

AGORA

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

N°/Nr 12

Trimestriel : Juillet - Août - Septembre 2013
Driemaandelijks : Juli - Augustus - September 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 coeur...
et de la maîtrise

AGORA

Le journal de l’infirmier(e) belge

Edito	
Un petit kangourou...	5
Rubrique internationale	
La violence à l'encontre des femmes	6
Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique	7
L'OMS et l'UNICEF condamnent les attaques contre des agents de santé au Pakistan	8
Portrait	
Sabine ZLATIN	10
Rubrique juridique	
Qualification professionnelle pour les praticiens de l'art infirmier	12
Titre professionnel pour les praticiens de l'art infirmier	13
Nous avons lu pour vous ...	
La gestion de la douleur lors des soins avec effraction cutanée chez les enfants de 0 à 14 ans pris en charge en pédiatrie et aux urgences	16
La gestion du stress et de la douleur chez un enfant de 3 à 5 ans en salle de veille	17
Rubrique culinaire	33
Bulletin d'adhésion FNIB	34
Également dans ce numéro :	
Prise en charge extrahospitalière du brûlé grave	20
Les accidents de perfusion. Prévention	24
«DI-RHM au cœur des soins infirmiers»	28
La curiethérapie de prostate par implants permanents de grains d'Iode-125	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

Un petit kangourou...

Un petit kangourou... Ah non ! «coucou» depuis Melbourne. Et oui, malgré le décalage horaire et l'inversion jour/nuit, je suis restée connectée avec la Belgique. J'ai beau avoir la tête à l'envers, j'ai quand même quelques informations à partager.

La première est de taille puisqu'elle concerne la parution au Moniteur Belge des arrêtés d'application concernant le titre professionnel particulier et la qualification particulière en psychiatrie et santé mentale. Je félicite donc tous les collègues porteurs de ce titre et de cette qualification et remercie la Ministre de la Santé pour ses engagements tenus. Par la même occasion, j'encourage tous les infirmier(ère)s gradué(e)s ou bachelier(è)s qui sont dans les conditions des prescrits légaux de suivre la formation de 150 heures dans les trois prochaines années afin d'obtenir ce titre.

D'autres titres et qualifications sont en préparation, je vous tiendrai informé du suivi de différents dossiers traités par le cabinet de notre Ministre de la Santé.

Dans le cadre de ma mission australienne, j'ai participé avec d'autres membres du bureau, aux travaux du Conseil des Représentants des Nations (CRN). Après de nombreux échanges, de longs débats et de multiples reports de votes, plusieurs décisions importantes ont été prises. Une édition spéciale de notre revue Agora sera entièrement consacrée à l'actualité du CII (Conseil International des Infirmières). Cependant, retenez déjà que la nouvelle présidente du CII est une canadienne, Madame Judith SHAMIAN.

Les deux prochaines rencontres internationales sont d'ores et déjà fixées en juin 2015 en Corée du sud (Séoul) et mai 2017 en Espagne (Barcelone). Comme vous avez pu le constater, différents communiqués de presse et compte rendu de sessions ont été postés en temps réel sur le site de la FNIB.

Grâce à ces réunions internationales, à la mise en commun de nos vécus, de nos expériences, et de nos difficultés nous avons la certitude de partager la même réalité. A savoir : difficulté de recrutement, rémunération insuffisante, manque de considération, horaires inconfortables, migration d'infirmières, etc. Tout ceci nous conforte dans la nécessité, voire l'obligation de trouver ensemble les solutions appropriées, équitables en vue d'orienter et d'améliorer les politiques de santé nationales et internationales dans un esprit de santé publique.

En regard des exposés et des travaux présentés par tous les infirmiers, je peux attester du haut niveau de démarche réflexive et du potentiel du développement de notre profession à prendre soin.

Lorsque vous recevrez cette revue, certains d'entre vous auront déjà leurs bagages dans le hall d'entrée et la tête en voyage. Je vous souhaite de très belles vacances, du soleil et du ressourcement. Rendez-vous à la rentrée en pleine forme.



Alda Dalla Valle
Présidente FNIB.

La violence à l'encontre des femmes

Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes

WHO Media centre
Téléphone: +41 22 791 2222
Courriel: mediainquiries@who.int

PRINCIPAUX FAITS

- > La violence à l'encontre des femmes, qu'elle soit le fait d'un partenaire intime ou de nature sexuelle, est un grand problème de santé publique et une violation majeure des droits de la femme.
- > Une étude multipays de l'OMS a observé que 15 à 71% des femmes signalent avoir été exposées à des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime à un moment ou à un autre de leur vie.
- > Ces formes de violence entraînent des problèmes de santé physique, mentale, sexuelle, génésique, etc. et peuvent accroître la vulnérabilité au VIH.
- > Pour l'auteur de violence, les facteurs de risque sont les suivants: un faible niveau d'instruction, des antécédents de maltraitance pendant l'enfance ou l'exposition à la violence familiale, l'utilisation nocive de l'alcool, l'acceptation de la violence et de l'inégalité entre les sexes.
- > Pour la victime de violence, les facteurs de risque sont les suivants: un faible niveau d'instruction, l'exposition à la violence interparentale, l'exposition à des sévices pendant l'enfance et l'acceptation de la violence et de l'inégalité entre les sexes.
- > Dans les milieux aisés, les programmes scolaires tendant à prévenir la violence dans les relations entre les jeunes («violence à l'occasion des sorties») témoignent d'une grande efficacité.
- > Dans les milieux défavorisés, d'autres stratégies de prévention primaire comme le microcrédit associé à une formation à l'égalité entre les sexes et à des initiatives communautaires pour lutter contre les inégalités fondées sur le sexe et promouvoir la communication et les techniques relationnelles, sont prometteuses.
- > Les situations de conflit, d'après-conflit et de déplacement des personnes peuvent exacerber la violence existante et occasionner de nouvelles formes de violence à l'encontre des femmes.

Introduction

Les Nations Unies définissent la violence à l'égard des femmes de la façon suivante «tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée». Par violence d'un partenaire intime, on entend tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination. Par violence sexuelle, on entend tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cette définition englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet.

Ampleur du problème

Les enquêtes auprès de la population fondées sur les déclarations des victimes fournissent les estimations les plus précises sur la prévalence de la violence exercée par les partenaires intimes ou de la violence sexuelle qui se manifeste hors conflits. L'enquête multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à

l'encontre des femmes, menée dans 10 pays principalement en développement, a permis de constater que chez les femmes de 15 à 49 ans:

- entre 15% des femmes au Japon et 71% des femmes en Éthiopie ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelle de la part d'un partenaire intime;
- entre 0,3 et 11,5% des femmes ont déclaré avoir subi des violences sexuelles depuis l'âge de 15 ans de la part de personnes qui n'étaient pas leur partenaire;
- de nombreuses femmes ont déclaré que leur première expérience sexuelle s'est déroulée sous la contrainte – 17% dans les zones rurales de Tanzanie, 24% dans les zones rurales du Pérou et 30% dans les zones rurales du Bangladesh.

Les actes de violence imputables à un partenaire intime et les actes de violence sexuelle sont principalement commis par des hommes contre des jeunes filles ou des femmes. Les sévices sexuels infligés aux enfants touchent aussi bien les garçons que les filles. Des études internationales indiquent qu'environ 20% des femmes et 5 à 10% des hommes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle dans leur enfance.

Les études menées auprès de la population sur la violence dans les relations entre jeunes («violence à l'occasion des sorties») semblent indiquer que le problème concerne une part importante de cette population. Par exemple, une étude conduite en Afrique du Sud auprès des 13-23 ans a fait apparaître que 42% des jeunes filles et 38% des jeunes gens déclaraient avoir été victimes de violence dans leurs fréquentations.

>> Suite page 7

Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés à la violence exercée par le partenaire intime et à la violence sexuelle apparaissent au niveau individuel, familial, communautaire et sociétal au sens large. Certains facteurs sont liés aux auteurs de violence, d'autres aux victimes et d'autres encore aux deux.

Facteurs de risque concernant la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle:

- faible niveau d'instruction (pour les auteurs comme pour les victimes);
- exposition à la maltraitance pendant l'enfance (auteurs et victimes);
- exposition à la violence familiale (auteurs et victimes);
- troubles antisociaux de la personnalité (auteurs);
- usage nocif de l'alcool (auteurs et victimes);
- multiplicité des partenaires ou suspicion d'infidélité de la part du partenaire (auteurs); et
- attitude d'acceptation de la violence et de l'inégalité entre les sexes (auteurs et victimes).

Facteurs de risque spécifiquement liés à la violence exercée par le partenaire intime:

- antécédents d'actes violents (auteurs et victimes);
- mésentente et insatisfaction conjugales (auteurs et victimes).

Facteurs de risque spécifiquement liés à la violence sexuelle:

- croyances relatives à l'honneur de la famille et à la pureté sexuelle;
- idéologies sur les droits sexuels de l'homme; et
- faiblesse des sanctions juridiques contre la violence sexuelle.

L'inégalité des femmes par rapport aux hommes et le recours normatif à la violence pour résoudre des conflits sont étroitement associés tant à la violence exercée par le partenaire intime qu'à la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire.

Conséquences sur la santé

La violence d'un partenaire intime et la violence sexuelle entraînent à court et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et génésique pour les victimes et leurs enfants et elles ont de ce fait des coûts sociaux et économiques élevés.

- Les effets sur la santé peuvent être des céphalées, des douleurs du dos, des douleurs abdominales, des fibromyalgies, des troubles digestifs, une mobilité réduite et un mauvais état de santé général. Dans certains cas, il peut en résulter des traumatismes plus ou moins graves, parfois mortels.

• La violence d'un partenaire intime et la violence sexuelle peuvent entraîner des grossesses non désirées, des problèmes gynécologiques, des avortements et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. La violence d'un partenaire intime pendant une grossesse augmente aussi la probabilité de fausse couche, de naissance d'enfants mort-nés, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance.

- Ces formes de violence peuvent entraîner des dépressions, des états de stress post-traumatiques, des troubles du sommeil, de l'alimentation, des perturbations émotionnelles et des tentatives de suicide.
- La violence sexuelle, en particulier pendant l'enfance, peut entraîner une augmentation du tabagisme, l'usage abusif de drogues et d'alcool et des comportements sexuels à risque à un stade ultérieur de la vie. On l'associe aussi à une tendance à recourir à la violence (pour les hommes) ou à être victime de violences (pour les femmes).

Impact sur les enfants

- Les enfants grandissant dans des familles où sévit la violence du partenaire intime peuvent souffrir de tout un éventail de troubles comportementaux et émotionnels susceptibles de les amener ultérieurement à commettre des actes violents ou à en être victime.
- On a également associé à la violence du partenaire intime des taux plus élevés de morbidité et de mortalité chez les nourrissons et les enfants (maladies diarrhéiques ou malnutrition par exemple), Coûts socio-économiques

Les coûts socio-économiques de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle sont énormes et se répercutent dans toute la société. Les femmes peuvent souffrir d'isolement, les amener ultérieurement à commettre des actes violents ou à en être victime.

On retrouve les facteurs de risque associés à la violence du partenaire intime et à la violence sexuelle chez les individus, dans les familles, dans les communautés et plus largement dans la société. Certains facteurs sont liés aux auteurs des violences, d'autres aux victimes et d'autres encore aux deux.

Prévention et riposte

Actuellement, il y a peu d'interventions dont l'efficacité a été scientifiquement attestée. Il faut davantage de ressources pour renforcer la prévention, notamment primaire, de la violence exercée par le partenaire intime et de la violence sexuelle, c'est-à-dire pour éviter que des actes de ce type ne soient commis.

>> Suite page 8

Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique

Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes



Présentation

La violence à l'égard des femmes exercée par des partenaires intimes est un facteur majeur de morbidité chez les femmes. L'étude analyse des données en provenance de dix pays et éclaire d'un jour nouveau la prévalence de la violence à l'égard des femmes dans des pays pour lesquels on ne disposait jusqu'ici que de peu de données.

Cette étude aidera les autorités nationales à élaborer des politiques et des programmes dirigés contre le problème. Le secteur de la santé peut jouer un rôle essentiel dans la prévention de la violence à l'égard des femmes en aidant à la repérer précocement, en dispensant aux victimes le traitement nécessaire et en adressant les femmes vers les soins les plus compétents.

Editeurs: OMS

Nombre de pages: 46 - Date de publication: 2005 - ISBN: 9242593516

En ce qui concerne la prévention primaire, il semble que les programmes mis en place dans les écoles de pays à revenu élevé aient donné de bons résultats pour prévenir la violence des adolescents dans leurs fréquentations. Il reste, toutefois, à les évaluer dans les milieux moins nantis.

Plusieurs autres stratégies de prévention primaire se sont montrées prometteuses mais devront être évaluées ultérieurement, à savoir:

- l'association du microcrédit et de la formation à l'égalité entre les sexes;
- la promotion des techniques de communication et relationnelles au sein des communautés;
- la réduction de l'accès à l'alcool et de son usage nocif;
- la modification des normes culturelles en matière de relation hommes-femmes.

Pour instaurer un changement durable, il importe de promulguer des textes législatifs et d'élaborer des politiques protégeant les femmes; de lutter contre les discriminations à l'encontre des femmes et promouvoir l'égalité entre les sexes; et de contribuer à pacifier les normes culturelles.

Une action adaptée émanant du secteur de la santé peut jouer un rôle important pour prévenir la violence et y faire face. La sensibilisation et l'éducation des prestataires des services de santé notamment, constituent elles aussi, une stratégie importante. Une action multisectorielle s'impose pour prendre pleinement en compte les conséquences de la violence et répondre aux besoins des victimes/rescapés.

