévalence du diabète chez les schizophrènes est d'environ 15%, contre 2% à 3% dans la population générale. Affections liées à l'âge

Le processus de vieillissement de certains groupes de handicapés commence plus tôt que la normale. Par exemple, certaines personnes qui souffrent d'incapacités du développement montrent des signes de vieillissement prématuré au cours de la quarantaine ou de la cinquantaine.

Comportements à risque

Certaines études ont indiqué que les handicapés ont des taux de comportement à risque plus élevés : tabagisme, mauvaise hygiène alimentaire et inactivité physique. Taux de décès prématurés plus élevés Les taux de mortalité des handicapés varient en fonction de l'affection. Mais une étude réalisée au Royaume-Uni a permis de constater que les personnes souffrant de troubles mentaux et de déficits intellectuels ont une espérance de vie inférieure.

Obstacles aux soins de santé

Les handicapés rencontrent toute une série d'obstacles lorsqu'ils essaient d'accéder aux soins de santé, à savoir:

Des coûts prohibitifs

L'accessibilité économique des services de santé et celle du transport sont les deux principales raisons qui font que les handicapés ne reçoivent pas les soins de santé nécessaires dans les pays à revenu faible – 32% à 33% des non-handicapés n'ont pas les moyens de s'offrir des soins de santé, contre 51% à 53% des handicapés.

Offre limitée des services

Le manque de services appropriés pour les handicapés est un obstacle important aux soins qui les concernent. Par exemple, une recherche menée dans les États de l'Uttar Pradesh et du Tamil Nadu en Inde a permis de constater qu'après le coût, le manque de services dans ces

zones était le deuxième obstacle le plus important à l'utilisation des centres de santé.

Obstacles physiques

L'inaccessibilité des bâtiments (hôpitaux, centres de santé), du matériel médical, une mauvaise signalisation, l'étroitesse des encadrements de portes, la présence de marches à l'intérieur du bâtiment, des installations sanitaires inadaptées et l'inaccessibilité des parkings créent des obstacles pour se rendre dans les centres de soins de santé. Par exemple, les femmes à mobilité réduite ne sont souvent pas en mesure d'avoir accès au dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin parce que la hauteur des tables d'examen n'est pas adaptable et que le matériel de mammographie n'est prévu que pour les femmes qui peuvent se tenir debout.

Compétences et connaissance insuffisantes des agents de santé

Les handicapés sont deux fois plus nombreux à signaler qu'ils ont trouvé insuffisantes les compétences des prestataires de soins de santé pour répondre à leurs besoins, quatre fois plus nombreux à signaler avoir été maltraités et presque trois fois plus nombreux à signaler s'être vu refuser des soins.

Surmonter les obstacles barrant l'accès aux soins de santé

Les gouvernements peuvent améliorer la situation sanitaire des handicapés en améliorant l'accès à des services de santé de qualité, d'un coût abordable, faisant le meilleur usage possible des ressources disponibles. Comme plusieurs facteurs interagissent pour empêcher l'accès aux soins de santé, des réformes sont nécessaires dans toutes les composantes du système de soins de santé qui interagissent.

Politique et législation

Évaluer les politiques et services existants, recenser les priorités pour réduire les inégalités de santé et prévoir des améliorations au niveau de l'accès et de l'inclusion. Procéder aux modifications nécessaires pour satisfaire à la Convention des Nations Unies. Fixer des normes de soins de santé pour les soins aux handicapés, assorties de mécanismes de contrôle de leur application.

Financement

Là où l'assurance-maladie privée domine le financement des soins de santé, veiller à ce que les handicapés soient couverts et envisager des mesures pour rendre les primes abordables. Veiller à ce que les handicapés bénéficient en toute équité des programmes de soins de santé publique. Utiliser des mesures d'incitation financière pour encourager les prestataires de soins de santé à rendre les services accessibles et à fournir des évaluations, un traitement et un suivi complets. Étudier les possibilités de réduire ou d'éliminer les paiements directs pour les handicapés qui n'ont pas d'autre moyen de financer les services de soins de santé.

Prestations de services

Assurer toute une série de modifications et d'ajustements (raisonnables) pour faciliter l'accès aux services de soins de santé. Par exemple, en modifiant l'aménagement des dispensaires pour que les personnes à mobilité réduite puissent y avoir accès, ou en communiquant des informations sanitaires sous des formes accessibles, par exemple en Braille. Donner aux handicapés les moyens de maximiser leur santé en leur fournissant des informations, une formation et un soutien par des pairs. Promouvoir la réadaptation à assise communautaire pour faciliter l'accès des handicapés aux services existants. Identifier les groupes qui nécessitent d'autres modèles de prestation de services, par exemple des services ciblés ou une coordination des soins pour améliorer l'accès aux soins de santé.

Ressources humaines

Intégrer un enseignement sur le handicap dans le programme d'études et la formation continue de tous les professionnels de santé. Former des agents communautaires pour qu'ils puissent jouer un rôle dans les services de soins de santé préventifs. Fournir des lignes directrices

reposant sur des bases factuelles pour l'évaluation et le traitement.

Données et recherche

Inclure les handicapés dans la surveillance des soins de santé. Mener davantage de recherche sur les besoins et les résultats sanitaires des handicapés, ainsi que les obstacles auxquels ils se heurtent.

Action de l'OMS

Pour pouvoir améliorer l'accès aux services de santé des handicapés, l'OMS:

- > guide et soutient les États Membres afin de mieux les sensibiliser aux problèmes du handicap et agit en faveur de l'inclusion du handicap en tant que composante des politiques et programmes nationaux de santé;
- > facilite la collecte des données et la diffusion des données et informations liées au handicap;
- > développe des outils normatifs, notamment des lignes directrices pour renforcer les soins de santé;
- > renforce les compétences des responsables de l'élaboration des politiques de santé et des prestataires de services;
- > favorise l'extension de la réadaptation à assise communautaire;
- > encourage les stratégies visant à faire en sorte que les handicapés connaissent bien leurs propres affections et à ce que le personnel de soins de santé soutienne et protège les droits et la dignité des handicapés.



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 neurosciences,
- le service d'oncologie,
- le service de pneumologie,
- la fonction palliative.

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





International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau
CH -1201 Geneva Switzerland
Telephone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
e-Mail : icn@icn.ch - Website : www.icn.ch

La sécurité des patients est un aspect fondamental de la qualité de la santé et des soins infirmiers. Pour le Conseil international des infirmières (CII), l'amélioration de la sécurité des patients exige que soit engagée toute une série d'actions dans les domaines suivants : recrutement, formation et rétention des professionnels de la santé, amélioration de la performance, sécurité environnementale et gestion des risques, y compris contrôle des infections, utilisation judicieuse des médicaments, sécurité de l'équipement, sécurité de la pratique clinique, sécurité de l'environnement de soins, ainsi que développement d'un corpus de connaissances scientifiques centrées sur la sécurité des patients et sur l'infrastructure nécessaire à son amélioration.

Les infirmières sont confrontées à la question de la sécurité des patients dans tous les aspects des soins. Cela comprend l'information aux patients (et à d'autres) en ce qui concerne les risques et leur prévention ; la promotion de la sécurité des patients ; et la consignation des événements indésirables.

Le manque d'informations de santé exactes et actualisées compromet gravement tant la sécurité des patients que la qualité des soins. Le CII est fermement convaincu qu'il est possible d'améliorer les résultats de santé en donnant à tous les prestataires de soins, patients et au public des informations de santé de qualité, basées sur des données probantes¹.

La détection précoce des risques est très importante pour la prévention des accidents ; elle repose sur l'existence d'une culture de la confiance, de l'honnêteté et de l'intégrité, ainsi que sur une communication ouverte entre patients et fournisseurs de santé au sein du système de santé. Le CII est favorable à une approche globale, basée sur la transparence et l'ouverture, excluant toute démarche culpabilisante à l'encontre de l'individu et comprenant les mesures nécessaires à la correction des facteurs humains et systémiques à la source d'événements indésirables.

Le CII se déclare très préoccupé par la grave menace pour la santé des patients et la qualité des soins de santé que constitue le manque de personnel qualifié. La pénurie de personnel infirmier qui sévit actuellement constitue précisément une menace de cet ordre. La mauvaise répartition des agents de santé, le manque de stratégies des ressources humaines de santé, les établissements de soins mal financés et entretenus ainsi que la réduction des budgets de soins de santé dans certains pays et régions contribuent

également à la menace pour la sécurité des patients et la qualité des soins.

Le CII estime que les infirmières et leurs associations professionnelles nationales doivent :

- > informer les patients et leurs familles des risques potentiels ;
- > signaler dans les meilleurs délais les événements indésirables aux autorités compétentes ;
- > prendre une part active dans l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- > améliorer les communications avec les patients d'une part, les autres professionnels de la santé d'autre part
- > plaider pour des environnements favorables à la pratique
- > promouvoir des programmes rigoureux de prévention et de lutte contre les infections;
- > exiger des politiques de traitement standardisées ainsi que des protocoles destinés à minimiser les risques d'erreur ;
- > entrer en contact avec les associations professionnelles des

- pharmaciens, généralistes et autres afin d'améliorer le conditionnement et l'étiquetage des médicaments ;
- > faire du lobbying pour obtenir des taux d'occupation des postes, des mélanges de compétences satisfaisants et des ressources matérielles suffisantes pour offrir des soins sûrs;
- > soutenir les mesures destinées à améliorer la sécurité des patients y compris la formation et la recherche;
- > participer à la formulation et à l'application de directives claires en matière de notification et de divulgation aux patients et à leurs familles des événements indésirables ;
- > collaborer avec les systèmes de surveillance nationaux afin de répertorier les événements indésirables, les analyser et en tirer des enseignements ;
- > mettre au point des mécanismes de reconnaissance (accréditation par exemple) des caractéristiques des fournisseurs de soins de santé qui constituent une mesure d'excellence en matière de sécurité des patients.

Contexte

Les interventions de santé sont bien sûr conçues au bénéfice du public, mais il existe toujours un risque que des erreurs et des événements indésirables se produisent ; ceci est dû à une combinaison complexe de processus, technologies et facteurs humains liés aux soins de santé. Est qualifié d'indésirable un événement involontaire dans la prestation des services de soins de santé qui entraîne un préjudice au patient et qui est la conséquence de soins et services qui lui ont été prodigués, et non de son état pathologique latent². Les menaces courantes à la sécurité des patients comprennent les erreurs de médication, les infections nosocomiales, les chutes des patients, l'exposition à de fortes doses de radiations et l'utilisation de médicaments de contrefaçon.

Bien que l'erreur humaine joue un rôle dans l'apparition des événements indésirables, ces erreurs peuvent souvent être évitées, ou leur risque d'apparition amoindri, par un traitement préventif de facteurs systémiques internes. Le rôle déterminant des mécanismes de notification est d'améliorer la sécurité des patients en tirant les leçons des échecs du système de soins

de santé³.

On dispose d'un faisceau de plus en plus concordant de preuves qui montrent que les taux insuffisants d'occupation des postes ont une influence sur des événements indésirables tels que chutes de patients, douleurs causées par l'alitement prolongé, erreurs de médication, infections nosocomiales et taux de réadmission qui peuvent mener à la prolongation des séjours hospitaliers de même qu'à des taux de mortalité en augmentation dans les établissements de soins⁴.

Parmi d'autres déterminants importants de la sécurité des patients il faut aussi mentionner la pénurie et les mauvaises performances du personnel, qu'elles soient dues à un manque de motivation ou à une formation insuffisante.

Enfin, les soins de santé de mauvaise qualité sont la cause d'un nombre non négligeable d'événements indésirables aux conséquences financières sérieuses pour les systèmes de santé.

Adoptée en 2002
Revue et révisée en 2012

¹ Healthcare Information for All by 2015 (HIFA2015). Campagne mondiale lancée en 2006 avec pour objectif qu'en 2015, toute la population mondiale aura accès à un prestataire de santé correctement informé. www.hifa2015.org
² Institut canadien pour la sécurité des patients. Glossaire, Internet : www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/glossaryofterms.aspx
³ Organisation mondiale de la santé (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, Internet: www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
⁴ Clarke SP & Aiken LH (2008). An international hospital outcomes research agenda focused on nursing: lessons from a decade of collaboration. Journal of Clinical Nursing, 17(24), 3317.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Le CII souligne l'importance critique d'une approche des services infirmiers fondée sur les preuves

GENÈVE, SUISSE, LE 11 MAI 2012 : À l'occasion de la Journée internationale de l'infirmière, le Conseil international des infirmières lance un appel à la généralisation des décisions cliniques et de la pratique infirmières fondées sur les preuves. Les infirmières sont souvent les mieux placées pour fournir des renseignements importants au sujet non seulement des soins, mais aussi du contexte, de la santé des populations et du rôle joué par certains facteurs sociaux et politiques. Cette compréhension est déterminante pour l'innovation au niveau des services locaux et pour la conception de nouvelles manières de travailler.

«Le recours à une approche fondée sur les preuves nous permet de mettre en cause notre approche de la pratique et d'accepter d'être questionnés à ce sujet et d'en rendre compte» estime David Benton, Directeur général du CII. «L'approche fondée sur les preuves nous permet de réévaluer en permanence notre manière de travailler et de chercher des manières neuves et plus efficaces d'intervenir : nous serons ainsi en mesure de jouer pleinement notre rôle dans l'accès facilité à des services efficaces. En outre, par ces temps de rigueur financière, l'approche fondée sur les preuves nous met en situation de faire l'usage le plus judicieux possible des ressources à notre disposition.»

Au niveau mondial, la moitié des décès pourraient être prévenus par des interventions simples et peu coûteuses. Mais on ne sait pas encore mettre ces interventions à la disposition de toutes les personnes qui en ont besoin. Il faut donc insister davantage non seulement sur la découverte de nouveaux produits, médicaments et outils de diagnostics, mais aussi sur la manière d'appliquer nos connaissances – autrement dit, de combler l'écart entre les preuves et les actes.

Prises de position y afférentes :

- > La protection du titre "infirmière" La réglementation des soins infirmiers
- > Le domaine de pratique des soins infirmiers
- > Le personnel infirmier auxiliaire ou d'appui
- > La santé et la sécurité des infirmières au travail L'information aux patients

Publications du CII:

- > Les soins infirmiers, c'est important: les erreurs de médication
- > Les soins infirmiers, c'est important: les événements indésirables causés par la vaccination
- > Les soins infirmiers, c'est important: Premier principe : ne pas nuire. Des seringues autobloquantes pour garantir la sécurité de la vaccination Les soins infirmiers, c'est important: le CII et le choix de dispositifs d'injection sécurisés
- > Les soins infirmiers, c'est important: assurer la sécurité en matière de vaccination : un rôle essentiel des soins infirmiers
- > Les soins infirmiers, c'est important: Sécurité de la vaccination : La gestion intelligente des déchets peut sauver des vies
- > Les soins infirmiers, c'est important: Contrôle des maladies
- > Les soins infirmiers, c'est important: coefficients de patients par infirmière Les soins infirmiers, c'est important: position du CII sur les désinfectants et les stérilisants
- > Les soins infirmiers, c'est important: Produits médicaux de contrefaçon
- > La sécurité des patients, Fiche d'information de l'AMPS L'utilisation de médicaments et le vieillissement de la population, Fiche d'information de l'AMPS



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

Marguerite Bottard (1822-1906)

L'infirmière laïque de Jean-Martin Charcot sa biographie enrichie d'un témoignage inédit de G. Gilles de la Tourette (1857-1904)



Alors que naît et prospère la peinture impressionniste, André Brouillet (1857-1914), élève de Jean-Léon Gérôme (1824-1904), reste un peintre très académique de paysages et d'événements historiques de la III^e République (Le Tsar, la Tsarine, et le Président de la République assistant à une séance de l'Académie Française le 7 octobre 1896; Jules Ferry approuvant les plans de la Nouvelle Sorbonne; Le vaccin du croup à l'hôpital Trousseau par Emile Roux en 1895). Sa notoriété perdure en particulier pour avoir présenté, au «Salon des Indépendants» de 1887, sa toile «Une leçon clinique à la Salpêtrière» (Signoret, 1983; Telson, 1980). Jean Martin Charcot (1825-1893), titulaire de la première chaire de neurologie créée pour lui en 1882, est le personnage central d'une de ses célèbres «leçons du vendredi», examinant la patiente hystérique, «Blanche» Marie Wittmann, soutenue par Joseph Babinski (1857-1932), devant un parterre composé «de l'escadron volant des élèves, des amis, des admirateurs; ceux-ci, comme le montre le tableau de Brouillet, remplissent le fond et les parties latérales de l'estrade» (Pierre Marie, 1925). Hors la malade, cette toile ne montre que deux visages féminins. En arrière plan, à l'extrême droite, une jeune soignante, Mlle Ecary, en partie dissimulée par une femme d'âge mûr, tendant les bras comme pour secourir la patiente défaillante. Elle, c'est Marguerite Bottard (1822-1906), l'infirmière en chef ou «surveillante» de Charcot.

