



AGORA

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

N°/Nr 13

Trimestriel : Octobre - Novembre - Décembre 2013
Driemaandelijks : Oktober - November - December 2013



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

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

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Edito

La Place de l'infirmière,..... notre place!

5

Rubrique internationale

Des milliers d'infirmières réunies à Melbourne pour débattre de l'équité en santé et de l'accès aux soins de santé

6

Les soins de santé en Australie

7

Les infirmières en lutte contre la pauvreté

10

Des milliers d'infirmières réunies à Melbourne pour débattre de l'équité en santé et de l'accès aux soins de santé

12

Portrait

Marguerite PERRIER

14

Rubrique juridique

Plus de 20 000 emplois créés depuis la création du Maribel dans le secteur non marchand... Un système performant !

14

Chirurgie et médecine esthétiques:

«La loi créera un flou juridique inconfortable»

15

Politique de transfusion: les hôpitaux belges peuvent faire mieux!

16

Nous avons lu pour vous ...

La Ville de Marche-en-Famenne, Vivalia et la Province de Luxembourg s'engagent avec l'hôpital de Muramvya au Burundi, le vendredi 28 juin à 15h.

16

Enseignement de l'Hypnose Médicale au CHU Saint-Pierre de Bruxelles.

18

Nos partenaires ...

Le robot n'a jamais mal au dos

20

Aux racines du mal-être

22

Rubrique culinaire

33

Bulletin d'adhésion FNIB

34

Également dans ce numéro :

Les risques de piqûres accidentelles dans les maisons de retraite

26

Une nouvelle étude révèle les bénéfices des aiguilles à stylo courtes pour tous les diabétiques

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@publist.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



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

Edito

La Place de l'infirmière,..... notre place!

Avant que d’autres personnes, non issues du monde infirmier, utilisent les mots "corporatisme ou corporatiste", vous qui me lisez, essayez plutôt d'utiliser les mots "identité et profession" lors de la lecture de ces quelques lignes.

Légitimement, l'ensemble de la profession revendique des mesures concrètes pour soutenir ses efforts et alléger ses difficultés de tous les jours. Que ce soit en institution ou non, toute une série de tâches annexes lui sont ajoutées (autres que celles centrées sur le patient) et une difficulté de recrutement (et je ne parle pas de pénurie) existe.

Il est nécessaire de constituer des équipes pluridisciplinaires dans lesquelles les compétences spécifiques de chacun seront utilisées et surtout bien codifiées.

Les soins doivent rester attribués au personnel qualifié, les tâches administratives aux administratifs, les tâches logistiques aux aides logistiques et ainsi de suite...

Face à cette charge de travail croissante, il faut organiser, structurer les équipes avec une répartition efficace, logique, des tâches et surtout basée sur les compétences.

C'est pourquoi la fonction d'aide-soignante est attendue, sollicitée et acquiert son utilité dans une équipe pluridisciplinaire où son rôle est défini, codifié et contrôlé par l'infirmier qui en est responsable. Un binôme se crée où les règles et les listes d'actes de chacun sont connues et respectées de tous.

La législation actuelle permet à ce binôme de sortir de l'hôpital et de fonctionner dans les soins à domicile en respectant les mêmes règles que celles prévues en intra-hospitalier. A savoir : travailler au sein d'une équipe structurée sous la surveillance, le contrôle et la responsabilité de l'infirmier en respectant les listes d'actes de chacun.

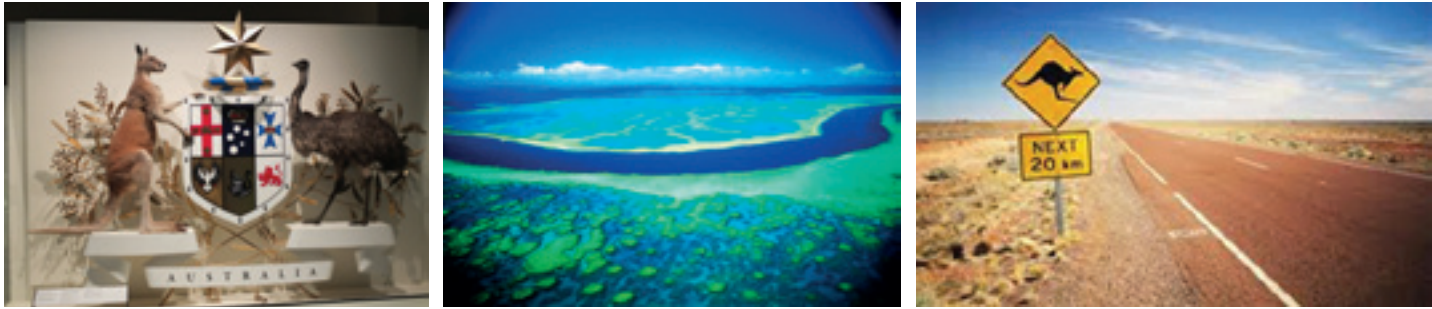
Personne ne peut ni ne doit (sous quelque prétexte fallacieux) exercer les fonctions propres à l'Art Infirmier s'il n'en possède le titre !

C'est donc une sonnette d'alarme que je tire : ATTENTION collègues, où que vous exerciez (hospitalier ou extra hospitalier), soyez vigilants et conscients des responsabilités qui sont les vôtres et ne bradez pas notre profession.

Cet Agora étant le dernier de cette année, je vous souhaite d'ores et déjà de très bonnes fêtes de fin d'année.



Aldo Dalla Valle
Présidente FNIB.



DÉCLARATION CONJOINTE OMS/UNICEF

Des milliers d’infirmières réunies à Melbourne pour débattre de l’équité en santé et de l’accès aux soins de santé

Le 25e Congrès quadriennal du Conseil international des infirmières s'est déroulé du 18 au 23 mai dernier à Melbourne. Les débats ont porté sur le rôle clé des infirmières pour l’équité en santé et pour l’accès aux soins de santé.

Dix membres de la FNIB y ont participé. Trois membres du CA de la FNIB y ont présenté des exposés: Yves Mengal, Thierry Lothaire et Jacques Hérault. Leur présentation sont disponibles en ligne sur www.fnib.be Entre autres sujets d’actualité, les participants au Congrès ont abordé les défis de santé actuels planétaires que sont la **santé mentale, la tuberculose, les maladies non transmissibles et le VIH/sida**. Mais aussi d’autres questions d’actualité : **cybersanté, atténuation des effets des catastrophes naturelles, changement climatique, formes modernes d’esclavage, sans oublier le triangle éducation, commerce et services**. Cela a été l’occasion pour près de 4000 infirmières de 134 pays de toutes les régions du monde de d’aborder des questions professionnelles : **évolution des domaines de pratique, ressources humaines en santé, sécurité des patients, ergonomie des soins, éthique infirmière et émigration**.

Le Conseil international des infirmières étend son réseau international d’associations membres Adhésion de l’Association des soins infirmiers de la Chine et de l’Association des soins infirmiers et obstétriques de Palestine

Le Conseil international des infirmières (CII) a annoncé à l’occasion du Congrès que deux nouveaux membres ont rejoint sa fédération d’associations nationales d’infirmières. L’Association des soins infirmiers de Chine a adhéré officiellement au CII en avril 2013 ; l’Association des soins infirmiers et obstétriques de Palestine a été admise le 16 mai 2013, suite à un vote unanime des déléguées réunies à l’occasion du Conseil des représentantes nationales du CII. « *Je suis ravie d’accueillir les deux associations chinoise et palestinienne au sein de la famille du CII* », déclare la Présidente sortante du CII, Mme Rosemary Bryant. « *Depuis plus de cent ans, le CII permet aux infirmières de s’exprimer sur la scène mondiale. L’arrivée de ces nouveaux membres renforce l’influence du CII au niveau international et enrichit sa diversité.* » Le CII compte désormais 135 associations nationales d’infirmières membres. Les deux nouvelles associations ont participé à la réunion du Conseil des représentantes nationales, puis au 25e Congrès quadriennal

du CII, qui s’est tenu du 18 au 23 mai, à Melbourne. S’exprimant lors du Conseil des représentantes nationales, Mme Li Xiu Hua, Présidente de l’Association des soins infirmiers de la Chine, a déclaré : « *La CNA est très fière de rejoindre, cette année, la famille du CII. Nous encourageons les membres du CII à nous rendre visite en Chine. Nous souhaitons, à tous, un excellent Congrès* » « *Nous vivons un moment très émouvant* », a déclaré pour sa part M. Sulaiman Turkman, Président de l’Association des soins infirmiers et obstétriques de la Palestine. « Nous sommes très heureux de notre adhésion au CII, un objectif que nous poursuivons depuis de nombreuses années. Je remercie la Présidente du CII, son Conseil d’administration et son directeur général, ainsi que toutes les associations qui ont soutenu notre candidature. De retour chez nous, nous informerons nos collègues de cet événement majeur ». **LA FNIB se réjouit de ces nouvelles adhésions, et salue l’attitude constructive des collègues israéliens qui ont fait fi des querelles politiques pour voter unanimement l’adhésion de l’Association des soins infirmiers et obstétriques de Palestine.**

Judith Shamian est la nouvelle Présidente du Conseil international des infirmières

Judith Shamian (en tailleur gris) Melbourne (Australie) et Genève (Suisse), le 19 mai 2013 – Mme Judith Shamian, infirmière émérite, chef de file de sa profession au Canada et au plan international, a été élue le 19 mai dernier vingt-septième Présidente du Conseil international des infirmières (CII). L’élection a eu lieu pendant la réunion de l’organe décisionnel du CII, le Conseil des représentantes nationales (CRN), à l’occasion du 25e Congrès quadriennal du CII. Les contributions de Judith Shamian s’étendent à tous les domaines de la pratique infirmière : université, administration, politique et pratique clinique. Elle est reconnue comme un défenseur convaincu de la santé et des infirmières, au Canada et au plan international. Elle a mis son expertise à la disposition de l’Organisation mondiale de la santé par sa collaboration avec la responsable scientifique principale en soins infirmiers de l’organisation. Elle a également siégé au Comité consultatif mondial de la profession infirmière, chargé de conseiller le Directeur général de l’OMS, et créé et dirigé un centre collaboratif de l’OMS. Au Canada, le Dr Shamian a occupé de nombreux postes à responsabilités

>> Suite page 7

au niveau national : présidente de l’Association des infirmières et infirmiers du Canada, directrice générale de Santé Canada, présidente de l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario et vice-présidente du département des soins infirmiers de l’Hôpital Mount Sinai. Elle a piloté un certain nombre d’initiatives visant à améliorer la qualité et l’accès aux services de santé, en mettant un fort accent sur les déterminants sociaux de la santé. Elle est lauréate à ce titre de plusieurs prix et distinctions. Son travail académique autour des modèles de politiques publiques et des transferts de connaissances s’est également avéré très efficace pour traduire en action politique concrète les recherches et le plaidoyer en soins infirmiers. « *Les infirmières détiennent la clé de la plupart des solutions potentielles. Quant au CII, il doit jouer un rôle important dans l’extension du domaine de la profession infirmière, afin qu’elle participe à l’application des programmes d’action au niveau national et international* », déclare Mme Shamian. « *J’estime que les populations ont le droit fondamental d’accéder aux conditions et ressources nécessaires à leur bien-être et à leur santé. Dans ce contexte, notre objectif ultime, en tant qu’infirmières, devrait consister à maximiser nos contributions en vue de la réalisation du meilleur état de santé possible, pour le bien du plus grand nombre possible de personnes.* »

Polémique autour de l’usage des langues Les discussions du conseil des représentants nationaux ont dû être prolongées d’un jour suite à un débat épique autour de l’emploi des langues au sein du CII.

Actuellement, comme c’est la règle sur le plan international, l’anglais, le français et l’espagnol sont les 3 langues dans lesquelles le CII communique. D’autres langues – comme le japonais p.e. - sont également utilisées vu le nombre d’infirmières nipponnes membres du CII... Pour des raisons d’ordre budgétaire, le Conseil d’administration sortant a proposé de n’utilise que l’anglais ! Le tollé a été tel que le projet a été « mis au frigo ». Affaire à suivre cependant !

Le RCN n’est plus membre du CII

La crise financière – relative – que traverse actuellement le CII est notamment dû au retrait du Royal College of Nursing (RCN - Royaume-Uni), pourtant membre fondateur du Conseil, qui a arrêté de cotiser. Le RCN a été lui-même victime de difficultés pécuniaires liées à la crise de 2008 et à ses conséquences...

Judith Shamian rencontre les associations francophones

Fait inédit dans l’histoire récente du CII, la Présidente nouvellement élue Judith Shamian a organisé une série de rencontres avec les différents groupes linguistiques qui composent le Conseil (anglophone, hispanophone et francophone).

Dans la foulée de son élection, la Présidente a ainsi rencontré la France, la Suisse, Monaco, le Togo, le Sénégal, le Burkina-Faso, Haïti et la Belgique, en présence de membres de l’association canadienne (bilingue). Judith Shamian a demandé à l’ensemble des participants de lui faire part de leurs préoccupations et de leurs attentes. Des interventions des uns et des autres, nous retiendrons la demande exprimée clairement par l’ensemble des participants de bénéficier d’un soutien réel du CII dans 3 domaines en particulier : • la régulation : le CII doit mettre à disposition des outils pour argumenter dans le sens d’une auto-régulation de la profession ; • la formation : dispensée par le CII, en particulier celle relative au leadership, formation qui doit être disponible dans la langue de Molière pour permettre d’armer les associations au mieux dans le contexte national et international difficile ; • le soutien au mouvement francophone international : qui doit être formalisé par le CII comme il le fait pour les pays anglophones. La question des relations avec le SIDIEF (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l’espace francophone) a été abordée, ainsi qu’avec les organisations régionales d’infirmières comme l’EFN (European Federation of Nurses Associations). La Présidente s’est montrée à l’écoute et s’est engagée à définir un plan stratégique pour les 4 années à venir d’ici fin 2013.

Le SIDIEF ? Le Secrétariat International des infirmières et Infirmiers de l’Espace Francophone

Créé officiellement en mars 2000, le SIDIEF est une organisation sans but lucratif (OSBL) dont le siège social est à Westmount (Québec, Canada). Sa mission principale est de faciliter le partage des expériences et des savoirs infirmiers à travers le monde francophone afin de contribuer à l’amélioration de la qualité des soins et des services offerts aux populations. La FNIB en est membre.

Les soins de santé en Australie

Une tradition infirmière qui remonte à Florence Nighthingale.