Action de l'OMS

En collaboration avec un certain nombre de partenaires, l'OMS:

- > réunit les bases factuelles sur l'ampleur et la typologie des violences exercées par le partenaire intime et des violences sexuelles dans différents milieux et soutient les efforts des pays pour étayer cette violence par des documents et en mesurer les conséquences. Cet élément est fondamental pour comprendre le niveau et la nature du problème à l'échelle mondiale;
- > renforce la recherche et la capacité de recherche afin d'évaluer les interventions permettant de s'atteler à la violence du partenaire intime;
- > élabore des orientations techniques pour prévenir la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle et pour étayer l'action du secteur de la santé contre ces violences;
- > diffuse des informations et soutient les efforts nationaux pour faire progresser les droits des femmes, la prévention et l'action contre la violence à l'encontre des femmes, sexuelle ou du fait du partenaire intime;
- > collabore avec des institutions et organisations internationales pour réduire/éliminer dans le monde entier la violence du partenaire intime et la violence sexuelle.

DÉCLARATION CONJOINTE OMS/UNICEF

L'OMS et l'UNICEF condamnent les attaques contre des agents de santé au Pakistan

18 DÉCEMBRE 2012 : L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF se joignent au gouvernement du Pakistan et aux provinces du Sindh et du Khyber Pakhtunkhwa pour condamner les attaques multiples qui ont tué six agents de santé au cours des dernières 24 heures.

Au moins six personnes qui travaillaient pour une campagne de vaccination contre la polio ont été abattues dans plusieurs endroits au Pakistan - à Gadap, Landi, Baldia et Orangi, des quartiers de l'agglomération de Karachi, province de Sindh, et à Peshawar, province de Khyber Pakhtunkhwa. Les victimes faisaient partie des milliers de personnes qui travaillent avec abnégation dans tout le Pakistan pour éradiquer la polio.

Le gouvernement du Pakistan et les provinces affectées ont suspendu provisoirement la campagne de vaccination en raison de préoccupations concernant la sécurité des agents.

De telles attaques privent les populations les plus vulnérables du Pakistan - en particulier les enfants - des interventions sanitaires de base qui sauvent des vies. Nous appelons les dirigeants des communautés affectées et toutes les personnes concernées à faire tout leur possible pour protéger les agents de santé et créer un environnement sécuritaire afin que nous soyons en mesure de répondre aux besoins des enfants du Pakistan en matière de santé.

La poliomyélite est une maladie très contagieuse provoquée par un virus qui peut entraîner une paralysie permanente en quelques heures. Il existe des vaccins sûrs et efficaces qui protègent les enfants contre la maladie. À l'heure actuelle, la maladie reste endémique dans trois pays seulement : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan.

L'OMS, l'UNICEF et tous leurs partenaires au Pakistan et dans le monde entier expriment leur profonde sympathie aux familles de ces agents de santé. Nous restons déterminés à soutenir le gouvernement du Pakistan et le peuple pakistanais dans les efforts qu'ils déploient pour libérer le pays de la polio et d'autres maladies.

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec:

Oliver Rosenbauer - OMS

Téléphone: +41 22 791 3832 - Portable: +41 79 13832

Courriel: rosenbauero@who.int

Sarah Crowe - UNICEF Spokesperson

Téléphone: +1 212 326 7206 - Portable: +1 646 209 1590

Courriel: scrowe@unicef.org

25
years

expressmedical

« 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 de 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) !

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

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)!

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

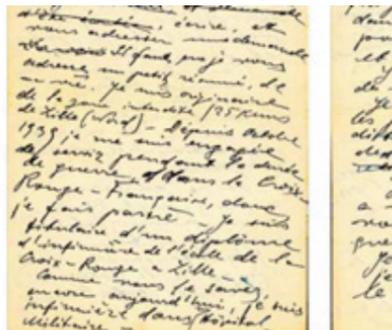
www.expressmedical.be

Sabine ZLATIN



Sabine Chwast née le 13 janvier 1907 à Varsovie, est la dernière de douze enfants. Le père est architecte. Il n'aime pas le prénom donné à sa fille, et décide de l'appeler Yanka, un nom qu'elle gardera par la suite. Ne supportant plus un milieu familial étouffant et l'antisémitisme des Polonais, elle décide au milieu des années 1920 de quitter son pays natal. Au gré des rencontres, elle gagne successivement Dantzig, Koenigsberg, Berlin, Bruxelles pour finalement arriver en France à Nancy, où elle entreprend des études universitaires en histoire de l'Art.

d'internement du sud de la France, elle entre en contact, sur les conseils de la Préfecture de l'Hérault, avec l'Œuvre de Secours aux Enfants (OSE). Assistance sociale de l'OSE, elle se rend dans les camps d'Agde et de Rivesaltes vêtue de son uniforme de la Croix-Rouge et développe alors une importante activité de sauvetage. Elle libère, légalement et illégalement, de nombreux enfants, qui sont placés ensuite dans différentes maisons d'enfants.



En juillet 1945, plus d'un an après la rafle, Sabine Zlatin apprend que son mari et les enfants arrêtés le 6 avril 1944 ont été exterminés à Auschwitz ; seul une encadrante de la maison d'Izieu, Léa Feldblum, également déportée à Auschwitz, en reviendra vivante. En juin 1987, Sabine Zlatin témoignera au procès de Klaus Barbie à Lyon et contribuera dans ce cadre à sa condamnation à perpétuité. Le 23 mars 1989, le président de la République, François Mitterrand, la décore

de la croix de chevalier de la Légion d'Honneur. Le 21 septembre 1996, elle décède à Paris à l'âge de 89 ans. Sabine Zlatin est inhumée au cimetière de Montparnasse.

L'artiste

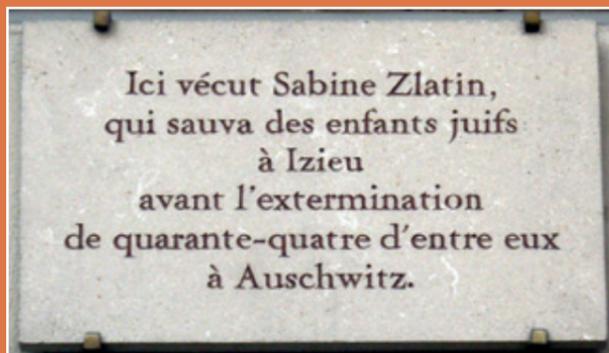
Après la fermeture du Lutetia, en septembre 1945, elle s'installe définitivement à Paris. Elle s'adonne à la peinture, signant ses toiles du nom de Yanka, le surnom que lui avait donné son père.

Références

Léa Feldblum, seule survivante [archive], sur www.aidh.org [archive]. Consulté le 5 juin 2012.
Projet de délibération au conseil municipal du 2 avril 2012 [archive], sur www.lyon.fr [archive], Ville de Lyon. Consulté le 5 juin 2012.
athel Houzé, avec Marie-Ange Baron, Pierre-Jérôme Biscarat et Cécile Lefort : «Sabine Zlatin 1907 / 1996 - Exposition de documents issus de ses archives personnelles», Maison d'Izieu

Hommages

Une plaque, au 46 rue Madame à Paris (VIe), rappelle qu'elle vécut dans ce lieu.
Une rue Sabine-Zlatin est créé dans le 7e arrondissement de Lyon en 2012 ; un projet de dénomination envisage son «renommage» en «rue Miron-et-Sabine-Zlatin».



Elle fait la connaissance d'un jeune étudiant juif de Russie, Miron Zlatin qui prépare un diplôme d'études supérieures agronomiques à l'université de Nancy. Ils se marient le 31 juillet 1927. Le couple n'a pas d'enfant. En 1929, Miron et Sabine acquièrent une ferme avicole actuellement rue Miron-Zlatin à Landas dans le Nord. Après quelques difficultés, l'exploitation se révèle un succès. Ils sont naturalisés le 26 juillet 1939.

La résistante

En septembre 1939, la guerre éclate et Sabine décide de suivre des cours de formation d'infirmière militaire à la Croix-Rouge à Lille. Du 18 octobre 1939 au 1er mai 1940, elle s'engage auprès de la Société Française de secours aux blessés militaires de la Croix-Rouge de Lille. Le 24 mars 1940, elle obtient sa carte officielle d'infirmière de la Croix-Rouge. Mi mai 1940, devant l'avancée des troupes anglaises et allemandes, elle quitte Landas pour Paris où Miron la rejoint. Sur ordre de la Croix-Rouge, elle se rend à l'hôpital d'Argentan. Miron et elle décident quelques jours plus tard, de rejoindre Montpellier. Du 21 juillet 1940 au 10 février 1941, elle est infirmière à l'hôpital militaire de Lauwe (Montpellier)d'où elle est congédiée à cause des lois antisémites du gouvernement de Vichy. En Octobre-novembre 1940, elle est licenciée de la Croix-Rouge pour les mêmes raisons. En 1940, le couple fuit pour Montpellier, avant de s'installer dans un petit village nommé Izieu. En mai 1943, dans le cadre de son engagement auprès de la Croix-Rouge, Sabine Zlatin fonde avec son mari, la colonie des Enfants d'Izieu qui abrite des enfants juifs. La colonie est un lieu de passage dans un réseau de sauvetage composé d'autres maisons, de famille d'accueil ou encore de filières de passage en Suisse. Au moins 105 enfants, juifs pour la plupart, y sont accueillis à partir de mai 1943. Certains ne restent que quelques semaines ou quelques mois. Le 6 avril 1944, la Gestapo de Lyon dirigée par Klaus Barbie, arrête les 44 enfants de la colonie et les 7 éducateurs présents. Sabine est absente, sentant venir le danger, elle est allée à Montpellier pour demander à l'abbé Prevost de l'aider à disperser la colonie. Après la rafle, Sabine Zlatin rejoint Paris où elle s'engage dans la Résistance. À la Libération, elle est nommée hôtelière-chef du Centre Lutetia, responsable de l'organisation de l'accueil des déportés à leur retour des camps.

publireportage

Le Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli, un hôpital où soigner reste un art



Le CHU Tivoli, établi à La Louvière, fait partie intégrante du réseau des institutions de soins de santé de l'Université Libre de Bruxelles. L'hôpital possède 518 lits agréés, 3 polycliniques et 1 unité de dialyse extra hospitalière.

Avec plus de 1400 employés, auxquels il convient d'ajouter plus de 200 médecins, le CHU Tivoli constitue l'un des principaux employeurs de la région du Centre.

L'hôpital est un être vivant : il grandit, il vieillit, il mûrit. Il fêtera bientôt ses 40 ans. Au-delà d'un travail intense de rénovation de ses services, entamé il y a quelques années, un projet d'extension architecturale a vu le jour. Le projet s'inscrit dans la philosophie du développement durable et la nature sera utilisée comme l'élément d'intégration du site dans son environnement naturel mais plus encore comme élément de soin à part entière.

Outre ces importants aménagements, le CHU Tivoli investit également de manière constante dans des équipements médicaux de pointe. En alliant haute technicité et humanisation des soins, le CHU Tivoli vise à offrir à ses patients un service dont toutes les composantes présentent un niveau de qualité optimum. Chaque jour, chaque nuit, des femmes et des hommes venant de tous les horizons et de tous les métiers se retrouvent dans un lieu unique, au cœur de la santé, où la vie bat plus fort qu'ailleurs.

Le Département Infirmier, occupant plus de 800 personnes, remplit sa mission la plus fondamentale : soigner. La philosophie des soins s'inscrit dans la pratique du nursing individualisé afin de respecter l'intégrité du patient et de favoriser son autonomie. Le processus d'intégration du nouvel engagé au sein du département vise le développement professionnel autonome et responsable. Il se décline

en étapes successives permettant au novice motivé d'atteindre un niveau d'expert. A tout moment, il peut solliciter l'expérience du groupe aux compétences multiples pour résoudre ses problèmes et s'entourer dans son rôle de soignant. Un réseau d'infirmières de référence est le garant de la transmission d'un savoir et d'un savoir faire actualisés au sein des équipes dans les domaines aussi variés que : l'hygiène hospitalière, la gériatrie, la diabétologie, le raisonnement clinique, l'incontinence, la qualité des soins, la réanimation cardio-pulmonaire, l'encadrement des étudiants, ...

Les équipes soignantes évoluent autour d'objectifs communs fixés chaque année avec leurs responsables et, afin de garantir le professionnalisme de chacun, nous plaçons la formation au centre de nos préoccupations. Notre département s'investit également dans les processus Qualité et Sécurité soutenus par le SPF Santé Publique en adhérant activement, par exemple, à la politique de déclaration des événements indésirables, au projet GIFT (don d'organes), clinique de la douleur, ...

Enfin, le Département Infirmier du CHU Tivoli fut pionnier en matière de développement d'un dossier infirmier informatisé, véritable support à la démarche du raisonnement clinique et source de données pour le DI RHM.

Quelques points forts :

- La **cellule Mère – Enfant** et son programme d'accompagnement autour de la naissance : le NIDCAP, le label Hôpital Ami des Bébés (reconduit jusqu'en 2016), le suivi du post-partum à domicile, les consultations massages bébés, la cellule « ados » du service de Pédiatrie, ...
- Le plateau des **unités aiguës** avec la Salle d'Urgence et le SMUR, le service des Soins Intensifs (bientôt 28 lits), l'Unité de Médecine Aiguë, les salles d'angiographie, la stroke unit et le Centre de Réanimation Néonatale.
- Le service de **Dialyse et d'auto-dialyse** sur le site de Soignies.
- La **clinique du sein** avec une équipe pluridisciplinaire accompagnant les patientes de façon personnalisée tout au long de leur parcours, avec des équipements tels un appareil à tomosynthèse et le Mobétron, appareil à la pointe de la technologie radiothérapeutique.
- Et les nombreuses **unités de médecine et de chirurgie** qui couvrent de multiples spécialités.

Autant de facettes pour un métier à tisser au fil des jours et pour accompagner la vie.