Nous allons voir comment cette femme dévouée va devenir, à son insu, une héroïne républicaine, modèle de la laïcisation des personnels hospitaliers à la fin du XIX^e siècle en France.

Marguerite Bottard naquit le 29 janvier 1822 à Charny en Bourgogne. Quatrième d'une fratrie de 15 enfants, ses parents étaient de pauvres paysans. Pendant qu'ils étaient à leur ouvrage aux champs, elle dut, encore très jeune, apprendre à s'occuper de ses plus jeunes frères et sœurs. En 1840, à 18 ans, elle rejoignit, à Paris, l'une de ses sœurs, domestique chez l'économe de l'hôpital de La Salpêtrière. Grâce son entre-mise, elle fut embauchée à cet hospice, le 12 janvier 1841, comme «fille de salle». Le corps des infirmières n'existait pas encore à cette époque où les soins étaient du ressort des ordres religieux. Dès le 20 mars 1841, elle était nommée suppléante «soignante» afin de pourvoir rapidement au manque de personnel. Onze ans plus tard, pour ses 30 ans, en janvier 1852, elle était nommée au service des aliénés dont elle devint sous-surveillante en septembre 1852 après avoir été confrontée, en 1849, à une terrible épidémie de choléra. Elle servit successivement deux élèves de Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), d'abord Jean-Pierre Falret (1794-1870) pendant 9 ans, puis Ulysse Trélat (1795-1879), enfin Louis Delasiauve (1804-1893) et Henri Legrand du Saulle (1830-1886). Nommée surveillante le 1^{er} octobre 1861 «aux Petites Loges», service des hystériques et des épileptiques, c'est là qu'elle accueillit Charcot en 1870 alors que régnait à Paris une épidémie de variole. Elle le servira jusqu'à sa mort en 1893 puis travaillera auprès d'Edouard Brissaud (1852-1909), successeur intérimaire de la chaire de neurologie, et enfin de Fulgence Raymond (1844-1910). Marguerite Bottard prit sa retraite le 1^{er} août 1901 à 79 ans après 60 ans d'activité. Elle bénéficia d'un logement au «Pavillon des Reposantes», privilège datant du cardinal Jules Mazarin (1602-1661), accordant vivres et coucher aux employées de l'hôpital après plus de vingt ans de service. Elle y mourut à 84 ans, le 14 novembre 1906 (Archives Nationales; Boucher, 1883; Poisson, 2009).

Vie d'abnégation, véritable recluse volontaire, la légende veut qu'elle soit restée trois ans sans sortir de l'enceinte de La Salpêtrière, ne demandant aucun jour de congé. Décorée en



Olivier Walusinski, MD
Family physician, Private practice
20 rue de Chartres
28160 Brou, France
walusinski@baillement.com

1889 des palmes académiques, son parcours exemplaire servit la cause de la laïcisation du personnel infirmier des hôpitaux, défendues par Désiré-Magloire Bournéville (1840-1909), le fondateur de la première école d'infirmières (Poirier et Signoret, 1991). Réputé pour ses convictions républicaines, il connut Marguerite Bottard alors qu'il était interne de Charcot qui partageait ses idées comme le pointe dans un hommage posthume le journal L'Univers du 18 août 1893: «un travailleur et un savant, dont les études auraient gagné à ne pas prendre trop souvent une couleur antireligieuse» (Lalouette, 1994). Le 12 janvier 1891, Charcot prononça un éloge hagiographique de sa surveillante à l'occasion du cinquantenaire de son entrée à La Salpêtrière, devant les représentants de l'administration, d'invités et de la famille Charcot.

Au moment du combat pour la laïcisation des hôpitaux, la gloire de Marguerite Bottard peut apparaître comme une instrumentalisation d'une carrière discrète entièrement vouée aux soulagements d'immenses misères (Leroux-Hugon, 1992). Après avoir eu la responsabilité simultanée de 400 malades, Charcot pouvait dire: «Simple laïque, sans autre stimulant que le sentiment impérieux du désir et de la dignité professionnelle, aiguës il est vrai chez vous par une sympathie profonde pour les déshérités, les incurables, les difformes au physique comme au moral, les malheureux de tout genre en un mot, n'avez-vous pas pendant plus de 50 ans, sans bruit, modestement, sans visées autres que la satisfaction de votre conscience, sans autre soutien que votre cœur ardent, pour le bien, n'avez-vous pas dis-je, mené cette vie d'abnégation et de sacrifice que commandait le poste d'honneur qui vous était



>> Suite page 12

Centre Hospitalier
de Wallonie picarde

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

- Infirmiers bacheliers spécialisés en salle d'opération
- Infirmiers bacheliers spécialisés SIAMU
- Infirmiers bacheliers spécialisation en gériatrie et psychogériatrie

Nous offrons CDI et nombreuses possibilités de formation continue

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

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.

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Le CHR de la Citadelle, hôpital public d'excellence, compte 1.036 lits dont 192 universitaires. Le CHR de la Citadelle s'appuie sur plus de 3.000 collaborateurs, 400 médecins indépendants et un réseau de partenaires pour offrir des soins et des services de haute qualité dans toutes les spécialités médicales. Dans le cadre de ses projets de développement, le CHR recrute plusieurs collaborateurs (m/f)

Direction du pôle soins

Infirmiers bacheliers

Infirmiers bacheliers spécialisés

pour les secteurs d'hospitalisation et en particulier pour :

- le service de néonatalogie intensive
- la stérilisation centrale
- l'équipe mobile

Si vous êtes motivé, rigoureux, capable d'initiative et responsable, nous vous proposons d'évoluer au sein d'équipes pluridisciplinaires dynamiques. La diversité des pathologies traitées dans notre institution ainsi que sa philosophie de soins vous permettront de progresser dans des services de pointe attentifs aux valeurs humaines, au partage des compétences, au savoir-faire et à l'esprit d'équipe.

Renseignements :
Madame F. De Zorzi, Directrice du département infirmier et paramédical (secrétariat : 04/225 60 48 - murielle.lalieux@chrcitadelle.be)

Les candidatures sont à adresser à Madame F. De Zorzi, Directrice du département infirmier et paramédical, CHR de la Citadelle, boulevard du 12^{ème} de Ligne 1, 4000 Liège.

confié? Il y a une trentaine d'années, un peu plus peut-être, que vous et moi nous marchons chaque jour côte à côte ici, dans ce grand asile des misères humaines que l'on appelle l'hospice de la Salpêtrière traitant ou consolant de notre mieux les malades, chacun suivant ses attributions spéciales... Et bien je n'hésite pas à le dire, et même je tiens à déclarer hautement, à proclamer publiquement, après vous avoir connue, comme je vous connais, qu'à mon avis, ceux qui viennent prétendre que les surveillantes laïques des hôpitaux sont incapables de montrer, dans l'exercice de leurs fonctions, ce désintéressement absolu, ce dévouement sans bornes, ces qualités morales, dont le monopole appartiendrait suivant eux aux surveillantes de l'autre système; ceux-là, dis-je, se trompent ou ils trompent les autres [...]. Oui, au nom des médecins de cet hospice, que vous avez si intelligemment, si généreusement secondés dans l'accomplissement de leur tâche, au nom des malades innombrables dont vous avez adouci la peine, que vous avez aimés, moralisés même et plus d'une fois, qui ne le sait? sans autre mission que celle que vous confère l'amour de l'humanité, ramenés dans le bon chemin, au nom d'eux tous je vous remercie» (Gilles de la Tourette, 1898).

Remettons en perspective ces propos et ceux d'une part de Carl Potain (1825-1901), médecin, élève de Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) et maître de Louis Vaquez (1860-1936) et surtout du chirurgien Armand Després (1834-1896) tels que rapportés par son collègue du Conseil Municipal de Paris et opposant, Bourneville dans le journal Le Progrès Médical du 5 mars 1881: «Pour Mr. Després, l'infirmière laïque, mariée ou mère de famille, dérobera au service des malades pour le consacrer à son ménage tout le temps qu'elle pourra [...]. A La Salpêtrière, mariées ou non, les surveillantes sont dans leurs salles tout le temps qu'elles doivent y être, et si, quelqu'une s'avisait de quitter son service pour son ménage, le directeur de l'établissement y aurait bientôt mis bon ordre. [...]. Les sœurs, d'ailleurs qui n'ont pas de ménage, n'ont-elles donc pas d'autres préoccupations qui les éloignent toutes à la fois, de par la règle de leur communauté ? C'est la messe, c'est le chapelet, c'est le salut, c'est le chapitre, c'est la coulepe, c'est le mois de Marie, c'est le mois de Saint-Joseph, c'est le chemin de la Croix, c'est l'Avent, c'est le Carême, etc, etc [...]. Mais au compte fait, nous maintenons qu'en laissant à ses surveillantes le temps de veiller à leur ménage, l'Assistance pourra leur demander plus d'heures de présence qu'aux religieuses [...]. On se demande si on ne rêve pas quand on voit affirmer que les sœurs l'emporteront toujours sur les infirmières laïques, «si zélées, si instruites qu'on les supposent d'ailleurs». Quelles qualités exige donc Mr. Potain ? Le plus grand zèle, la plus grande instruction ne lui suffisent pas. Hélas, ce qu'il lui faut, ce sont des ignorantes; l'instruction qu'on prétend donner aux surveillantes, il en fait pour elles une cause d'infériorité. Ce seront des pédantes désagréables, des sottes prétentieuses, se figurant s'entendre pas mal à la médecine» (Gilles de la Tourette, 1898).

On comprend ainsi que Marguerite Bottard soit devenue le prototype

de l'infirmière laïque que modelaient la République et la partie la plus progressiste du corps médical, représentée par Charcot et ses élèves Bourneville et Georges Gilles de la Tourette (1957-1904). Celui-ci, interne puis chef de clinique de Charcot, appréciait beaucoup Marguerite Bottard qu'il avait surnommée "Maman Bottard". Nous avons retrouvé dans ses archives personnelles des documents émouvants montrant comment il avait oeuvré avec son ami le journaliste à L'Eclair puis au Temps, Octave Lebesgue, au nom de plume de G e o rges Montorgueil (1857-1933), afin de lui assurer la remise d'une haute décoration. Il rencontra à deux reprises Louis Barthou (1862-1934), ministre de l'intérieur de l'époque. Dans deux courriers de décembre 1897 à son complice, Gilles de la Tourette dit «avoir rencontré le ministre pour Mademoiselle Bottard qui a été très aimable». On peut supposer qu'il était intervenu auprès du ministre pour appuyer la candidature de Marguerite Bottard au grade de chevalier de la Légion d'honneur, consécration rare, pour une femme, à cette époque. Gilles de la Tourette publia un article dans le Progrès médical «Les infirmières décorées: mademoiselle Bottard», élogieux et résumant ses états de service, son désintéressement et son dévouement au travail (Gilles de la Tourette, 1898). Montorgueil, lui, en fit paraître un dans L'Eclair du 5 janvier 1898 destiné au grand public, dans l'esprit de la cause laïcisante.

La Légion d'Honneur fut remise à Marguerite Bottard le 16 janvier 1898. Gilles de la Tourette publia dans une feuille de romans populaires «La Revue Hebdomadaire» du 22 janvier 1898: «Quand, le 2 janvier, j'allais porter un bouquet de violettes et donner l'accolade à Mlle Bottard, chevalier de la Légion d'honneur: «Je suis bien heureuse, me dit-elle, je n'ai qu'un regret, c'est que Monsieur Charcot ne soit plus là... vous avez tous été si bons pour moi». Je connais la nouvelle légionnaire depuis près de quinze ans. Attaché à des divers titres au service hospitalier dont elle st surveillante, j'ai pu apprécier ce caractère d'élite; la croix brille en bonne place sur son modeste fichu. Mlle Bottard a soixante seize ans d'après son extrait de naissance, mais elle est restée jeune et affable sous le petit bonnet noir qui couvre ses bandeaux blancs. Tout en elle respire la bonté compatissante, vertu qu'il lui a été donné de mettre largement en pratique depuis cinquante sept ans qu'elle vit au milieu des malheureux [...]. Quand fut fondée la Clinique des maladies du système nerveux, il lui vint un surcroît de besogne. La renommée grandissante de Charcot attirait les consultants par centaines; les élèves affluaient de toutes parts, jaloux de recueillir la parole du maître. Mlle Bottard veilla à tout, aux soins des malades, aux nécessités de l'enseignement, la première levée, la dernière au repos. La direction d'un tel service n'allait pas sans difficultés, la surveillante savait les aplanir, son influence bienfaisante se faisait partout sentir, même au cours de petites rivalités qui surgissaient parfois entre les élèves. A l'occasion, elle pénétrait dans le cabinet de M. Charcot, un mot d'elle écartait les nuages, éloignait l'orage qui menaçait d'éclater. Et le tout sans bruit, simplement avec cette dignité qui est le

>>> Suite page 13

propre de sa nature, faite du respect de soi-même et des autres, d'un fond d'abnégation, d'inaltérable et sereine bonté».

Le 27 octobre 1900, Gilles de la Tourette prenait à nouveau la plume, à l'intention de Fulgence Raymond, «Voilà de quoi vous documenter dit-il», pour l'aider à préparer le discours prononcé lors du départ en retraite de Marguerite Bottard. Gilles de la Tourette précise qu'à cette occasion, lui sera remise une plaquette commémorative, réalisée par le sculpteur G. Vincent à «son initiative et celle de 5 ou 6 amis».

«Paris le 27 octobre 1900,

Mon Cher Maître,

Je vous envoie une petite note sur Mademoiselle Bottard. Comme tout naturellement c'est vous qui lui remettrez la plaquette, si vous voulez bien lui dire quelques mots, voilà de quoi vous documenter.

Mlle B. qui a 78 ans est entrée il y a à peu près 60 ans comme infirmière à la Salpêtrière. Elle arrivait tout droit de son petit village bourguignon, le cœur bien gros mais elle était la quatrième de 15 frères et sœurs et on avait tout vendu, vu les mauvaises années, dans la petite ferme que les parents cultivaient.