Le 26 janvier 1788, les premiers colons européens accostent à Port Jackson, actuel Sydney, à bord de 11 navires placés sous le commandement d’Arthur Phillip. Cette première colonie est constituée de 450 marins et de leurs familles, ainsi que de plus de 700 bagnards et comdamnés de droit commun. Sur cette nouvelle terre, qui remplace les colonies anglaises d’Amérique du Sud perdues quelques années plus tôt, les conditions de survie sont rudes, faute d’outils adaptés et de connaissance en agriculture, la famine et la maladie déciment les colons. Avec la ruée vers l’or de 1850, la population australienne connaît une rapide expansion, cependant les conditions de santé restent exécrables. Face à ce constat, les responsables australiens du 19e siècle font appel à 5 infirmières, membres de l’équipe de Florence Nighthingale. Son équipe, forte des enseignements reçus contribue grandement à l’amélioration de la situation sanitaire des populations.

Fabienne De Zorzi, coordinatrice section a ssociative de la FNIB

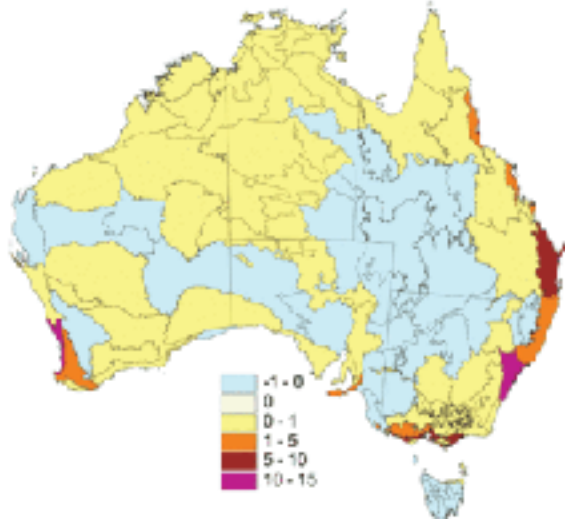


Une population essentiellement urbaine

Aujourd’hui, la superficie totale de l’Australie (7 686 850 Km2) la classe au 6e rang au niveau mondial. Sa population, qui a plus que doublé après la Seconde Guerre mondiale (22 015 576 habitants), reste agglomérée dans les grandes villes le long des côtes. La dispersion de la population sur ce large territoire rend l’accès aux soins de santé difficile pour certaines communautés installées à l’intérieur des terres. Certaines zones rurales se situent à plusieurs heures d’un médecin généraliste. Et, il arrive qu’un patient nécessitant une hospitalisation soit contraint de réaliser un trajet de 4 heures en ambulance, suivi d’un vol de 1200 km en avion avant d’atteindre l’hôpital le plus proche ou le plus adapté à sa prise en charge. Dans ce contexte, les infirmières sont le "trait d’union" entre les communautés isolées et l’accès aux soins de santé spécialisés.

>> Suite page 8

Données démographiques



89,3% de la population est urbaine. Densité de population 2,79 hab./Km2

Comme la plupart des pays de l'OCDE, le coût des soins de santé australien s'inscrit dans un trend ascendant entre 2000 et 2009 avec une croissance moyenne de 4,5% par an. À partir de 2010, le taux annuel de croissance est ramené à 1,4% (voir [tableau 1].

Dépense totale des soins de santé en %tage du produit intérieur brut, base de données sur la santé 2013, OCDE.

Le [tableau 2] reprend les principales données statistiques en matière de soins de santé pour l'année 2011.

Le nombre de lits d'hôpitaux aigus est plus faible en Australie que dans la moyenne des pays de l'OCDE. Comme dans la plupart des pays de l'OCDE, cette diminution coïncide avec une réduction de la durée moyenne de séjour et une augmentation de l'hospitalisation de jour. Le pourcentage de la population adulte de fumeurs a diminué de près de 50% en moins de 20 ans. Le taux d'obésité à, quant à lui augmenté ces dernières années jusqu'à atteindre 28,3% de la population adulte. Ce taux élevé reste néanmoins inférieur à celui des États-Unis (36,5%). Le gouvernement a pris toute la mesure de la problématique du développement des maladies chroniques et du vieillissement de la population, qui, à l'instar des pays industrialisés, sont en augmentation en Australie. L'augmentation des facteurs de risques tels que le manque d'activité physique, de vitamine D, le surpoids et le tabagisme sont autant d'indicateurs qui contribuent au développement de stratégies orientées vers les soins de santé primaire. Dans ce domaine, le rôle des infirmières est primordial. Elles sont spécifiquement formées pour être des acteurs de première ligne dans la prise en charge des personnes âgées, de la

santé mentale, ou dans la gestion des maladies chroniques. C'est ainsi que les infirmières sont les seules prestataires de soins auprès des populations autochtones isolées.

Équité et accessibilité des soins de santé

Les premiers jalons d'un système de santé équitable et accessible pour tous les citoyens australiens et les résidents permanents ont été posés par le gouvernement du parti travailliste de Whitlam en 1976 par la mise en place d'un programme intitulé Medibank.

En 1984, ce programme devient le Medicare actuel. Il prend en charge les frais des prestataires de soins (médecins, infirmiers et paramédicaux) conventionnés, ainsi que les frais d'hospitalisation. C'est ainsi que Medicare couvre 80% des soins de santé dans le secteur public, tandis que 20% des dépenses sont engagées par le secteur privé. Les subventions sont octroyées par le gouvernement aux différents États sur base d'un accord-cadre négocié pour une durée de cinq ans. Les gouvernements des États sont, quant à eux, responsables du financement des hôpitaux. Les soins dispensés dans les hôpitaux publics sont gratuits. Si le patient choisit d'être pris en charge dans un hôpital privé, le gouvernement intervient pour 75% des montants prescrits dans le Medicare Benefits Schedule (MBS).

Aujourd'hui, 90% de la population est couverte par ce système. Ceci traduit, pour Tanya Plibersek, ministre de la Santé et membre du parlement australien, un système de soins de santé équitable et accessible pour l'ensemble de la population.

Au-delà de l'aspect équitable, le système de soins de santé australien est également qualifié de performant. L'Australie obtient de très bons résultats en ce qui concerne les principaux indicateurs de santé. C'est ainsi que l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans est plus élevée en Australie que la moyenne des pays de l'OCDE. Même si de grandes différences sont encore observées entre les groupes socioéconomiques les moins favorisés et les plus favorisés.

Pourtant, le système de soins de santé australien est réputé être à «deux vitesses», car pour éviter des files d'attente trop longue pour des interventions non urgentes dans les hôpitaux publics, certains cotisent à une assurance privée. Cette assurance privée leur permet en outre d'avoir accès à des services complémentaires, tels que le remboursement des frais dentaires. En 2000, 32,7% des Australiens s'étaient procuré une assurance privée.

Les infirmiers, des acteurs clés

Selon Tanya Plibersek, le nombre de professionnels de la santé est en croissance de 27% depuis 2007. Malgré cette augmentation spectaculaire, il manque d'infirmiers sur le terrain. Il représente pourtant le groupe professionnel le plus important avec ses 340 000 infirmiers (données communiquées par Carmen Morgan, présidente de l'association des infirmières australiennes, mai 2013). Alors que Georgie Crozier, sage-femme et membre du Parlement du Victoria, annonce une croissance attendue de 600 000 infirmiers et médecins dans les 4 prochaines années, Carmen Morgan prédit, quant à elle, une pénurie de 100 000 infirmiers dans les prochaines années. Selon elle, la principale cause est la moyenne d'âge élevée des infirmiers (44 ans) qui conduira à un départ massif à la pension et à une perte d'expertise lors du renouvellement des professionnels.

Pour faire face aux nombreux défis de soins de santé, les infirmières australiennes reçoivent une formation en pratique avancée.

Deux catégories de rôle avancé se sont développées en Australie : les infirmières cliniciennes (ou consultantes) et les infirmières praticiennes.

Les premières ont une formation de niveau Bac +4 (graduate diploma ou master) et peuvent réaliser les actes cliniques et/ou techniques suivants :

- Consultations infirmières avancées, diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée) ;

- Prescription de médicaments avec supervision des médecins (il peut y avoir des variations dans l'autorisation de prescription entre les différents États australien) ;

Les infirmières cliniciennes sont également habilitées à enseigner, réaliser des tâches de management et de leadership, d'amélioration de la qualité et de recherche.

Les infirmières praticiennes ont un niveau master. Elles sont apparues dans les années 2000, initialement dans les services d'urgence des hôpitaux. En 2010, elles représentaient 0,2% de l'ensemble des infirmières.

Les modalités de pratique avancée peuvent varier en fonction des pays (États-Unis, Irlande, Canada...). Pour l'Australie, l'Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC) en donne, en 2006, la définition suivante : «La pratique infirmière avancée définit un niveau de pratique infirmier qui utilisent des compétences étendues, une expérience et des connaissances en diagnostic, planification, mise en oeuvre et évaluation du soin requis... Les infirmières qui exercent à ce niveau ont un diplôme de maîtrise et peuvent travailler en tant que spécialistes ou généralistes. La base de la pratique avancée réside dans un degré élevé de connaissances, de compétences et d'expérience qui s'appliquent à la relation infirmière-patient/client pour obtenir des résultats optimaux à travers une analyse critique, la recherche de solutions et une prise de décision juste».

Les infirmières praticiennes peuvent réaliser tous les actes cliniques et/ou techniques prestés par les infirmières cliniciennes auxquelles s'ajoute la liste suivante :

- Prescription et interprétation de tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X et celle d'ultrasons) ;
- Gestion des maladies chroniques (asthme, pathologies cardiaques, AVC, diabète, cancer, VIH, hépatites et maladies rénales) : suivi et contrôle pour des cas non aigus, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie ;
- Prescription de médicaments sans supervision médicale ;
- Vaccination sans prescription de médecin ;
- Gestion des urgences, traitement des soins aigus et organisation des transferts hors zones rurales.

En 2010, les activités des infirmières praticiennes, travaillant en dehors du secteur hospitalier public, ont été soutenues dans leur progression par le remboursement de leurs prestations et prescriptions de médicaments. Ceci constitue une étape importante dans l'évolution de la pratique infirmière en Australie.

Vous souhaitez approfondir le sujet...

... Et partir burlinguer en Australie, votre diplôme d'infirmier(ère) en poche ? Rien de plus simple !

Enfin, cela vous coûtera tout de même une bonne dose de motivation, une excellente organisation et quelques économies. Vous devez également avoir au minimum un an d'expérience et, bien sûr savoir parler anglais.

Avant de partir, vous devez obtenir un visa.

Si vous avez entre 18 et 30 ans, le plus simple et le plus rapide est le «working-holidays». Il vous permettra de rester en Australie pendant un an et de travailler jusqu'à 6 mois chez le même employeur. La demande peut être faite par internet. Vous aurez à déboursier entre 120 et 150 euros. Précisez que vous êtes infirmier(ère) et que vous souhaitez travailler comme infirmier (ère). Une fois votre demande faite, vous devez passer une série d'examens médicaux obligatoires pour l'obtention du visa. Ils sont payants, entièrement à votre charge et doivent être effectués par un médecin agréé par l'ambassade d'Australie. Lorsque l'ambassade aura reçu vos résultats, elle vous confirmera

Références bibliographiques et sitographiques

Centre d'innovation en formation infirmière (mars 2011), «Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones», Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Colleen M. Flood (2001), «Profil de six régimes de soins de santé : Canada, Australie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis», Faculty of Law, University of Toronto, Canada.

Delamaire, M. Et G. Lafortune (2010), «Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés», Éditions OCDE.

Tanya Plibersek, Georgie Crozier, Carmen Morgan (mai 2013), «The health System of Australia», ICN Congress.

<http://www.statistiques-mondiales.com/australie.htm>

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/basededonneesdelocdesurlasante2013>

<http://www.guide-australie.com/australie-sante2.asp>

[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(Australia\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(Australia))

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5km4hv77vw47.pdf>

<http://www.guide-australie.com/australie-travailler-en-australie.asp#TFN>

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/exercice-international/infirmiers-pratiquiez-en-australie.html>

l'obtention de votre visa. Sur place, vous aurez un an pour prolonger votre visa avec l'aide de votre employeur.

Lorsque vous arriverez sur le territoire australien, vous devez avoir l'équivalent de la somme de 5000 dollars sur le compte en banque avec lequel vous avez payé votre visa. À défaut, vous aurez acheté un billet d'avion aller-retour. Pour ce dernier, compter entre 800 et 1200 euros. Renseignez-vous certaines compagnies font des tarifs préférentiels pour les visas working-holidays.

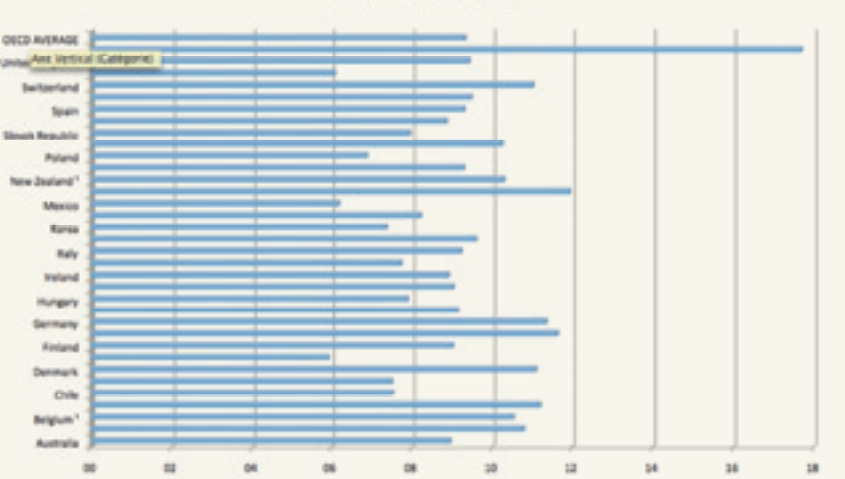
Pour exercer le métier d'infirmier en Australie, vous devez être inscrit au «Nurses Board». Les documents peuvent varier en fonction de l'état dans lequel vous souhaitez travailler.

D'une manière générale, vous devrez envoyer un courrier, en anglais, au «Nurses Board» expliquant votre démarche. En retour, vous recevrez un document récapitulant toutes les pièces à fournir, c'est-à-dire :

- Votre feuille d'inscription au «Nurses Board» correctement complétée ;
- Une copie de votre passeport ;
- Une copie de votre diplôme d'infirmier(ère) ;
- Une copie du programme de votre formation en soins infirmiers : théorique et pratique. Ce programme doit indiquer votre nom, la durée de la formation, le contenu théorique du programme, en ce compris le nombre d'heures réalisées dans chaque module ; le nombre d'heures de stage en jours ou en semaines, effectuées dans chaque domaine d'activité ;
- Un certificat de conformité aux directives européennes ;

>>> Suite page 10

[Tableau 1]



>>> Suite page 9

- Vos références professionnelles, et attestations de vos employeurs ;
 - Votre certificat de bonne vie et moeurs en double exemplaire ;
 - Les résultats de votre examen d’anglais. Et oui ! vous devrez prouver votre connaissance de l’anglais.
- Avec votre visa et votre excellent niveau d’anglais en poche, il vous reste encore à obtenir le «Tax File Number» (TFN). C’est-à-dire un numéro unique, qui vous identifiera en tant que travailleur australien. Bonne nouvelle, vous pouvez faire la demande par internet à l’ Australian Taxation Office. Attention, lorsque vous commencerez à travailler, vous aurez 28 jours pour communiquer votre TFN à votre employeur. Passé ce délai,

vosre taux d’imposition sur salaire passera à 47%. À bon entendeur ! Il vous restera enfin à ouvrir un compte bancaire australien en effectuant les démarches dans une banque de votre choix et à vous assurer d’être couvert par un système de santé. Soit Medicare, le système de sécurité sociale australien. Soit par l’intermédiaire d’une assurance privée internationale.