Qualification professionnelle pour les praticiens de l'art infirmier

24 AVRIL 2013 - Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie

La Ministre de la Santé publique,
Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, l'article 35sexies, inséré par la loi du 19 décembre 1990 et modifié par la loi du 10 décembre 2009;
Vu l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, l'article 2, 1. ;
Vu l'avis du Conseil fédéral de l'Art infirmier, donné le 18 mars 2010;
Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 3 septembre 2012;
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 28 janvier 2013;
Vu l'avis n° 52.672/2 du Conseil d'Etat, donné le 23 janvier 2013, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,
Arrête :

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Article 1er. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par Commission d'agrément : la Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier telle que mentionnée à l'article 21septiesdecies/1 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, inséré par la loi du 19 décembre 2008.

CHAPITRE II. - Critères d'obtention de l'agrément d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie

Art. 2. § 1er. Toute personne désirant être agréée aux fins de pouvoir se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie :

- est porteuse du diplôme, du grade, du brevet d'infirmier ou du titre d'infirmier gradué, d'infirmière graduée, de bachelier en soins infirmiers, d'infirmier, d'infirmière ou porteuse du «diploma in de verpleegkunde», et

- a suivi avec fruit, en plus de sa formation de base, une formation complémentaire en santé mentale et psychiatrie, répondant aux exigences mentionnées à l'article 3.

§ 2. Par dérogation au § 1er, l'agrément comme infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie est accordé de plein droit au porteur du diplôme ou du brevet d'infirmier psychiatrique obtenu conformément à l'arrêté royal du 9 juillet 1960 portant fixation des conditions de collation du brevet d'infirmier ou d'infirmière et de l'exercice de la profession.

Il en va de même pour les porteurs du brevet d'infirmier ou d'infirmière psychiatrique obtenu conformément à l'arrêté royal du 17 août 1957 portant création du brevet d'hospitalier ou d'hospitalière et fixation

des conditions de collation de ce brevet.

Art. 3. § 1er. La formation complémentaire visée à l'article 2, § 1er, comprend une formation théorique d'au moins 150 heures effectives, correspondant à 10 crédits ECTS, dans les trois domaines suivants :

1° Sciences infirmières :

- Soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie : méthodes, modèles, courants thérapeutiques...;
- Déontologie et éthique infirmière;
- Principes de communication, de relation d'aide et thérapeutiques (connaissance de soi,...);
- Approches thérapeutiques individuelles et en groupe;
- Techniques thérapeutiques propres aux soins psychiatriques;
- Principes et méthodes d'éducation en santé mentale (psycho-éducation);
- Recherche appliquée en santé mentale et psychiatrie et son utilisation (Evidence Based Nursing).

2° Sciences biomédicales :

- Psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée;
- Urgences psychiatriques et psychiatrie de crise;
- Psycho-pharmacologie et pharmacologie;
- Neuropsychiatrie.

3° Sciences sociales et humaines :

- Philosophie;
- Psychologie et psychothérapies;
- Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie;
- Droit et législation dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie.

§ 2. Cette formation théorique doit inclure les 3 domaines mentionnés au § 1er mais pas chacun des sujets mentionnés; elle peut être orientée vers des domaines spécialisés et/ou des groupes cibles. Au moins 50 pourcents de cette formation doivent relever des sciences infirmières.

CHAPITRE III. - Conditions de maintien de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie

Art. 4. La qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie est octroyée pour une durée indéterminée, mais son maintien est soumis aux conditions cumulatives suivantes :

1°. L'infirmier suit une formation permanente relative aux soins en santé mentale et psychiatrie afin de pouvoir dispenser les soins infirmiers conformément à l'évolution actuelle de la science infirmière et ainsi de développer et d'entretenir ses connaissances et compétences dans les trois domaines visés à l'article 3, § 1er.

Cette formation permanente doit comporter au minimum 60 heures effectives par période de quatre années civiles entières débutant au 1er janvier de l'année suivant l'année d'octroi de l'agrément.

2° L'infirmier a effectivement presté, au cours des quatre dernières années, un minimum de 1 500 heures effectives auprès de patients dans un service psychiatrique interne ou externe ou dans un service spécialement dédié aux soins psychiatriques.

3° L'infirmier qui a suivi une formation décrite dans l'article 3, § 2, c'est-à-dire purement orientée vers un domaine et/ou un groupe cible spécialisé, doit exercer dans celui-ci, afin de pouvoir maintenir la qualification professionnelle particulière concernée.

Art. 5. Les documents démontrant le suivi de la formation permanente et l'exercice de l'art infirmier dans un service psychiatrique interne ou externe ou dans un service spécialement dédié aux soins psychiatriques sont conservés par le porteur de la qualification professionnelle d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie pendant six ans. Ces éléments doivent à tout instant pouvoir être communiqués à la demande de la Commission d'agrément ou de la personne chargée du contrôle du dossier de l'infirmier concerné.

CHAPITRE IV. - Conditions pour recouvrer la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie

Art. 6. Pour recouvrer la qualification professionnelle particulière, vingt pourcents d'heures supplémentaires par rapport aux heures de formation permanente imposées par le Ministre pour le maintien de la qualification professionnelle particulière doivent avoir été suivies.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires

Art. 7. Par dérogation à l'article 2, le porteur du diplôme, du grade, du brevet ou du titre d'infirmier gradué, d'infirmière graduée, de bachelier en soins infirmiers, d'infirmier, d'infirmière ou porteuse du «diploma in de verpleegkunde» peut être agréé pour se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie pour autant qu'il réponde aux conditions cumulatives suivantes :

- au moment de la date d'entrée en vigueur de cet arrêté, il exerce sa fonction, depuis

au moins deux ans équivalent temps plein, auprès de patients dans un service de psychiatrie interne ou externe ou dans un service spécialement dédié aux soins psychothérapeutiques, et

- il fournit la preuve qu'il a suivi avec fruit, en plus de sa formation infirmière de base, une formation théorique spécialisée en santé mentale et psychiatrie d'un minimum de cinquante heures effectives et ce dans les domaines spécifiés à l'article 3, § 1er, au cours des cinq dernières années précédant la date d'introduction de la demande d'agrément, et

- il introduit sa demande écrite auprès du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, pour bénéficier des mesures transitoires et être agréé, au plus tard trois ans après la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

CHAPITRE VI. - Entrée en vigueur

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du cinquième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Bruxelles, le 24 avril 2013.

Mme L. ONKELINX

Titre professionnel pour les praticiens de l'art infirmier

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

24 AVRIL 2013 - Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie

La Ministre de la Santé publique,
Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, l'article 35sexies, inséré par la loi du 19 décembre 1990 et modifié par la loi du 10 décembre 2009;

Vu l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, l'article 1er, 2. ;
Vu l'avis du Conseil fédéral de l'Art infirmier, donné le 18 mars 2010;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 3 septembre 2012;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 28 janvier 2013;

Vu l'avis n° 52.671/2 du Conseil d'Etat,

donné le 23 janvier 2013, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,
Arrête :

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Article 1er. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par Commission d'agrément : la Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier mentionnée à l'article 21septiesdecies/1 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, inséré par la loi du 19 décembre 2008.

CHAPITRE II. - Critères d'obtention de l'agrément d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie

Art. 2. § 1er. Toute personne désirant être agréée aux fins de porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie :

- est porteuse du diplôme, du grade ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée obtenu avant le 31 décembre 2007 ou de bachelier en soins infirmiers, et

- a suivi avec fruit, en plus de sa formation de base, une formation complémentaire ou spécialisation en santé mentale et psychiatrie répondant aux exigences mentionnées à l'article 3.

§ 2. Par dérogation au § 1er, l'agrément comme porteur ou porteuse du titre professionnel d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie est accordé de plein droit au porteur du diplôme, du grade ou du titre d'infirmier ou d'infirmière gradué(e) psychiatrique, obtenus conformément à l'arrêté royal du 17 août 1957 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse, d'infirmier ou d'infirmière et de l'exercice de la profession.

Art. 3. § 1er. La formation complémentaire ou spécialisation visée à l'article 2, § 1er, comprend une partie théorique et une partie clinique, équivalente à minimum 900 heures effectives correspondant à 60 crédits ECTS.

§ 2. La partie théorique comprend au moins 450 heures effectives, correspondant à 30 crédits ECTS, et aborde au moins les domaines suivants :

1° Sciences infirmières :

- Soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie : méthodes, modèles, courants thérapeutiques...;
- Déontologie et éthique infirmière;
- Principes de communication, de relation d'aide et thérapeutiques (connaissance de soi,...);
- Approches thérapeutiques individuelles et en groupe;
- Techniques thérapeutiques propres aux soins psychiatriques;
- Principes et méthodes d'éducation en santé mentale (psycho-éducation);
- Recherche appliquée en santé mentale et psychiatrie et son utilisation (Evidence Based Nursing).

2° Sciences biomédicales :

- Psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée;
- Urgences psychiatriques et psychiatrie de crise;
- Psycho-pharmacologie et pharmacologie;
- Neuropsychiatrie.

3° Sciences sociales et humaines :

- Philosophie;
- Psychologie et psychothérapies;
- Politique et organisation en santé mentale et psychiatrie;
- Droit et législation dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie.

§ 3. L'enseignement clinique comprend au moins 450 heures effectives, correspondant à 30 crédits ECTS, et aborde les domaines suivants :

- au moins deux catégories d'âge différentes (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées);
- au moins deux groupes cibles en termes de psychopathologie;
- au moins deux cadres thérapeutiques et/ou environnementaux de soins.

CHAPITRE III. - Conditions de maintien du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie

Art. 4. Le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie est octroyé pour une durée indéterminée, mais son maintien est soumis aux conditions cumulatives suivantes :

1° L'infirmier suit une formation permanente en santé mentale et psychiatrie afin de pouvoir dispenser les soins infirmiers conformément à l'évolution actuelle des sciences infirmières et ainsi de développer et d'entretenir ses connaissances et compétences dans les domaines visés à l'article 3, § 2.

Cette formation permanente doit comporter au minimum 60 heures

effectives par période de quatre années civiles entières débutant au 1er janvier de l'année suivant l'année d'octroi de l'agrément.

2° L'infirmier a effectivement presté, au cours des quatre dernières années, un minimum de 1 500 heures effectives auprès de patients relevant du champ de la santé mentale et/ou de la psychiatrie en secteur intra ou extra-hospitalier.

Art. 5. Les documents démontrant le suivi de la formation permanente et l'exercice de l'art infirmier auprès de patients relevant du champ de la santé mentale et/ou de la psychiatrie en secteur intra ou extra-hospitalier, sont conservés par le porteur du titre professionnel particulier spécialisé en santé mentale et psychiatrie pendant six ans. Ces éléments doivent à tout instant pouvoir être communiqués à la demande de la Commission d'agrément ou de la personne chargée du contrôle du dossier de l'infirmier concerné.

CHAPITRE IV. - Conditions de recouvrement du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie

Art. 6. Toute personne désirant recouvrer le titre professionnel particulier introduit une demande et répond aux conditions cumulatives suivantes :

- dans la période de 48 mois précédant la date d'introduction de la demande, elle a suivi la formation permanente en santé mentale et psychiatrie qui est exigée pour le maintien du titre professionnel particulier ainsi que vingt pourcents d'heures supplémentaires de formation permanente en santé mentale et psychiatrie;
- la formation permanente, qui est exigée pour recouvrer le titre professionnel particulier, répond aux dispositions de l'article 4, 1°.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires

Art. 7. Par dérogation à l'article 2, l'infirmier gradué qui a obtenu son diplôme avant le 31 décembre 2007 ou le bachelier en soins infirmiers peut être agréé pour porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie pour autant qu'il réponde aux conditions cumulatives suivantes :

- au moment de la date d'entrée en vigueur de cet arrêté, il exerce sa fonction, depuis au moins deux ans équivalent temps plein, auprès de patients dans un service de psychiatrie interne ou externe ou dans un service spécialement dédié aux soins psychothérapeutiques, et
- il fournit la preuve qu'il a suivi avec fruit, en plus de sa formation infirmière de base, une formation théorique spécialisée en santé mentale et psychiatrie d'un minimum de 150 heures effectives dans les domaines spécifiés dans l'article 3, § 2 et dont au moins 45 heures ont été suivies au cours des cinq dernières années précédant la date d'introduction de la demande d'agrément, et
- il introduit sa demande écrite auprès du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, pour bénéficier des mesures transitoires et être agréé, au plus tard trois ans après la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

CHAPITRE VI. - Entrée en vigueur

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du cinquième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Bruxelles, le 24 avril 2013.

Mme L. ONKELINX

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 OPPORTUNITÉ D'ÉVOLUTION ENVIRONNEMENT AGRÉABLE

PLURALISME ET NON DISCRIMINATION MATÉRIEL DE POINTE

convivialité

CDI CRÈCHE D'ENTREPRISE estimation de salaire sur simple demande

le logiciel du Nursing de la gamme

OmniPro

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

mims *우리의 관심은 당신의 환자들*
www.mims.be
info@mims.be

La gestion de la douleur lors des soins avec effraction cutanée chez les enfants de 0 à 14 ans pris en charge en pédiatrie et aux urgences

Corinne Ganseman

Infirmière en chef du service de pédiatrie au CHR de la Haute Senne de Soignies
Porteuse du titre d'infirmière spécialisée en pédiatrie et néonatalogie et Cadre de Santé
corinne.ganseman@chrhautesenne.be



Chaque enfant est un jour amené à recevoir un soin avec piqûre que ce soit pour une vaccination, un traitement ou un examen médical. Sur le plan physique et psychologique, le soin peut se passer sans soucis, ou au contraire, être subi de façon traumatisante. Le risque est surtout la mise en mémoire de la douleur qui compliquera les rapports futurs de l'enfant avec le monde médical.

Introduction

Au CHR de la Haute Senne à Soignies, le besoin de reconsidérer la prise en charge spécifique de l'enfant et de la douleur s'est fait sentir en observant régulièrement des soins effectués chez les enfants en Pédiatrie et aux Urgences. Une démarche institutionnelle a, dès lors, été mise en place. L'objectif étant de modifier et améliorer les pratiques du personnel soignant afin qu'il prévienne autant que possible la douleur procédurale chez l'enfant quel que soit l'endroit où il est pris en charge dans l'hôpital.