Le 12 janvier 1840, au bout de 3 semaines de stage, elle est titularisée infirmière, devient assez rapidement suppléante. Dix ans après, elle est sous-surveillante et pendant neuf ans dirige le service des aliénés de Falret le père. En septembre 1861, elle est enfin surveillante aux «Petites Loges» nom qui désigne le service de Trélat père, que Charcot devait prendre 14 ans plus tard. Pendant 39 ans, elle n'a pas quitté la petite case vitrée où elle dominait et surveillait un service de plus de 400 personnes qu'elle connaissait toutes par leur nom.

Elle n'a jamais demandé un jour de permission et si elle a été à Dijon, à Blois, à Saint Dizier, dans l'Ariège, voire même à Londres, c'était pour y conduire de malheureuses aliénées que la ville de Paris ne voulait plus garder. C'est ainsi que lors de la déclaration de la guerre de 1870, elle est partie avec 200 malades, bouches inutiles que personne ne se souciait d'emmener loin de Paris, au milieu des soldats et des fourgons, quitte à coucher à la belle étoile et à se faire rabrouer à toutes les stations pour avoir du pain.

Elle a traversé de terribles épidémies, la variole, 3 fois le choléra surtout celui de 1849 qui a tué des centaines de vieilles infirmes sans compter le Directeur de la Salpêtrière, des internes, des surveillantes, des commis d'administration etc.

En 1889 je l'ai fait décorer des palmes académiques. En 1891 elle a reçu la médaille d'or de l'Assistance Publique pour sa 50 ième année de service.

En 1893 une médaille de bronze du Ministère de l'intérieur au lieu de la Croix demandée pour elle.

Enfin en 1898, sur mes sollicitations, vous lui avez fait vous-même obtenir la Croix de la

Légion d'Honneur qu'elle avait bien méritée

Elle est restée très simple. Elle dit très bien que comme les autres elle serait bien sortie et aurait aimé à danser mais le moyen d'avoir une robe «payée par soi» quand on gagne 10 francs par mois, ce qui fut son salaire pendant onze ans. Puis elle toucha 17 Fr 50. Ce n'est qu'au bout de 20 ans de service qu'elle eut ses 35 francs. Depuis quelques années elle est devenue riche puisqu'elle touche 70 francs.

Ses sœurs ayant beaucoup d'enfants, elle a pris à sa charge un neveu. Peut-être se serait-elle mariée mais celui qu'elle avait choisi et dont elle garde le tendre souvenir fut emporté par le choléra de 1849....

Toujours souriante, toujours sereine, dirigeant avec autant de fermeté que de bienveillance la clinique Charcot qui forme la Chaire des Maladies du Système Nerveux, elle va bientôt prendre sa retraite, en janvier 1901 après 60 ans de services ininterrompus. Elle quittera les 2 petites chambres basses qui forment son logement aux murs desquelles sont

accrochés les portraits de Charcot et de ses élèves groupés par années autour de lui. Elle garde précieusement dans le coffret où sont enfermées ses médailles les lettres de félicitations de tous ceux, et plusieurs sont illustres, qui lui ont écrits, l'ont approchée et aimée. Elle les emportera et vivra de souvenir dans le petit pavillon des "Reposantes"(le joli mot) où elle s'endormira du dernier sommeil.

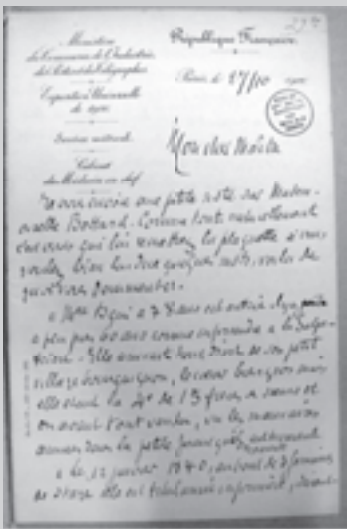
"Elle ne peut pas se figurer qu'elle pourrait vivre ailleurs qu'à la Salpêtrière; au delà de ses murs, c'est l'inconnu pour elle".

Ne pensez vous pas, mon cher Maître, qu'il y a là pour votre bon cœur, une jolie "Vie de Paris". Je crois que vous l'avez déjà faite en partie mais tout n'a pas été dit.

C'est une sainte laïque que cette bonne "Maman Bottard" comme nous l'appelons et St Vincent de Paul qui installa les services de la Salpêtrière avait pensé juste en ni mettant que des laïques.

Charcot estimait beaucoup Mlle Bottard. C'était

>>> Suite page 14



Premier feuillet de la lettre adressée par G. Gilles de la Tourette au Professeur F. Raymond le 27 octobre 1900

Musée CharboJilleau Lassay. Loudnn (Vienne). Archives Georges Gilles de la Tourette. Don Dalpeyrat

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



Registre des entrées du personnel. Archives AH-HP Année 1841



From links to right Mrs Ecary, Mrs Bottard and others nurses

elle qui intervenait toujours auprès de lui quand le service ne marchait pas, qui arrangeait les petites querelles, les rivalités entre élèves. Après avoir été interne de Charcot en 1884, lorsque je devins son chef de clinique en novembre 1887, je fus en butte à de grosses difficultés de survie que je vous dirai si vous ne les connaissez pas. Je faillis presque, écoeuré de ce qui se passait, lâcher la rampe... c'était tout briser ! "Maman Bottard" n'hésita pas. Elle dit à Charcot combien j'avais pour lui de respectueuse affection, combien j'étais mal secondé etc, etc .

Et mon vieux Maître finit par comprendre combien je l'aimais et ne cesse depuis de me témoigner à son tour la sienne. Ses enfants l'ont compris et sont devenus nos meilleurs amis.

Et voilà pourquoi, mon cher Maître, si vous désirez le savoir pourquoi j'aime maman Bottard, pourquoi j'ai demandé pour elle les palmes académiques à notre ami Leroy, le chef de bureau du Cabinet du Ministre de l'Instruction Publique, l'ancien secrétaire de Jules Ferry, pourquoi je vous ai prié de vous intéresser à elle pour le ruban rouge que lui a donné votre bon cœur si généreux.

Après avoir été interne dans ce service, après avoir fait 2 ans de Clinicat, je suis devenu l'agréé suppléant de la Chaire, l'année dernière, vous le savez puisque vous m'avez fait l'honneur d'assister à ma première leçon, j'en ai été le patron pendant 6 mois et j'y reste tous les ans pendant les vacances.

Quand j'y arrive joyeux pour prendre le service, je commence par embrasser "Maman Bottard" sur les deux joues et elle me le rend bien. En partant je suis triste et elle aussi. J'ai voulu avoir toujours sa bonne vieille figure devant moi et voilà pourquoi avec 4 ou 5 amis ou élèves je l'ai faite fondre en bronze, très beau, très réussi et vous en ai réservé un bel exemplaire. Il vous rappellera la Salpêtrière que vous avez aimée et où je vous ai connu, ce qui est un des bonheurs de ma vie.

Lundi matin je vous remettrai avec un modeste bouquet, la belle plaquette du sculpteur Vincent et pour nous tous il y aura de la joie dans le ciel. Ma foi, je vous embrasse avec affection et respect.

(signé) Gilles de la Tourette».

Au delà du témoignage sur Marguerite Bottard, ce texte montre le style mégalomane utilisé par Gilles de la Tourette et témoignant des premiers symptômes de la paralysie générale qui l'emportera en 1904. Notons enfin, que Gilles de la Tourette écrit cette lettre sur le papier officiel à l'en-tête de l'exposition universelle de Paris en 1900 dont il était alors le médecin chef (Lees, 1986; Walusinski, 2010).

Bibliographie

Archives Nationales. Paris. Dossiers Bottard. Cotes LH.302/55.
Boucher L. La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790, ses origines et son fonctionnement au XVIII^e siècle. Au Progrès Médical & Delahaye et Lecrosnier Ed. Paris 1883. 138p.

Bourneville DM. Soeurs ou Laïques. Le Progrès Médical. 1881;9(10):178-181.

Bourneville DM. Laïcisation de l'assistance publique : discours prononcés les 3, 8 et 9 août 1887 aux distributions des prix des écoles municipales d'infirmières laïques, suivi de Renseignements sur la laïcisation des hôpitaux. Paris. Impr. V. Goupy et Jourdan. 1887. p.117-172.

Gilles de la Tourette G. Mademoiselle Bottard. La Revue Hebdomadaire. Plon-Nourrit. Paris. 1898;7(8):562-565.

Gilles de la Tourette G. «Les infirmières décorées: Mademoiselle Bottard». Le Progrès Médical 1898;3(7):26-45).

Laloutette J. Charcot au cœur des problèmes religieux de son temps. Rev Neurol (Paris). 1994;150(8-9):511-516.

Lalouette J et al. L'Hôpital entre religions et laïcité: du Moyen Âge à nos jours. Paris. Letouzey & Ané Ed. 2006. 303 p.

Lees AJ. Gilles de la Tourette, the man and his times. Rev Neurol (Paris). 1986;142:808-816.

Leroux-Hugon V. Des saintes laïques: les infirmières à l'aube de la Troisième République . Paris. Sciences en situation Ed. 1992. 225p.

Leroux-Hugon V La laïcisation des hôpitaux de Paris et la création des écoles d'infirmières laïques. In De Bourneville à la sclérose tubéreuse. Poirier J et Signoret JL. . Paris Flammarion ed. 1991. 73-82.

Marie P. «Eloge de J-M. Charcot». Revue Neurologique. 1925;5:731-745.

Mesureur A, Raymond F. Mademoiselle Bottard, nécrologie. Le Progrès Médical. 1906(3s);22(47):856-858.

Poirier J, Signoret J. De Bourneville à la Sclérose Tubéreuse, une homme, une époque, une maladie. Flammarion Ed. Paris 1991. 206p.

Poisson M. Marguerite Bottard (1822-1906). La Revue de l'infirmière. Mai 2009;(150):43-44.

Signoret JL. «Une leçon clinique à La Salpêtrière» (1887) par André Brouillet. Rev Neurol (Paris). 1983;139(12):687-701.

Illustrations

Gravure de Marguerite Bottard. Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine. 12 Rue de l'Ecole de Médecine. Paris 6^e.

Une leçon de Charcot à La Salpêtrière, tableau d'André Brouillet. Musée d'histoire de la médecine. Faculté de Médecine. 12 Rue de l'Ecole de Médecine. Paris 6^e.

L'Actualité 1 septembre 1901 (10^e année n°84).

Collection personnelle de l'auteur.

Supplément illustré Le Petit Journal. Dimanche 16 janvier 1898 (9^e année n°374). Collection personnelle de l'auteur.

Anonymous. Exposition des Beaux-Arts. Salon de 1887.

Catalogue illustré, peinture et sculpture. Librairie d'art Ludovic Baschet Ed. Paris 1887.

La Vie Illustrée n° 108 du 9 Novembre 1900. Hommage à Mlle Bottard (Plaquette de M. C. Vincent). Paris. Juven Ed. 1898-1912. Collection personnelle de l'auteur.

Lettre de G. Gilles de la Tourette à F. Raymond. "Collection du Musée Charbonneau-Lassay". Loudun. France.

■ Informatisation du dossier infirmier : attention à la démarche !

Au CHU de Liège, le dossier infirmier informatisé est opérationnel depuis un an déjà. L'occasion pour Michel Schneyders, Infirmier Chef de service et Responsable DII, de faire le point sur la solution retenue au CHU...



Qu'est-ce qui vous a amené à informatiser le dossier infirmier de votre institution ?

L'informatisation du dossier patient est inscrite depuis longtemps dans le plan stratégique du CHU de Liège. Parmi les éléments déjà informatisés, on compte le dossier médical et la gestion des lits, mais aussi la gestion des rendez-vous et la prescription des examens et des biologies. L'informatisation du dossier infirmier constituait tout naturellement l'étape suivante.

Pour le département infirmier, ce déploiement du DII était aussi la suite logique d'une refonte complète du dossier papier.

"Je ne crois pas à la réussite d'un dossier formaté, qui serait à prendre ou à laisser."

Vous avez choisi la solution OP'Care de la société MIMS...

Oui. Le gros avantage d'OP'Care est d'être très ouvert et très personnalisable. Il permet –entre autres- de gérer la démarche en soins. Cela représente plus de travail en termes de paramétrage, mais l'acceptation sur le terrain en est grandement facilitée. Au CHU de Liège, la présence d'autres modules de la firme MIMS facilite l'intégration de ceux-ci avec OP'Care.

Quels bénéfices retirez-vous de cette solution ?

Aujourd'hui, le personnel infirmier dispose d'un vocabulaire commun et peut gérer ses surveillances de façon plus globale. Le partage des connaissances a lui aussi fait un grand bond en avant, si bien que petit à petit, on assiste à une professionnalisation des écrits.

En regard du dossier papier, la démarche en soins est également bien plus facile à gérer aujourd'hui. L'interaction entre les différentes bases de données facilite les liens entre les problèmes, les soins et les résultats attendus. Une aide à la prise de décision est également un atout, même si l'infirmière est la seule à pouvoir faire les bons choix et à prendre les bonnes orientations de soins.

La disponibilité du dossier infirmier est aussi un avantage à épingle. Aujourd'hui, le dossier peut être consulté par différents utilisateurs en même temps et à distance.

L'intégration du logiciel est un élément important. Les liens avec le dossier médical, la récupération des biologies et la visibilité des examens prévus font partie des avantages directs d'OP'Care.

Et à long terme ?

L'exploitation des données permettra de faire des suivis qualitatifs. Ceux-ci nous donneront une vue plus claire sur l'activité infirmière et une meilleure approche de la charge de travail.

Quels conseils donneriez-vous aux personnes qui se lancent dans un tel projet ?

Au CHU de Liège, nous avons veillé à déployer un dossier unique avec une trame d'utilisation uniforme. La démarche en soins a été imposée à tous les services. Aujourd'hui, il n'est plus possible d'écrire un rapport libre. Le personnel infirmier a l'obligation de lier les soins à un problème ou à une hypothèse de problème.

Il faut cependant que le dossier infirmier s'adapte au mieux à la pratique de terrain. Qu'il soit personnalisable et évolutif... Je ne crois pas à la réussite d'un dossier formaté, qui serait à prendre ou à laisser.

Pour réussir un tel projet, il faut absolument impliquer les acteurs de terrain et la hiérarchie. La formation a aussi fait l'objet d'une grande attention. Former le personnel en salle de formation est insuffisant. Un accompagnement de terrain -2 mois de présence par salle- est indispensable. Pas moins de 5 équivalents temps plein sont dévolus à ce rôle.

Quel a été l'accueil des utilisateurs ?

Le personnel trouve que le logiciel apporte un plus qualitatif. Les infirmières retrouvent leurs réflexions et leurs approches professionnelles, et le dossier infirmier est de plus en plus consulté par les autres acteurs de terrain.

Et si c'était à refaire ?

Sans hésitation, et sans changer grand-chose à la préparation et au déploiement réalisés ! Pas moins de 400 infirmières utilisent OP'Care au quotidien. L'informatisation des données du patient contribue chaque jour un peu plus à la qualité de la prise en charge du patient.

Interview réalisée par la société mims

www.mims.be

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



Le titre d'«infirmière» doit être protégé par la loi. Il ne devrait être appliqué et utilisé que par les personnes légalement autorisées à se présenter en tant qu'infirmières et à prodiguer des soins infirmiers¹.

CONTEXTE:

L'un des principaux avantages d'un système de réglementation obligatoire est la possibilité de protéger le titre d'«infirmière»². Les personnes qui reçoivent des soins de santé, de même que celles qui emploient des infirmières, ont le droit de savoir si elles ont affaire ou non à une infirmière légalement qualifiée. Le fait de réserver le titre d'«infirmière» aux personnes qui remplissent les critères légaux renforce les protections publiques en permettant au public de faire une distinction entre les infirmières légalement qualifiées et les autres fournisseurs de soins infirmiers³.