Si votre patiente et votre motivation ne sont pas ébranlées au terme de ces petites formalités, gardez encore un peu d’énergie pour saluer les kangourous de ma part .

CONGRÈS DU CII 2013 À MELBOURNE

Les infirmières en lutte contre la pauvreté

Le 25ème Congrès du Conseil international des infirmières a mis en évidence les injustices criantes qui existent dans le monde en matière d’accès à la santé et le rôle des infirmières dans la lutte pour les droits des patients.

Pierre-André Wagner
Photos: CII



L’injustice sociale et la pauvreté rendent les gens malades et finissent par les tuer – globalement, les victimes se comptent par millions. Les infirmières jouent un rôle de premier plan dans la lutte contre ces injustices et leurs conséquences pour la santé. Mais elles ne peuvent agir que si on les y autorise et qu’on leur donne les moyens néces- saires. Cette règle de trois a été le fil rouge du dernier congrès du Conseil international des infirmières (CII) qui s’est déroulé à Melbourne (Australie) en mai dernier sur le thème: Equité et accès aux soins de santé.

Le courage des infirmières

Tous les quatre ans, le CII, qui représen- te les infirmières et infirmiers de 135 pays, invite ses membres à un congrès mondial. Plus de 4000 professionnels se sont rendus à Melbourne du 18 au 22 mai, inspirés par un programme riche et attrayant. Le ton fut donné dès le début du congrès avec la brillante intervention de Michel Kazatchkine concernant l’im portance capitale des infirmières dans la lutte contre l’injustice sociale et pour un accès équitable aux soins de santé. Michel Kazatchkine, envoyé spécial VIH/sida de l’ONU pour l’Europe de l’Est et l’Asie centrale, a consacré les 25 dernières années à la lutte contre le sida – en tant qu’immunologue, chercheur, lobbyiste et diplomate. Il a rappelé que plus d’un milliard de personnes gagnent moins d’un dollar par jour; si les diffé- rences entre les revenus tendent à s’estomper sur le plan international, elles augmentent de manière dramatique dans les pays eux-mêmes. Les répercussions sur la santé des populations concernées sont graves, car les maladies transmissibles touchent avant tout les personnes à bas revenu. Le sida en est un exemple flagrant: au

cours des trente ans écoulés depuis la découverte du virus, l’épidémie a fait 30 millions de victimes. Pendant vingt ans, elle s’est répandue dans le tiers monde sans que l’on tente de la stopper. Mais l’exemple du VIH/sida donne aussi de l’espoir: en effet, au cours des cinq ans écoulés depuis que les thérapies antirétrovirales sont devenues largement accessibles, la mortalité a diminué de 25%. Ce sont en grande partie les infirmières qui ont rendu possible cette avancée, en particulier celles qui ont passé outre les directives de politiciens corrompus, ignorants ou aveuglés par leur idéologie, et parfois même les interdictions légales.

Au centre de l’action

Le fait que trois des huit objectifs du millénaire pour le développement visés par les Nations Unies – réduire la mortalité infantile et post infantile, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/ sida, le paludisme et d’autres maladies – concernent directement les soins de santé montre que les infirmières sont bel et bien au centre de l’action lorsqu’il s’agit de combattre les effets délétères de l’injustice sociale sur la santé. Il est également de notre responsabilité de rappeler à tout moment que les perspectives de vie et de développement des individus dépendent directement de l’investissement de leur pays pour la santé et la formation. Leslie Mancuso a enchaîné sur cette thématique dans son exposé intitulé «Holding up More than Half the Sky» (Soutenir plus que la moitié du ciel). Jhpiego’, une organisation d’utilité publique internationale, rattachée à la Johns Hopkins University (Baltimore) présidée par Leslie Mancuso, met en place des offres à seuil bas, dont l’objectif est d’abaisser la mortalité maternelle chez les femmes vivant dans des conditions de précarité. Leslie Mancuso a relevé qu’au-delà de la tragédie personnelle qu’elle représente, la mort d’une mère a des répercussions sur sa famille, sur sa communauté et sur le développement économique de celle-ci. La mort d’une mère augmente également le risque de mortalité pour ses enfants. Dans ce domaine, les infirmières jouent un rôle prépondérant: elles vivent et travaillent là où l’on a besoin d’elles; elles connaissent la culture et les conditions de vie; elles font preuve de respect à l’égard de leurs patientes et bénéficient par conséquent de leur confiance; elles veillent à assurer une hygiène irréprochable dans leurs locaux, ce qui permet de lutter contre les causes primaires de la mortalité maternelle et infantile. Leslie Mancuso a appelé avec insistance les infirmières présentes à être fières et conscientes de leur rôle, à se former continuellement, à promouvoir leur profession, à lutter pour davantage d’influence au niveau politique, tout cela dans le but de fournir à leurs patients les meilleurs soins possibles.

Des défis de taille

Mais il a également été question des défis considérables auxquels sont confrontées les infirmières non seulement dans l’exercice de leurs

activités mais également au niveau de l’engagement pour leur profession: au lieu de considérer les soins infirmiers comme un investissement pour un avenir meilleur, les politiciens ont tendance à les réduire à une charge budgétaire. Les conditions de travail difficiles, le manque de personnel, la surcharge de travail et la frustration qu’elle engendre mettent en péril les soins de santé, ce qui a été clairement démontré par Walter Sermeus dans sa présentation de l’étude RN4CAST. Des modèles de gestion progressistes, comme celui des «Magnet Hospitals», de même que des lois efficaces contre la discrimination sexuelle permettent d’améliorer la situation. L’auteur de cet article a ainsi pu présenter dans deux workshops les efforts mis en oeuvre par l’ASI pour lutter contre le harcèlement sexuel sur le lieu de travail d’une part, et pour l’égalité salariale d’autre part. D’autres interventions ont mis en évidence les grandes disparités existant à ce niveau: alors qu’à Singapour l’Etat veut promouvoir de bonnes conditions de travail ainsi que la formation, la formation continue et la recherche infirmière, les collègues kenyans luttent pour une émancipation élémentaire de la profession infirmière dans un contexte clairement patriarcal.

Les leçons de l’Histoire

Jeter un regard sur les acquis et développements importants du passé est encourageant et édifiant. Cela permet également de nourrir une fierté tout à fait justifiée. Une série d’exposés réunis sous le titre «On the Shoulders of Giants» (Sur les épaules des géants) a permis aux participants de découvrir l’histoire des soins infirmiers au Brésil, aux Etats-Unis et en Corée. La chercheuse brésilienne Taka Oguisso a cité dans son introduction Edith Magalhaes Fraenkel, pour laquelle deux conditions sont indispensables au développement d’une profession infirmière autonome: une association professionnelle et une revue spécialisée. Barbra Mann Wall (Etats- Unis) a illustré la relation ambivalente entre l’histoire/la sociologie et les soins: par moments la profession infirmière est évoquée comme le fer de lance de l’émancipation féminine, à d’autres elle devient l’incarnation même des stéréotypes de soumission féminine.

Briser le cercle infernal

Les objectifs du développement décidés au tournant du millénaire par l’ONU et ratifiés par 189 pays ont également servi de fil conducteur à l’exposé de l’avocate Joy Ngozi Ezelo, qui a officié en tant que rapporteuse sur la traite des humains auprès de l’ONU de 2008 à 2011. Les trois objectifs déjà cités sont les seuls qui concernent directement les soins de santé; pourtant, sans un système de santé juste et qui fonctionne bien, aucun des autres objectifs ne saurait être atteint. La conférencière a mis en évidence le cercle infernal entre pauvreté et santé défaillante et le rôle des infirmières lorsqu’elles parviennent à briser ce cercle: car la santé conditionne la formation, la formation est la clef pour entrer sur le marché du travail, le travail améliore les possibilités économiques, et la sécurité financière est, à son tour, garante d’un meilleur état de santé.

Dénoncer l’esclavage moderne

C’est en toute logique que Joy Ezelo et ses co-conférencières ont ensuite abordé la question de l’esclavage moderne – une pratique largement sous-estimée et pourtant en pleine expansion suite à la crise économique et financière. Ses formes sont multiples, les victimes sont principalement des femmes et des enfants: travail et prostitution forcés, pornographie pédophile, servitude pour dettes, trafic d’organes ou encore maternité de substitution. Joy Johnson (Canada) a relevé que nos pays développés ne sont pas seulement co-responsables, mais également directement concernés: enfants des rues obligés de se prostituer, employés de maison exploités, travailleurs au noir dans la construction, l’agriculture et la gastronomie... Ces victimes n’ont ni voix au chapitre ni accès au système de santé, et là, les infirmières peuvent clairement sauver des vies. Jintana Yunibhand (Thaïlande) a également évoqué les heures supplémentaires obligatoires dans les soins, prévues par la loi dans certains pays (USA, Koweït, Thaïlande), ainsi que l’exploitation systématique des infirmières indigènes et étrangères sous prétexte de pénurie de personnel. Sur ce point, les infirmières doivent défendre leurs propres intérêts et dénoncer la politique d’austérité inutile de leurs pays.

SESSION DU CRN

Le président de l’ASI au comité



La délégation suisse: Pierre-André Wagner et Pierre Théraulaz.

Le congrès a été précédé du Conseil des représentantes nationales (CRN), l’assemblée des délégués biennale du CII. La crise économique et financière a des répercussions dramatiques pour les infirmières de nombreux pays, mais elle affecte aussi brutalement leur association faitière, dont le travail est principalement financé par les cotisations des associations membres. Celles-ci sont calculées sur la base du produit social brut de chaque pays et du nombre de membres de l’association nationale. Pour ce qui est du droit de vote, l’égalité absolue prévalait jusqu’ici. Afin de corriger ce déséquilibre le CRN a décidé de réduire les cotisations et de donner davantage de voix aux pays ayant un grand nombre de membres et/ou qui comptent parmi leurs membres une grande partie des infirmières du pays. L’adhésion de l’Association palestinienne des infirmières au CII, soutenue avec insistance par la délégation israélienne, a été un moment chargé d’émotion. Au chapitre des élections, Judith Shamian a été nommée présidente du CII pour les quatre années à venir. Pierre Théraulaz, président de l’ASI, a été élu au comité du CII. Le prochain CRN aura lieu en 2015 à Séoul, et le prochain Congrès du CII en 2017 à Barcelone.

CÉRÉMONIE D’OUVERTURE

Remise des prix

A l’occasion de l’impressionnante cérémonie d’ouverture du congrès, plusieurs personnalités ont été honorées par la présidente sortante, Rosemary Bryant. Le Prix Christiane Reimann a été attribué à Christine Stallknecht, ancienne présidente du CII. Convaincue que de bonnes conditions de travail sont indispensables pour prodiguer des soins de qualité, cette dernière a imprégné durablement la philosophie du CII. Le Prix «Santé et droits humains» a été remis à Mary Robinson, ancienne présidente de la République d’Irlande, qui n’a eu de cesse de défendre les droits de l’homme et de démontrer les liens entre ceux-ci et la santé, la protection de l’environnement et l’égalité entre les sexes. La cérémonie d’ouverture s’est déroulée dans un cadre musical enchanteur, avec la participation de chanteurs d’opéra indigènes qui ont proposé des airs célèbres.



La participation au congrès du CII est toujours bigarrée et enthousiaste!

La voix des faibles

Anne Marie Rafferty, de la Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, a clôturé ce congrès par la traditionnelle intervention en l'honneur de Virginia Henderson. Cette dernière estimait que la mission

des infirmières était de servir de voix à tous ceux qui sont trop faibles pour se faire entendre. L'attention de Virginia Henderson se portait sur les facteurs sociaux, déterminants pour une bonne ou une mauvaise santé. Les 13 millions d'infirmières et infirmiers dans le monde peuvent exercer leur influence en conseillant leurs patients et en leur permettant de prendre leur santé en main, en s'engageant dans le domaine de la politique sociale et de santé – pour de meilleures conditions de vie, de travail et de logement, contre la pollution de l'environnement, les dépendances aux substances, etc... – en faisant de la recherche et en continuant à se former. Pour Anne Marie Rafferty, cette parole du juge constitutionnel sudafricain et opposant à l'Apartheid Albie Sachs résume parfaitement notre mandat: «People who look after people who look after people» (Des personnes qui prennent soin de personnes qui prennent soin de personnes).

1 Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics, www.jhpiego.org

PRESS INFORMATION . COMMUNIQUÉ DE PRESSE . COMUNICADO DE PRENSA

Des milliers d'infirmières réunies à Melbourne pour débattre de l'équité en santé et de l'accès aux soins de santé

Genève (Suisse), le 18 avril 2013 – Le 25e Congrès quadriennal du Conseil international des infirmières commencera dans un mois à Melbourne. Il rassemblera près de 4000 infirmières de plus de 100 pays de toutes les régions du monde. Les débats porteront sur le rôle clé des infirmières pour l'équité en santé et pour l'accès aux soins de santé.

Pendant cinq jours, les participants assisteront à quatre séances plénières, 19 séances principales, onze réunions de réseaux et cinq ateliers. Le programme scientifique est riche de plus de 550 présentations et 590 affiches.

Principales interventions lors du Congrès :

- **M. Michel Kazachtkine**, Envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/sida en Europe orientale et en Asie centrale, prononcera le discours d'ouverture du Congrès.
- **Mme Leslie Mancuso**, Présidente et directrice générale de Jhpiego, parlera de l'accès des femmes aux soins de santé et de leur rôle dans ce domaine, lors d'une séance intitulée Soutenir plus que la moitié du ciel.
- **Mme Sheila Tlou**, Directrice du l'équipe d'appui régional de l'ONUSIDA pour l'Afrique orientale et australe, s'exprimera sur le rôle des infirmières dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
- **M. Richard Visser**, Ministre de la santé, du bien-être et des sports d'Aruba, expert sur la question de l'obésité, se posera la question de savoir si l'obésité relève de la responsabilité personnelle ou sociale.
- **Mme Anne-Marie Rafferty**, doyenne de la Faculté des sciences infirmières Florence Nightingale, montrera comment l'œuvre de Virginia Henderson reste pertinente pour les infirmières d'aujourd'hui.