La problématique à l'origine du projet

- L'utilisation des moyens antalgiques (médicamenteux et non) en Pédiatrie et aux Urgences peut considérablement être augmentée pour les soins avec effraction cutanée.
- La prise en charge des enfants et de leur douleur n'est pas suffisamment optimale pour diverses raisons (manque de connaissances, sentiment d'inutilité, prévention insuffisante...).
- Une uniformisation des pratiques antalgiques pédiatriques est idéalement envisageable dans une volonté de continuité cohérente entre les services concernés.
- Pour garantir une prise en charge uniforme de ce type de soins, il est utile de mettre en place des protocoles et des procédures devant être connus par l'ensemble du personnel soignant.

Méthodologie

L'hypothèse posée au départ de l'étude

L'implantation d'une procédure de gestion de la douleur pour les soins nécessitant une effraction cutanée chez les enfants de 0 à 14 ans ainsi que la formation du personnel du service de pédiatrie et des urgences à la prise en charge des enfants permettent :

- l'augmentation de l'utilisation des moyens antidouleur médicamenteux et non médicamenteux ;
- une diminution de la douleur ressentie lors des soins ;
- une augmentation de la satisfaction des parents et des soignants.

Les objectifs recherchés

Une étude quasi-expérimentale a été effectuée dans les services de Pédiatrie et des Urgences du CHR de la Haute Senne entre décembre 2010 et juillet 2012. L'objectif premier était de conscientiser le personnel soignant ainsi que la hiérarchie à la problématique observée. Le second objectif consistait à implanter un projet d'envergure institutionnelle évolutif et durable. Ceci permettant d'uniformiser et d'améliorer la prise en charge pédiatrique de la douleur.

Les différentes actions menées au sein de l'institution

Différentes actions ont été envisagées pour pallier aux constatations de départ :

- la création et l'implantation d'une procédure qui guide le personnel dans le choix d'une antalgie en fonction de l'âge de l'enfant et du type de soin à effectuer ;
- la formation du personnel de Pédiatrie et des Urgences à la prise en charge adaptée des enfants pendant les soins ;
- la désignation d'un infirmier référent dans chaque service ;
- la création de protocoles d'utilisation correcte des moyens médicamenteux disponibles ;
- la création d'une charte de prise en charge optimale de la douleur chez l'enfant ;
- l'adaptation du matériel de soins, des moyens antalgiques et des locaux.

Le déroulement de l'étude

Les enfants devant recevoir un soin avec effraction cutanée ont été observés en pédiatrie et aux urgences en pré et post test. Les données ont été recueillies par des grilles d'observation et des échelles d'évaluation de douleur adaptées à l'âge de l'enfant : les échelles NFCS, CHEOPS, 6 visages de Wong et Baker. L'observation a été effectuée avant, pendant et après le soin par un observateur discret et non influent sur la prise de décision d'appliquer ou non une antalgie préventive. Un relevé des antalgiques (médicamenteux ou non) utilisés a également été effectué chez les enfants observés.

La satisfaction des parents présents lors des soins a été évaluée par un questionnaire qui leur a été distribué dans les deux services.

La satisfaction du personnel soignant a été évaluée par un questionnaire permettant aux infirmiers et aux pédiatres de s'exprimer sur la gestion de la douleur dans leur service et sur des propositions de solutions.

Echantillonnage constitué	Pré test	Post test
Les enfants de 0 à 14 ans subissant un soin avec effraction cutanée en pédiatrie ou aux urgences	138	108
Les parents présents pendant les soins	88	54
Le personnel soignant des deux services	32	30

Les résultats obtenus

Certains moyens antalgiques ont connu une croissance importante de leur utilisation notamment pour l'EMLA®, le MEOPA®, le glucose 30% et de la distraction. Nous avons mesuré une augmentation de

leur utilisation dans les trois tranches d'âge prédéfinies. Les résultats obtenus sont significatifs à $P < .01$. L'augmentation de l'utilisation des moyens antalgiques est le fruit des différentes actions menées auprès du personnel soignant. L'effort commun a permis de mettre en évidence une progression notoire dans la qualité des soins et l'accueil des enfants.

Nous ne pouvons pas affirmer totalement que l'augmentation de l'utilisation des moyens antalgiques a permis de diminuer la douleur ressentie par tous les enfants. Le gain antalgique acquis est toutefois loin d'être négligeable et mérite qu'on poursuive les efforts dans cette voie. L'important est de cumuler les moyens médicamenteux avec les moyens non médicamenteux pour avoir des résultats optimaux. Plus le personnel soignant aura de l'expérience dans le domaine et plus il sera performant dans sa lutte contre la douleur induite par les soins.

L'augmentation de l'usage des antalgiques et l'amélioration de la prise en charge des enfants par le personnel soignant ont permis d'améliorer sensiblement et significativement ($P < .05$) la satisfaction des parents en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chez leur enfant. Les actions menées répondent aux convictions et souhaits des parents qui veulent le mieux pour leur enfant. Les parents peuvent à présent consulter une charte des soins sans douleur qui est affichée dans les sites où les enfants peuvent transiter. La charte crée et affichée reste garante d'un engagement du personnel et de l'institution.

Les données représentant la satisfaction des soignants en matière de prise en charge de la douleur n'ont pas permis de mettre en avant des résultats statistiquement significatifs même si les pratiques ont été sensiblement et positivement modifiées. Nous pouvons également nous réjouir d'avoir instauré une meilleure collaboration entre les deux services.

En conclusion

Ce projet a été effectué dans le cadre d'une formation de Cadre de Santé au sein de l'IPSMa Promotion Sociale à Charleroi. Il a servi de tremplin pour d'autres projets institutionnels autour de la douleur et de l'enfant. Il a aussi permis de conscientiser et convaincre certains

soignants d'être des acteurs de projets au sein de leur institution et des moteurs de qualité auprès de leurs collègues. Nous ne sommes pas parvenus à systématiser l'usage des antalgiques et nous ne le ferons sans doute jamais mais nous avons déjà bien progressé dans ce domaine. Il est impératif que les infirmiers référents pédiatriques des deux services continuent à se réunir ponctuellement afin de poursuivre l'effort entamé et de maintenir le processus engrangé. Il sera aussi impératif de continuer à s'informer et se former pour rester à la hauteur de nos ambitions.

Bibliographie

- ANNEQUIN, D. La douleur chez l'enfant : pédiatrie au quotidien. Paris : Masson, 2002. 183 p. ISBN 2-225-85763-6
- DOMMERGUES, J-P, et FOURNIER-CHARRIERE, E. Douleur et urgences chez l'enfant. 2e éd. Paris : Arnette Blackwell, 2006. 244 p. ISBN 2-7184-0754-9
- GOVAERTS, M.J.M. Prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant. 1e éd. Bruxelles : le comité scientifique du projet national douleur aiguë de l'enfant, 2009. 144 p. (pas d'ISBN)
- PÉDIADOL GROUPE INFIRMIER. La douleur de l'enfant : stratégie soignante de prévention et de prise en charge. Paris : ATDE Pédiadol, 2006. 128 p. (pas d'ISBN)
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et évaluation en santé : Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Paris, mars 2000, ISBN 2-910653-00-0 [enligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenfrap2.pdf>
- CENTRE NATIONAL DES RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR CNRD. Standards, options et recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions sanguines, lombaires, osseuses chez l'enfant atteint d'un cancer, 2005[enligne]. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/Recommandations-pour-la-pratique,615.html>

La gestion du stress et de la douleur chez un enfant de 3 à 5 ans en salle de reveil



Marie Lefebvre



La croyance selon laquelle les enfants ne ressentent pas la douleur était répandue dans la formation des médecins et infirmiers et a guidé leur pratique jusque dans les années 1980. Si les enfants exprimaient leur douleur, elle était ignorée ou sous-estimée et insuffisamment traitée. Les enfants ressentent autant de douleur que les adultes et même peut-être plus. A l'hôpital Jeanne de Flandres à Lille en France, l'équipe pluridisciplinaire pédiatrique l'a bien compris. La prévention de la douleur et du **stress** est une des principales priorités du quartier opératoire.

De nouvelles recherches nous ont aidés, nous les professionnels de la santé, à **éclairer** certains aspects complexes de la douleur et du stress chez l'enfant. Nous savons maintenant qu'une douleur non soulagée peut avoir des **conséquences** significatives à court et à long terme sur le développement de l'enfant. Chaque enfant est **unique**. Aujourd'hui, il n'est plus possible de considérer l'enfant autrement que comme un **acteur à part entière de sa santé**. Il est important de tenir compte des composantes socioculturelles et éducatives qui l'entourent. Ces dernières années s'est développée une tendance à **humaniser** les soins aux enfants hospitalisés. Cette tendance se doit d'être avant tout une tentative de réponse aux besoins de l'enfant car l'hospitalisation représente une source de **frustration** pour chacun d'entre eux.

Ma principale motivation dans le choix du sujet de travail de fin d'études vient de mon envie d'orientation professionnelle vers la pédiatrie. La gestion de la douleur est un sujet qui fut très peu abordé durant mes trois années de formation infirmière ou que l'on néglige encore trop souvent, de même pour le stress. Or, une bonne prise en charge de ces composantes émotionnelles peut améliorer, à mon sens, le séjour de l'enfant à l'hôpital. L'enfant est apeuré, craintif des nouveautés, prudent et très réceptif aux événements extérieurs. Je me suis posée la question de savoir pourquoi les enfants vivaient encore de mauvaises expériences à l'hôpital, malgré tous les moyens existants. J'ai orienté mon travail vers les **enfants de 3 à 5 ans**, d'âge préscolaire. Ils commencent doucement à découvrir leur corps, les influences

>> Suite page 18

extérieures mais ne savent pas toujours mettre des mots sur ce qu'ils ressentent. C'est un âge de transition où la communication est parfois difficile et où l'**attachement aux parents** est encore très présent.

Une douleur niée ou non prise en charge est **mémorisée** par l'enfant quel que soit son âge. L'enfant peut croire que sa douleur est une **punition** bien méritée. L'expérience douloureuse peut avoir des conséquences sur sa perception ultérieure de la douleur. Pour une prise en charge optimale de la douleur, il faut une **cohérence** au sein de l'équipe soignante : cela va du médecin prescripteur à la prévention infirmière dans une équipe pluridisciplinaire.

J'ai essayé, dans ce travail, de définir les moyens mis en œuvre par l'infirmier(ère) et leur efficacité pour prendre en charge la douleur et le stress de l'enfant en salle de réveil. J'ai avant tout tenté de répondre à la question suivante: «**Comment l'infirmière répond ou gère les besoins de l'enfant de 3 à 5 ans face au stress et à la douleur en salle de réveil ?**»

La douleur est avant tout un **phénomène subjectif** et difficile à faire partager ainsi qu'à définir. Son évaluation et sa quantification sont relativement malaisées chez les jeunes enfants. La crainte du surdosage entraîne une sous-médication tant en durée qu'en dosage et qu'en efficacité. Enfin des manifestations telles que l'**anxiété de la séparation** avec les parents peuvent parasiter la perception de l'évaluateur. Le type de chirurgie (orthopédie plus douloureuse que le viscéral), la position que l'enfant adopte, l'explication qu'il aura reçu de la SSPI (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle) ainsi que la compréhension de sa douleur sont des facteurs qui accentuent la difficulté de l'évaluation par le soignant. L'**écoute** attentive de l'enfant et de ses parents, l'**observation** clinique infirmière et la vérification objective de ces observations grâce à l'utilisation d'outils sont la base de l'évaluation et d'une bonne prise en charge.



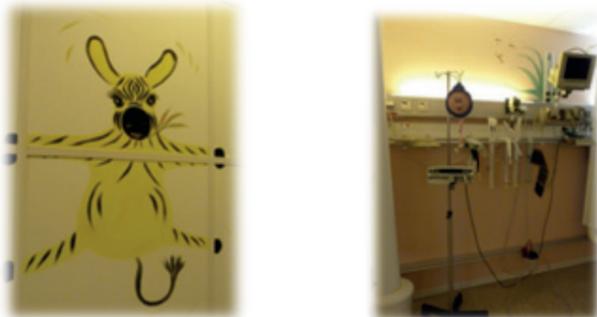
Au sein de l'hôpital Jeanne de Flandres, les blocs opératoires pédiatriques rassemblent un secteur orthopédique et un secteur viscéral chacun comprenant 4 salles.

La **SSPI** de l'hôpital Jeanne de Flandres à Lille peut accueillir 11 lits dont 2 pour

les nouveau-nés. A chaque poste, on retrouve le matériel obligatoire énoncé dans le décret français de décembre 1994. La phase de réveil est une phase d'anesthésie au moins aussi importante que la phase de l'induction. Dès l'arrivée de l'enfant en SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle), l'infirmier(ère) le branche au monitoring afin d'avoir une courbe d'ECG, une saturation en oxygène et une tension artérielle. On a donc une idée de l'évolution du réveil du patient sur le plan hémodynamique. La salle de réveil est un lieu qui se veut **calme et apaisant** pour le bien-être des patients lors de la reprise de conscience. La salle SSPI a été entièrement décorée de fresques par l'association Ludopital. La salle est peinte dans un ton rosé qui donne une **atmosphère relaxante et sereine**. De plus, au-dessus de chaque poste de surveillance, l'enfant découvre en ouvrant les yeux un animal peint au plafond. L'enfant est alors moins effrayé et a certainement moins la sensation de se retrouver dans un milieu qu'il ne connaît pas. Les **lumières tamisées** apportent aussi une atmosphère apaisante et rassurante. L'enfant n'est pas ébloui à son réveil. Tout est mis en place pour permettre un réveil tout en **douceur** à l'enfant. Le personnel infirmier veille au confort moral et physique de l'enfant.