Les personnes qui usent de manière légitime du titre d'«infirmière» sont responsables, à titre individuel, de leurs compétences et de leurs actes. Elles doivent respecter les codes professionnels de pratique, déontologiques et de conduite, outre les normes, lois et règlements qui orientent la pratique.

Les infirmières doivent être éduquées à leurs droits juridiques à l'utilisation exclusive de ce titre. Elles doivent de même être éduquées à leurs responsabilités et obligations de rendre compte en matière d'entretien de leurs compétences et d'exercice de la profession dans le cadre du champ de pratique des personnes autorisées par la loi à se prévaloir de ce titre.

Le public et les employeurs doivent également être éduqués et informés des conditions de l'utilisation du titre d'«infirmière». Sans protection formelle de ce titre, n'importe quelle personne ne détenant pas les qualifications exigées ou ne faisant pas la preuve de la compétence nécessaire peut se présenter en tant qu'«infirmière».

L'objectif de la restriction de l'utilisation du titre d'«infirmière» est de protéger le public des actes de personnes non autorisées à pratiquer en tant qu'infirmières et prétendant prodiguer des services de santé qui sont l'apanage des infirmières.

L'utilisation illégale du titre d'«infirmière» doit être sanctionnée par des actions civiles, pénales ou administratives contre les personnes qui s'en rendent responsables et celles qui les y auront aidées.

Adoptée en 1998

Revue et révisée en 2004 et 2012

(Remplace la prise de position du CII : Le titre d'«infirmière», 1995.)

- 1 La définition de l'infirmière et le domaine de pratique des soins infirmiers défini peuvent varier d'un pays à l'autre.
- 2 Conseil international des infirmières (2007). Modèle de loi sur les soins infirmiers, Genève
- 3 Conseil international des infirmières (1996) Le CII et la réglementation: vers les modèles du 21ème siècle, Genève, p.20

PRISES DE POSITION Y AFFÉRENTES:

- La réglementation des soins infirmiers
- Le domaine de pratique des soins infirmiers
- Le personnel infirmier auxiliaire
- Le développement des ressources humaines dans le domaine de la santé

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière fait l'objet d'une révision



Genève, Suisse, le 3 décembre 2012 – Le «Code déontologique pour la profession infirmière» du Conseil international des infirmières vient de faire l'objet d'une révision. Il souligne désormais l'importance de l'environnement de travail des infirmières et de la pratique fondée sur les preuves. Véritable guide pour l'action, orienté sur les valeurs et besoins sociaux, le Code sert de norme de référence aux infirmières du monde entier depuis son adoption en 1953.

«La dernière révision du Code intervient à un moment décisif», explique David Benton, Directeur général du CII. «Plus que jamais, les infirmières sont confrontées aux dilemmes déontologiques associés aux mesures de maîtrise des coûts prises par les pouvoirs publics. Le Code révisé est un outil essentiel, une véritable boussole qui aidera les infirmières à s'orienter dans les difficultés qui s'annoncent.»

Le Code révisé en 2012 contient des références au rôle des infirmières en matière de développement et entretien d'un ensemble de valeurs

professionnelles fondamentales ; de création d'un environnement de travail de qualité ; de préservation de conditions de travail sûres et équitables des points de vue social et économique ; de protection de l'environnement ; et de contribution à un environnement organisationnel respectueux de la déontologie.

Le Code déontologique du CII fait l'objet de révisions périodiques, pour tenir compte des réalités des soins infirmiers et de santé dans une société en mutation. Le Code indique très clairement que le respect des droits de l'homme, et notamment du droit à la vie, à la dignité



Grâce à Express Medical, je remplace des collègues quelques jours par mois. C'est pour moi une expérience et un revenu complémentaires à mon emploi fixe.

Dankzij Express Medical vervang ik enkele dagen per maand mijn collega's. Voor mij is het een ervaring en een aanvullend inkomen op mijn vaste job.



Express Medical est la référence en matière de travail intérimaire et de recrutement et sélection dans le secteur de la santé en Belgique.

Express Medical is dé referentie op vlak van uitzendwerk en rekrutering en selectie binnen de gezondheidssector in België.

Nous recherchons plusieurs infirmier(e)s (h/f)

pour de nombreuses missions de remplacement dans des hôpitaux (réa - maternité - gériatrie - chirurgie - soins intensifs), maisons de repos ou soins à domicile de votre région. Horaires à la carte (possible à combiner avec un emploi fixe) !

Wij zijn op zoek naar verpleegkundigen (m/v)

voor vervangingsopdrachten in ziekenhuizen (reanimatie - materniteit - geriatrie - chirurgie - intensieve zorgen), rusthuizen en thuiszorg. Uurrooster op maat (mogelijkheid om te combineren met vaste job)!

Intéressé(e) ? Plus d'info ? Contactez l'équipe Express Medical de votre région !

Interesse? Meer info? Contacteer het Express Medical kantoor in uw regio!

Express Medical Antwerpen
Mechelsesteenweg 146
2018 Antwerpen
T. 03 281 19 44

Express Medical Charleroi
Rue de Montigny 49
6000 Charleroi
T. 071 53 52 86

Express Medical Kortrijk
Leiestraat 36
8500 Kortrijk
T. 056 53 32 19

Express Medical Liège
Boulevard de la Sauvenière 68
4000 Liège
T. 04 220 97 50

Express Medical Brussel
Brouckèreplein 9-13
1000 Brussel
T. 02 512 13 00

Express Medical Gent
Lieven Bauwensplein 1
9000 Gent
T. 09 245 22 10

Express Medical Leuven
Diestsevest 58
3000 Leuven
T. 016 62 47 57
sur rendez-vous / op afspraak

Découvrez toutes nos offres d'emploi sur Ontdek al onze jobaanbiedingen op

www.expressmedical.be

et à un traitement respectueux, fait partie intégrante des soins infirmiers. Il oriente les infirmières dans leurs choix quotidiens, notamment leur refus de participer à des activités contraires aux soins et à la guérison.

Présenté dans un format de poche commode, le Code déontologique pour la profession infirmière 2012 est disponible au téléchargement

sur le site Internet du CII. Le CII demande à toutes les infirmières de l'aider à diffuser le Code dans les écoles d'infirmières et auprès des infirmières engagées dans la pratique, des membres d'autres professions de santé, du grand public, des organisations de consommateurs et des décideurs politiques, des organisations de droits de l'homme et des employeurs de personnel infirmier.

Lu pour vous

Fin de vie et bientraitance dans une unité de soins généraux

Emilie Mairese



Durant mes trois années de formation, j'ai souvent été amenée à prendre en charge des patients en fin de vie. J'ai pu ainsi remarquer que la plupart de ces patients étaient hospitalisés dans des services de soins généraux, tels que la médecine, gériatrie... faute de place dans des unités palliatives ou tout simplement par manque de moyens financiers dans certaines institutions.

Il me semble important de signaler que les infirmier(ère)s en soins généraux sont des professionnels de la santé qui sont là pour assurer le suivi du patient et donc par conséquent de prodiguer à celui-ci des soins dits de qualité afin de l'amener vers sa sortie de l'hôpital.

Lors de mes stages, j'ai eu l'occasion de constater que certains prestataires de soins mettaient en place une distance entre eux et ces patients, bien plus que la «distance thérapeutique» qu'il nous est demandé de respecter en tant que personnel soignant.

Il est vrai qu'il n'est pas chose aisée d'être confronté à la fin de vie d'un être humain, et cela, même si, malheureusement, cette profession nous y amène bien plus souvent que l'on ne le souhaiterait.

Il faut savoir que la prise en charge d'un patient en fin de vie ne se limite pas qu'aux soins techniques comme l'administration d'antalgiques, pansements, soins de confort... Une grande partie de cette prise en charge se fait sur base du «relationnel», il faut donc savoir aller au-delà de ces séries d'actes et faire preuve d'empathie. Ce qui n'est pas toujours évident pour certains professionnels de la santé surtout lorsqu'ils n'ont reçu aucune formation pour gérer ces patients ainsi que leur famille.

Alors comment faire pour ne pas être peiné face à un patient en fin de vie? Comment faire pour rester neutre devant cette souffrance que vit ce patient?

C'est pour ces multiples raisons que j'ai choisi d'aborder ce sujet pour mon travail de fin d'études. J'aimerais particulièrement citer les dires du Dr Thérèse Vanier, qui pour moi, reflètent exactement ce que je souhaitais faire passer comme message à travers ce travail:

«Ce qu'il reste à faire quand on croit qu'il n'y a plus rien à faire»

Ensuite, je souhaitais mettre en exergue dans ma partie théorique, quatre points qui me semblaient primordiaux à savoir:

- > Le soignant,
- > Le patient mourant,
- > Les soins palliatifs,
- > L'écoute, l'accompagnement ainsi que le travail du deuil qui font partie intégrante de la prise en charge d'un patient vivant ses derniers instants.

A travers ces chapitres, il faut retenir que tout patient qui est en fin de vie et qui est atteint d'une maladie incurable ou qui nécessite des soins de confort a droit aux soins palliatifs. Il est de plus en plus fréquent de retrouver ces patients dits mourants dans des services de soins généraux.

C'est pour cette raison que je voulais aborder certains aspects comme notamment l'accompagnement du mourant mais aussi des proches ainsi que l'écoute active. Ce sont souvent ces derniers points qui font défaut au niveau de la prise en charge.

Il me paraît également important, d'insister sur le fait qu'il existe, dans chaque institution, une équipe mobile de soins palliatifs car celle-ci est souvent négligée. Mais, elle est pourtant très utile car elle permet de seconder l'équipe dite de «première ligne» dans les difficultés qu'elle peut rencontrer lors de la prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs. Elle permet entre autre un soutien pour l'équipe pluridisciplinaire car l'accompagnement d'un patient en fin de vie n'est pas chose facile d'un point de vue «humain» pour le personnel soignant.

En d'autres termes, lors ce cadrage théorique, je voulais montrer l'importance de l'aspect psychologique, le droit d'être accompagné, d'être entendu, d'être respecté et surtout «bien traité» jusqu'à la fin de sa vie.

Pour mieux explorer la réalité vis-à-vis de ce cadrage, j'aimerais donc mettre en évidence, lors de ma partie pratique, les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des ces patients dans une unité de soins généraux.

J'ai pu réaliser, avec l'aide de mes promotrices internes, deux outils destinés aux infirmières en soins généraux et se limitant aux patients en fin de vie ou atteints de maladie incurable ou d'ordre N.T.B.R.

Mon premier outil est un questionnaire qui comprend seize questions ouvertes et fermées reprenant les points importants de ma théorie. Le deuxième outil qui est une grille d'observation s'est construit sur base de deux recommandations de la Haute Autorité de la Santé à savoir la qualité de l'accompagnement et de l'abord relationnel ainsi que l'information et la communication avec le patient et ses proches.

Le but de ces deux outils était d'observer et d'analyser les difficultés rencontrées par l'équipe soignante face à des patients mourants ainsi que leurs connaissances/acquis face à ce sujet.

En d'autres termes, mon intérêt pour la profession était de voir comment pouvait-on améliorer les dispositifs mis en place, et donc, par conséquent permettre une plus aisance dans les actes prodigués, et en parallèle, de donner des soins de qualités mais surtout d'avoir une prise en charge «globale» tant au point de vue physique que psychologique à ces patients en fin de vie. Les soigner dans le respect, la dignité et le confort qu'ils méritent.

Lors de l'analyse de mes outils, j'ai pu constater que les infirmières en soins généraux ne se sentent pas l'aise d'un point de vue relationnel face à ces patients. Il y a effectivement des difficultés au niveau de la prise en charge, elles ont l'impression que celle-ci se fait dans

Plus de 1.550 salariés travaillent au CHU Ambroise Paré et à l'hôpital psychiatrique du Chêne aux Haies.
Organisation publique, nous sommes l'un des principaux employeurs de la région de Mons.
Nous connaissons un important développement quantitatif et qualitatif, axé sur de nombreux projets.



Unissons nos compétences



INFIRMIER(E)S

- Bloc opératoire • Orthopédie • Réhabilitation
- Urgences • Soins Intensifs
- Médecine et gériatrie • Divers autres services

Vos atouts: • Vous remplissez les conditions légales pour exercer la profession d'infirmière en Belgique (L'équivalence des diplômes français est facilement obtenue)
• Vous placez l'intérêt et le bien-être du patient au centre de votre pratique professionnelle • Vos compétences incluent l'esprit d'équipe, la rigueur, l'organisation, le dynamisme.

Nous vous offrons: • CDI • Opportunités d'évolution et de formation • Structure dynamique et stable • Matériel de qualité, équipements de pointe, cadre rénové
• Conditions de travail respectueuses du bien-être et des droits des infirmières • Crèche • Contrat à temps plein ou à temps partiel, au choix • Valorisation de l'expérience et de certaines spécialisations • Nombreux avantages: primes, chèques-repas... demandez-nous, sans engagement, une estimation de salaire.

Intéressé(e)? Besoin d'un renseignement? N'hésitez pas à prendre contact avec Madame Laura Descamps, Attachée aux Ressources Humaines, par courrier au Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons ou par courriel via recrutement@hap.be

Nos hôpitaux accordent une attention particulière à la diversité de nos équipes. Nous nous engageons à traiter votre candidature sans aucune discrimination liée à l'âge, au sexe, à l'origine ethnique ou au handicap.



CHÈQUES-REPAS
PLURALISME ET NON DISCRIMINATION
MATÉRIEL DE POINTE
OPPORTUNITÉ D'ÉVOLUTION
ENVIRONNEMENT AGRÉABLE
CDI
CRÈCHE D'ENTREPRISE
convivialité
estimation de salaire sur simple demande



la précipitation et que ces tâches restent pour elles «non achevées» notamment par le manque de temps à accorder à ceux-ci mais aussi par le manque de moyen humain.

Il faut souligner que si les prestataires de soins éprouvent tant de difficultés à prendre globalement en charge un patient dit mourant, surtout sur le plan psychologique, c'est que dans cette institution de soin, l'équipe mobile intra-hospitalière en soins palliatifs ne fonctionne pas de manière optimale car il manque encore actuellement une infirmière pour que celle-ci soit au complet et donc cette équipe n'est pas connue au sein des différents services. Ensuite, ce sont les médecins des étages qui prennent en charge seuls ces patients en fin de vie, l'appel à cette équipe mobile n'est pas réalisé. Il existe donc un réel problème de communication entre les différents intervenants.

A la suite de ces résultats, j'ai élaborée des pistes d'ébauches de solution, non pas forcément pour changer les choses, mais dans le but de diminuer cette charge de travail supplémentaire que représente l'accompagnement d'un patient en fin de vie et de sa famille. Ces ébauches de solution seraient donc de remplir le cadre, en fonction des moyens financiers de l'institution, à défaut de recruter une infirmière graduée à mi-temps dans l'équipe mobile, d'organiser une formation interne concernant les soins palliatifs pour permettre aux infirmières de structurer au mieux leur prise en charge et d'accorder autant d'importance au confort qu'à la communication.

Il serait souhaitable de mettre à disposition un(e) psychologue dans le service pour que le personnel infirmier puisse exprimer ses difficultés, son ressenti face à la fin de vie de ces patients mais aussi de permettre aux patients ainsi qu'à sa famille, un suivi psychologique de manière régulière. Mettre en place des réunions interdisciplinaires chaque semaine pour parler notamment des ordres N.T.B.R. et savoir quel patient est en fin de vie pour pouvoir prendre des dispositions adéquates.