Entre autres sujets d'actualité, les participants au Congrès aborderont les défis de santé actuels que sont la santé mentale, la tuberculose, les maladies non transmissibles et le VIH/sida. Les infirmières auront en outre la possibilité d'aborder des questions professionnelles : évolution des domaines de pratique, ressources humaines en santé, sécurité des patients, ergonomie des soins, éthique infirmière et émigration. Le Congrès proposera une série d'ateliers et de séances principales consacrés à d'autres questions d'actualité : cybersanté, atténuation des effets des catastrophes naturelles, changement climatique, formes modernes d'esclavage, sans oublier le triangle éducation, commerce et services.

Le Conseil des représentantes nationales (CRN), organe décisionnel du CII, se réunira également à Melbourne, immédiatement avant le Congrès. L'élection de la Présidente et des nouveaux membres du Conseil d'administration du CII aura lieu à cette occasion, ainsi qu'un débat sur un nouveau modèle d'adhésion au CII.

Pendant la cérémonie d'ouverture, le CII fera connaître les lauréats du Prix Christiane Reimann, du Prix de la santé et des droits de l'homme et du Prix des partenaires du développement.

Cinquante organisations – universités, Ministères de la santé, organisations de soins infirmiers, éditeurs et sociétés pharmaceutiques – participeront à l'exposition commerciale organisée pendant le Congrès. Pour de plus amples renseignements sur le 25e Congrès quadriennal du CII, consulter le site Internet : www.icn2013.ch/fr/.

Note

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

ICN/PR2013 #3

Pour de plus amples renseignements veuillez contacter :

Lindsey Williamson

media@icn.ch, Téléphone : +41 22 908 0100 ; télécopie : +41 22 908 0101
www.icn.ch.

Un siècle d'histoire, un siècle de soins infirmiers

1914 - 2014



Congrès annuel de la FNIB



Jeudi 24 octobre 2013
De 09h à 17h

Hôpital A. Vésale
(Auditoire De Cooman)
Route de Gozée 706
Montigny-le-Tilleul

Programme

Matinée :

- > au fil du temps notre profession, son histoire, son enseignement, sa place dans l'Europe ... son futur ?
- > Table ronde en conclusion de la matinée avec la présence attendue des Ministres concernés.

Après-midi :

- > les bonnes pratiques cliniques basées sur les données probantes... et le temps qui passe

- > Inscriptions uniquement en ligne (programme complet sur le site)
- > Attestation délivrée pour les titres et qualifications, les infirmiers chefs de services....

www.fnib.eu

Portrait

Marguerite PERRIER

Marguerite Perrier « Maguy » (1895-1985), née le 9 novembre 1895, elle se lance dans la profession d’infirmière libérale dans les années 30. Elle fut une résistante française et membre d’une filière d’évasion, elle fut arrêtée, déportée, jugée, condamnée et emprisonnée avec les militants de Combat Zone Nord.

Dès juin 1940, de sa propre initiative, « Maguy » aide au ravitaillement et à l’évasion de soldats français prisonniers de la Wehrmacht à Paris et en banlieue.

En juillet 1940, elle se lance dans la résistance en faisant évader des officiers prisonniers.

Dès novembre 1940, « Maguy » rejoint une filière d’aide aux prisonniers de guerre évadés et aux jeunes gens qui cherchent à passer en zone non-occupée. Cette filière (hébergement, habillement, ravitaillement, faux papiers), apparentée à l’organisation de Paul HAUET, est rattachée au Groupe du musée de l’Homme.

Elle est arrêtée suite à une dénonciation en mars 1942. Elle sera enfermée dans plusieurs prisons et condamnée par la gestapo à 2 ans de camp de concentration. Elle a appris à ses co-détenues à survivre en leur apportant des connaissances en matière d’hygiène.

En avril 1945, elle rentre dans une chambre à gaz d’où elle fut libérée 3h plus tard par la Croix-Rouge suédoise.

De retour en France, elle poursuit ses activités d’infirmière libérale jusqu’à ses 75 ans. Elle se dévouera pour les familles d’enfants opérés à cœur ouvert, et les rapatriés d’Algérie. Elle a reçu de nombreuses décorations. Elle décédera en 1985 à l’âge de 90 ans.

Rubrique juridique

Plus de 20 000 emplois créés depuis la création du Maribel dans le secteur non marchand... Un système performant !



Eric Dubois
Responsable Sectoriel
CGSLB

Le principe du Maribel social est simple, pour chaque travailleur prestant au moins un mi-temps, une réduction de la cotisation sociale est versée trimestriellement dans un fonds créé par secteur du non marchand. Il s’agit donc d’une réduction de sécurité sociale mutualisée dans des fonds sectoriels menant à une création d’emplois supplémentaires.

Les partenaires sociaux, représentants des travailleurs et des employeurs, gèrent ensuite des programmes de création d’emplois à destination des institutions des différents secteurs (hôpitaux, Maisons de repos,...).

Le Maribel est basé sur une concertation permanente entre les partenaires sociaux des secteurs concernés, ce qui est un facteur de stabilité.

C’est un outil moderne et dynamique au service de l’emploi mais en cohérence avec les politiques publiques fédérales, régionales et communautaires, et les aspirations des partenaires sociaux.

Depuis 1997, plus de 20 000 emplois créés !

Ce système a fait du secteur non marchand un des secteurs les plus performants en matière de création d’emplois. Plus de 20 000 personnes ont trouvé un emploi dans le secteur grâce au Maribel, ces 20 000 fonctions ont donc permis **de réduire la pénibilité du travail, mais aussi d’augmenter en nombre et en qualité les services vers les bénéficiaires.**

De plus, ce système Maribel permet de créer de nouveaux emplois avec peu d’investissements en moyens publics grâce à un « effet retour » important en cotisations sociales, en impôt et en économie d’allocations de chômage.

Un nouveau venu : le Maribel fiscal.

Au début de l’année 2009, le gouvernement en place décide de créer, à l’instar du secteur marchand, un système Maribel supplémentaire par le biais de la fiscalité : le Maribel fiscal.

Le but de l’initiative politique vise à consacrer les moyens ainsi générés à amplifier la création d’emplois supplémentaires.

C’est grâce à la loi de relance économique du 27 mars 2009 qui prévoit une augmentation de la dispense de versement du précompte professionnel pour les employeurs du secteur que cet objectif pourra être réalisé. Cette augmentation de « dispense » sera affectée au financement des fonds Maribel.

Les nouveaux emplois Maribel fiscal seront donc gérés de la même façon que ceux créés via le Maribel social.

Le budget Maribel fiscal devra principalement être consacré au financement d’emplois supplémentaires. Une partie moindre pourra néanmoins être utilisée pour pérenniser les emplois Maribel déjà créés par le biais d’une augmentation du plafond salarial pris en charge par les Fonds Maribel.

Mais le système est menacé ! Le mode de financement n’a pas été revalorisé depuis longtemps.

Alors que dans le secteur marchand, des réductions structurelles de cotisations sociales sont à nouveau octroyées, le secteur non marchand est « oublié ».

L’occasion était belle d’accorder des réductions de cotisations proportionnelles pour le secteur permettant notamment la création

d’emplois supplémentaires.

Le gouvernement en a décidé autrement !

Dommage pour le secteur, dommage pour l’emploi, dommage pour les bénéficiaires alors que justement les besoins en terme de services à la collectivité sont grandissants.

Aujourd’hui, pour que cette belle construction originale reste un processus en faveur de l’emploi et des politiques sociales, culturelles et de santé, le secteur non marchand revendique, haut et fort, prioritairement une indexation des dotations et l’alignement de la réduction Maribel social sur le niveau de la réduction structurelle pour les entreprises marchandes.

JEUDI 21 MARS 2013

Chirurgie et médecine esthétiques: «La loi créera un flou juridique inconfortable»

La présidente de l’Union professionnelle de dermatologie et de vénérologie estime que la réforme de la «médecine et chirurgie esthétique», lancée initialement par la sénatrice MR Dominique Tilmans a accouché d’une très mauvaise législation.

Le Dr **De Donder** souligne que pour la première fois *«une loi impose à certains praticiens des limites à des territoires anatomiques, sans aucune justification scientifique valable»*.

Et de prévenir que ce projet de loi interdira à certains médecins de pratiquer des actes qu’ils réalisent pourtant habituellement et créera pour les autres un flou juridique inconfortable. «Comment savoir si l’acte presté relève de la *«médecine traditionnelle»* ou *«de la médecine esthétique (chirurgicale ou non)»*, avec toutes ses contraintes assorties de sanctions pénales.»

La présidente des dermatologues souligne que la distinction claire entre l’acte curatif et l’acte esthétique n’est pas si simple à réaliser. *«Elle dépendra également d’un choix de société qui pourra varier, notamment, en fonction des contraintes budgétaires de l’assurance-maladie puisqu’une prestation qualifiée d’esthétique ne donne plus droit à un remboursement de la part de l’assurance-maladie en vertu du code de nomenclature.»*

Pour l’Union professionnelle de dermatologie et de vénérologie, interdire à certaines catégories de médecins certains actes revient à entraver l’évolution de la médecine.

Mieux réglementer les institutions

Le Dr De Donder rappelle que son objectif en participant au groupe de travail concernant ce projet de loi était avant tout de défendre la sécurité du patient consommateur de médecine ou de chirurgie esthétique. Elle regrette à cet égard que le volet sur la réglementation des institutions hospitalières ait été abandonné par le législateur. *«N’aurait-il pas été beaucoup plus simple d’obliger les médecins à pratiquer les actes «à risques» dans des institutions répondant à des normes définies en fonction de la lourdeur de l’intervention et de l’anesthésie plutôt que d’atteindre à la liberté thérapeutique en limitant les compétences de chacun comme cela est proposé dans le projet de loi et quasi impossible à réaliser.»* Elle précise qu’il s’agit d’ailleurs de l’option choisie pour établir des standards européens en esthétique médicale au sein du Comité européen de normalisation.

Lors de son assemblée générale du 29 janvier 2013, l’association des dermatologues a décidé de se désolidariser de ce projet de loi parce qu’elle considère *«qu’il constitue une grave atteinte à la liberté thérapeutique et donc à l’exercice correct de la médecine»*.

Par ailleurs, l’Absym a également transmis aux députés un courrier



**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.**



JEUDI 21 MARS 2013

Politique de transfusion: les hôpitaux belges peuvent faire mieux!

L'enquête s'inscrit dans le cadre de la mise en place d'une fonction d'hémovigilance; tous les hôpitaux belges y ont participé, parce que cela leur ouvre également le droit à un financement. Les questions portaient sur la politique générale en matière de transfusions, la prescription, le traçage, le rapportage des réactions et incidents, etc. Les résultats sont actuellement en cours d'analyse en vue d'un symposium consacré à la politique de transfusion en Belgique, qui se tiendra en juin prochain. L'événement sera l'occasion de présenter les conclusions de l'enquête, mais aussi de donner la parole à une série d'orateurs étrangers qui viendront exposer leur propre stratégie en matière d'utilisation restrictive et rationnelle des produits sanguins. Cet éclairage international et les résultats de l'analyse belge serviront ensuite de base à l'élaboration d'un plan pluriannuel et d'un plan de soutien pour la politique de transfusion dans nos hôpitaux.

Les prémices du dossier remontent déjà relativement loin dans le temps et partent du constat qu'il existe d'importantes variations dans les pratiques transfusionnelles observées au sein des hôpitaux belges. Ces divergences peuvent évidemment s'expliquer par des

raisons tout à fait légitimes, mais il arrive également qu'elles soient (apparemment) inexplicables. C'est la raison pour laquelle le Conseil Supérieur de la Santé a déjà publié des recommandations de bonne pratique transfusionnelle en 2007 et en 2010; ces directives restent toutefois très générales et se concentrent essentiellement sur les processus de transfusion, alors que les cliniciens auraient davantage besoin de guidelines spécifiques à une discipline, une pathologie ou une intervention.

Fin 2011 a été créé un comité d'accompagnement 'hémovigilance' qui s'est notamment chargé d'organiser l'enquête susmentionnée. Ses missions se sont par ailleurs sensiblement élargies depuis sa création, pour inclure notamment une attention accrue à un usage plus restrictif et plus rationnel des produits sanguins. Début 2013, il a également mis sur pied une plateforme nationale de la transfusion, au sein de laquelle des groupes de travail et experts vont notamment réfléchir au système de financement des prestations concernées. Elle devrait également inciter les établissements de soins à faire un usage (plus) réfléchi des produits sanguins par le biais de stimuli financiers.

Lu pour vous



COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 24 JUIN 2014

La Ville de Marche-en-Famenne, Vivalia et la Province de Luxembourg s'engagent avec l'hôpital de Muramvya au Burundi, le vendredi 28 juin à 15h.

En 2011, dans le cadre de l'année européenne du volontariat, la Ville de Marche-en-Famenne, son Député-bourgmestre en tête, a émis la volonté de soutenir les volontaires, de permettre à des jeunes de s'investir dans des actions bénévoles et citoyennes et de leur ouvrir l'esprit à d'autres réalités sociales. Dès 2012, le Conseil communal a voté un budget de 25.000 € pour développer des projets en ce sens et a créé une Commission communale du volontariat, dénommée aujourd'hui Conseil consultatif des relations nord-sud et du volontariat.

En 2011, dans le cadre de l'année européenne du volontariat, la Ville de Marche-en-Famenne, son Député-bourgmestre en tête, a émis la volonté de soutenir les volontaires, de permettre à des jeunes de s'investir dans des actions bénévoles et citoyennes et de leur ouvrir l'esprit à d'autres réalités sociales. Dès 2012, le Conseil communal a voté un budget de 25.000 € pour développer des projets en ce sens et a créé une Commission communale du volontariat, dénommée aujourd'hui Conseil consultatif des relations nord-sud et du volontariat.

C'est l'ONG **Memisa** qui fut sélectionnée en qualité de partenaire dans cette action de volontariat. Depuis plusieurs années, en effet,

l'organisation non gouvernementale Memisa(*) mène un projet intitulé « **Hôpital pour Hôpital** ».

Memisa soutient 38 zones de santé en RDC et deux provinces au Burundi, dont celle de **Muramvya** au centre-nord du pays. Memisa y réalise différents projets pour améliorer les **soins de santé primaires**. Ces projets sont subsidiés partiellement par la Coopération belge. Vivalia et la Province de Luxembourg ont été sensibilisées au projet de soutien de la province de Muramvya et ont décidé de contribuer à sa mise en œuvre.

>> Suite page 18

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



Unissons nos compétences



INFIRMIER(E)S

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

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

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

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

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



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



La **province de Muramvya** compte 327.412 habitants (estimation 2012) répartis dans 5 communes que sont Muramvya, Kiganda, Rutegama, Mbuye et Bukeye. Pour faire face aux besoins des malades (paludisme, VIH/SIDA, malnutrition, maladies diarrhéiques,...), les institutions médicales manquent de matériel médical et de médicaments. En outre, la proximité avec la population est très importante, notamment pour la santé maternelle et infantile. La province de Muramvya manque d'infrastructures suffisantes pour assurer la décentralisation des soins de santé des hôpitaux vers les centres de santé périphériques.