La douleur étant propre à chacun, on ne peut la soigner de façon identique entre deux enfants. L'évaluation vise à la mesurer et à l'**objectiver**, elle constitue une étape essentielle et **indispensable** avant la mise en place d'un traitement. Elle va aider à l'installation d'une relation de confiance avec l'enfant. Il se rend compte qu'on le croit. Il existe deux types d'évaluations proposées aux équipes soignantes :

- **L'auto-évaluation**, qui est réalisée par l'enfant lui-même par des chiffres, des mots ou un dessin. Elle est toujours **privilégiée** lorsqu'elle est possible. On utilisera des échelles adaptées à l'âge de l'enfant et à son niveau de compréhension. Chez les enfants d'âge préscolaire, l'auto-évaluation peut débiter avec des échelles de visage (échelle validée mais non réaliste pour l'enfant), des jetons, un dessin ou une échelle verbale simple. Cependant cette dernière demande un **questionnement** de l'enfant sur sa douleur : « As-tu mal quelque part ? », « Dis-moi si tu as mal ? ». Ce type de démarche risque d'influencer la réponse de l'enfant, soit par un oui car l'enfant espère rejoindre plus vite ces parents, soit par un non car il craint qu'on lui fasse alors une piqûre.



De plus, la fatigue, l'humeur de l'enfant et la perception de la situation présente vont conditionner l'évaluation de l'enfant. C'est le rôle du soignant d'évaluer la meilleure façon d'aborder l'enfant, lors de la formulation de sa demande. Il ne faut pas oublier que les enfants de cet âge ont souvent une pensée magique (c'est l'âge des amis imaginaires et des monstres sous le lit).

- **L'hétéro-évaluation** est réalisée par quelqu'un d'autre que l'enfant : plus souvent les professionnels de la santé et plus rarement les parents. L'hétéro-évaluation est utilisée quand l'auto-évaluation est impossible. Elle se base sur l'**observation** du comportement de l'enfant. Dans ce type d'évaluation, un soignant évalue la douleur de l'enfant en utilisant des échelles qui varient selon son âge et la situation clinique. Il est important de toujours se référer au comportement habituel d'un enfant du même âge en bonne santé. Elle peut être réalisée en parallèle d'une auto-évaluation chez les enfants de 3 à 5 ans.

L'échelle **CHEOPS** est la plus utilisée en salle de réveil à Jeanne de Flandres. Elle est tout à fait adaptée aux douleurs postopératoires immédiates ainsi qu'aux enfants d'âge préscolaire. L'infirmier observe l'enfant selon les items repris dans la grille : les pleurs de l'enfant, le facies, la verbalisation de la douleur, les moments où l'enfant touche la partie douloureuse et les mouvements des jambes. Cependant, cette méthode d'évaluation demande de prendre le temps d'observer l'enfant et de remplir la grille. Il est parfois plus facile pour les IADE d'observer les constantes vitales lors du réveil du patient surtout lorsque la salle de réveil est pleine.



>> Suite page 20

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

CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA asbl

recherche, pour un engagement immédiat (H/F)

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

- Contrat à durée indéterminée
- Temps plein ou temps partiel

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

karibu unité adolescent | mère-enfant unité mère-enfant | défense sociale unité médico-légale

CHD **CHU** VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ

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

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

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

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

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

Modalités d'introduction des candidatures :
Lettre de motivation et CV à adresser au plus tard le 15/10/2012 à :
• CHU UCL Mont-Godinne - Dinant
A l'attention de Monsieur Thierry GODET - Directeur des Ressources Humaines, Avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 YVOIR
• recrutement-montgodinne@uclouvain.be

tivoli **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

«La douleur n'est pas une fatalité. Soulager la douleur de votre enfant est possible.»²

Après avoir procédé à un interrogatoire et à une évaluation approfondie de la douleur, le professionnel a une image plus claire des aspects essentiels de cette douleur. Il suffit ensuite de sélectionner la méthode thérapeutique ou la combinaison de **méthodes non pharmacologiques** la plus adaptée aux besoins de l'enfant. Mais la prise en charge de la douleur ne doit pas se limiter au post-opératoire pour être complète, elle doit débuter dès la période préopératoire.



Il en est de même pour le **stress** qui est un paramètre difficilement dissociable de la douleur. Il est donc essentiel de traiter le stress avec autant de rigueur que celui de la douleur pour optimiser la prise en charge de l'enfant en salle de réveil. Les travaux effectués par Zeev N. Kain³ ont démontré qu'«un niveau important d'anxiété préopératoire chez l'enfant était corrélé à une plus grande fréquence de troubles comportementaux postopératoires, à des scores de douleurs plus élevés ainsi qu'à une consommation d'antalgiques plus importante.

Il existe donc un **lien évident** entre l'anxiété préopératoire et les anomalies comportementales et émotionnelles au réveil telles que l'agressivité, l'agitation, les pleurs, etc. » De manière générale, le comportement de l'enfant en salle de réveil est représentatif de son état psychologique à son arrivée au bloc opératoire. En effet, un enfant qui arrive en colère et en pleurs se réveillera en pleurs et très agité. Il est donc essentiel de **préparer** l'enfant avant son intervention sur le déroulement de son séjour dans le quartier opératoire et d'appliquer correctement les **prémédications** afin de diminuer l'anxiété de l'enfant. La consultation pré-anesthésique a alors tout son sens même auprès des tout petits. Mais la question est de savoir si l'information verbale reçue lors de cette consultation suffit aux enfants de 3 à 5 ans. Or, le médecin anesthésiste a tendance à s'adresser aux parents en oubliant parfois de répondre aux éventuelles questions de l'enfant. Ne faut-il pas envisager de développer des supports photographiques, des vidéos ou matériels permettant une meilleure visualisation au patient de ce qu'il l'attend? La prise en charge de la douleur et du stress post-opératoire peut être optimale si elle débute dès la **période préopératoire**.

L'équipe soignante dispose actuellement d'une palette de moyens et d'actions permettant d'améliorer significativement la prise en charge de la douleur chez l'enfant. Celle-ci ne se résume pas à l'administration d'antalgiques. Beaucoup de moyens non pharmacologiques sont tout

aussi efficace voir parfois plus. Ce sont les **doudous**, les **tétines**, le **jeu**, les récompenses par un jouet, le lit que l'on réchauffe pendant l'intervention ou encore les parents. L'administration d'un traitement médicamenteux est utilisée en dernier recours. Les parents sont une aide **inestimable** pour évaluer, observer et interpréter les symptômes, le comportement et les réactions de leur enfant. Ils jouent un rôle de médiateur entre l'enfant et les professionnels de santé. Le personnel infirmier anesthésique en salle de réveil à Jeanne de Flandres n'est pas opposé à la présence des parents auprès de l'enfant lors de son réveil. Cependant, la sérénité de la SSPI doit être conservée. L'**inquiétude** et le stress des parents sont ressentis par l'enfant. Il faut savoir évaluer les bénéfices ou les inconvénients de cette présence.

L'un des moyens les plus efficaces dans la prise en charge de la douleur et du stress chez l'enfant est l'art-thérapie, notamment la **musicothérapie**. Elle s'adapte à tous les âges et à tous types de douleurs. Elle a une action certaine sur la douleur et le stress de l'enfant. C'est une thérapie douce qui facilite la détente. La participation de l'enfant est simple : il secoue un tambourin ou des maracas tandis que l'Art-thérapeute (Lili Road à Jeanne de Flandre) gratte sa guitare pour accompagner l'enfant. Cependant, cette méthode ne soigne pas la douleur. Elle permet juste de s'en éloigner en se focalisant sur la sensation agréable que dégagent les sons.

Pour conclure, par le biais de l'observation, je me suis attachée à opposer la pratique à la théorie. J'ai pu constater qu'il n'existait pas de prise en charge optimale. La douleur est une expérience unique et personnelle, sous l'influence de plusieurs facteurs environnementaux, sociaux et culturels. Toute la difficulté pour le soignant est d'**anticiper** les événements douloureux et stressants postopératoires grâce à des moyens simples et faciles d'application, et qui répondent aux capacités de compréhension de l'enfant. A regret, le personnel se voit parfois obligé de procéder par **priorités** de soins. On entre dans un «cercle vicieux» où le manque de temps empêche une prise en charge optimale et complète de l'enfant qui recherche à tout moment le contact et la sécurité. Ne serait-il pas intéressant de mettre en place un infirmier IADE référent qui suivrait l'enfant du préopératoire jusqu'au postopératoire ? Mais cela demande une nouvelle organisation du travail infirmier IADE avec une éventuelle surcharge de travail, du temps et des moyens. De plus, il s'est avéré que la thérapeutique médicamenteuse n'est pas la plus pertinente et la plus efficace mais qu'au contraire les thérapeutiques non médicamenteuses telle que la musicothérapie trouvent leur place au sein de la **prise en charge infirmière en salle de réveil** auprès de l'enfant douloureux et angoissé.

- 1 Soulager la douleur de l'enfant, guide à l'intention des infirmières et des autres professions de la santé par Céline Pilon
- 2 affiche créée par le Secrétariat d'Etat Français à la Santé et aux Handicapés, dans le cadre du plan triennal 1998-2001
- 3 Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC: Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. Pediatrics 2006; 118: 651-8.

Prise en charge extrahospitalière du brûlé grave



Dr Christophe Lacroix – Anesthésiste
Hôpital des Grands Brulés - NOH

LES PREMIERS SECOURS

Arrêter l'agression thermique et alerter les secours médicalisés constituent les priorités. Les premiers soins à prodiguer lors d'une brûlure thermique seront tout d'abord un contrôle des fonctions vitales ABC (airway, breathing, circulation). Ensuite un cooling des zones brûlées sera réalisé pendant 15 minutes par une eau à environ 15 °C (eau du robinet). Néanmoins la durée de ce cooling devra être modulée lors de

brûlures étendues à cause du risque d'hypothermie iatrogène. On admettra dès lors 5 minutes de cooling suivi d'un séchage et d'un réchauffement minutieux. Pour éviter un approfondissement des brûlures par effet cataplasme, les vêtements carbonisés et encore chauds, imprégnés de liquides chauds ou d'agents caustiques devront être impérativement enlevés sauf si ils adhèrent aux lésions. Les bagues, alliances ou autres objets métalliques seront également retirés. Lors de brûlures chimiques on veillera à

placer les vêtements contaminés dans un sac plastique afin d'éviter toute contamination accidentelle. L'oxygénothérapie par masque à haute concentration sera toujours indiquée surtout s'il s'agit d'incendies d'intérieurs. On veillera dès lors à protéger le patient contre l'hypothermie en le recouvrant avec une couverture aluminium et en surélevant les zones brûlées. Les brûlures seront couvertes par un linge stérile ou par des draps propres sans perdre de temps dans la réalisation de pansements sophistiqués. L'utilisation

>> Suite page 22



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

[Tableau 1] Critères d'Amission dans un Centre de Brûlés (AR 19 Mars 2007*)

1. SCB** > 10 % : < 10 ans ou > 49 ans
2. SCB** > 20 % : entre 10 et 49 ans
3. SCB** 3° > 5%: tous les âges
4. Brûlures: face, mains, OGE, péri-anale, articulations
5. Brûlures significatives d'origine chimique ou électrique
6. Destruction significative du tissu pulmonaire par inhalation
7. Brûlures et lourds antécédents médicaux,
8. Brûlures et antécédents psychosociaux (inclus enfants maltraités)
9. Brûlures associées à des traumatismes significatifs
10. Syndrome de Lyell, SSSS***
11. d'importants délabrements cutanés d'origine traumatique ou médicale sur une SC > 10%

* : AR fixant les normes auxquelles un centre de traitement de grands brûlés doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ** : SCB= surface corporelle brûlée *** : Staphylococcal Scalded Skin Syndrome

de compresses imbibées d'hydrogel est conseillée si elles ne recouvrent pas une trop grande surface (risque d'hypothermie) mais elles ne remplaceront en aucun cas le cooling.

PREMIÈRE ÉVALUATION MÉDICALE

Dans le bilan médical initial il faudra vérifier les fonctions vitales(ABCDE) et considérer le patient brûlé comme étant polytraumatisé afin de ne pas passer à côté d'une lésion vitale masquée par le caractère obnubilant et choquant des brûlures. L'anamnèse ou l'hétéro anamnèse devra vous faire suspecter des lésions co-existantes.

Ensuite il faudra évaluer la surface corporelle brûlée(SCB); celle-ci s'exprime en pourcentage et la règle de Wallace (tableau 1 et 2) reste l'échelle la plus utilisée. Nous utiliserons aussi la règle de la paume de la main (paume du patient, doigts y compris représente 1% de surface corporelle) pour l'estimation des lésions limitées ou en mosaïque.

Les lésions sont classées selon trois degrés de profondeur croissante. Le premier degré, atteinte limitée à l'épiderme superficiel (peau rouge et douloureuse), ne doit pas intervenir dans l'évaluation de la SCB. Le deuxième degré, stade des phlyctènes, est divisé en superficiel et profond selon la sévérité de l'atteinte du derme. Les lésions au troisième degré sont carbonisées ou blanches et carbonnées et surtout insensibles. Elles signent la destruction totale de la membrane basale.

LES SOINS MÉDICAUX

A ce stade l'équipe médicale prend en charge un patient très anxieux souffrant d'un choc hypovolémique, d'une dette en oxygène, d'une hypothermie et de douleurs intenses. Les brûlures passent dès lors au second plan et sont considérées comme des plaies à couvrir et à protéger du risque de surinfection.

1. La réanimation hydroélectrolytique

Elle sera entamée dès que la SCB dépasse 15% chez l'adulte et 10% chez l'enfant. Le retard de remplissage est un facteur prédictif de mortalité plus important que la nature et les modalités de remplissage chez un patient grand brûlé. Une bonne voie veineuse périphérique(18 à 16G) sera placée en zone saine ou à défaut en zone brûlée. Deux voies veineuses sont hautement souhaitables si le patient est intubé et sédaté de

façon à dédier une voie au remplissage vasculaire et l'autre à la sédation. L'absence d'accès veineux périphérique peut conduire à la pause d'une voie veineuse centrale de préférence fémorale. N'oublions pas que la voie intra osseuse peut également être utilisée chez l'enfant comme chez l'adulte. Un prélèvement sanguin pourra être réalisé afin de déterminer l'HbCO.