Il serait judicieux de mettre en évidence dans le dossier infirmier, un code couleur pour permettre de bien identifier les patients en fin de vie (soins palliatifs, ordre P.M.E. ou encore N.T.B.R.), car lors des réponses à mon questionnaire, certains infirmières souhaitaient avoir un peu plus de clarté dans les diagnostics et savoir comment réagir face à une situation critique.

Et pour terminer ces ébauches de solution, faire appel à l'équipe mobile en soins palliatifs lorsque celle-ci sera au complet et donc, en parallèle, que les médecins des étages puissent accorder aux infirmières un soutien, une aide de cette équipe lorsque la prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs devient fastidieuse.

De par mon cadre théorique et ma partie pratique, j'ai pu vérifier que ma question de recherche qui était: Quelles sont les compétences requises pour gérer un patient en soins palliatifs dans une unité traditionnelle ? sont effectivement basées

sur le respect, la dignité l'accompagnement mais aussi sur l'écoute de la personne. Il est bien entendu que les infirmier(ère)s en soins généraux n'ont pas la même formation que ceux/celles qui travaillent dans un service opale. C'est pour cette raison que mon objectif principal fut d'approcher au mieux les critères qualité en matière de soins palliatifs dans une unité traditionnelle et de lister les indicateurs de qualité applicables sans grand moyen financier s'y rapportant dans chaque institution. Le but ultime de ce travail de fin d'études est de pouvoir gérer ces patients dans leur globalité et dans les meilleures conditions.

Enfin, le ressenti d'un être humain est propre à chacun, chaque personne à ses émotions et peut encore éprouver des difficultés à prendre en charge ces patients d'un point de vue relationnel, mais en mettant toutes les chances de leur côté, en suivant des formations internes et en tenant compte des modalités de prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs, on peut améliorer la qualité de vie de chacun d'entre eux.

Je terminerai donc par une citation de Jean Bauer:

«Il n'y a pas de soignant parfait, il n'y a pas de patient parfait, il y a juste des êtres humains qui parfois se rencontrent, parfois se manquent, mais acceptent de continuer ensemble, dans le mystère qu'est la vie»

*Ensemble,
faisons gagner la vie.*


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



Providom

NOTRE AMBITION,

le maintien à domicile de vos patients.

Besoin de MATERIEL MEDICAL ?

Les professionnels PROVIDOM,
VOTRE SOLUTION.



 www.providom.be

VITATEL

Vivre chez soi en toute sérénité

* Qu'est-ce que la télé-assistance VITATEL ?

Une solution simple et fiable d'assistance à distance qui relie 24 heures sur 24 une personne âgée, isolée, handicapée, convalescente... à ses proches, partout en Wallonie et à Bruxelles.

En cas de besoin, c'est une intervention rapide des personnes de votre entourage et, si nécessaire, des services de secours et d'urgence. Au-delà des urgences, c'est une écoute humaine, une présence chaleureuse et rassurante, de jour comme de nuit.

* VITATEL intervient en cas de :

- Appel médical tels que chute, malaise, accident domestique...
- Appel social tels que besoin d'aide à la vie journalière, solitude, mal-être...
- Appel sécuritaire tels que agression, visiteur indésirable...

* VITATEL agit dans le respect de votre vie privée

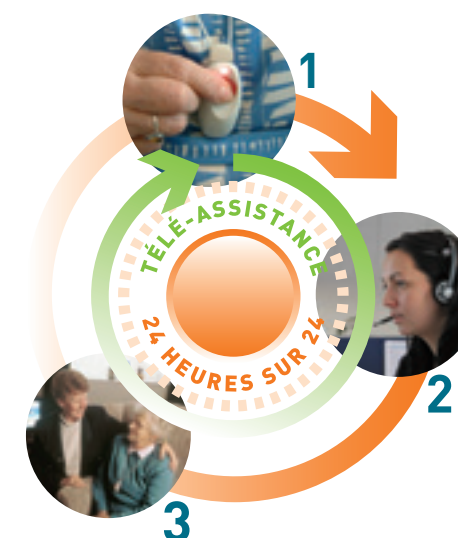
* Abonnement mensuel à partir de 12 €

Une réduction peut être accordée par votre mutualité, commune, province...



VITATEL
Télé-assistance 24h/24

078 151212
www.vitatel.be





Le rôle des infirmières dans la dispense de soins aux malades en fin de vie et à leurs familles

Les infirmières disposent d'une formation et de capacités qui les rendent à même de dispenser des soins compassionnels aux patients en fin de vie et à leurs familles. Le Conseil international des infirmières (CII) estime que les infirmières jouent un rôle fondamental dans la promotion d'une approche palliative qui vise à réduire les souffrances et à améliorer la qualité de vie des patients en fin de vie et leurs familles, grâce à l'identification précoce, à l'évaluation et à la gestion de la douleur ainsi que des besoins physiques, sociaux, psychologiques, spirituels et culturels de ces patients. Le CII estime que l'accès aux médicaments et interventions contre la douleur et autres symptômes est un droit humain et qu'il fait partie intégrante du droit de mourir dans la dignité.

Le CII soutient les efforts déployés par les associations nationales d'infirmières pour :

Plaider en faveur de l'adoption de législations nationales ou régionales respectant pleinement les principes contenus dans la présente prise de position.

Aider les infirmières à faire face aux problèmes liés à la fourniture de soins palliatifs complexes, dans des situations où elles se trouvent confrontées au décès ou à l'agonie de leurs patients – notamment la fourniture de soins compatissants et qualifiés ainsi que la prise en charge de la douleur et de ses symptômes durant le dernier stade de la vie, dans le respect tant de la volonté des patients que des normes déontologiques et culturelles en matière de mort et de deuil ; les aider également à répondre aux besoins des membres des familles dans les foyers, les établissements hospitaliers, les hospices, les maisons de santé et de retraite et autres établissements dans lesquels sont prodigués des soins terminaux.

Militer en faveur d'une participation des infirmières aux approches pluridisciplinaires visant à prendre soin des malades en fin de vie et de leurs familles, notamment leur participation aux commissions d'éthique.

Promouvoir des soins infirmiers respectueux des principes déontologiques et des valeurs culturelles, sur la base des lois pertinentes.

Favoriser la participation et l'implication des infirmières dans les discussions, les politiques et les législations en rapport avec les questions de souffrance et de mort, y compris les soins aux malades en fin de vie et à leurs familles.

Promouvoir l'intégration des aspects suivants dans les programmes élémentaires et supérieurs d'enseignement des soins infirmiers : compréhension de l'approche palliative ; acquisition de compétences en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur et de ses symptômes ; respect des valeurs culturelles ; droit des patients en fin de vie de faire des choix en toute connaissance de cause, notamment droit de choisir ou de refuser un traitement, droit d'être préservé autant que possible de la douleur et de la souffrance et droit à une fin de vie dans la dignité.

CONTEXTE:

À l'allongement de l'espérance de vie correspond une augmentation du nombre des maladies chroniques complexes ayant des effets incapacitants. Une approche palliative permet de soulager les patients souffrant de ces maladies et leurs familles. Les infirmières doivent entretenir leurs compétences et leurs

connaissances afin d'être en mesure de prodiguer des soins aux personnes en fin de vie et à leurs familles.

Les personnes en fin de vie et leurs familles ont des croyances et des valeurs culturelles qui leur sont propres. C'est pourquoi les infirmières se doivent de dispenser des soins holistiques (approche globale), soucieux des questions culturelles et respectueux des croyances religieuses et spirituelles. Un environnement privilégiant les soins et le soutien qui reconnaît le caractère inévitable de la mort ne peut qu'aider les familles à accepter la mort et le deuil et à y faire face.

Les progrès réalisés dans les procédés permettant de maintenir une personne en vie ainsi que les changements intervenus dans les valeurs de la société relativement à la qualité de vie soulèvent des dilemmes déontologiques dans les soins infirmiers. Le débat porte actuellement avant tout sur le suicide assisté. Cependant, d'autres questions sont tout aussi importantes, notamment : le maintien ou l'arrêt des traitements, les directives et choix du patient lui-même (c'est-à-dire ses "volontés en matière de vie"), la planification préalable des soins, ainsi que les préoccupations liées à la qualité de la vie. Grâce au testament biologique, le patient peut donner des instructions sur l'application ou non, le cas échéant, de traitements et d'autres mesures de soutien à la vie.

Le rôle des infirmières et des autres professionnels des soins de santé en matière de soins prodigués aux malades en fin de vie continue d'être débattu et les infirmières doivent être informées des problèmes et des législations qui existent s'agissant des questions en rapport avec le dernier stade de la vie.

L'allègement des souffrances et de la douleur est l'une des responsabilités fondamentales des infirmières. Celles-ci sont formées à la gestion de la douleur, aux soins palliatifs et à la manière de soulager les personnes endeuillées, dans les derniers moments de la vie ou à l'agonie. La qualité des soins dispensés aux malades en fin de vie contribue grandement à une mort paisible et digne et aide les membres de la famille à faire face à la perte et les soutient dans leur travail de deuil.

Adoptée en 2000

Revue et révisée en 2006 et en 2012

PRISES DE POSITION Y AFFÉRENTES:

Les infirmières et les soins de santé primaires

Les infirmières et les droits de l'homme

Nos partenaires

De l'hospice des incurables à l'hôpital gériatrique : des soins domestiques à l'art infirmier¹

Par Arlette JOIRIS Historienne

LA COMMUNAUTÉ DES SŒURS DE SAINT-CHARLES BORROMÉE

À Liège, la **Communauté des Sœurs de Saint-Charles BORROMÉE** prend naissance, à la fin du XVII^e siècle, lors de la fondation d'un Hospice pour Incurables. Les *Règles et statuts* de ce futur établissement précisent que, pour prendre soin des pensionnaires, valides ou non, il y aura une maîtresse et des sœurs en proportion de leur nombre, mais en aucun cas des serviteurs. Ces hospitalières et les nouvelles postulantes sont choisies par l'Assemblée des Maîtres-Administrateurs et forment, en 1705, une communauté de sœurs laïques. Quoique n'ayant pas fait profession, les hospitalières s'engagent à pratiquer l'obéissance, la chasteté, la vie commune et les pratiques de piété instaurées par les fondateurs.

Au XVIII^e siècle, le nombre des hospitalières est de **une pour trois incurables**, aidées par des servantes. Les sœurs s'occupent du bien-être des pensionnaires, en pratiquant les **œuvres de miséricorde spirituelles et corporelles**, ainsi que de la tenue de l'hospice. La supérieure

doit rendre compte régulièrement aux Maîtres-Administrateurs de sa bonne gestion. Certaines sœurs ont des occupations précises qu'elles conservent apparemment plusieurs années, notamment celles affectées à l'infirmerie, à la cuisine, à la boulangerie, au gardiennage de la porte. Quelques travaux permettent à l'Hospice une relative autarcie : l'entretien du potager, le soin de deux vaches, le raccommodage, tâches où les hospitalières reçoivent l'aide de pensionnaires valides. Pendant une dizaine d'années (1782-1793), une petite pharmacie fournit les médicaments et remèdes dont les deux établissements d'Incurables ont besoin. Les sœurs distillent et vendent de l'eau de mélisse, ce qui leur apporte quelques revenus.

La vie en communauté demande discipline et organisation : les statuts et règles vont devenir au fil du temps de plus en plus détaillés, non en ce qui concerne les soins aux malades, qui se résument à quelques articles généraux, mais bien dans les moindre aspects de la vie conventuelle².

Les hospitalières doivent témoigner aux malades



Salle commune, détail, XVIII^e s.
La Vierge et Saint Charles Borromée
E.g. Communauté des sœurs de St-Charles Borromée

une égale bonté et par leur comportement mettre en exergue les qualités de piété et d'union, d'obéissance, de charité et de bonté, de patience, d'honnêteté, d'humilité, de douceur, de discrétion. Il est impératif qu'elles témoignent d'une attitude distante envers les malades masculins : les sœurs ne peuvent

>> Suite page 24

Centre Hospitalier EpiCURA

TROUVEZ LE JOB QUI VOUS CORRESPOND !

Le Centre Hospitalier EpiCURA occupe plus de 2000 collaborateurs répartis sur cinq sites. Notre mission ? Conjuguer médecine de qualité, service de soins de proximité, équipement technologique de pointe et convivialité.

Disposant de 875 lits, EpiCURA est aujourd'hui en pleine expansion. Nous menons d'importants chantiers de rénovation pour offrir à notre équipe dynamique un cadre de soins toujours plus performant.

Nous sommes régulièrement à la recherche d'infirmiers aux profils divers. Vous êtes infirmier bachelier, infirmier breveté, infirmier spécialisé, sage-femme ? Rejoignez nos unités de soins !

Le Centre Hospitalier EpiCURA est né de la fusion du RHMS (Réseau Hospitalier de Médecine Sociale) et du CHHF (Centre Hospitalier Hornu-Frameries).

Infos et candidatures

CH EpiCURA asbl
Martine Vanschoor
Directrice Dépt Infirmier
rue L. Caty 136, 7331 Baudour
martine.vanschoor@epicura.be



Site d'ATH
rue Maria Thémée 1
7800 Ath
Tél : +32 (0)68 26 21 11

Site de BAUDOUR
rue Louis Caty 136
7331 Baudour
Tél : +32 (0)65 76 81 11

Site de BELOEIL
rue d'Ath 19
7970 Beloeil
Tél : +32 (0)69 68 27 11

Site de FRAMERIES
rue de France 2
7080 Frameries
Tél : +32 (0)65 61 22 11

Site d'HORNU
route de Mons 63
7301 Hornu
Tél : +32 (0)65 71 31 11

DE LEUR VOCATION

«Les fonctions des Filles Hospitalières sont très saintes, mais laborieuses et humiliantes et telles que la nature y trouve facilement du dégoût : c’est pourquoi il est nécessaire que celles qui aspirent à être du nombre, examinent bien leurs forces tant spirituelles que corporelles…»

AEvL, Ms 245 Règles pour les filles hospitalières de l’hôpital des incurables à Liège, s.l., 1792, chap. I, art. 1.

entretenir aucune conversation avec eux. La règle principale est d’ailleurs dans ce domaine le silence qui ne peut être rompu que par la prière. Les relations avec le monde extérieur sont également codifiées et leur sont à de nombreuses reprises réexpliquées, précisées et imposées. Les hospitalières ont également droit à deux ou trois semaines de repos l’an, qu’elles passent à la «cense» (ferme) de Fléron, appartenant à l’Hospice.

De 1789 à 1830, la Communauté des Sœurs de Saint-Charles Borromée est soumise aux nouvelles lois françaises puis hollandaises qui la placent sous l’autorité communale de la **Commission des Hospices civils**. La période hollandaise est assez difficile pour la Congrégation, bien que les sœurs fassent partie d’une catégorie reconnue en tant qu’hospitalières. Il leur est interdit d’admettre de nouvelles postulantes alors que le nombre de malades augmente. Les conflits avec le Gouverneur de la Province sont nombreux, de même avec la Commission des Hospices quand l’autorité religieuse, à savoir l’Evêque, veut intervenir dans la gestion administrative de ce personnel religieux.

A partir de 1830, s’ouvre «le printemps des cornettes». Les relations avec les autorités se sont stabilisées et les sœurs peuvent à nouveau accueillir des novices. La communauté se développe au rythme de l’agrandissement des deux établissements, puis du déménagement des pensionnaires, rue Basse-Wez, au nouvel Asile de la Vieillesse, à la fin du siècle.

Dans le courant de 1878, les sœurs laïques deviennent une véritable **Congrégation canonique** à vœux simples perpétuels.