Durant trois ans, dans le cadre du partenariat avec Memisa, la Province de Luxembourg et la Ville de Marche investiront conjointement plus de 25.000 euros annuellement pour la province de Muramvya, tandis que Vivalia portera le projet par des actions de sensibilisation et l'affectation d'équipements médicaux ou d'infrastructure pouvant favoriser le développement de ce partenariat.

Un des axes du projet « Hôpital pour Hôpital » vise en effet **la sensibilisation des membres du personnel, du corps médical et des patients des sites hospitaliers de Vivalia**. Les médecins et infirmiers/infirmières, plus particulièrement, sont invités à s'engager dans cette action de solidarité, qui est également un projet d'échanges. Lors de **missions d'observation**, les liens se renforcent et les connaissances se partagent. Les professionnels des hôpitaux belges ont l'opportunité d'apprendre à connaître les besoins locaux et la population ainsi que d'apporter leurs compétences complémentaires.

La Ville de Marche-en-Famenne permettra à des jeunes issus des écoles secondaires de l'Athénée Royal de Marche et de l'Institut Saint-Laurent et Saint-Roch de participer concrètement au développement de l'hôpital de Muramvya. Ils vont s'impliquer durablement dans cette action de solidarité. Les élèves de cinquième année apporteront leur énergie, avec le corps professoral. Leur mobilisation portera sur l'approvisionnement en eau de l'hôpital. C'est un investissement qui s'étalera tout au long de l'année scolaire avec la programmation d'un voyage là-bas, durant une période de congé. Une préparation sera d'abord menée au sein des établissements (évaluation des besoins, techniques à utiliser...) avec, comme objectif final, d'agir sur le terrain. Les élèves seront également sensibilisés aux réalités de la province burundaise. Pour financer le voyage, diverses

actions de récolte de fonds seront organisées. Enfin, la participation à cette belle aventure s'inscrit dans un contexte d'échanges et de rencontres enrichissantes avec des Burundais, que les étudiants feront sur place.

Chaque citoyen est invité à prendre part à la réalisation de ce projet de partage et de développement. La **convention de partenariat** sera signée par Monsieur André Bouchat, Bourgmestre de la Ville de Marche-en-Famenne, Madame Isabelle Buron, Echevine en charge du Volontariat de la Ville de Marche-en-Famenne, Monsieur Alain Deworme, Député provincial au Pôle Social- Santé, Monsieur René Collin, Député provincial au Pôle Economie, Tourisme et Agriculture, Monsieur Jean-Marie Carrier, Président du Conseil d'administration de Vivalia ainsi que le Dr Frank De Paepe, Directeur général de Memisa.

Signature officielle de la convention de partenariat le vendredi 28 juin à 15h.

Après une présentation du projet et la signature de la convention, l'événement se clôturera par une réception. Adresse du jour : Rue Victor Libert, 36 à 6900 Marche-en-Famenne-Salle du Conseil communal - Complexe Saint-François.

Contacts

Vivalia: Cindy Lamborelle, 061/62.00.04, cindy.lamborelle@vivalia.be
Province de Luxembourg: Martine Leroy, 063/42.49.62, m.leroy@province.luxembourg.be
Ville de Marche-en-Famenne: Nicolas Druez, 084/32.70.66, nicolas.druez@marche.be
Memisa: Sandrine Morreale, 02/454.15.58, sandrine.morreale@memisa.be
Dossier de presse (avec photos et vidéos de Muramvya) sur www.memisa.be/fr/presse ou sur demande.

(*) Memisa est une ONG de coopération médicale spécialisée dans les soins de santé primaires. Son objectif : des soins essentiels, de qualité et adaptés aux besoins, tout en portant une attention particulière aux plus démunis. Pour cela, l'ONG développe des programmes structurels et durables, mais elle soutient également de plus petites initiatives en Afrique, en Asie et en Amérique latine.

médecins (médecine générale et autres spécialités), kinés, infirmiers, psychologues, diététiciens, coaches psy et sportifs, etc. Ces formations brèves et pratiques ont déjà contribué à augmenter l'utilisation de l'hypnose médicale dans certains services et spécialités cliniques : anesthésiologie, gastro-entérologie, clinique des troubles du poids, clinique de la douleur, kinésithérapie, tabacologie, certains soins infirmiers, obstétrique, psychosomatique, etc.

4 cycles similaires sont en cours d'organisation pour 2013

Cycles "Formation général" avril-mai-juin
(Stratégies et techniques adaptées à tous les problèmes médico-psychologique)
Soit les samedis : 27 avril , 4 , 11 , 18 , 25 mai
Soit les samedis : 1 , 8 , 15 , 22 , 29 juin
Soit les dimanches : 28 avril , 9 , 16 , 23 , 30 juin
Soit les dimanches : 5 , 12 , 19 , 26 mai , 2 juin

Les personnes intéressées par les formations en Hypnose Médicale proposées au CHU Saint-Pierre peuvent contacter les organisateurs des formations.

Hypnose médicale et obésité.

La malnutrition "moderne", originaire des pays riches et qui a contaminé presque toutes les populations du monde, est le résultat d'une dérive alimentaire provoquée par des changements de mode de vie, de production et de promotion de certains aliments. Cette malnutrition atteint les habitants de notre pays à des degrés divers qui dépendent du niveau d'éducation, du revenu de la famille, du contexte professionnel, de la psychologie de la personne, etc. La Clinique du Poids Idéal du CHU Saint-Pierre de Bruxelles utilise l'hypnose médicale en association

avec d'autres techniques psychothérapeutiques pour traiter certaines causes et certaines conséquences psychologiques d'une prise de poids ou d'une difficulté à maigrir: agressions physiques ou psychologiques, mésestime de soi, dépression, assuétudes alimentaires, hyperphagie, grignotages pathologiques, etc. Cette expérience clinique permet de proposer des cycles de formation en hypnose médicale adaptés aux problèmes d'obésité. Veuillez nous contacter pour les dates.

Une formation hypnose et obstétrique est en préparation.

Veuillez nous contacter pour les dates.

6 modules "spécialisation" (en 2 journées) sont en cours d'organisation pour 2013 :

Veuillez nous contacter pour les dates.

E : "Douleurs"
F : "Obésité"
G : "Gynéco-obstétrique"
H : "Phobies"
I : "Psycho-traumatismes"
J : "Tabac"

Organisateurs des formations en Hypnose Médicale au CHU Saint-Pierre
e-mail :mailto:hypnoseformation@skynet.be
Coordinatrice : Johanna Hemmer 0475 64 68 58
Pour plus d'information : www.hypnoseformation.org

Enseignement de l'Hypnose Médicale au CHU Saint-Pierre de Bruxelles.

Pour répondre à la demande croissante de formation en hypnose médicale, des cycles de formation sont proposés au sein du CHU Saint-Pierre de Bruxelles à tous les médecins et paramédicaux belges et étrangers.

Ces cycles de formation en hypnose médicale se caractérisent par un environnement hospitalier, la brièveté des formations proposées, un nombre de participants limité à 15 et un aspect très pratique. L'hypnose médicale moderne est enseignée comme un état d'esprit un peu particulier avec un outil de communication : «les mots qui soulagent et les phrases qui guérissent »

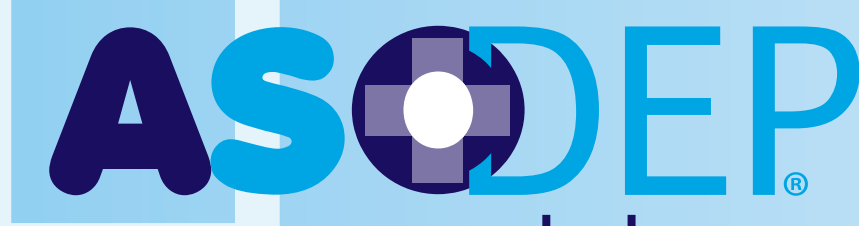
Cette hypnose médicale « moderne » permet de réduire ou de supprimer des symptômes douloureux, des dysfonctionnements organiques, certains troubles inflammatoires, les conséquences psychosomatiques d'un traumatisme, d'une agression, des troubles du comportement alimentaire, etc. Elle permet d'aborder, sans avoir l'air de faire de la psychologie, les aspects psychologiques de nombreuses pathologies somatiques.

L'état hypnotique sera abordé débarrassé de toute fausse croyance et compris comme un état de dépotentialisation de l'esprit critique

qui conduit à une plus grande suggestibilité. Dans cet état, le patient est incapable ou moins capable de critiquer sa propre imagination de réduction ou de disparition de son problème. Cela conduit à la transformation d'une idée en un changement physique ou psychologique : analgésie, vasoconstriction, broncho-dilatation, changement de comportement, de mode de pensée, etc.

Le médecin responsable de ces formations est le docteur Patrick Van Alphen du CHU St Pierre et ancien élève de l'école d'hypnose médicale (1991) du CHU de Liège dont l'initiatrice, le docteur Marie-Elisabeth Faymonville, a mis au point et rendu célèbres les interventions chirurgicales sous « hypnosédation ».

Un cycle de formation se réalise généralement en 5 ou 6 journées de 6 heures (13h à 19h) réparties sur 2 à 3 mois et permet une mise en pratique immédiate. La formation est très pratique et exploite les cas cliniques et l'expérience professionnelle des élèves. Ces élèves sont



ASODEP
www.asodep.be

De professionnel à professionnel...

Partenaire idéal des infirmier(e)s indépendant(e)s

Achat de toutes vos fournitures
(tous types de conditionnement)
- à domicile (livraison)
- à notre espace santé

WANZE
Chaussée de Wavre, 8
+32 (0)85 84 24 46



Le robot n’a jamais mal au dos

Pour pallier à la pénurie de personnel soignant, il est désormais possible de recourir à la robotique. Telle est la conclusion d’une étude réalisée par le Centre d’évaluation des choix technologiques (TA-Swiss). Des directives éthiques et des adaptations légales sont toutefois nécessaires. Mais l’étude ne saurait désamorcer les craintes du personnel soignant à cet égard – bien au contraire.

Susanne Wenger
Photos: mäd.



La peluche robot Paro cherche le contact visuel et répond aux caresses en ronronnant

Une boîte métallique étroite, avec de petites lumières qui clignotent sur le front: c’est Günther, le robot soignant. Dans un hôpital allemand, il va chercher des corbeilles de linge ou des chariots de repas et les amène dans le service. Malgré un travail pénible, Günther ne sait pas ce que c’est que d’avoir mal au dos, et il ne souffrira jamais de burnout. Günther s’arrête devant les chambres des malades: la machine n’entre jamais en contact avec les patients. Il en va autrement du robot blanc à câliner Paro («Personal Assistant Robot»), un robot japonais déjà utilisé en Suisse: grâce à un logiciel sophistiqué, Paro répond aux câlins des patients en ronronnant des patients en ronronnant. Il se frotte contre les personnes et recherche le contact visuel. Le marché de la santé propose également des robots qui distri buent des boissons, préparent du matériel de laboratoire ou jetable et soulèvent des personnes pour les installer dans leur fauteuil ou dans la baignoire. «Nous rencontrons de plus en plus de robots dans notre pratique quotidienne», constate Heidrun Becker, professeur d’ergothérapie à la Haute école des sciences appliquées (ZHAW) de Zurich. C’est elle qui a dirigé l’étude «Robocare», présentée fin 2012 par le Centre d’évaluation des choix technologiques (TA Swiss). Cette étude évalue les opportunités et les risques liés aux robots de soins avec une projection jusqu’en 2015 et donne des recommandations aux politiciens. La question est urgente, car la technique est déjà très avancée. Les chercheurs placent de grands espoirs dans des robots humanoïdes, sociaux, capables d’établir une relation avec les individus. Des robots qui seraient par exemple capables de faire des exercices de mémoire avec des personnes âgées.

Des robots «doux et tendres»

«Contrairement aux robots durs de l’industrie, la nouvelle génération de robots sera douce et tendre» explique Rolf Pfeifer, professeur à l’EPF. «La peau» représente un défi majeur pour les chercheurs. Il est donc grand temps que le public s’intéresse également à la robotique, estime Heidrun Becker. «Les personnes concernées – patients, personnes âgées, professionnels de la santé – doivent être impliquées, afin que la technique ne passe pas à côté de leurs besoins». C’est le Japon qui est en tête en matière de robotique des soins, et ce n’est pas par hasard: la société japonaise est la plus vieille au monde. Mais chez nous aussi, le nombre de personnes dépendantes

va en augmentant, tandis qu’une pénurie de personnel importante se profile. A l’heure actuelle, la Suisse ne forme pas suffisamment de professionnels. Hôpitaux et EMS ont de la peine à recruter assez de personnel – sans infirmières étrangères, rien ne fonctionnerait. La pénurie de personnel ouvre des portes au recours à la robotique, ainsi que le montre l’étude TA.

Plus de temps pour les patients?

Les robots d’assistance pourraient ainsi remplacer les soignants pour des travaux physiquement lourds ou des tâches de routine. «Il y aurait ainsi davantage de temps pour les patients» stipule l’étude. De plus, cela permettrait de réduire les signes d’usure typiques à la profession – les soignants qui quittent fréquemment la profession prématurément resteraient plus longtemps en activité. Et si les soins devenaient plus techniques, davantage d’hommes choisiraient peut-être ces professions traditionnellement féminines. Les robots d’assistance permettraient aux hôpitaux et EMS, soumis à une pression économique croissante, de fonctionner avec moins de personnel, sans que la qualité des soins vienne à en pâtir. Quant aux patients, ils peuvent s’exercer à la marche avec l’aide de robots utilisés dans les services de réhabilitation. Des auxiliaires «malins» pour saisir ou se déplacer plus facilement, de même que des fauteuils roulants semi-automatiques permettent davantage d’autonomie. Et les robots téléguidés ne nécessitent plus la présence d’un médecin ou d’une infirmière. Patient et professionnel de la santé sont reliés par le biais d’un moniteur. Le taux de glycémie ainsi que d’autres valeurs sont mesurés automatiquement à distance. Les personnes âgées pourront rester plus longtemps chez elles, aidées pour les gestes quotidiens par un robot de service. Et de nombreux proches aidants seraient soulagés dans leur rôle d’accompagnement, comme le relève la psychologue bernoise Pasqualina Perrig-Chiello.