En pré hospitalier les règles de calculs précis, comme la formule du Parckland Hospital, sont souvent difficiles à appliquer, il est donc recommandé chez l'adulte comme chez l'enfant une expansion volémique avec un cristalloïde (idéalement type Hartmann ou Ringer lactate) à la dose de 10ml/kg si la SCB est < à 40% et de 20ml/kg si la SCB est > à 40%. Compte tenu des troubles majeurs de la perméabilité vasculaire dans tout l'organisme en cas de brûlure > à 20% de SCB, les colloïdes ne sont pas indiqués avant la sixième heure post brûlure.

En cas de brûlures électriques les apports calculés à partir des lésions visibles devront être doublés et l'alcanisation sera systématique afin de prévenir l'insuffisance rénale par rhabdomyolyse.

2. La réanimation respiratoire

La dette en oxygène est constante chez tout brûlé grave, majorée par une éventuelle lésion respiratoire associée. L'oxygénothérapie par masque haute concentration est toujours indiquée.

Lors de brûlures dues à un incendie en milieu clos, l'intoxication au monoxyde de carbone et/ou aux cyanures doit être systématiquement suspectée; elles sont par ailleurs souvent associées. Un patient présentant un choc réfractaire au remplissage ou un arrêt cardio respiratoire ou une instabilité hémodynamique ou une arythmie

grave doit vous faire penser à une intoxication aux cyanures et il est recommandé de lui injecter de l'hydroxocobalamine(Cyanokit), 5g chez l'adulte et 70mg/kg chez l'enfant qui est l'antidote reconnu.

En dehors de ces gaz, les effets cliniques de l'inhalation de fumées d'incendie sont de trois ordres:

- effet local irritant du gaz
- brûlures chimiques de la muqueuse pulmonaire par les suies inhalées
- brûlures chimiques et thermiques des voies aériennes supérieures responsables d'œdème laryngé

Il n'existe aucun signe pathognomonique d'inhalation de fumée mais lors d'un incendie en espace clos, certains symptômes comme des suies dans l'oropharynx ou dans les expectorations ou une association de toux sèche, dysphonie avec rauçité de la voix, wheezing, ronchis et sibilances doivent fortement la faire suspecter.

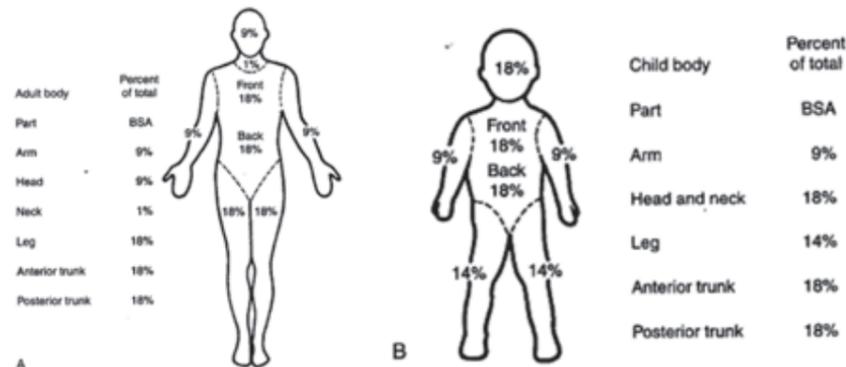
L'intubation trachéale et la ventilation mécanique seront indiquées en cas de brûlures sur une superficie > à 60%, lors de troubles de la conscience (Glasgow < 8) ou lors de détresse respiratoire patente.

Une intubation peut s'envisager de manière préventive face à des brûlures cervico-faciales profondes ou lors d'une forte suspicion symptomatique d'inhalation de fumée. Le but de cette intubation préventive est de prévenir des situations d'intubation et de ventilation impossibles; conséquence de l'œdème des voies aériennes supérieures. Cette obstruction des voies aériennes peut se compléter dès la 4ième heure et va durer plusieurs jours, pour être maximale à 48h.

L'intubation initiale sera orotrachéale et l'induction en séquence rapide sera réalisée. L'hypnotique de choix sera le propofol ou le midazolam associé ou non à un opioïde. L'etomidate peut être utilisé en cas de choc mais présente l'inconvénient d'inhiber durablement la sécrétion endogène de cortisol si précieuse en ces moments de choc et de stress intense. La succinylcholine pourra être utilisée jusqu'à la 24ième heure post brûlure sans risquer d'hyperkaliémie.

3. Analgésie et sédation

L'anxiolyse est très importante et passe souvent par l'utilisation d'une benzodiazépine (midazolam, diazépam). Parallèlement on pourra également parler, rassurer le patient ce qui réduira aussi son anxiété.



Du neuf à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB dans le domaine des Sciences Infirmières !



Dès septembre 2013, le Master en Sciences de la Santé Publique à finalité **gestion des établissements et services de soins** se déclinera en 3 options :
 > Gestion des institutions : Hôpitaux, MrS, MrPA
 > Gestion du département infirmier et des services infirmiers
 > Soins infirmiers cliniques (nouveau en 2013 !)

Les 2 dernières options étant bien entendu réservées à des professionnels de l'art infirmier !

L'option **Gestion du département infirmier et des services infirmiers** vous prépare à des **fonctions de management infirmier** dans les institutions de soins (directeur du département infirmier, cadre infirmier, responsable qualité, directeur de maison de repos...).

L'option **Soins infirmiers cliniques** - vous prépare à des postes à **responsabilité au niveau clinique et de recherche** dans les institutions de soins comme en dehors (advanced practice nursing : infirmier clinicien, coordinateur de soins, infirmier de recherche clinique («data manager»), chercheur en sciences infirmières...) avec des cours spécifiques tels que :

- Histoire de la clinique infirmière - concepts et philosophies de soins infirmiers (théorie)
- Structures et systèmes de soins infirmiers (théorie)
- Clinique infirmière et recherche clinique (théorie et exercices)
- Clinique infirmière et pratique clinique (théorie et exercices)

En ce qui concerne les infirmiers, les débouchés sont donc nombreux :

- postes de gestion/management/ fonction clinique dans les institutions de soins au sens large,
- recherche (secteur public ou privé – firmes pharmaceutiques),
- bureaux d'études,
- institutions de santé publique,
- observatoires de la santé,
- etc.

Atout supplémentaire

C'est également la seule finalité du Master en santé publique, organisée à la fois en horaire de jour et en horaire aménagé.

Vous êtes intéressé :

- téléchargez sur le site de l'ESP ULB la brochure complète du Master ;
- des questions ? N'hésitez pas à nous contacter : master.sp@ulb.ac.be
- Option «Soins infirmiers cliniques» : pour cette nouvelle option, vous pouvez également contacter : dleccoq@ulb.ac.be



«La vocation, c'est d'avoir pour métier sa passion»

Stendhal

Formation continue en psychiatrie

Pluridisciplinarité

Reprise de l'ancienneté

Encadrement personnalisé

Salaire attractif

Possibilité d'évolution

Cadre de travail exceptionnel

Hôpital à dimension humaine

COMPÉTENCES VALORISÉES, TALENTS RÉVÉLÉS

LE GROUPE HOSPITALIER LA RAMÉE – FOND'ROY

RECRUTE DES INFIRMIER(E)S

**BACHELIER(E)S
GRADUÉ(E)S
SPÉCIALISÉ(E)S**



L'humain au cœur du projet www.laramee.be www.fondroy.be

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

L'analgésie précoce va diminuer la consommation d'oxygène et prévenir l'hyperalgie secondaire. Les analgésiques de niveau 1 ou 2 sont souvent inefficaces et le recours aux morphinomimétiques (fentanyl, sufentanyl ou piritramide) est souvent nécessaire. De faibles doses de benzodiazépines à visée anxiolytique vont même potentialiser l'analgésie.

En pédiatrie, l'association de midazolam à la dose de 0,5mg/kg et de ketamine à la dose de 8mg/kg par voie intra rectale peut s'avérer très utile et surtout très efficace lorsqu'on est face à un enfant peu compliant et une voie intraveineuse pas nécessairement évidente à poser.

4. Les escarrotomies

Toute brûlure profonde et circulaire d'une extrémité, d'un membre ou du tronc doit faire l'objet d'une surveillance spécifique (pouls artériel, pouls capillaire, courbe de pulse oxymètre, sensibilité et température cutanée, pressions d'insufflations, volumes courants). Si une ischémie franche devait s'installer, une ou plusieurs incisions de décharge vont s'imposer mais elles seront très rarement réalisées en milieu extrahospitalier. En effet elles doivent être réalisées endéans les 3 à 6 heures post brûlure et le patient se trouvera souvent déjà en milieu hospitalier spécialisé. Exceptionnellement si un délai long est prévisible (médecine de catastrophe, problèmes d'évacuation) les incisions de décharge seront faites en pré hospitalier.

RÉFÉRENCES:

1. Les recommandations de la BABI sur le management préhospitalier et intrahospitalier de grands brûlés au cours des 72 premières heures post brûlure. S. Jennes, M. Casaer, K. Colpaert, A. Magnette 2008
2. Les brûlures: prise en charge initiale du pré-hospitalier à l'accueil
M. Bertin-Maghit, C. Magnin, S. Tissot, F. Braye, P. Petit
SFMU, Urgences 2003 enseignement supérieur médecins ,p 47-58
3. Prise en charge initiale du patient brûlé
R. Le Floch, J-F. Arnould, A. Pilorget, E. Naux
Service d'anesthésie, centre de traitement des brûlés, CHU Nantes
Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Les essentiels 2008, p 507-537. Elsevier Masson SAS
4. Prise en charge initiale d'une brûlure grave
H. Carsin Hôpital d'instruction des armées Percy
B.P. 406 – 92141 Clamart
5. Prise en charge préhospitalière du brûlé grave
Y. Qanouss, R. Seddiqui, K. Filali, M. Zoubir, M. Boughalem
Service de réanimation, hôpital Avicenne, Marakech- Maroc
Médecine, volume 6, Num 6 265-9 juin 2010, stratégies

En résumé

1. Contrôle des fonctions vitales selon la règle ABCDE
2. O2 par masque à haute concentration et protection des voies aériennes
Indications d'intubation:
- troubles de la conscience (GCS<8)
- brûlures cervicofaciales profondes
- détresse respiratoire patente
- brûlures sur une SCB > 60%
3. Cooling 15 minutes (eau à 15°C) sauf si grandes surfaces brûlées (5 minutes) ou si brûlure chimique(minimum 30 à 60 minutes)
4. Protection thermique du patient; couverture aluminium, réchauffement de l'ambulance
5. Surélévation des zones brûlées
6. Ligne IV et remplissage par cristalloïdes
10ml/kg si SCB < 40% et 20ml/kg si SCB >40%
7. Injection d'hydroxocobalamine(Cyanokit)
5g chez l'adulte et 70mg/kg chez l'enfant si inhalation de fumée et suspicion d'intoxication cyanhydrique
8. Analgésie en IV (cfr protocole existant)



publireportage

Le transport par ambulance

Le transport par ambulance est trop souvent le maillon faible de la chaîne des soins. Faute de lit adéquat il est souvent fait appel par les services d'urgences ou de soins intensifs à un vecteur de transfert afin d'acheminer le patient dans une institution possédant le lit ou la compétence adéquats. Et ceci non sans mal !

En effet, le nombre de vecteurs en adéquation avec la nécessité fait défaut. Ajoutons à cela le caractère urgent ou semi-urgent afin d'entamer un traitement invasif lourd ou libérer de la place au SUS généralement encombré à certaines heures.

Par manque d'ambulances médicalisées (particulièrement la nuit et le week-end) certains hôpitaux n'ont comme solution que d'utiliser leur SMUR et une ambulance de l'AMU pour cette opération. Avec à la clef la mise au «rouge» de ces vecteurs parfois pendant plusieurs heures, laissant ainsi des régions entières sans appui médicalisé à l'AMU. Les services d'urgences sont également pénalisés par le départ d'un urgentiste, faisant «gonfler» la queue en salle d'attente, engendrant ainsi la grogne des usagers. Cette situation n'arrange personne.

Un groupement d'infirmiers(ières) et de médecins tente au sein de SUD ASSISTANCE d'apporter un remède à ce problème récurrent en mettant à disposition des hôpitaux Wallons des solutions de transfert de qualité et ce, à tout instant et pour toutes destinations. Le staff est composé d'une cinquantaine de personnes, toutes particulièrement qualifiées et reconnues dans leur domaine. En effet, l'ensemble des intervenants a gardé un poste aux urgences-SMUR ou soins intensifs dans un hôpital et participe l'activité du SUD ASSISTANCE.

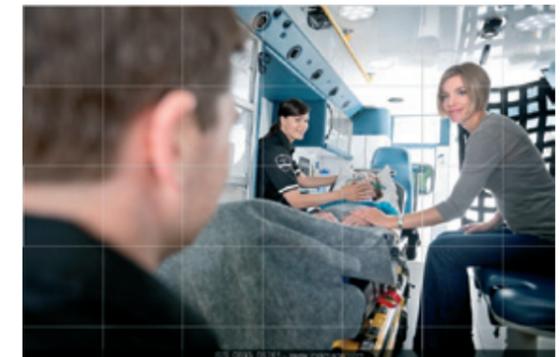
Des procédures opérationnelles strictes ont été écrites, mises en œuvre et constamment améliorées.

Une logistique médicale adéquate complète l'ensemble.

Enfin un staff de gestion et d'organisation coordonne le tout.

Quelques chiffres : 50 personnes employées : des ambulanciers, des infirmiers SISU, des médecins urgentistes ou spécialistes, des assistants polyglottes, comptable, ingénieur gestion, infirmier logisticien, mécanicien, bio-technicien, etc. 600.000km parcourus chaque année par les ambulances, taxis, VSL et un nombre incalculable de miles nautiques en avion lors de rapatriements des quatre coins du monde.