La Communauté, d’origine purement liégeoise, commence à recruter, à la fin du XIXe siècle au-delà de la région : entre 1889 et 1920, sur les 142 sœurs de Saint-Charles Borromée qui desservent les Hospices civils, la plupart provient de la province de Liège, quelques unes des autres provinces francophones. 22 sont nées dans le

Limbourg, une à Anvers et une autre en Flandre occidentale. Quant aux étrangères, 2 sont originaires du Limbourg hollandais, 7 du Cercle d’Aix-la-Chapelle et 12 de Prusse rhénane, dont une seule retournera en Allemagne en 1919.

Il y a peu de mutations internes jusqu’au début du XXe siècle, puis le phénomène s’accélère tant entre les hospices civils que vers les établissements externes desservis par les religieuses de Saint-Charles Borromée. Pour le Corps médical, ces incessants remplacements, unilatéralement décidées par la Supérieure, ne sont plus compatibles avec l’hospitalisation moderne, même au sein de ce que nous appellerions aujourd’hui une Maison de Repos.

VERS LA PROFESSIONALISATION DES SOINS INFIRMIERS

En effet la seconde moitié du XIXe siècle est marquée par les avancées extraordinaires de l’art de guérir et surtout par la révolution pastoriennne. Des recherches sur la vieillesse sont entreprises par des médecins tels J.M. CHARCOT et débouchent sur un constat : **la vieillesse n’est plus une maladie mais un état de la vie, accompagné de ses propres phénomènes pathologiques**. La Faculté de Médecine liégeoise organise, tant bien que mal, dès 1873, un cours de clinique des maladies des vieillards à l’Hospice des femmes incurables.

D’autre part les milieux médicaux et laïques intensifient leurs revendications pour que le personnel soignant, tant religieux que laïque, reçoive enfin une **formation**, indispensable pour accompagner et renforcer la médicalisation des soins.

Même si les hospices pour vieillards sont moins concernés, leurs infirmeries accueillent des pensionnaires malades, à qui des soins spécifiques doivent être prodigués. A ce sujet, le chirurgien de l’Asile de la Vieillesse, le Dr SNYERS souhaite l’engagement d’un bon infirmier pour «soigner convenablement les vieillards atteints de rétention d’urines, d’infections vésicales, etc.» : en 1906, ces fonctions sont remplies par un pensionnaire qui n’a aucune connaissance en la matière! Par pudeur due à leur état, les hospitalières effectuent peu de soins corporels, une toilette sommaire des malades, jamais de soin relatif au sexe. Le *Manuel des religieuses hospitalières de 1849* et même leurs *Règles* de

1879 ne comportent que quelques conseils relatifs aux soins des malades. Il en est de même dans le *Manuel de la Garde-malade catholique*, de 1914, qui prodigue uniquement des instructions religieuses.

Petit à petit, certaines sœurs de Saint-Charles vont s’instruire dans l’art infirmier naissant. Les Constitutions de 1907 sont un peu plus explicites, différents articles sont consacrés aux sœurs gardes-malades : c’est la Supérieure qui détermine leurs attributions particulières ; elles devront être au préalable «formées avec le plus grand soin, afin qu’elles connaissent la manière d’administrer les remèdes, de panser les plaies, d’observer et de noter au besoin les phases de la maladie ; en un mot, tout ce qui constitue la science et la pratique de l’infirmière»; «Les sœurs peuvent servir indistinctement hommes et femmes malades, mais elles se feront assister par des infirmiers, des convalescents ou d’autres malades là où la modestie et la bienséance le demandent ».

Mais où recevoir cet enseignement spécifique ?

LES FORMATIONS

Dès le début du XXe siècle, divers écoles et cours, tant publiques que privés, se multiplient à travers le pays, mouvement qui s’accroît avec la publication de la première législation concernant le diplôme d’infirmière en 1908.

A Liège, la Commission des Hospices civils ne prend pas part à l’organisation des cours provinciaux² et n’y envoie aucun de ses agents. Par contre, le personnel religieux de ses différents hôpitaux lui fait valoir les difficultés d’ordre pratique dans la fréquentation d’une école en dehors de l’hôpital, à côté de nombreux élèves de toutes les conditions. Les Administrateurs ont pour priorité de ne surtout pas désorganiser les services... tout en ménageant les susceptibilités des sœurs et frères hospitaliers. Ils prévoient donc l’organisation de cours à l’usage exclusif des Congrégations pendant deux ans. L’Administration hospitalière prend en charge les frais d’inscription aux examens du personnel tant religieux que laïque, même si pour ces derniers aucune facilité ne leur a jamais été accordée.

Des planches anatomiques sont achetées ainsi que 27 exemplaires du *Manuel de l’infirmière* ; il s’agit certainement de l’ouvrage de DECKX,

>> Suite page 26

ORGANISATION DE COURS A L'HÔPITAL DE BAVIERE POUR LE PERSONNEL RELIGIEUX PALMARES		
1908-1909		
26 inscriptions	15 réussites	
Dont 3 sœurs de l'Asile de la Vieillesse	2 réussites	1 non présentée
1909-1910		
21 inscriptions	16 réussites	
Dont 2 sœurs de l'Asile de la Vieillesse	2 réussites	
Session mars 1910		
4 inscriptions	4 réussites	
Aucune sœur de l'Asile de la Vieillesse		
ACPASLg, SG, Cours d'infirmiers/infirmières. Organisation 1901-1918, Récapitulatif novembre 1910.		



Formation, Recherche, Service
Haute École de Namur-Liège-Luxembourg



- kinésithérapeutes
- infirmiers bacheliers ou gradués
- sages-femmes
- médecins



ACUPUNCTEUR

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg **HENALLUX**

Département paramédical Ste Élisabeth
rue Louis Loiseau, 39 5000 Namur

Portes Ouvertes

Samedi 9 mars, 1 juin et 22 juin 2013 de 9 h à 14 h

La formation de 902 heures - 60 crédits peut se suivre sur un an, deux ans ou trois ans.

Informations et inscriptions aux cours
www.ettc-acu.be ou **0488/949.929**

**DIPLÔMES DES RELIGIEUSES INFIRMIERES EN CHEF EN 1964
A L'HÔPITAL GERIATRIQUE LE VALDOR**

EMPLOI	DIPLÔME D'INFIRMIERE	DIPLÔME DE GARDE-MALADE	CERTIFICAT DE RECUPERATION	PAS DE DIPLÔME
INFIRMIERE EN CHEF	2	2	2	2

ACPASLg, Personnel (P). Bureau d'études. Conventions avec les congrégations religieuses. Généralités. Sœurs de Saint-Charles Borromée, 1964.

FIERENS, GEVAERTS, *Manuel de l'infirmière rédigé conformément au programme d'études du Gouvernement belge*, dont la première édition en français date de 1910. Dans le premier livre du genre, écrit en français, par le Dr BOURNEVILLE en 1889, une leçon est consacrée aux hospices mais la personne âgée ne fait l'objet d'aucune étude particulière. Il en va de même pour les ouvrages plus récents. L'expression «démence sénile» est néanmoins choisie pour évoquer la pathologie des vieillards aliénés.

En octobre 1910, à la Croix-Rouge, le Dr SNYERS, chirurgien à l'Asile de la Vieillesse, donne des leçons dans le cadre du passage devant les Commissions médicales. Les religieuses fréquentent ces cours de préférence à ceux de la Province.

Mais trois ans plus tard, la Commission des Hospices admet que les sœurs de Saint-Charles Borromée, qui desservent les Hospices de la Vieillesse et des Insensées, ne doivent pas nécessairement être en possession du certificat de garde-malade hospitalière ni de celui d'infirmière psychiatrique!

En septembre 1921 paraît enfin une législation sur les études d'infirmières ainsi que l'organisation d'écoles, avec internat obligatoire uniquement pour les jeunes filles ; en ce qui concerne les religieuses, un couvent à proximité peut être accepté. La durée des études est portée à trois ans, avec inclusion de nombreux stages. Les cours théoriques (45 heures en 1^{ère} année) restent minimalistes sauf ceux d'économie domestique (100 heures).

A Liège, les cours provinciaux de gardes-malade deviennent l'Ecole provinciale d'infirmières dès 1921. L'internat ouvre ses portes fin 1923 dans un immeuble de la place Coronmeuse. Les religieuses restent attachées à leur couvent mais effectuent les mêmes stages que les élèves laïques.



Equipe pluridisciplinaire du Valdor - ISOsL-Valdor.

De 1925 à 1940, elle accueille 38 sœurs de congrégations différentes, dont **12 religieuses de Saint-Charles Borromée en provenance de l'Asile de la Vieillesse : c'est le groupe de religieuses le plus nombreux**. Elles accompagnent certainement une médicalisation plus importante de l'Asile de la Vieillesse qui prend cours dans les années 30. Ces sœurs obtiennent leur diplôme d'infirmière hospitalière «à un âge moyen élevé : 32 ans», études plus que probablement postérieures à leur noviciat. L'école catholique Sainte-Julienne ouvre ses portes en 1930 et admet également des religieuses et des laïques.

Si certaines sœurs se forment aux soins, toutes n'acquerront pas le diplôme d'infirmière, même celles qui occupent des postes de chefs de salle. D'autre part, l'Administration liégeoise n'engagera pas d'infirmière laïque avant la fin des années 30, et seulement dans des services spécifiques.

Après 1945, les religieuses sont encore en nombre suffisant, aux yeux de la Commission d' Assistance publique de Liège, pour occuper des emplois de responsabilités en ce qui concerne le service des soins et de l'économat. Une convention est reconduite en janvier 1947, qui confirme la pérennité des services des sœurs à l'Asile de la Vieillesse mais insiste sur l'acquisition des diplômes légaux pour leur rôle d'infirmières chefs de salle ou de service. Vingt ans plus tard, une nouvelle convention est signée.

Mais la pénurie d'infirmières diplômées demeure : en cause les conditions de travail, de rémunération et l'internat obligatoire. Pour pallier le manque de soignants qualifiés, des examens de récupération sont organisés en 1947 et 1952. Ils sont accessibles au personnel non-diplômé ayant dix ans de service dans le même établissement, qui passe une épreuve devant les Commissions médicales provinciales pour devenir garde-malade. Ces mesures transitoires permettent à un grand nombre de religieuses, travaillant sans titre légal dans les institutions de soins, de régulariser leur situation. C'est le cas à l'Asile de la Vieillesse.

Peu après, un encadrement légal de l'hôpital est établi par la loi de 1963 et l'année suivante, les normes, tant qualitatives que quantitatives, en personnel infirmier sont promulguées³. Il en va de même pour des postes spécifiques d'économat, notamment en cuisine⁴.

La Communauté des Sœurs de Saint-Charles voit au fil des années son staff vieillir et ne plus se renouveler. Au tournant des années 60, il y a 24 sœurs dont quatre de plus de 65 ans et cinq de plus de 60 sur une centaine de soignants. Elles occupent des postes à responsabilité, sans nécessairement posséder le titre ad hoc, auquel le personnel laïque n'accède toujours pas.

La Commission d'Assistance publique va former son personnel soignant non-diplômé en créant une école de soigneurs brevetés, à partir de 1963 : 200 heures de théorie dont 25 de spécialisation soit en pédiatrie, gériatrie ou psychiatrie ; 1050 heures de stages dans différents services hospitaliers. Les cours de gériatrie ont trait à la psychologie des personnes âgées, aux institutions médico-sociales et aux techniques de soins gériatriques.

En 1976, l'établissement organise six séances de recyclage du personnel de soins pour le sensibiliser aux problèmes inhérents à un établissement hospitalier tant du point de vue de l'organisation hospitalière que médical et soignant. Cette formation est reconduite les deux années suivantes.

Et en 1980, les soignants non-diplômés sont de nouveau appelés à parfaire leurs connaissances.

En 1974 paraît la loi relative à l'Exercice de l'Art Infirmier, actualisée en 2001. «(...) **qualifications et compétence du personnel infirmier ont toujours été les paramètres prioritaires de la politique de santé belge et les garants de la qualité finale des soins au patient⁵.**» Le recrutement de personnel laïque qualifié et de plus en plus spécialisé va alors s'accélérer à l'Hôpital du Valdor.

Dans un environnement toujours plus technique et pointu, l'infirmière se voit proposer différentes spécialisations, dont celle en gériatrie et psychogériatrie, ouverte également à d'autres disciplines pour favoriser l'approche multidisciplinaire et le travail d'équipe dans les institutions et organisations destinées aux personnes âgées.

- 1 Les références de cet article sont présentes dans l'ouvrage **Le Valdor, une Histoire, un Avenir !**, pp.167-168.
- 2 Voir à ce sujet Arlette JOIRIS, «Le personnel de soins au nouvel hôpital de Bavière 1895-1914. Particularités régionales à l'émergence d'une nouvelle profession», in *Leodium*, T.93 (1-6), 2008, pp.22-60.
- 3 Loi cadre du 23 décembre 1963 sur les Hôpitaux. Circulaire du Ministre de la Santé publique du 4 mars 1964. Arrêtés royaux des 23 octobre et 7 novembre 1964.
- 4 ACPASLg, Personnel (P). Bureau d'études. Conventions religieuses. Sœurs de Saint-Charles Borromée, 4 avril 1967.
- 5 Yves MENGAL, «Postface : les voies d'avenir», in Arlette JOIRIS, *De la vocation à la reconnaissance...*, pp.201-212.

Le VALDOR, une Histoire, un Avenir !

Evolution de la gériatrie à travers les siècles, ISOsL, Liège, septembre 2012, 269pp.
Cet ouvrage, abondamment illustré, peut être acquis au prix de 20 €
ISOsL, rue Basse-Wez, 301 à 4020 LIEGE - info@isosl.be / + 32 (0)4 341 78 11

Les assuétudes. Introduction à quelques concepts clés.



Le thème des assuétudes est vaste. Rencontrer une personne dépendante pose beaucoup de questionnements aux soignants. Il s'agira ici d'introduire quelques concepts clés qui permettent de mieux comprendre ce phénomène et ainsi faciliter la relation soignant-soigné lorsqu'une problématique d'assuétude se pose

UNE EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE LA RÉALITÉ.

Nous avons tous une représentation personnelle de la réalité. Cela se marque notamment quand on se pose la question suivante : comment se fait-il que deux personnes placées dans une même situation, la perçoivent et y réagissent différemment ?

La perception que nous avons d'une réalité est un phénomène actif, sélectif et subjectif, basé sur la représentation préalable que nous en avons, et c'est celle-ci qui, avec les croyances et les valeurs qui y sont attachées, conditionnent les éléments qui retiennent notre attention, la signification que nous leur accordons, ainsi que nos émotions et nos réactions. Pour illustrer ceci, nous pouvons penser à ce qu'évoque dans un groupe le mot «chat». Ce mot évoquera des images qui auront certaines caractéristiques (couleur, race, taille, expression, attitude...) qui seront accompagnées de sons (miaulements, ronronnements...), de sensations (douceur, chaleur, odeur...), d'émotions (attirance, répulsion, peur...), de généralisations voire de croyances (tous les chats sont...affectueux, indépendants, sournois...) et à ces généralisations seront liées des valeurs personnelles à chacun (indépendance, fidélité, amour...).

Si un mot aussi banal que «chat» éveille tant de différences interpersonnelles, qu'en est-il alors des mots tels que l'amour, la liberté, la mort, les conflits... ? Et comment ces vécus différents vont-ils influencer la façon dont chacun y réagira lorsqu'il y sera confronté ?