Risque de décisions erronées

Jusque là, fort bien. Mais les robots soignants suscitent également des craintes, ainsi que l’a mis en évidence l’étude. Certains craignent que le robot ne réduise le contact direct entre le personnel soignant et les patients et ne contribue à augmenter le risque de décisions erronées. Les personnes dépendantes pourraient se trouver isolées, et les soignants risquent de perdre le plaisir de travailler. Lorsque les robots sont utilisés avec des personnes incapables de discernement, par exemple des patients atteints de démence, des questions éthiques se posent. Ces questions doivent être prises en compte dans les directives de qualité pour les soins et l’accompagnement. Un exemple de standard éthique serait par exemple la liberté de choix: les personnes ayant besoin de soins doivent pouvoir décider elles-mêmes si elles souhaitent recourir à un robot ou non.

Responsabilité civile non clarifiée

La question de la responsabilité civile doit également être clarifiée: qui doit rendre des comptes si quelque chose va de travers avec le robot et que quelqu’un se blesse? Des problèmes de protection des données surgissent également, notamment avec les robots en téléprésence, qui filment l’environnement sans interruption. Et qu’en est-il de l’équité dans l’accès à ces aides? Des auxiliaires de marche coûteux pour des personnes handicapées doivent être accessibles à tous, pas seulement aux personnes aisées. Car ce risque est bien réel, car ni les caisses-maladie ni l’AI ne sont vraiment disposés à déboursier pour ces robots

mariemontvillage

recherche

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

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

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

Intéressé(e)
Pour plus d'information nous concernant, consultez notre site : **www.mariemontvillage.be.**
Veuillez adresser votre lettre de candidature accompagnée d'un curriculum vitae à Mariemont Village, à l'attention de Mr Goblet Valéry, rue Général de Gaulle, 68 à 7140 Morlanwelz ou par e-mail à l'adresse **info@mariemontvillage.be.**

coûteux. L’étude met de toute façon en question les économies espérées pour le système de santé. Les robots de soins ne sont généralement pas des produits de masse et sont par conséquent chers. Ils pourraient même contribuer à augmenter les coûts de la santé. D’ailleurs les soignants, déjà fort stressés aujourd’hui, seraient encore davantage soumis à la pression de la rationalisation. «L’utilisation du robot ne doit pas réduire ou supprimer la durée de la prise en charge, nécessaire et souhaitée par le patient» affirme Katharina PreliczHuber, présidente du Syndicat des services publics (SSP). Le SSP a représenté le point de vue des associations professionnelles lors de la présentation de l’étude. Pour ces associations – et pour l’ASI aussi – ce ne sont pas les robots qui résoudront les problèmes de pénurie, mais un investissement réel pour des conditions de travail plus attrayantes et pour la formation. Cela permettrait aux soignants de pratiquer plus longtemps et aux jeunes d’être plus attirés par une profession soignante. Des connaissances fiables quant aux effets des robots de soins ne sont cependant pas disponibles, au Japon non plus. Les premières expériences de la pratique en sont d’autant plus intéressantes. La première institution de soins suisse à avoir introduit le robot en peluche Paro est l’EMS Rosenberg, à Lucerne: dans cet établissement, celui-ci a été rebaptisé Max, à la demande des résidents. Max est utilisé avec des personnes atteintes de démence: elles caressent son pelage, lui parlent, chantent avec lui et manifestent de la tendresse. «Cela fait du bien aux personnes atteintes de démence», constate Cati Hürlimann, responsable du centre. Max éveille des émotions – un sourire, parfois aussi des larmes. «Ce sont des moments foncièrement humains». Un aspect important: dans l’EMS lucernois, le robot n’est jamais utilisé dans le service, mais exclusivement dans le cadre de la thérapie d’activation: «Max n’est pas un robot qui soigne, c’est un objet d’activation». Aucun résident n’est laissé seul avec le robot. Il fait toujours partie d’une interaction d’humain à humain. Ainsi, la majorité des soignants du Rosenberg acceptent le robot: «certains le trouvent super, pour d’autres il est inquiétant». La directrice du centre est catégorique: «Max ne me permet en aucun cas

ANNEMARIE KESSELRING



«Les instruments sont insensibles»

Annemarie Kesselring, chercheuse en soins infirmiers, met en garde contre l'utilisation des robots interactifs dans les soins et l'accompagnement. Les personnes les plus vulnérables de notre société ne doivent pas être privées de contacts humains.

Beaucoup de soignants sont sceptiques concernant l'utilisation de robots dans les soins. Faut-il leur donner raison?

Des robots sous forme d’auxiliaires à la marche ou d’outils d’entraînement pour des personnes paralysées ou des personnes qui ont perdu un membre sont appropriés, du point de vue soignant également. Les robots d’assistance peuvent par exemple aider les soignants à soulever les patients pour les déplacer du lit au fauteuil ou à transporter des bouteilles d’oxygène. Ils permettent de soulager les soignants qui doivent effectuer des tâches physiquement lourdes. En revanche, je refuse des robots comme la peluche destinée à devenir un compagnon pour les personnes âgées et pour les enfants.

Qu'est ce qui s'oppose à la peluche robot?

Les enfants et les personnes âgées ont principalement besoin de contacts stimulants, encourageants et émotionnels. Les robots ne font qu’imiter de tels contacts. Pour les soignants, le fait de tromper constamment les patients de cette façon peut devenir un poids moral et éthique. Les soins relationnels s’en ressentent également. Comment entrer en discussion avec quelqu’un que je trompe en permanence? Avec les personnes atteintes de démence, les émotions sont souvent le seul moyen d’établir un contact. Les soignants savent le faire. Un robot en revanche ne donne aucune réponse émotionnelle.

C'est donc clairement non, du point de vue soignant?

J’estime qu’il est faux de recourir à de tels robots avec les personnes les plus vulnérables de notre société – du moins aussi longtemps qu’ils ne seront pas répandus également dans les bureaux des chefs dans les banques, dans les hôtels cinq étoiles ou lors de cocktails.

Les robots peuvent contribuer à pallier la pénurie de personnel, relève l'étude suisse «Robocare».

Les instruments sont insensibles et ne sauraient remplacer les soignants. Les besoins en personnel pourraient même augmenter encore avec l’introduction des robots. Pour utiliser la robotique, la contrôler et enseigner aux patients comment s’en servir, il faut du personnel spécialisé et bien formé – mais plutôt dans le domaine IT que dans le domaine des soins. Je crains que la profession infirmière ne se retrouve affaiblie par l’utilisation des robots. Si les patients ne sont plus reliés au professionnel de la santé que par moniteur, les contacts humains s’appauvrissent. Cela diminue l’attrait des professions de la santé et la satisfaction au travail.

Annemarie Kesselring est professeure émérite à l’Institut des sciences infirmières de l’Université de Bâle et pionnière en matière de recherche infirmière en Suisse. Elle a été membre du groupe d’accompagnement de l’étude «Robocare».

de renoncer à une collaboratrice». Elle n'a pas l'intention d'acquérir de nouveaux animaux-robots et n'entend pas intégrer des robots au processus de soins. «Aucun robot ne peut remplacer un être humain» souligne Cati Hürlimann.

Le robot a ses limites

Heidrun Becker, qui a dirigé l'étude, est du même avis: «sur ce point, nous sommes certainement tous d'accord». La relation humaine est d'une importance capitale pour le processus de guérison et le bien-être des malades. Un robot d'assistance est en mesure aujourd'hui d'apporter le repas, mais c'est toujours l'infirmière qui fait le travail

principal, comme l'explique Annemarie Kesselring, chercheuse en soins infirmiers, qui a apporté le point de vue infirmier dans le cadre de l'étude TA (lire également interview). «L'infirmière veille à ce que les patients mangent vraiment ce qu'on leur sert et prennent des forces. Un robot ne peut pas le faire.»

Liens

La version résumée de l'étude «Robocare – la prise en charge de la santé à l'ère des automates» peut-être téléchargée gratuitement sur www.ta-swiss.ch

UNE RÉPONSE AUX COMPORTEMENTS VIOLENTS DES ADOLESCENT-E-S

Aux racines du mal-être

Brigitte Longerich

Photos: Photocase

Depuis 2008, l'Association Face à Face, à Genève, propose un programme de prise en charge novateur aux adolescent-e-s qui présentent des comportements violents et pose un regard différent sur un problème de société qui prend des proportions inquiétantes.

L. a quatorze ans. A l'école, qu'il fréquente avec une assiduité toute relative, il a été convoqué et puni à plusieurs reprises pour avoir menacé des garçons plus jeunes, à qui il voulait soutirer de l'argent ou leur téléphone portable. Il a également été surpris en essayant de vendre du cannabis à un autre élève. Et puis, il y a eu la fois de trop: à la sortie des classes, un après-midi, il a roué de coups un camarade qui s'est retrouvé aux urgences... Ses parents ont porté plainte.

Un phénomène en augmentation

Menaces, rackets, agressions, vols, trafics en tout genre... la liste des actes associés à la violence est longue et surtout, ces actes sont de plus en plus fréquents et touchent une population de plus en plus jeune. Parents, enseignants, professionnels de la santé,

autorités judiciaires et monde politique s'interrogent, la plupart du temps démunis devant un phénomène auquel la seule réponse proposée semble être la répression. Interpellée par cette escalade de la violence, une infirmière en psychiatrie devenue thérapeute de famille et de couple a décidé de proposer à Genève un programme thérapeutique pour adolescent-e-s ayant des comportements violents. Cette alternative est adaptée à leur problématique et susceptible de répondre à leur besoin de modifier leurs comportements.

Face à Face

En 2001, Claudine Gachet crée l'Association Face à Face. «A cette époque, nous souhaitions offrir aux femmes aux comportements violents un soutien et une écoute appropriés à leurs besoins.

Jusque-là, la seule réponse que l'on apportait à la violence féminine était une hospitalisation en psychiatrie, qui ne faisait qu'accroître la détresse morale de ces femmes et leur sentiment d'exclusion » commente Claudine Gachet. En 2008, un projet-pilote, spécifique pour les jeunes de 13 à 20 ans aux comportements violents, a été mis en place: «Face à Face ADOS» qui fait appel à une équipe pluridisciplinaire – psychologues, gardes-frontières, police, animateurs d'ateliers de théâtre d'improvisation, instructeur en arts martiaux, spécialistes en analyse et décryptage de l'image, association du réseau comme Action innocence – et tente de répondre au mieux aux besoins des jeunes filles et jeunes garçons qui lui sont référés. Aujourd'hui, de multiples instances proposent ce programme à des jeunes en difficultés: juges, foyers, service de la protection des mineurs, office médico-pédagogique, hôpitaux, institutions du post-carcéral, thérapeutes, écoles, familles ou encore médecins.

Comprendre la violence

C'est sur ce constat que se fonde l'approche thérapeutique proposée par Face à Face. Car dire simplement que de plus en plus de jeunes sont violents ou agressifs ne résout rien et ne fait que creuser davantage le fossé entre les générations. Véronique Gaby, psychologue à l'Association, commente: «Grace aux recherches de Richard Tremblay et du Professeur Alain Malafosse, nous savons aujourd'hui que la violence n'est pas uniquement environnementale ou uniquement génétique mais qu'elle est épigénétique, rencontre de l'individu et de son environnement, mais que fort heureusement elle est réversible. Dès la petite enfance, un individu a des comportements plus ou moins violents et sa confrontation avec l'environnement viendra confirmer ou infirmer sa croyance en la violence. Quand l'environnement parental n'a pas réussi à faire comprendre au petit enfant les méfaits de sa violence, celle-ci ne pourra que croître. L'adolescence est un moment crucial dans les stades du développement, c'est pour cela que nous sommes convaincus de l'importance d'intervenir à cet âge de la vie en permettant aux jeunes de découvrir d'autres modèles et d'expérimenter d'autres comportements qui leur permettront d'atteindre leurs objectifs personnels dans le respect des règles sociales».

Le programme proposé aux jeunes par Face à Face poursuit trois objectifs principaux: éveiller l'empathie et la capacité de créer des liens; apprendre le respect de la hiérarchie et de l'autorité, enrayer le cycle infernal de la répétition transgénérationnelle.

Travail en groupe, individuel, et familial

Une session de Face à Face ADOS se déroule sur trois mois et comprend environ 72 heures



Le sentiment de n'être ni compris ni respecté peut pousser les adolescents à devenir violents.



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

de présence. La prise de contact se fait au cours de deux séances d'évaluation, une individuelle et une avec la famille et/ou le réseau. Une anamnèse est effectuée et un contrat est signé entre l'adolescent, Face à Face ainsi que les parents ou le représentant légal.

Le travail est ensuite réparti en trois modules. Le premier module se déroule sur trois jours intensifs en groupe mixte: réflexions, échanges, débats, films, jeux de rôle, apports théoriques et mises en pratique.

Le but étant de permettre aux jeunes de ressentir leurs émotions, de les nommer, d'en comprendre les déclencheurs, afin de mettre en place de nouveaux comportements qui leur permettent de contrôler leurs mouvements violents. Différents partenaires collaborent à cette session et les participants sont par moments mis en situation: la confrontation directe avec la police ou les gardes-frontières permet une prise de conscience: les représentants de l'ordre sont avant tout des êtres humains, comme eux, avec leurs qualités et leurs défauts. Finalement «un flic peut être sympa, drôle, gentil...». Ils ont de bonnes intentions, comme le constatent certains, et ils pourraient un jour leur venir en aide.

«On ne naît pas violent, on le devient».

se séparent au bout de quelques années, la stabilité nécessaire à

Emotions et comportements

A treize, quinze, ou dix-sept ans, comment communiquer le mal-être que l'on ressent! Comment dire que l'on a envie de disparaître ou de buter quelqu'un. Le module 2 se déroule en 5 séances de deux heures en groupes non-mixtes. Il s'agit cette fois d'aborder la violence pour laquelle ils sont venus, l'estime de soi, d'identifier les émotions, les pensées, les comportements ainsi que les conséquences de cette dernière.

«A ce stade, il est important de séparer les filles et les garçons», commente Claudine Gachet. «En groupe mixte, on ne parle pas de la violence de la même façon qu'entre jeunes du même sexe». Le vocabulaire est différent, mais aussi la manière d'exprimer ce qu'on ressent. «Quand y'a les filles, on doit faire plus gaffe à c'qu'on dit» pensent les garçons.

Mise en commun des acquis

Le troisième module enfin se déroule à nouveau en groupe mixte. L'objectif est de développer l'esprit critique et d'aborder la gestion des rapports avec les autres. C'est aussi le moment de mettre en commun acquis et expériences. Un maître d'art martial participe à cette journée afin de faire travailler les participants sur leur rapport au corps, leur gestuelle, leur confiance en soi et en l'autre, leur force, leur faiblesse. «A l'adolescence le corps se modifie, donnant accès à de nouvelles capacités; il est très important qu'ils prennent conscience de leur nouvelle force», relève Claudine Gachet. «A quatorze ans, on peut avoir une âme d'enfant dans un corps d'homme».

Au cours de ce troisième module, la parole est également donnée à un représentant d'Action Innocence, une association qui contribue à préserver la dignité et l'intégrité des enfants et des jeunes sur internet. «Ne laisse pas ton image t'échapper»: tel est le message transmis.