Enfin, SUD ASSISTANCE possède sa propre école de formation d'ambulanciers TMS reconnue et habilitée à breveter les ambulanciers en Région Wallonne complète le tout.



Pour tous renseignements : 084/22.22.26.,
info@sudassistance.be et www.sudassistance.be.



Les accidents de perfusion. Prévention

G. CHÉRON, G. PATTEAU, S. ECODA

Université Paris Descartes, Service des urgences pédiatriques, Hôpital Necker Enfants Malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15. - Correspondance : G. Chéron. Tél. : 01 44 49 42 92. Télécopie : 01 44 49 42 99. E-mail : gerard.cheron@nck.aphp.fr



Françoise Chéron

Points essentiels

- Les erreurs thérapeutiques sont plus nombreuses en pédiatrie que chez l'adulte.
- Les raisons tiennent entre autres aux différences de posologie selon l'âge, le poids, la surface corporelle, les dilutions nécessaires de médicaments conditionnés souvent pour l'adulte, à la cinétique particulière des médicaments chez l'enfant.
- La prescription informatisée réduit les erreurs potentiellement évitables si elle est associée à un logiciel d'aide à la prescription répondant aux spécificités pédiatriques.
- Les erreurs d'administration sont limitées par des pompes et des seringues asservies à la prescription.
- En situation d'urgences vitales, la prescription orale et l'administration manuelle sont associées à de nombreuses erreurs que seul l'entraînement de l'équipe et des dilutions standardisées de médicaments peuvent limiter.

Les accidents liés aux médicaments représentent la majorité des erreurs thérapeutiques médicales. On appellera erreurs médicamenteuses tout événement qui conduit ou peut conduire à un usage inapproprié d'un médicament ou à des effets secondaires indésirables chez un patient quel qu'en soit la cause (1). Ces accidents seraient 3 fois plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte (2,3).

Il s'agit le plus souvent d'erreurs de dosage et d'administration par voie parentérale.

La plus grande fréquence de ces accidents chez l'enfant tient à plusieurs facteurs. La posologie des médicaments est exprimée en fonction du poids, de la surface corporelle, du degré de prématurité chez le nouveau-né, de l'état clinique, ce qui nécessite des calculs sources d'erreurs (unités, place de la virgule,

omission d'un zéro devant la virgule...). De nombreux enfants sont pris en charge par des médecins peu familiarisés avec la pédiatrie notamment des juniors. Les débuts de semestre des internes sont plus riches en erreurs (4). Les médicaments les plus fréquemment en cause sont les antalgiques opiacés et non opiacés, les antibiotiques, les solutés de perfusion et les suppléments en électrolytes (5).

>> Suite page 26

1. LES CAUSES D'ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Les erreurs répondent à plusieurs causes. La première d'entre-elles est la prescription elle-même. Par ordre de fréquence, viennent ensuite l'administration de la prescription, la transcription par l'infirmière chargée de l'administration, enfin la dispensation par la pharmacie.

Les erreurs de prescription sont multiples : erreur de médicament pour une indication donnée, sur ou sous-dosage voire oubli, erreur de calcul de la dose unitaire, nombre d'injections par 24 heures inadéquat, dilution (volume, soluté) – vitesse d'administration – voie d'injection erronées ou non précisées, lisibilité/écriture «difficiles» prêtant à confusion, association médicamenteuse contre-indiquée, non respect d'une allergie connue à une famille de médicaments, non adaptation de la posologie à des résultats biologiques (insuffisance rénale, insuffisance hépatique), interactions médicamenteuses non prises en compte. Les erreurs d'administration correspondent au non respect d'une prescription complète, lisible, adéquate qu'il s'agisse d'une erreur de médicament, de solutés, de voies d'administration, de durée d'injection, de dilution...

2. LES MESURES BARRIÈRES

2.1. La prescription informatisée

Il est habituel de distinguer les erreurs qui peuvent être reconnues avant d'être traduites en pratique (intercepted errors des Anglo-saxons) et les erreurs inévitables. Les erreurs de prescription font partie des premières. Les logiciels de prescription informatisée ont ainsi permis de réduire significativement les erreurs de prescription chez l'adulte. Chez l'enfant, les métaanalyses récentes concluent avec plus de réserves. Floor van Rosse et al. ont recherché dans les bases de données Cochrane et Embase, les publications concernant la prescription informatisée jusqu'en novembre 2007 et ont extrait les essais randomisés ou observationnels comparant prescriptions sur logiciel et prescriptions écrites. Pour l'enfant, 3 études sur 5 concluent à une diminution des erreurs médicamenteuses et des effets indésirables. Les conséquences en termes de mortalité sont hétérogènes puisqu'une étude conclut à une diminution, une autre à une augmentation de la mortalité, et la troisième ne trouve pas de différences. En fait, si la métaanalyse permet de conclure à une réduction des erreurs médicamenteuses, il n'y a pas de réduction des effets indésirables (6,7). Un élément essentiel du point de vue méthodologique réside dans la conception du logiciel et son implantation sur site. Ces systèmes informatiques nécessitent tous un temps d'apprentissage pendant lequel le risque d'erreurs de prescription est majoré (6). Le logiciel d'aide à la prescription est très variable d'une étude à l'autre et les bases de données doivent prendre en compte des spécificités pédiatriques très diverses, allant du prématuré à l'adolescent (8). Ces logiciels sont aussi accusés d'augmenter le temps nécessaire à la prescription, de réduire les échanges oraux entre prescripteurs et soignants. Les résultats

sont d'autant plus concluants que le taux d'erreurs des prescriptions sur papier est important, supérieur à 12 % et que le logiciel est implanté dans une unité très spécialisée ayant recours à un petit nombre de médicaments (9).

2.2. Le pharmacien

Si on peut espérer une réduction des erreurs médicamenteuses du fait de la prescription informatisée, l'aide d'un pharmacien, membre à part entière de l'équipe soignante, semble intéressante. Chargé d'identifier les imperfections ou les erreurs de prescription, responsable de la dispensation, et contrôlant la préparation puis l'administration du médicament, le pharmacien-clinicien est un complément indispensable seul susceptible d'intervenir à temps sur les erreurs d'administration (10-12).

2.3. La normalisation des préparations médicamenteuses

Une approche complémentaire réside dans la normalisation des préparations médicamenteuses. Le centre hospitalier de l'est de l'Ontario à Ottawa a doté le service des urgences, le bloc opératoire et l'unité de soins intensifs pédiatriques de préparations standardisées de 8 médicaments (dobutamine, dopamine, adrénaline, fentanyl, midazolam, milrinone, morphine, noradrénaline). La prescription est informatisée, le logiciel prenant en compte le poids du patient, le volume souhaité des apports liquidiens. Les apports liquidiens n'ont pas été différents de ce qu'ils étaient auparavant. La sécurité de la réalisation de la prescription a été améliorée. Ces préparations standardisées facilitent la continuité des soins lorsque le patient passe d'une unité à une autre (13). Deux autres programmes similaires, dans une unité de réanimation pédiatrique (14) et pour la totalité d'un hôpital pédiatrique (15) avaient donné préalablement des résultats similaires et une réduction des erreurs de posologies. L'usage de pompes asservies à la prescription permet d'éviter les erreurs de rythme d'administration. Il s'agit d'une technologie complémentaire permettant de sécuriser davantage la réalisation de la prescription.

3. CONCLUSION

Les erreurs médicamenteuses en pédiatrie comme chez l'adulte résident avant tout dans la prescription. Celle-ci est probablement chez l'enfant un peu plus complexe dans la mesure où elle doit prendre en compte l'âge, le poids, les spécificités pharmacocinétiques des médicaments de l'enfant et du nouveau-né. L'intérêt de la prescription informatisée réside essentiellement dans la pertinence du logiciel d'aide à la prescription qui doit être adapté au case-mix des unités et des sites où il est implanté. La réalisation de la prescription est la seconde difficulté. Si les pompes asservies à la prescription améliorent la sécurité, les préparations médicamenteuses à concentrations standardisées permettent d'éviter les erreurs de préparation. Les expériences rapportées sont encore peu nombreuses mais elles sont prometteuses. La prescription demeurera néanmoins toujours un acte médical individuel. Il

convient de s'en souvenir à tout instant pour éviter que l'erreur médicamenteuse ne survienne du fait de problèmes d'interface entre le prescripteur et les machines.

RÉFÉRENCES

1. Department of Health. Building a safer NHS for patients. Improving medication safety. London: Stationary Office 2004.
2. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C et al. Medication errors and adverse drug events in paediatric inpatients. JAMA 2001 ; 285 : 2114-20.
3. Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. Arch Intern Med 2003 ; 163 : 1409-416.
4. McLaughlin TJ, Howard Bauchner H, Chesare JB et al. Effect of Computer Order Entry on Prevention of Serious Medication Errors in Hospitalized Children. Pediatrics 2008 ; 121 : e421-e7.
5. Stheneur C, Armengaud JB, Castro C et al. Medication errors in pediatric inpatients: a multicentric prospective study. Arch Pediatr 2006 ; 13 : 1294-8.
6. van Rosse F, Maat B, Rademaker CMA et al. The Effect of Computerized Physician Order Entry on Medication Prescription Errors and Clinical Outcome in Pediatric and Intensive Care: A Systematic Review. Pediatrics 2009 ; 123 : 1184-90.
7. Walsh KE, Landrigan CP, Adams WG et al. Effect of Computer Order Entry on Prevention of Serious Medication Errors in Hospitalized Children. Pediatrics 2008 ; 121 : e421-e7.
8. Sard BE, Walsh KE, Doros G et al. Retrospective Evaluation of a Computerized Physician Order Entry Adaptation to Prevent Prescribing Errors in a Pediatric Emergency Department. Pediatrics 2008 ; 122 : 782-7.
9. Shamiyan TA, Duval S, Du J et al. Just What the Doctor Ordered. Review of the Evidence of the Impact of Computerized Physician Order Entry System on Medication Errors. Health Serv Res 2008 ; 43(1 Pt 1) : 32-53.
10. Wang JK, Herzog NS, Kaushal R et al. Prevention of Pediatric Medication Errors by Hospital Pharmacists and the Potential Benefit of Computerized Physician Order Entry. Pediatrics 2007 ; 119 : e77-e85.
11. Wong ICK, Wong LYL, Cranswick NE. Minimising medication errors in children. Arch Dis Child 2009 ; 94 : 161-4.
12. Laura Calligaris L, Angela Panzera A, Luca Arnoldo L et al. Errors and omissions in hospital prescriptions: a survey of prescription writing in a hospital. BMC Clinical Pharmacology 2009 ; 9 : 9.
13. Irwin D, Vaillancourt R, Dalglish D et al. Standard concentrations of high-alert drug infusions across paediatric acute care. Paediatr Child Health 2008 ; 13 : 371-6.
14. Roman N. Innovative solutions: Standardized concentrations facilitate the use of continuous infusions for pediatric intensive care unit nurses at a community hospital. Dimens Crit Care Nurs 2005 ; 24 : 275-8.
15. Larsen GY, Parker HB, Cash J et al. Standard drug concentrations and smart-pump technology reduce continuous-medication-infusion errors in pediatric patients. Pediatrics 2005 ; 116 : e21-5.

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).



Site d'ATH
rue Maria Thomée 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

Infos et candidatures

CH EpiCURA asbl
Martine Vanschoor
Directrice Dépt Infirmier
rue L. Caty 136, 7331 Baudour
martine.vanschoor@epicura.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** | **078 151212**
Télé-assistance 24h/24 | www.vitatel.be



«DI-RHM au cœur des soins infirmiers»

Sébastien Ninite¹, Françoise Bardiau², Lambert Lesoil³



Sébastien Ninite

DI-RHM : OUTIL DE GESTION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

L'enregistrement des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DI-RHM) est considéré pour la plupart du personnel soignant comme une source de données purement financières.

L'objectif de cet article est de démontrer que le DI-RHM, outre son aspect financier, est un indicateur de la qualité des soins infirmiers.

En effet, grâce à cet enregistrement minimal des données infirmières, nous pouvons évaluer les profils de soins par rapport aux pathologies de nos différents services (DRG).

Le travail est centré sur la présentation statistique des données infirmières du RHM mettant ainsi en relation DI-RHM et gestion de la qualité des soins.

Introduction

Le DI-RHM est entré en vigueur en 2008. Il est construit selon le système international de classification des interventions infirmières (NIC & EBN).

Ses objectifs sont :

- Donner une image des interventions infirmières
- Permettre l'allocation en personnel
- Financer les soins infirmiers (sous partie B2 du budget de moyens financiers – BMF)

C'est un outil minimal d'enregistrement d'interventions infirmières réalisées. Par conséquent, ce n'est pas un enregistrement de TOUS les soins prodigués au patient !

Le DI-RHM est plus complet et plus proche de la réalité du terrain que le RIM 1 (Résumé Infirmier Minimum). C'est un élément essentiel et indispensable à la fixation du BMF.

In fact, cet enregistrement est considéré comme étant une source de données purement financières qui par ailleurs n'est toujours pas pris en compte dans le financement actuel.

Par conséquent, les équipes soignantes se sentent peu concernées par cet enregistrement.

Le rôle de la direction du département infirmier et de ses différents responsables

est de démontrer que l'enregistrement du DI-RHM est bien plus qu'un incitant financier. L'obligation d'enregistrer les données du DI-RHM a motivé toutes les institutions hospitalières à s'investir dans le raisonnement clinique et l'écriture au dossier infirmier.

En l'occurrence, l'analyse statistique du DI-RHM permet de donner aux équipes soignantes un feed-back sur leur pratique quotidienne de prise en charge des patients.

Le DI-RHM devient alors un indicateur de l'activité infirmière en termes de qualité de soins.