De même, en ce qui concerne les assuétudes, nous nous sommes forgés une représentation personnelle en rapport avec notre vécu. Cette représentation nous a amenés à développer des convictions qui s'expriment sous forme de généralisations. Par exemple, une conviction assez répandue est que «les toxicomanes ne prennent pas soin de leur santé». Or, dans les comptoirs d'échange de seringues, endroits où l'usager de drogue peut notamment ramener ses seringues usagées pour les échanger contre des nouvelles, on note une participation très active de ce public. Cette mobilisation montre que la valeur santé a de l'importance chez les usagers. Ils ont conscience des risques et se mobilisent pour les réduire. Ceci peut dès lors modifier quelque peu la représentation que l'on avait de ces usagers.

Ces représentations différentes font partie de notre «carte du monde» personnelle. Cette carte agit comme un filtre constant dans notre rapport à la réalité. Elle porte bien sûr l'empreinte de nos expériences personnelles : ce que nous avons

appris des autres ou de notre propre histoire, ce que nous considérons comme le plus important dans notre vie : nos critères, nos valeurs, nos objectifs de vie. Cette carte du monde nous aide dans notre vie car elle contient nos orientations principales, nos désirs et nos ressources...

Mais elle peut aussi nous limiter car, comme toute carte bâtie empiriquement, elle peut contenir beaucoup d'erreurs, d'approximations, de généralisations abusives, d'occultations, d'interprétations,...

Cette carte du monde va évidemment influencer notre manière d'être en relation avec les personnes dépendantes. Nous la véhiculons dans la communication et il est important en tant que soignant d'être conscient de cette partie qui nous est personnelle.

De la même façon, l'usager a sa propre carte du monde et une représentation de sa consommation. Il s'agit alors de faire un travail d'anthropologue, d'être curieux de la carte du monde de l'autre. La rencontre des patients dépendants est parfois déconcertante, surtout pour les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé ou du bien-être social. Comment, en effet, lorsqu'on lutte soi-même pour la santé et la vie, pour l'équilibre psychologique ou encore la réadaptation sociale, comprendre quelqu'un qui compromet gravement sa santé ou place les autres dans des situations pénibles ou difficiles ? Quiconque a déjà travaillé avec des personnes dépendantes a été interpellé au moins une fois par ce type de situation. Des situations qui réveillent en nous des émotions qui peuvent être fortes, par exemple, si le bien-être d'un enfant est impliqué. Des émotions qui doivent alors être reconnues. Une fois reconnues il faut alors voir ce que l'on en fait. Soit celles-ci sont apaisées et permettent d'appréhender la situation plus globalement, soit ces émotions continuent à nous bloquer face à la situation. Nous avons tous déjà été dans ce genre de situations où on ne voit pas comment on va pouvoir être empathique. Dès lors, on peut essayer d'en parler en équipe pour avoir ainsi une vision différente de la situation ou, si on est toujours trop touché et qu'on ne comprend pas la personne et sa situation, faire appel à l'équipe et déléguer la prise en charge à d'autres membres de celles-ci.

LE SENS DES USAGES

Lorsque l'on questionne l'usager sur sa représentation de la situation en respectant sa carte du monde, on peut alors s'intéresser au sens que son comportement addictif a pour lui. L'usager peut notamment rechercher un apaisement à une situation difficile à travers son comportement de

consommation. Ouvrir la discussion sur ce point permet la communication, l'apaisement de la personne et la possible réorientation vers le circuit de soin pour prendre en charge son problème et donc augmente la possibilité que la situation s'améliore pour le patient mais également pour son entourage.

Cette recherche de sens que le comportement a nous amène à la deuxième notion facilitant la communication avec les personnes dépendantes : tout comportement de consommation a du sens pour la personne et est sans doute la seule façon d'obtenir ou de préserver quelque chose d'important et de positif pour elle.

Le comportement de quelqu'un peut parfois nous sembler bizarre, incompréhensible, voire inadmissible. Nous pouvons évidemment porter un jugement négatif sur cette personne. Si l'objectif poursuivi est d'établir une relation avec celle-ci, c'est en s'informant auprès d'elle, en étant à son écoute que l'on s'aperçoit que son comportement s'inscrit dans la logique de sa carte du monde.

Si on peut comprendre que quelqu'un prenne des antidouleurs pour apaiser une rage de dents, alors on peut comprendre que quelqu'un n'ait pas d'autre choix que de consommer une substance pour apaiser ses idées noires, ou pour se donner le courage d'aborder quelqu'un...

Reconnaître mutuellement que nous avons tous des cartes du monde différentes, et que nous agissons tous le mieux possible d'après celles-ci est la base essentielle de la communication.

Cela ne veut pas dire qu'on juge adéquats tous les comportements des autres et qu'on adhère à leur perception du monde, mais qu'on comprend qu'ils aient pu agir ainsi selon leur propre façon de percevoir la réalité.

L'AMBIVALENCE

Un autre point qu'il est utile de noter dans la problématique des assuétudes est l'ambivalence de la personne dépendante.

Si une personne de votre connaissance a trop mangé le week-end, et se dit : «lundi, je fais attention». Et si le lundi, son regard croise un affriolant pain au chocolat, elle peut en oublier sa résolution du dimanche... Personne ne se dira face à ce comportement : «quelle personne manipulatrice !» On se dira juste : «il ou elle a craqué». Nous sommes tous confrontés à ce phénomène d'ambivalence où deux parties en nous semblent entrer en conflit : se faire plaisir tout de suite ou veiller à sa santé, faire plaisir à l'autre ou à soi,...

>>> Suite page 28

Le même processus se passe chez la personne dépendante. Une partie d'elle cherche à sortir de son addiction. Une autre partie y trouve quelque chose d'essentiel.

C'est le plus souvent la partie non-dépendante que nous rencontrons lorsque nous sommes dans le soin : la personne veut arrêter sa dépendance, a parfois des projets d'avenir... Sa sincérité ne peut pas être mise en doute. Mais souvent, elle ignore la force de cette autre partie d'elle-même, qui ressurgira plus tard et c'est cela même qui paraîtra décourageant à tous ceux qui auront voulu l'aider. Il est important de pouvoir reconnaître cette ambivalence chez l'autre. La personne se sent alors reconnue dans sa globalité. Se sentant comprise, elle sera dès lors plus partenaire de l'accompagnement thérapeutique.

LA PROBLÉMATIQUE DES ASSUÉTUDES. UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE.

L'interaction Produit-Individu-Environnement

Nous avons resitué la consommation de drogues comme un comportement humain. Au travers de ce comportement, la personne exprime un sens qui découle de son rapport à elle-même et au monde ainsi que de ses attentes et convictions par rapport au produit dont elle fait usage.

Le phénomène des assuétudes est complexe à analyser puisqu'il doit tenir compte de l'interaction de trois facteurs: Produit – Individu – Environnement.

De cette manière, nous définissons concrètement la situation de dépendance comme une recherche de modification de conscience liée à un produit ou un comportement dans un certain contexte.

Lorsqu'une personne consomme un produit, de nombreuses questions peuvent se poser.

Sur la personne : Que vit-elle pour le moment ? Quelle image d'elle véhicule-t-elle ? Comment se perçoit-elle ? Quel est son âge ? ...

Sur le produit : Quel est le type de produit utilisé (effet, nocivité, risque de dépendance) ? Quels sont les modes de consommation ? A quelle fréquence ? ...

Sur l'environnement: Dans quel contexte recourt-elle à la consommation ? Consomme-t-elle seule ou en groupe ? ...

Lorsque l'on est en contact avec des personnes dépendantes, on privilégie en général un des pôles du schéma Produit-Individu-Environnement. L'institution dans laquelle on travaille privilégie une approche. Il est important de savoir quelle approche est privilégiée afin d'ouvrir son regard sur le fait que d'autres entrées par rapport à la situation

sont possibles afin de pouvoir se constituer un réseau d'approches complémentaires et ainsi de développer une prise en charge plus globale de la personne. Par exemple, lorsqu'une personne arrive aux urgences avec une cirrhose et étant alcoolisée, l'essentiel au départ reste la prise en charge du somatique, le sevrage par médicaments, l'établissement d'un bilan de sa santé... Mais il ne faut pas oublier les deux autres pôles pour pouvoir créer un lien avec la personne et pour pouvoir la réorienter par la suite dans le réseau. Ceci souligne l'importance de travailler en collaboration avec d'autres services.

QUELQUES ADRESSES UTILES...

- Centre Nadja. Centre spécialisé dans l'accompagnement psychosocial des consommateurs et de leurs familles. www.nadja-asbl.be Contact : rue Souverain-Pont 56, 4000 Liège, 04/223.01.19

- JandCo. Permanence d'orientation dans le réseau liégeois du lundi au vendredi au 0491/71.99.88 pour les situations de consommations et/ou de comportements compulsifs chez les jeunes. www.jandco.be

- Relia – Réseau Liégeois d'Aide et de Soins en Assuétudes. www.pfpl.be Contact : Quai des Ardennes 24, 4020 Liège. 04/344.43.86.

notions sont intégrées au travers des situations amenées par les participants.

Le cycle de base peut être proposé aux professionnels s'inscrivant individuellement ou aux équipes désirant avoir une réflexion sur leurs pratiques.

- Formation sur les Technologies de l'Information et de la Communication (réseaux sociaux, jeux vidéo, internet, gsm...)

SUPERVISION

- Supervisions individuelles

- Supervisions d'équipes. Il s'agit d'améliorer la communication et la collaboration au sein de l'équipe et avec son réseau, d'analyser des situations et de trouver des pistes de travail concrètes.

- Supervisions permettant d'accompagner des problématiques particulières telles qu'une consommation d'un membre de l'institution, un conflit au sein de l'équipe...

ACCOMPAGNEMENT DE PROJETS

Création de projets de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement.

«Mille Facettes»

Mise à disposition d'un outil permettant d'aborder la dépendance avec les jeunes.

Centre de documentation

Plus de 11000 documents à disposition du public avec un accompagnement d'une documentaliste.

CONTACT

NADJA ASBL. Rue Souverain-Pont 56, 4000 Liège.

04/223.01.19.

nadja.asbl@skynet.be

www.nadja-asbl.be

Le centre Nadja.

Depuis 30 ans, notre équipe est spécialisée dans le domaine des consommations à risque et des dépendances (drogues, alcool, médicaments, jeux, internet...). Elle met en place un projet global autour de l'usager et de ses différents environnements.

Quelle est notre approche des différentes consommations et de la dépendance ?

En tant que comportement humain, consommer une drogue exprime un sens pour la personne qui y recourt.

Curiosité, défi, envie de s'intégrer... ou réponse à des besoins essentiels comme «se sentir en sécurité», «se sentir pacifié», «se sentir vivre», «avoir confiance en soi», «être différent»... : le sens recherché s'inscrit dans la logique de l'expérience de vie de la personne et dans les rapports qu'elle entretient avec ses différents environnements. Ce comportement pourra rester épisodique ou au contraire se systématiser voire se transformer en dépendance si la personne n'a pas, en elle ou dans son environnement, d'alternative pour répondre à sa recherche.

Toute intervention, thérapeutique ou préventive, s'inscrit dès lors dans un cadre de communication : être à l'écoute du sens qui motive les conduites de consommation permet en effet de négocier des objectifs individuels et/ou collectifs qui tiennent compte de la personne dans sa globalité.

Nadja est constitué de trois services : le service thérapeutique, le service prévention et le service documentation. Ils partagent le même objectif : promouvoir le rôle actif de chacun face à la problématique des dépendances dans son milieu de vie personnel et/ou professionnel. Ils sont complémentaires et interconnectés.

POUR LES CONSOMMATEURS ET LEUR ENTOURAGE

Le service thérapeutique s'adresse tant aux consommateurs qu'à leurs proches.

- Accueil, information, orientation, suivi psychosocial, thérapie individuelle et familiale (dépendance à des produits et/ou compulsions comportementales telles que jeux pathologiques, Internet...). Nous collaborons avec des médecins généralistes et psychiatres externes pour les suivis.

- Point Accueil Parents : accueil prioritaire de parents inquiets à propos des consommations et/ou conduites addictives de leurs enfants. Possibilité d'offrir une guidance parentale, thérapie individuelle et familiale.

Ces consultations permettent au(x) parent(s) de pouvoir se poser et être accueillis dans leur souffrance. De plus, souvent la personne ayant des problèmes de consommation peut ne pas être demandeuse d'un suivi, un travail préalable avec les parents peut parfois faire émerger une telle demande.

Un groupe de parole «coaching parental» se réunit chaque mois.

POUR LES PROFESSIONNELS

Différents services à destination des professionnels sont proposés par le Centre Nadja :

FORMATIONS

- Cycle de base «Communication et Assuétudes».

La formation s'articule en deux temps : le cycle de base (5 jours) croise des techniques de communication avec des connaissances et grilles de lecture dans les domaines des assuétudes, des conduites à risque et de la cyberdépendance. Les

MARIEMONT VILLAGE, ...

Un village ouvert à tous.

Maison de repos et de soins pionnière dans la prise en charge de la personne âgée, Mariemont Village propose un éventail important de services destinés aux personnes âgées: Plus de 250 lits partagés entre un «service classique MR-MRS», des Cantous, l'accueil de résidents atteints de sclérose en plaques, un centre d'accueil et de soins de jour, 32 appartements en résidence services.



Dans le cadre de nos activités, Mariemont village recrute des :

Infirmiers spécialisés en gériatrie (h/f)
Infirmiers A1 /A2 (h /f)

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 rh@mariemontvillage.be

Notre équipe pluridisciplinaire s'efforce jour et nuit d'apporter confort, attention et convivialité si nécessaires au bien-être des résidents. Notre personnel, grâce à ses compétences, son organisation, sa dynamique et son souci constant de la qualité garantit la valeur de Mariemont Village.

Plus de 250 lits ,
32 appartements
en résidence services.

Travailler à Mariemont

Village c'est participer à la mise en œuvre d'un projet de vie citoyen destiné à nos résidents dans une institu-



mariemontvillage

Evidence-based Nursing en soins à domicile: Etat des lieux



Dominique Putzeys/Luc Heirstrate/Caroline Bou

Depuis 2006, la Ministre de la Santé publique L. Onkelinx encourage et apporte son soutien à l'intégration durable de l'Evidence-Based nursing (E-BN) au sein des soins de santé de première ligne. Afin d'implémenter cette pratique sur le terrain, la CIPIQ-S1, association subsidiée par le Service Public Fédéral de la Santé publique, a reçu pour mission la rédaction et la diffusion de recommandations de bonne pratique (RBP) en étroite collaboration avec les infirmiers en soins à domicile et les médecins généralistes.

Les recommandations de bonne pratique (RBP) en art infirmier rédigées par la CIPIQ-S reposent sur des preuves scientifiquement établies et tentent d'apporter la réponse la plus appropriée aux besoins et aux difficultés exprimées par les acteurs du terrain. Durant ces dernières années, la CIPIQ-S a élaboré quatre recommandations et développé un réseau composé de professionnels des soins à domicile : infirmiers indépendants, infirmiers salariés, mais aussi organisations de soins à domicile, associations professionnelles, services intégrés de soins à domicile (SISD) et associations scientifiques de médecins généralistes. En collaboration avec ces professionnels de la santé, des outils (guide pratique, poster,...) ont été construits et adaptés aux besoins des intervenants de la première ligne de soins. Au travers ces outils, les recommandations sont résumées et transportables au chevet des patients.

Cette démarche «bottom-up» (c'est-à-dire impliquant activement les acteurs de terrain aux différentes étapes de l'élaboration des guidelines), favorise la mise en œuvre des recommandations scientifiques au cœur même de la pratique des soins à domicile.