«Face à Face ADOS» comprend en outre des séances individuelles et/ou familiales avec l'équipe thérapeutique. Des bilans sont effectués 4 mois et 10 mois après l'entrée dans le programme pour évaluer la non récurrence de la violence.

L'adulte qui fait la différence

L'un des constats fondamentaux des responsables de l'Association Face à Face, c'est que la plupart des adolescents pris dans la spirale de la violence ont manqué d'un modèle fort et aimant au cours de leur enfance. Dans une société où plus de la moitié des couples

se séparent au bout de quelques années, la stabilité nécessaire à

l'enfant pour se développer harmonieusement fait cruellement défaut. Dans le cadre du programme thérapeutique, il se peut que les adolescents trouvent parmi les intervenants ce modèle qui va peut-être leur permettre d'aller de l'avant et de changer, «l'adulte qui fait la différence». Pendant les sessions, les intervenants témoignent du respect aux participants et leur en demandent en retour, ce qui permet aux jeunes d'apprendre que le respect engendre le respect.

Un programme reconnu

En quatre ans d'activité, le projet-pilote Face à Face à ADOS a fait du chemin et les demandes ne cessent d'affluer. En 2011, 19 jeunes ont pu suivre les sessions, ils étaient près du double en 2012. La proportion de garçons et de filles est de 74% pour les premiers et 26% pour les secondes. En 2011, Le programme de prévention «jeunes et violence» de la Confédération a sélectionné le programme «Face à Face ADOS» en tant que projet modèle. Aujourd'hui, les frais de prise en charge (coût total d'une session: Fr. 3500.-) sont remboursés par l'assurance-maladie de base. Claudine Gachet, fondatrice et directrice de l'Association Face à Face, peut apprécier le chemin parcouru au cours de ces dix dernières années grâce à ses efforts continus pour modifier le jugement profondément négatif porté sur les comportements violents: «Le regard sur la violence féminine et celle des jeunes a changé. On tient compte de leurs difficultés, et la prévention et le traitement des violences se diversifient». Reste à espérer que ce programme essaime et qu'un nombre croissant d'adolescents puissent bénéficier d'un soutien de ce type et aborder avec davantage de sérénité les premiers pas dans la vie d'adulte.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Pourquoi cette violence?

On assiste aujourd'hui à une augmentation des manifestations de violence chez les jeunes, et notamment chez des très jeunes – dès 10 ans parfois.

Dans une optique de prévention, il importe de prendre conscience des facteurs fragilisants:

- Les familles aux transactions violentes
- La rencontre précoce avec la violence
- Les divorces déchirants
- Les jeunes mères immatures
- Les situations précaires
- La surcharge des femmes – cumuls des fonctions (mère, épouse, profession)
- Les carences affectives
- Le manque de modèles parentaux
- Le manque de confiance de base
- La non instauration du lien inaugural à l'Autre (parents inadéquats).

Heureusement, les enfants aux comportements agressifs ne deviennent pas tous des adultes aux comportements violents.

Les enfants rois comme les enfants carencés en arrivent aux mêmes actes de violences. En effet, plus les parents sont absents, plus ils se culpabilisent, plus ils deviennent laxistes ou leur achètent des objets, leur donnent davantage d'argent de poche, plus les jeunes deviennent exigeants et toutpuissants, plus les tensions montent et c'est l'escalade vers la violence.

D'autre part, les enfants qui ont subi des humiliations, de la violence de la part de leur entourage dans leur plus jeune âge, développent un désir de revanche, ce qui engendre un renversement de comportement: de victime ils deviendront peut-être bourreau à l'âge adulte, se disant «plus jamais ça».

Liens

Association Face à Face,
16, rue Voltaire, 1201 Genève.
Tél. 022 345 12 15 / 078 811 91 17
E-Mail: info@face-a-face.info,
www.face-a-face.info

Intervenants externes:
Police cantonale de Genève:
www.geneve.ch/police

Garde-frontières: www.ezv.admin.ch

Action Innocence:
www.actioninnocence.ch

Académie suisse de Sécurité:
www.academie-suisse-securite.ch

Forum du possible:
v.tacheron@gmail.com



Le CHU Tivoli recrute

des infirmier(e)s bachelier(e)s et breveté(e)s

*pour tous les secteurs d'hospitalisation
et le service d'Imagerie médicale.*

**Veuillez 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



Centre Hospitalier
de Wallonie picarde

L'ASBL CHwapi, une institution
hospitalière de 2300 collabo-
rateurs, 850 lits, située à
Toumai, 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 SENTÉ, Directrice des Ressources Humaines,
par mail à vinciane.sente@chwapi.be

www.chwapi.be

Siège social Av.Delmée 9 à 7500 Tournai



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

Les risques de piqûres accidentelles dans les maisons de retraite

Dans le cadre de ses activités quotidiennes, le personnel des maisons de retraite s'expose à des risques d'infections graves par plus de 30 agents pathogènes dangereux, dont l'hépatite B (VHB), l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui peuvent être contractés par le biais de blessures dues à des aiguilles et des lancettes contaminées. On estime à plus d'un million le nombre de blessures par piqûre d'aiguille (BPA) survenant chaque année dans l'UE¹, dont une part importante en maisons de retraite.

Maisons de retraite et piqûres accidentelles

Une publication récente aux Pays-Bas² sur les BPA hors milieu hospitalier indique que, chez le personnel des maisons de retraite, les aiguilles ou stylos à insuline sont à l'origine de 84% des BPA. Fait inquiétant, 35% de l'ensemble des professionnels de santé et 47% du personnel des maisons de retraite ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B. Une étude similaire en Belgique³ a passé en revue 45 maisons de retraite en Flandre Orientale. Un total de 162 cas de BPA a été rapporté. Le personnel d'entretien, le personnel technique et le personnel de cuisine étaient concernés dans 13% des cas de BPA, le personnel infirmier dans 56% des cas et les aides en gériatrie dans 28% des cas. Les trois objets tranchants les plus incriminés dans les BPA étaient les stylos à insuline (40% des blessures), les aiguilles pour injection sous-cutanée (21%) et les lancettes (20%), trois instruments utilisés pour le soin des patients diabétiques. C'est pour cette raison que le traitement du diabète en maisons de retraite constitue une source majeure de BPA et devrait bénéficier d'une attention prioritaire dans le développement des stratégies de prévention.

Patients diabétiques et virus mortels

D'après une étude⁴, l'ADN du VHB a été décelé chez 11% des patients souffrant d'un diabète de type 2, comparé à 3% dans l'échantillon de contrôle. Le CDC a récemment recommandé une vaccination obligatoire contre l'hépatite B pour les patients diabétiques et a signalé que nombre d'entre eux avaient été contaminés à l'endroit où ils effectuaient leurs contrôles glycémiques et où plus d'une personne utilisait le glucomètre⁵. Un pourcentage inquiétant d'infirmières et d'infirmiers européens traitant des patients diabétiques n'est pas vacciné contre le VHB⁶. La prévalence du VHC⁷ chez les diabétiques est également plus élevée que dans la population normale, celle du VIH⁸ est à peu près équivalente, alors qu'il n'existe actuellement aucun vaccin contre ces virus.

Dr Kenneth Strauss
endocrinologue, directeur de la sécurité en médecine à la European Medical Association et directeur médical mondial chez Becton Dickinson (BD)

Aiguilles à insuline et sang

Des traces de sang ont été en outre constatées sur les aiguilles à insuline. Une quantité minime de sang suffit à transmettre le VHB et le VHC, et il subsiste sur les aiguilles à insuline actuellement sur le marché une

quantité de sang infime, presque invisible, après utilisation. Ce résidu peut représenter jusqu'à 10 000 particules virales environ par µL, une quantité suffisante pour contaminer un grand nombre de personnes par le VHB. La charge est moins importante pour le

>> Suite page 27



Tous les produits pour l'allaitement et les bébés



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



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



Produits 100% naturelles

VHC mais elle reste toutefois suffisante pour faire de nombreuses victimes. Les faits restent inquiétants lorsque nous quittons le domaine du risque pour nous intéresser aux contaminations effectives, des études ayant recensé une à deux contaminations par le VHC pour cent expositions percutanées par BPA avec des objets tranchants contaminés. Pour le VHB, ce rapport est facilement d'une contamination pour trois expositions chez les victimes non vaccinées¹⁰.

Directive européenne

En juin 2010, le Conseil de l'UE a publié la directive 2010/32/UE relative à la prévention des blessures par objets tranchants dans les établissements de santé, dont les maisons de repos. Elle impose de réaliser toutes les injections ou prélèvements de sang par lancettes à l'aide de dispositifs sécurisés¹¹. La directive est maintenant entrée en vigueur dans toutes les maisons de retraite de tous les États membres de l'UE, et ce depuis le 11 mai 2013¹².

Conclusions du WISE

Le WISE (Workshop on Injection Safety in Endocrinology, Atelier sur la sécurité des injections en endocrinologie), financé par la European Medical Association, a rassemblé 57 responsables de 13 pays pour débattre de l'application de la nouvelle directive européenne dans les soins aux diabétiques.

Les recommandations spécifiques du WISE pour la sécurité des injections chez les patients diabétiques ont été publiées dans une revue médicale réputée, *Diabetes & Metabolism*¹³. Ces recommandations stipulent que **toutes les injections ou prélèvements sanguins destinés à contrôler le diabète en maisons de retraite doivent être réalisés au moyen de dispositifs sécurisés.**

¹ EU Commission for Employment, Social Affairs and Inclusion, New legislation to reduce injuries for 3.5 million healthcare workers in Europe, 8th March 2010.

² Vos D, Gotz HM, Richardus JH. Needlestick injury and accidental exposure to blood: The need for improving the hepatitis B vaccination grade among health care workers outside the hospital. Am J Infect Control 2006;34:610-2.

³ Kiss P, De Meester M, Braeckman L. Needle stick injuries in nursing homes: The prominent role of insulin pens. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29:1192-4.

⁴ Demir M, Serin E, Göktürk S, Öztürk NA, Kulaksizoglu S, Yilmaz U. The prevalence of occult hepatitis B virus infection in type 2 diabetes mellitus patients. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2008 Jul;20(7):668-73.

⁵ De Schryver A, Claesen B, Meheus A, van Sprundel M, François G., Department of Epidemiology and Social Medicine, University of Antwerp, Antwerp, Belgium. European survey of hepatitis B vaccination policies for healthcare workers., Eur J Public Health. 2010 Sep, publication électronique disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=European%20survey%20of%20hepatitis%20B%20vaccination%20policies%20for%20healthcare%20workers>

⁶ De Schryver A, Claesen B, Meheus A, van Sprundel M, François G., Department of Epidemiology and Social Medicine, University of Antwerp, Antwerp, Belgium. European survey of hepatitis B vaccination policies for healthcare workers., Eur J Public Health. 2010 Sep, publication électronique disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=European%20survey%20of%20hepatitis%20B%20vaccination%20policies%20for%20healthcare%20workers>

⁷ Simó R, Hernández C, Genescà J, Jardí R, Mesa J. High prevalence of hepatitis C virus infection in diabetic patients. Diabetes Care. 1996 Sep;19(9):998-1000.

⁸ Mondy K, Overton ET, Grubb J, Tong S, Seyfried W, Powderly W, Yarasheski K. Metabolic syndrome in HIV-infected patients from an urban, midwestern US outpatient population. Clin Infect Dis. 2007 Mar 1;44(5):726-34. Epub 2007 Jan 22.

⁹ UK Occupational bloodborne Virus report, November 2008

¹⁰ Denes AE, Smith JL, Maynard JE, Doto IL, Berquist KR, Finkel AJ. Hepatitis B infection in physicians. Results of a nationwide seroepidemiologic survey. JAMA 1978; 239:210-2.

¹¹ Council Directive 2010/32/EU, Official Journal of the European Union, L134/71

¹² Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, en vue de la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, 17 avril 2013, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm



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



Société des Infirmier(e)s de Soins Intensifs asbl

www.siznursing.be



Module de formation continue: "Recherche et actualité aux soins intensifs"

- **Les indices prédictifs de réponse au remplissage.** Dr Lionel Haentjens - CHU Ambroise Paré
- **Enquête sur la nutrition aux soins intensifs: Les résultats.** Mr Mathieu De Ryckere - ULB Erasme
- **Comment entreprendre une recherche en soins infirmiers aux soins intensifs?** Mr Arnaud Bruyneel - ULB Erasme
- **Transfert Intra-Muros des patients Instables: où en sommes-nous aujourd'hui?** Mme Emilie Therasse et Mr Miguel Waterkeyn - UCL Saint-Luc
- **La VNI en pédiatrie, particularités.** Mme Caroline Haggenmacher - HUDERF
- **Soins palliatifs en soins intensifs pédiatriques.** Dr Christine Fonteyne - HUDERF

Mardi 15 octobre 2013

CHU André Vésale - Montigny-Le-Tilleul

Programme de 13h à 17h - accueil à partir de 12h30

Frais d'inscription:

Membres SIZ-Nursing et FNIB: Gratuit

Non-membres : 15 € à verser sur le compte : **068-2293310-63**
en indiquant en communication : NOM + Prénom + 15/10/2013.

Inscriptions en ligne via: www.siznursing.be

Renseignements:

Monsieur Sébastien Canipel, secrétariat SIZ-Nursing
Rue des longues têtes, 6 à 7900 Grandmetz
GSM: 0498 50 16 54
Mail: secretariat@siznursing.be

Inscription personnelle obligatoire, une inscription et un virement par personne, svp.
Se munir de la preuve de paiement lors de cet après-midi.

Centre Hospitalier EpiCURA

TROUVEZ LE JOB QUI VOUS CORRESPOND !

Le Centre Hospitalier EpiCURA occupe plus de 2000 collaborateurs répartis sur cinq sites. Notre mission ? Conjuguer médecine de qualité, service de soins de proximité, équipement technologique de pointe et convivialité.
Disposant de 875 lits, EpiCURA est aujourd'hui en pleine expansion. Nous menons d'importants chantiers de rénovation pour offrir à notre équipe dynamique un cadre de soins toujours plus performant.

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

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



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

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

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

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

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

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

Télé-assistance 24h/24

078 151212

www.vitatel.be



Une nouvelle étude révèle les bénéfices des aiguilles à stylo courtes pour tous les diabétiques

Les aiguilles à stylo de 4 mm offrent un niveau de contrôle glycémique équivalent sans enregistrer d'augmentation de fuites chez les patients obèses et non obèses.

Erembodegem, Belgique (avril 2013)

Une analyse post hoc récente, menée dans le cadre d'une étude portant sur l'utilisation des aiguilles à stylo de 4 mm pour les injections de médicaments antidiabétiques¹, a révélé que les bénéfices de ce dispositif pourraient profiter à une population plus large que celle comprenant des individus jeunes et minces.