Méthodologie

Le CHU de Charleroi (ISPPC) comprend un ensemble intégré de 4 sites hospitaliers dont 1436 lits :

- L'Hôpital André Vésale à Montigny-le-Tilleul
- L'Hôpital Civil à Charleroi
- L'Hôpital Vincent Van Gogh à Marchienne-au-Pont
- L'Hôpital Léonard de Vinci à Montigny-le-Tilleul

La gestion et la coordination du DI-RHM sont assurées par deux infirmiers chefs de service, sous la direction du Directeur du Département Infirmier.

Les données statistiques émanant du DI-RHM sont analysées par un logiciel de C-Consult ad-

vice (CCA) permettant de faire du benchmarking et par un programme interne.

Voir Les étapes [tableau 1]

Cette démarche fait partie intégrante de la philosophie du département infirmier. Le DI-RHM est alors considéré comme outil de management des soins infirmiers !

Résultats

L'analyse statistique des données nous a permis de mettre en évidence les points suivants :

- Les profils de soins des unités (empreintes) ;
 - Les épisodes vides ;
 - La proportion des patients alités bénéficiant d'un matelas dynamique et/ou changements de positions ;
 - La cohérence entre les différentes AVQ (Activité de la Vie Quotidienne) ;
 - L'intensité de la surveillance des paramètres ;
 - La proportion des patients lavés avec aide totale bénéficiant d'une aide à la mobilisation ;
- La gestion de la douleur et des nausées postopératoires ;
- La proportion de soins de bouche chez les patients porteurs d'une sonde gastrique

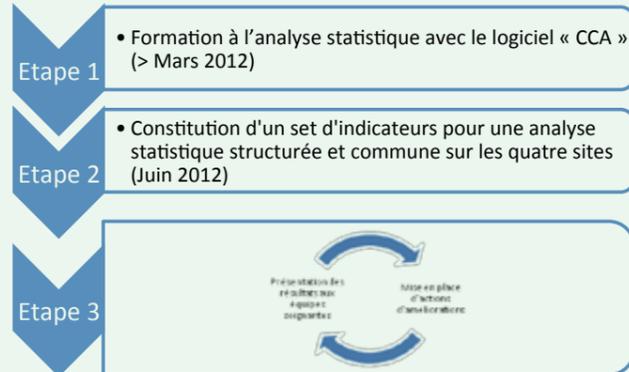
... Les résultats et leurs comparaisons avec les autres institutions de soins (benchmarking) permettent également de s'interroger :

Que fait-on de moins ?	Pourquoi ?
Que fait-on de plus ?	
Que fait-on différemment ?	
Comment le fait-on ?	

«Lorsque les résultats sont présentés aux équipes soignantes, il est important de parler des soins, de la qualité des soins, de la visibilité du dossier infirmier, ... plutôt que de parler des codes DI-RHM».

Nous pouvons également donner des résultats relatifs à l'encadrement du personnel soignant en termes de qualification et de nombre par rapport au profil de soins de l'unité. A l'heure actuelle, ces données n'ont pas encore été traitées (perspective 2013)

[Tableau 1] Les étapes



NOTRE AMBITION,
le maintien à domicile de vos patients.

Providom

Besoin de MATERIEL MEDICAL ?

Les professionnels PROVIDOM,
VOTRE SOLUTION.

www.providom.be

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

INFIRMIERS (H/F)

Profil :

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

Régime de travail :

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

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

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

Discussion

Ce travail nous a permis de présenter des indicateurs « DI-RHM » au personnel des unités de soins tout en leur parlant de la démarche en soins infirmiers.

Cette manière d'exploiter les données infirmières du RHM relève d'une exploitation de type « stratégique ». En l'occurrence, elle nous permet de fixer de nouveaux objectifs de soins en fonction des profils de soins ou de pathologies (NRG's / DRG).

La présentation de ces résultats :

- Apporte une autre signification au DI-RHM ;
 - Permet une remise en question de la pratique professionnelle dans une unité de soins
 - Donne une photographie du profil de soins pour la discipline concernée
 - Conduit à des actions d'améliorations
- Nous tenons à mettre en évidence les points suivants :
- Vu la taille de l'institution, la présentation des résultats est fortement chronophage et reste perfectible;

- Les résultats se basent sur des données 2010 à décalage avec la réalité ;
 - Quelle serait l'utilité d'un enregistrement continu ?
- Ce set d'indicateurs s'inscrit dans la vision stratégique du département infirmier. De surcroît, il fait partie de notre tableau de bord prospectif (balance scorecard), outil de contrôle et de gestion de la qualité des soins.

Conclusions

Le DI-RHM est donc bien plus qu'un enregistrement à des fins financières. Il a notamment conduit au développement de formations pour le personnel soignant et permet de constituer un set d'indicateurs évaluant la qualité des soins infirmiers.

Le DI-RHM nous amène à la réflexion, à la remise en question de notre pratique professionnelle et par conséquent à la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité des soins.

Notre perspective d'avenir est d'inclure aux résultats les données en personnel (nombre et

qualification) et de traiter ces données de manière journalière avec un logiciel interne. Par conséquent, cela permettrait de présenter les résultats relatifs à des données plus récentes. «*L'important n'est pas de convaincre mais de donner à réfléchir*»

Références

Dancausse F. & Chaumat E. Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins. 2000. Nicolas F. Formations C-Consult advice. 2012. Psiuk T. & Verhelst C. Plans de soins types et chemins cliniques. 2011.

¹ Infirmier chef de service des unités médico-chirurgicales et du DI-RHM, CHU de Charleroi – ISPPC

² Directrice du département Infirmier Hôpital Civil de Charleroi

³ Directeur Département Infirmier Hôpitaux généraux ISPPC

⁴ Fabienne Nicolas – Formation CCA

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



Zocco Gian-battista

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

Depuis 2005, le service de radiothérapie du C.H.U. André Vésale à Montigny-Le-Tilleul propose aux patients atteints d'un cancer de la prostate la technique de curiethérapie par implants permanents de grains d'Iode-125.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme dans les pays d'Europe et d'Amérique du nord et la seconde cause de mortalité après le cancer du poumon chez l'homme¹.

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

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

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

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

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

La question de recherche fut la suivante :

«Quels sont les moyens nécessaires à l'équipe soignante du service de radiothérapie du C.H.U. André Vésale afin d'optimiser la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer de la prostate bénéficiant d'une curiethérapie par implants permanents de grains d'Iode-125?».

Deux mots-clés ont permis de construire le cadre conceptuel de cette enquête et différents sous-points y sont développés :

- Cancer de la prostate.
- Curiothérapie de prostate.

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

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

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

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

Les contre-indications sont :

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

>> Suite page 32

ASSURANCE
RESPONSABILITE
PROFESSIONNELLE

VERZEKERING
BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

a s s u r a n c e s
pour et par le secteur des soins de santé
amma
v e r z e k e r i n g e n
voor en door de zorgsector



Je soigne. L'esprit tranquille !

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

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

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

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

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

Met een gerust gemoed aan de slag !

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

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

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

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

Voordeel leden NFBV en 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 Renaissance 12/1, 1000 Brussel-Bruuxelles

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

1. Le rôle de l'infirmier(e) de radiothérapie lors de l'application d'une curiethérapie de prostate est très important, il consiste en :

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

2. Les objectifs poursuivis par la recherche :

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

Méthodologie :

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

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

Le déroulement de l'enquête :

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

Analyse et interprétation des résultats :

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

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

Celui-ci souhaite :

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

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

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

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

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

Conclusion et perspectives d'avenir :

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

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

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

> Une procédure générale écrite de la marche complète à suivre dans le traitement d'une curiethérapie de prostate à l'Iode-125 ; elle a été réalisée en collaboration avec l'équipe.

> Une procédure opérationnelle sur la préparation des aiguilles et la découpe de grains.

> Un outil multimédia, tel un film didactique sur la préparation des aiguilles et la découpe de grain, ce qui renforcera et facilitera la formation de la procédure opérationnelle.

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

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

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

Bibliographie :

A.F.C.N. Agence fédérale de contrôle nucléaire : Accueil > réglementation : [en ligne]. Disponible sur : http://www.fanc.fgov.be/fr/page/chapitre-vi-applications-de-radiations-ionisantes-en-medecine-humaine-et-veterinaire/458.aspx#P_956 (consulté le 26/02/2011).

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

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

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

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

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

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

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

Poupon L. ; Sarrazin T. Enseignement de curiothérapie, base physique, Centre Oscar Lambret, décembre 2003.

Service communication : Denise D'Hainaut. Qui sommes-nous ? [En ligne]. Disponible sur : <http://www.chu-charleroi.be/PresentationGeneraleCHU.asp>: (consulté le 02/02/2011).

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

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

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

Rubrique culinaire

«Si on faisait un barbecue...»



Brochettes de fruits de mer aux parfums d'Asie :



Ingrédients pour 6 personnes :

18 grosses crevettes crues et décortiquées - 18 noix de St- Jacques sans corail - 1 ananas - 2 citrons verts (limes) - 100 ml de sirop d'érable - 3 à 4 càs. d'huile de sésame - 3 càc. d'ail haché (ôter le germe) - 1 càs. de sambal oelek (pâte de piment) - Coriandre fraîche hachée au couteau

Au travail :

- > Dans un récipient, mélanger le jus des limes, le sirop d'érable, l'huile de sésame, l'ail et le sambal.
- > Détailler l'ananas en cubes de 2 sur 2 cm.
- > Faire mariner durant 1 heure les crevettes et les St- Jacques dans la marinade.
- > Enfiler en alternance les cubes d'ananas, les crevettes et les St- Jacques. Afin de faciliter la manipulation des brochettes lors de la cuisson et éviter que les éléments qui les constituent ne tournent sur eux-mêmes, utiliser deux pics à brochettes. Les éléments resteront bien en place et cuiront uniformément.
- > Faire chauffer le reste de marinade, faire réduire et garder comme sauce.
- > Faire cuire les brochettes sur la grille chaude et huilée d'un barbecue durant 2 à 3 min. de chaque côté.
- > Lors du service, napper vos brochettes de sauce et parsemer de pluches de coriandre.
- > Bon appétit....

Brochettes de poulet à l'aigre-doux



Ingrédients pour 6 personnes :

1 kg. de filet de poulet - 2 poivrons (1 vert et 1 rouge) - 1 ananas - 15cl de jus d'ananas - 15cl de sauce soja - 80gr de cassonade brune - 2 càs. de vinaigre balsamique - 1 càs. de gingembre haché (au couteau) - 1 botte d'oignons verts (cébettes)

Au travail :

- > Détailler le poulet en gros cubes.
- > Préparer les poivrons en les découpant en carré de 3 sur 3cm.
- > Découper l'ananas en cubes de 2 sur 2 cm et récupérer du jus.
- > Préparer la marinade en mélangeant le jus d'ananas, la sauce soja, la cassonade, le gingembre, le blanc des cébettes (hachés au couteau) et le vinaigre balsamique.
- > Plonger les dés de poulet dans la marinade et les laisser tremper durant quelques heures.
- > Réaliser les brochettes en enfilant en alternance les dés de poulet, les cubes d'ananas et les morceaux de poivrons.

- > Faire chauffer le reste de marinade et faire réduire afin d'obtenir une sauce sirupeuse.
- > Cuire les brochettes sur la grille huilée du barbecue durant 10 à 12minutes en le retournant à mi-cuisson.
- > Lors du service, napper les brochettes de sauce et mettre de la couleur avec les verts de cébettes taillés en fines rondelles.
- > Bon appétit....

Brochettes de fruits frais sur lit de crème anglaise :



Ingrédients pour 6 personnes :

Assortiment de fruits frais de saison selon votre inspiration. - 500ml de lait entier - 1 gousse de vanille. - 4 jaunes d'œufs. - 100gr de sucre cristallisé

Au travail :

- > Découper vos fruits en cubes et les enfiler sur des pics à brochettes (Variante originale en utilisant des biscuits «mikado»). Réserver au frais.
- > Faire chauffer le lait à feu moyen en y laissant infuser la gousse de vanille fendue en deux sur la longueur (nb : afin de récupérer les graines de vanille, «racler» l'intérieur de la gousse à l'aide de la pointe d'un couteau).
- > Mélanger les jaunes d'œufs et le sucre avec une cuillère en bois jusqu'à l'obtention d'un mélange clair et épais.
- > Lorsque le lait commence à frémir, retirer du feu.
- > Verser le lait chaud sur le mélange et bien remuer.
- > Remettre la préparation dans une casserole propre, chauffer et laisser frémir en remuant sans cesse avec la cuillère en bois jusqu'à ce que la crème commence à épaissir et à napper le dos de la cuillère. Ne pas laisser bouillir au risque de faire tourner la préparation. Réserver au frais.
- > Servir les brochettes de fruits sur un lit de crème anglaise et déguster sans tarder.
- > Bon appétit....

Les conseils du père «Effainbet»

Barbecue, exotisme, soleil, vacances autant de raisons pour partir sur des vins frais et légers. Pour les brochettes de fruits de mer et de poulet, je vous propose un rosé portugais légèrement pétillant tel que le «Mateus» ou un vin blanc vif issu du cépage sauvignon. Pour les brochettes de fruits, partons sur un vin rosé pétillant servi bien frais tel qu'un «Cerdon», vin français issu des cépages pousard et gamay.

Je vous laisse et vous rappelle qu'il ne faut «gamay» se déshydrater. C'est «pousard» que je me hâte à aller boire un p'tit coup....



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(e))
- 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

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
14.11.2013 – 15.11.2013 : Actualités en réanimation: Réanimation, Surveillance Continue et Urgences Graves www.jivd-france.com	Cité Centre de Congrès de Lyon 50 quai Charles de Gaulle, 69006 Lyon (France)
17.05.2014 – 18.05.2014 : World Health Professions Regulation Conference 2014 www.whpa.org/whpcr2014	Crowne Plaza Hotel, Geneva, Switzerland

En Belgique

24/10/2013 : Congrès annuel de la FNIB - www.fnib.be	Infos et programme à venir	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'étranger 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 médicalisées 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