Chaque année, les projets développés par la CIPIQ-S font l'objet d'un plan d'action validé et accompagné aux différentes étapes par un comité d'accompagnement (le Project Management Team (PMT)), constitué de représentants du SPF Santé Publique, du cabinet de la ministre et d'experts dans le domaine de la recherche.

Pour mener à bien ses missions, la CIPIQ-S a constitué une équipe de recherche composée

de quatre chercheurs sous la supervision d'un coordinateur de projet et d'un comité d'accompagnement interne.

Méthodologie d'élaboration d'une recommandation de bonne pratique

Avant la rédaction d'une nouvelle recommandation, la CIPIQ-S réalise une analyse de besoins auprès des infirmier(e)s en soins à domicile. Son objectif consiste à déterminer leurs attentes, les difficultés rencontrées ainsi que les pierres d'achoppement relatives à la problématique abordée. Parallèlement à cette enquête, une recherche et une analyse des guidelines et de la littérature scientifique disponible est réalisée sur base de la méthode ADAPTE¹. Sur base des résultats obtenus, les questions de recherche et les domaines abordés dans la future recommandation peuvent ainsi être rédigés de façon précise.

Une première version martyre de la recommandation est évaluée par un groupe d'experts du domaine étudié sur base de la méthode double delphi. Leurs remarques et commentaires peuvent donner lieu à une recherche de littérature complémentaire. Le système de recommandation GRADE³ (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) est utilisé pour attribuer un niveau de preuve et un degré de recommandation aux messages clés véhiculés par la littérature scientifique utilisée. Après cette étape d'adaptation de la recommandation suite aux remarques des experts, ces derniers sont invités à participer à une réunion de consensus au cours de laquelle le texte et le niveau de preuve de chaque recommandation

sont définis.

La recommandation est ensuite diffusée auprès d'un groupe de résonance composé d'utilisateurs potentiels (infirmier(s) et médecins généralistes). Ces derniers évaluent la recommandation sur base d'un instrument validé (Grille AGREE⁴) et donnent leur avis sur l'utilité et l'applicabilité des recommandations sur le terrain.

Enfin, la recommandation est soumise au CEBAM⁵ qui évalue la méthodologie proposée et, moyennant l'apport éventuel de quelques adaptations, la valide. La RBP peut alors être publiée.

Le choix des différentes thématiques abordées repose sur une analyse de besoins menées en 2007. Sept domaines ont été cités comme étant prioritaires par les infirmiers en soins à domicile. A l'exception de la première recommandation dont le sujet avait été défini par le PMT, le choix d'un nouveau sujet tient désormais compte des besoins exprimés. Les aspects médicaux et la collaboration avec le médecin généraliste sont des sujets traités dans chaque recommandation. Même si une prescription médicale est obligatoire pour chaque acte infirmier à domicile, l'utilisation de recommandations *evidence-based* peut faciliter la collaboration avec le médecin généraliste et valoriser la profession infirmière.

À ce jour, la CIPIQ-S a élaboré quatre recommandations.

La recommandation concernant le «traitement des ulcères variqueux» (2007) met en évidence trois sujets indispensables à la prise en charge de ce type de patients à domicile : les soins de

>> Suite page 32

Tableau récapitulatif des recommandations et des outils de diffusion élaborés

	RBP validée en	Outils validés en	Diffusion en	Révision en
Ulcères variqueux	Septembre 2007	Avril 2008	Novembre 2009	Proposée en 2013
Douleur chronique	Février 2009	Octobre 2010	Décembre 2011	Proposée en 2015
Prévention escarres	Septembre 2011	En 2012	-	Proposée en 2017
Diabète type 2 insulino-requérant	En 2012	-	-	Proposée en 2019

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 FNBBV: € 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 Renaissancelaan 12/1, 1000 Brussel-Bruxelles

plaies, la compression et la prise en charge de la douleur.

La recommandation relative au «*Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients souffrant de douleur chronique*» (2009) contient principalement des recommandations sur la prise en charge pluridisciplinaire des patients douloureux chroniques ainsi que sur le modèle bio-psycho-social. Le rôle de l'infirmier à domicile dans les différents types d'évaluation de la douleur et les effets du traitement prescrit par le médecin sont aussi largement abordés. L'accent est mis sur la qualité de vie du patient. La directive contient également des recommandations sur l'utilisation appropriée des antalgiques et met un compendium à disposition des professionnels du domicile.

La recommandation concernant «*la prévention des escarres à domicile* » (2011) est une adaptation⁶ pour la pratique de soins à domicile de deux guidelines existants (EPUAP 2010 – Decubitus 2004), la définition du risque et la stratégie de prévention y sont particulièrement développées. Les aspects liés au traitement de la problématique n'ont pas été abordés. Une attention particulière concernant les matériaux utilisés, l'aspect nutritionnel et le rôle éducatif de l'infirmier à domicile y est également consacrée.

Actuellement la CIPIQ-S travaille sur une quatrième RBP : «*La prise en charge à domicile des patients adultes diabétiques de type 2 insulino-requérants*». Elle contiendra des recommandations sur le contrôle de la glycémie, le traitement médicamenteux et l'administration correcte d'insuline. Des recommandations concernant l'alimentation, l'exercice physique et les particularités de la prise concomitante de médicaments non liés à cette pathologie sont également abordés.

Méthodologie d'élaboration des outils pratiques de diffusion

La lecture d'une recommandation (texte complet accompagné d'annexes) peut se montrer rébarbative. Lors de nos rencontres avec les infirmier(e)s en soins à domicile, ceux-ci ont émis le souhait de disposer d'un tableau récapitulatif synthétisant les recommandations applicables qu'ils pourraient transporter jusqu'au chevet du patient. Des brochures expliquant ces recommandations s'avèrent être les outils les plus appropriés pour les infirmier(e)s. Des posters peuvent être affichés dans un local d'équipe ou être utilisés lors de formations, voire de congrès. Elaborés en collaboration avec le terrain et validés par les experts, une version martyre de ces outils est modélisée par un graphiste puis imprimée en une centaine d'exemplaires en néerlandais et en français. La forme et le contenu de cette brochure martyre sont testés auprès des acteurs de terrain. La brochure fait ensuite l'objet d'éventuelles adaptations en fonction des remarques et commentaires. La version finale est alors transmise au SPF Santé publique pour approbation et diffusion à un large public.

Méthodologie de diffusion des guidelines et de leurs outils

Après avoir été validée par le CEBAM et avoir reçu l'autorisation du SPF santé publique, la publication du guideline et de ses outils est annoncée via le réseau de professionnels des soins de première ligne ainsi qu'au travers des annonces dans les revues professionnelles infirmières. Le texte de la RBP est téléchargeable gratuitement sur les sites web de la CIPIQ-S et du SPF Santé publique. Les outils de diffusion qui l'accompagnent sont imprimés selon un tirage⁷ déterminé et mis à la disposition des infirmiers à domicile. Ils sont également

téléchargeables via les sites web mentionnés (Cf. infra)⁸.

En 2009, une enquête évaluant la qualité de la diffusion des outils, conçus pour favoriser l'application des recommandations, a montré qu'il était nécessaire de tenir compte des différences de statuts, de conditions de travail, de l'hétérogénéité des pratiques et des degrés d'activité en soins à domicile mais aussi de consolider un engagement durable de tous les acteurs et de toutes les organisations impliqués. Une concertation avec ces partenaires est indispensable pour envisager les modalités d'accès aux informations disponibles par tous les infirmiers à domicile.

Plan d'action 2012

Cette année, la brochure relative à la «*prévention des escarres à domicile*» et la RBP concernant «*la prise en charge des patients adultes diabétiques de type 2 insulino-requérants*» seront évaluées par des experts et testées par un groupe de résonance.

Une étude de faisabilité concernant l'élaboration d'une plateforme e-learning pour les soins à domicile sera également mise en œuvre.

Une attention toute particulière sera portée à la publication et à la diffusion des directives existantes auprès des professionnels. Un forum sera organisé, en décembre 2012, au SPF Santé Publique, afin de pouvoir aller directement à la rencontre des acteurs de terrain pour les informer sur le contenu et la disponibilité de ces directives. La CIPIQ-S participera également à différentes conférences scientifiques.

Par son soutien structurel à la CIPIQ-S et par la diffusion des directives, le SPF Santé publique souligne l'importance qu'il accorde aux preuves scientifiques sur lesquelles se fondent les recommandations rédigées par l'association. Leur implémentation dans la pratique quotidienne des soins qui garantit l'apport de soins de qualité au chevet du patient reste néanmoins tributaire de la poursuite et de la volonté de collaboration de tous les acteurs concernés.

1 Collaboration Internationale de Praticiens et Intervenant en Qualité-Santé. www.cipiqs.org
(AR 2 décembre 2011 - MB 17 janvier 2012 / AR 28 décembre 2011 - MB 20 janvier 2012).
2 <http://www.adapte.org>
3 Van Royen, 2002.
4 www.agreetrust.org
5 Centre for Evidence-based Medicine, www.cebm.be
6 Recommandation Belge (T. Defloor et al, 2004) et "Pressure Ulcer - Prevention" (EPUAP, 2009)
7 Ce coût d'impression frais de l'ISPF Santé publique se trouve hors du subsidé
8 1. Site Internet www.health.belgium.be
Cliquer: soins de santé/infirmiers/projets, études et statistiques 2009 : ulcères variceux
2010 : douleur chronique
2. Site Web de la CIPIQ-S: www.cipiqs.org
Via la page d'accueil CIPIQ-S: Project Evidence-Based Nursing

Rubrique culinaire

« Y’a le printemps qui chante ... »



Asperges à la crème de morilles



Ingrédients pour 6 personnes :

40 gr de morilles déshydratées - 2 bottes d'asperges - 2 échalotes - 60 gr de beurre - 25 cl de crème fraîche (MG 35 à 40%) - Sel & poivre - Emincé de ciboulette

Passons en cuisine :

- > Peler les asperges et les cuire une dizaine de minutes dans une eau bouillante salée. Les égoutter après cuisson, les rafraîchir et les éponger sur un papier absorbant.
- > Réhydrater les morilles dans de l'eau froide pendant 1 heure.
- > Faire suer les échalotes émincées dans la moitié du beurre, y ajouter les morilles égouttées et légèrement pressées et les cuire à feu doux pendant 5 à 6 minutes.
- > Verser la crème fraîche et faire réduire jusqu'à la quantité de sauce souhaitée. Lier si nécessaire avec un roux (beurre fondu + farine). Rectifier l'assaisonnement
- > Réchauffer les asperges à feu moyen dans le reste de beurre, saler poivrer.
- > Disposer les asperges dans l'assiette en accompagnement d'un poisson ou d'un ris de veau poêlé et recouvrir de crème aux morilles et de ciboulette.
- > Bonne dégustation...

Bon appétit....

Les vin conseils du père «Effainibet»

En accompagnement du plat assorti d'asperges à la crème de morilles, je vous recommande un Tokay-Pinot gris d'Alsace servi bien frais. Pour ce qui est de l'agneau à l'ail nouveau, restons puriste et débouchons un bon Pauillac, vin de Bordeaux issu de la rive gauche du Médoc. A la sortie des frimas hivernaux, je suis saisi, chaque année, d'une soif insatiable. Je vous laisse, donc, car j'ai une langue saburrale...

Agneau de lait à l'ail nouveau



Ingrédients pour 6 personnes :

1 gigot d'agneau de lait paré d'1 kg - 3 têtes d'ail nouveau (nb : le germe n'est pas formé) - 2 courgettes - 1 aubergine - 2 poivrons (1 rouge + 1 jaune) - 2 oignons - 2 câs d'olives noires - 100gr de beurre - 10cl de crème fraîche - 2 dl de fond d'agneau (préparé avec les parures et l'os du gigot) - Sel , poivre et un peu de thym

Passons au fourneau :

- > Cuire dans le fond d'agneau, les têtes d'ail avec les pelures (légère ébullition).
- > Détailler en gros dés les légumes puis les cuire à feu doux dans une casserole.
- > Parfumer ceux-ci en y ajoutant les deux cubes bouillon au basilic, les olives et poursuivre la cuisson jusqu'à ce qu'ils soient tendres. Rectifier l'assaisonnement.
- > Mixer les têtes d'ail dans le fond, ajouter la crème fraîche et laisser réduire jusqu'à la quantité de sauce souhaitée. Passer le tout au chinois et lier si nécessaire avec un roux (beurre fondu et farine). Rectifier l'assaisonnement.
- > Cuire le gigot tapissé de beurre, salé et poivré dans un four préchauffé à 220° pendant +/- 20 minutes en l'arrosant régulièrement avec le jus de cuisson.
- > Lorsqu'il est cuit (la viande doit être rosée), découper le gigot.
- > Dans l'assiette, déposer l'agneau, le napper de sauce à l'ail et servir les légumes autour de la viande.
- > Bon appétit...

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.

€

Agenda

A l'étranger		
13.04.2013 - 14.04.2013	Global Health & Innovation Conference	New Haven
16.04.2013 - 20.04.2013	2013 Psychopharmacology Institute and Annual Conference	San Antonio
16.05.2013 - 17.05.2013	International Centre for Nursing Ethics, 14th Annual Confere	Melbourne
18.05.2013 - 23.05.2013	25th Quadrennial Congress	Melbourne
27.05.2013 - 29.05.2013	Canadian Orthopaedic Nurses Association Conference	Vancouver
09.06.2013 - 13.06.2013	Summer Institutes on Evidence-Based Quality Improvement	San Antonio
26.06.2013 - 28.06.2013	European Congress on Assertive Outreach in Mental Health	Avilés
24.08.2013 - 27.08.2013	Australian College of Children's and Young People's Nurses Conference 2013	Melbourne
19.09.2013 - 22.09.2013	2nd International Conference for PeriAnaesthesia Nurses	Dublin
23.09.2013 - 27.09.2013	Australian College of Nurse Practitioners 2013 Conference	Hobart
26.09.2013 - 29.09.2013	Thirtieth Annual History of Nursing Conference	Cleveland
07.11.2013 - 10.11.2013	1st International Congress of the International College of Person Centered Medicine	Zagreb
En Belgique		
18.04.2013	31ème symposium de la SIZ Nursing	Centre Culturel Marcel Hicter - La Marlagne - Wépion
18.04.2013	Troubles déficitaires de l'attention	HEPH Condorcet - Mons
20.04.2013	20 ans de stomathérapie eux Cliniques St Luc	Cliniques universitaires St Luc
25.04.2013	Réunions SIAMU	CHR Huy
07.05.2013	Jeunes et suicide	HEPH Condorcet - Mons
24.05.2013	3ème Symposium de médecine Aigüe	CHR Huy
30.05.2013	Les usages problématiques d'internet et des jeux video	HEPH Condorcet - Mons
24/10/2013	Congrès annuel de la FNIB	Auditoire De Cooman – CHU Vésale



SUD ASSISTANCE:
la référence en transports sanitaires.



Sud Assistance est une des seules sociétés spécialisées dans les transports médicalisés en Belgique et à l'étrangers par tous types de moyens.

- Elle est la référence en matière de transports médico-sanitaires.
- Nous effectuons annuellement des centaines de missions de tous types dans le monde entier pour la majorité des assureurs-voyage.

Dans le cadre de notre expansion, nous recherchons des **collaborateurs infirmiers SISU** à temps partiel pour accompagner nos ambulances paramédicalisées et médicalisée lors des transferts interhospitaliers en Belgique ainsi qu'en rapatriement international par ambulance et par voie aérienne.

- Conditions : Travailler dans un service hospitalier aigu (Urgences ou USI)
- Parler les langues est un avantage.
- Conditions et candidatures via info@sudassistance.be

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