Les cliniciens étaient auparavant réfractaires aux injections pratiquées avec des aiguilles à stylo de 4 mm par crainte des fuites et d'un mauvais contrôle glycémique. Cependant, l'article « Contrôle glycémique, rapport sur la douleur et les fuites observées avec une aiguille à stylo de 4 mm chez des adultes diabétiques obèses et non obèses : analyse post hoc »² fournit des preuves d'efficacité. La conclusion de l'article indique que, comparée aux aiguilles à stylo de 5 mm et de 8 mm, l'aiguille à stylo de 4 mm offre un niveau de contrôle glycémique équivalent, sans enregistrer d'augmentation de fuites chez les patients obèses et non obèses.

La cote de popularité des aiguilles à stylo d'une longueur de 4 à 6 mm ne cesse de croître, comme le montrent les ventes en pharmacie enregistrées au Benelux³. 57,8 % des aiguilles à stylo vendues dans les pharmacies belges sont courtes, alors que les pharmacies néerlandaises enregistrent des ventes s'élevant à 72,8 %⁴.

22 % des infirmières belges spécialisées dans le traitement du diabète et 27 % de leurs collègues néerlandaises prescrivent une aiguille à stylo de 4 mm pour commencer un traitement⁵. La prescription reste toutefois largement dictée par l'IMC du patient. Les nouvelles données confirment qu'une aiguille à stylo de 4 mm peut également être utilisée de façon efficace chez les patients obèses. L'étude a permis de comparer l'aiguille à stylo de 4 mm à celle de 5 mm, puis à celle de 8 mm. Le contrôle glycémique s'est avéré équivalent dans les deux groupes de comparaison et un nombre moins important de fuites a été observé suite à l'utilisation de l'aiguille à stylo de 4 mm. Bien que la perception de la douleur soit subjective, on observe une diminution importante de celle-ci avec l'utilisation de l'aiguille à stylo de 4 mm comparée à celle de 8 mm. Les sujets évalués

et présentant un IMC supérieur ou égal à 30 ont confirmé qu'ils préféraient l'aiguille à stylo de 4 mm à celle de 5 mm.

Les patients ont indiqué que l'aiguille à stylo de 4 mm était moins douloureuse et plus confortable à utiliser^{6 7 8}. Cette observation est peut-être liée au fait que l'utilisation d'une aiguille à stylo de 4 mm permet de simplifier la technique d'injection, et donc de ne plus avoir à réaliser un pli cutané dans la plupart des cas. L'utilisation d'une aiguille à stylo de 4 mm peut diminuer le risque d'injections intramusculaires et, par conséquent, le risque d'hypoglycémie. Les sites d'injections sont ainsi plus nombreux, ce qui permet de réduire le risque de lipohypertrophie.

Mike Smith, Directeur marketing clinique européen – BD Médical, explique : « Les cliniciens devraient être encouragés par ces résultats dans la mesure où il est prouvé que les bénéfices liés à l'utilisation d'une aiguille à stylo de 4 mm ne doivent pas se cantonner aux individus jeunes et minces. La technologie de l'aiguille de 4 mm figure parmi les plus performantes comparée aux autres aiguilles et constitue l'une des injections les plus confortables et les plus directes, ne nécessitant dans la plupart des cas aucun pincement de la peau avant l'injection. Néanmoins, il faut continuer à former les gens à l'utilisation des aiguilles courtes afin d'étendre les bénéfices à tous les patients, quel que soit leur type de peau. »

¹ L. J. Hirsch, M.A. Gibney, L. Li and J. Bérubé, Glycemic control, reported pain and leakage with a 4 mm x 32 G pen needle in obese and non-obese adults with diabetes: a post hoc analysis, Curr Med Res Opin, August; 28(8): 1305-11.

² Ibid

³ Données IMS, page 4-6 mm Réf. : NL FY12Q4 Jul-Sept, B FY12 Q4 Apr-Jun.

⁴ Ibid.

⁵ BD PN Survey 2012.

⁶ G. Kreugel, J.C. Keers, M.N. Kerstens, and B.H.R. Wolfenbuttel, Randomized Trial on the influence of the length of two insulin pen needles on glycemic control and patient preference in obese patients with diabetes. Diab Tech&Ther 2011; 13(7): 737-41.

⁷ S. Schwartz, D. Hassman, J. Shelmet, R. Sievers, R. Weinstein, J. Liang, and W. Lyness, A multicentre,

open-label randomized, two-period crossover trial comparing glycemic control, satisfaction, and preference achieved with a 31 gauge x 6 mm needle versus a 29 gauge x 12.7 mm needle in obese patients with diabetes mellitus. Clin Ther 2004 Oct; 26(10): 1663-78.

⁸ L.J. Hirsch, L.J. Klaff, T.S. Bailey, et al. Comparative glycemic control safety and patient ratings for a new 4mm x 32G insulin pen needle in adults with diabetes. Curr Med Res Opin 2010;26:1531-41.

À propos de BD



BD est une entreprise d'envergure internationale, spécialisée dans la conception, la fabrication et la commercialisation de dispositifs médicaux, instruments et réactifs. Elle se consacre à l'amélioration de la santé de tous à travers le monde. BD met l'accent sur le développement de la pharmacothérapie, l'amélioration de la qualité et de la rapidité des diagnostics de maladies infectieuses et de cancers, ainsi que sur les progrès dans la recherche et la découverte de nouveaux médicaments et vaccins.

Les capacités de la société sont déterminantes dans la lutte contre plusieurs des maladies les plus redoutables au monde. Fondée en 1897, BD emploie environ 29 000 collaborateurs dans plus de 50 pays, et son siège social est situé à Franklin Lakes, dans le New Jersey, aux États-Unis. La société met son savoir-faire au service d'institutions de santé, de chercheurs en sciences de la vie, de laboratoires cliniques, de l'industrie pharmaceutique et du grand public. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.bd.com

BD Medical
Erembodegem-Dorp 86
9320 Erembodegem
Belgium
Tél. : 053 720 211
Fax : 053 720 200
www.bd.com



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

ASSURANCE
RESPONSABILITE
PROFESSIONNELLE

VERZEKERING
BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

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



Je soigne. L'esprit tranquille !

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

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

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

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

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

Met een gerust gemoed aan de slag !

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

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

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

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

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

**€ 73,67
ALL-IN**

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

Rubrique culinaire du Trem

« Y a-t-il un piège ? »

Ces deux recettes sont inspirées de celles élaborées et présentées par Jean-François Piège, grand cuisinier français et membre du jury de « Top chef » dans son livre : « Côté CRILLON, côté MAISON ».



Morue demi-sel en aioli :



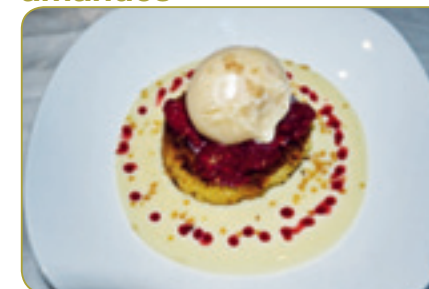
Ingrédients pour 4 personnes :

Assortiment de légumes frais de belle qualité (ex : carottes, navets, oignons verts (cébettes) - poivrons, fenouils, artichauts, céleri, poireaux, etc...) - 4 portions de morue salée de +/- 150 gr chacune - 1 baguette de pain - 250 ml d'huile d'olive de qualité (à température ambiante) - 1 gros ou deux petits jaunes d'œufs (à température ambiante) - 3 à 4 gousses d'ail frais sans germe intérieur - 1 càs. de jus de citron - 4 cubes bouillon « légumes » - Poivre & fleur de sel

En cuisine :

- > La veille, faites dessaler dans de l'eau fraîche que vous renouvellez les portions de morue.
- Le jour même :
- > Préparer la sauce « aioli » en mélangeant au fouet la purée obtenue en écrasant les gousses d'ail et les jaunes d'œufs sur lesquelles vous versez l'huile en filet afin d'obtenir une émulsion et une sauce ferme et homogène. A la fin, ajoutez le jus de citron et rectifiez l'assaisonnement. Réservez la sauce « aioli » au frais.
- > Découper des rondelles de 2 cm d'épaisseur dans la baguette et les faire griller au grill. Réservez.
- > Préparer un bouillon en faisant chauffer 2 litres d'eau parfumés par les cubes bouillons.
- > Lorsque celui-ci arrive à ébullition, y cuire les légumes nettoyés (nb : il est important de cuire les légumes séparément afin qu'ils restent légèrement croquants en tenant compte de leur temps de cuisson respectif). Réservez les légumes en les laissant égoutter.
- > Pocher dans le même bouillon, les portions de morue dessalées afin de les cuire sans qu'elles ne se « défassent ». Réservez.
- > Rectifiez l'assaisonnement du bouillon.
- > Lors du service, disposez les portions de légumes tièdes dans l'assiette et la morue. Au centre, posez un crouton de pain grillé surmonté d'une quenelle de sauce « aioli ».
- > Pour ma part, je verse une louche de bouillon dans l'assiette autour du pain.
- > Bon appétit...

Pain perdu aux framboises et glace aux amandes



Ingrédients pour 4 personnes :

4 tranches de 3 à 4 cm d'épaisseur et de +/- 10 cm de diamètre découpées dans le gâteau italien appelé « panettone ». - 250 gr. de framboises fraîches ou surgelées - 100gr. de beurre - 50gr. de sucre semoule - 400 ml de crème anglaise (cfr : rubrique culinaire AGORA n° 12) - 1 petit pot de glace aux amandes (nb : vous pouvez opter pour d'autres saveurs telles que celles aux noix de macadamia, noix de pécan, etc...)

En cuisine :

- > > Faites fondre 70 gr de beurre dans une poêle et colorez les tranches de panettone des deux côtés. Réservez.
- > Faire vos boules de glace que vous disposez dans une boîte à œufs recouverte d'un film plastique fraîcheur et réservez-les dans le congélateur.
- > Faites fondre le reste du beurre dans la poêle, ajoutez le sucre semoule et faites légèrement caraméliser.
- > Versez dans la poêle les framboises et laissez cuire +/- 30 sec. afin de les tiédir. Déglacez avec une cuillère d'eau afin de réaliser une petite liaison.
- > Lors du service, versez un peu de crème anglaise dans le fond des assiettes. Déposez la tranche de panettone poêlée au centre et disposez sur celle-ci les framboises tièdes. Sur le tout, disposez une boule de glace.
- > Bonne dégustation....

Les conseils du père «Effainibet»

Pour cette variante de l'aioli, plat du sud par excellence, je vous propose d'opter pour un vin blanc issu des Côtes-du-rhône et élaboré à partir des cépages Roussanne et Marsanne tel qu'un Saint-Joseph. Pour le dessert, je vous recommande de servir une brillante méthode champenoise rosée réalisée au domaine des Agaises à Haulchin à proximité de Mons. Il s'agit du « Ruffus » cuvée « seigneur ». C'est frais, c'est bon et c'est belge... A la vôtre.



Bulletin d'adhésion

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



FNIB Association sans but lucratif
Siège social : Rue de la Source, 18
1060 Bruxelles
Site web: www.fnib.be
E-mail: dallavalle.alda@gmail.com

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

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

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

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

La FNIB Nationale se charge de transmettre votre/vos adhésion(s) complémentaire(s) et de reverser la/les fraction(s) de cotisation(s) correspondante(s) aux autres groupements.
Attention : de ce fait, un versement unique du total est à effectuer.

€

Agenda

A l'étranger		
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	http://www.jjvd-france.com/	Cité Centre de Congrès de Lyon 50 quai Charles de Gaulle, 69006 Lyon (France)
21.11.2013 – 22.11.2013 : XIIe Congrès Européen des infirmières cliniciennes, spécialistes cliniques, cliniciennes consultantes "Implication des infirmières dans des projets de pratique avancée en soins infirmiers" Résultats pour les patients et la communauté"	www.asric-site.ch	CHUV Lausanne
17.05.2014 – 18.05.2014 World Health Professions - Regulation Conference 2014	http://www.whpa.org/whpcr2014	Crowne Plaza Hotel, Geneva, Switzerland
04.06.2014-06.06.2014 Congrès Association Suisse des Infirmières et Infirmiers 2014	http://www.sbk-asi.ch	Bâle
En Belgique		
01.10.2013 Vers une seule filière de formation d'infirmière ... Table ronde UPRIL	http://www.upril.be	CHR de la Citadelle Salle Van CUYCK (rez-de-chaussée) Bd du 12ème de Ligne, 1 - 4000 Liège
15.10.2013 Recherche et actualités aux soins intensifs	http://www.siznursing.be	Hôpital A. Vésale - Auditoire De Cooman Route de Gozée, 706 - Montigny-le-Tilleul
24.10.2013 Congrès annuel de la FNIB	Infos, programme et inscription http://www.fnib.be	Hôpital A. Vésale - Auditoire De Cooman Route de Gozée, 706 - Montigny-le-Tilleul
28.11.2013 ROI de l'outil informatique pour le département infirmier, paramédical et associés	http://www.sixi.be	Moulin de BEEZ, rue du moulin de Meuse, 4 - 5000 Namur (Beez)
08.11.2013 37ème Journée de l'AIGP Association des Infirmier(e)s Gradué(e)s en Pédiatrie	Inscription disponible à l'adresse : http://www.aigp.org	Centre culturel d'Auderghem Boulevard du Souverain 183, 1160 Bruxelles
22.02.2014 (9h-13h) Oncologie : cancer, fertilité et sexualité dans le cadre des « Samedis de l'infirmier(e) – CREA HELB	http://www.crea-helb.be	Campus Erasme Batiment P Catégorie Paramédicale HELB I. Prigogine 808 route de Lennik 1070 ANDERLECHT

ERRATUM : dans AGORA 12
..veuillez excuser l'erreur de photo d'auteur concernant l'article "les accidents de perfusion.Prévention".
En effet il s'agit bien de monsieur Chéron comme auteur mais la photo n'est pas la sienne.
Veuillez nous en excuser.

A la recherche d'un nouveau défi ?

Vous souhaitez faire évoluer votre carrière dans les soins de santé ?
Vous pensez à vous réorienter à long terme ?



Photo: AZ Groeninge | Pres. Kennedylaan 4 | 8500 Courtrai

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

Nous recherchons plusieurs infirmier(e)s (h/f) pour de nombreuses missions dans des hôpitaux (soins intensifs - maternité - gériatrie - chirurgie), maisons de repos ou soins à domicile de votre région.

Intéressé(e) ou besoin de plus d'info ? Contactez l'équipe Express Medical de votre région. Ou découvrez toutes nos offres d'emploi sur notre site www.expressmedical.be.

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

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

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

Express Medical Louvain
Diestsevest 58
3000 Louvain
T. 016 62 47 57
sur rendez-vous

Express Medical Bruxelles
Place De Brouckère 9-13
1000 Bruxelles
T. 02 512 13 00

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

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