



AGORA

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

N°/Nr 14

Trimestriel : Janvier - Février - Mars 2014
Driemaandelijks: Januari - Februari - Maart 2014



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

Année 2013... finie.....

année 2014 et son cortège de promesses est là...

5

Rubrique internationale

De nouvelles mesures pour stimuler la mobilité professionnelle dans l'UE

6

Le Conseil international des infirmières souligne le rôle déterminant des infirmières dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

7

Le CII et le CICR défendent le rôle des personnels de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence

8

Rubrique juridique

Les Voies et les Voix de la plainte en responsabilité professionnelle

10

Sécurité des patients

13

Nous avons lu pour vous ...

Bien-être psychologique et performance individuelle au travail :

validation des échelles de Ryff (1989) en milieu hospitalier

16

Avion-hôpital en Éthiopie : De l'ombre à la lumière.

18

Nos partenaires ...

BD lance en Belgique un dispositif de transfert en système clos qui améliore la protection des professionnels de la santé et réduit l'exposition aux substances médicamenteuses dangereuses

20

Rubrique culinaire

33

Bulletin d'adhésion FNIB

34

Également dans ce numéro :

Vers une maîtrise organisationnelle des risques hospitaliers

22

Implantation d'un dossier multidisciplinaire spécifique aux unités de soins de réadaptation cardio-pulmonaire de l'hôpital Léonard de Vinci.

28

Agenda

35

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

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

Les publications

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

Appel aux auteurs

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

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

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

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

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

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles

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

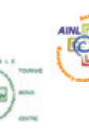
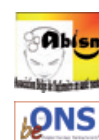
e-mail : paulmeyer@publiet.be - TVA : BE 0844 353 326

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Elise, Infirmière
aux Cliniques universitaires
Saint-Luc à Bruxelles

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

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



**Envie d’en savoir plus
sur les postes infirmiers vacants
et les avantages offerts?**

www.saintluc.be



Comment postuler?

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

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



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

Edito

Année 2013... finie..... année 2014 et son cortège de promesses est là...

Très chers collègues en premier lieu permettez-moi
de vous souhaiter une belle, heureuse et prometteuse
année nouvelle... Que du bonheur pour tous.

L’année nouvelle doit être le signe des changements,
des souhaits et des promesses....

La Directive sectorielle 2005/36 européenne est
signée et sera d’application, que vont nous promettre
nos Ministres à la veille des élections concernant
la formation infirmière puisque c’est de cela qu’il
s’agit ??

Et bien, forts de nos rencontres récentes (01/10/2013
à Liège et du 04/12/2013 à Charleroi) où la FNIB
a réuni les différents secteurs concernés par la
formation infirmière (Universités, Hautes écoles,
Promotion sociale, Associations professionnelles,
représentants de l’Enseignement secondaire
et de l’Enseignement Supérieur ainsi que des
représentants des pouvoirs politiques de la Santé)
nous avons démontré notre besoin et urgence
d’augmenter notre cursus de formation infirmière
de base et de ne plus garder qu’un seul niveau de
formation (bachelor) comme la plupart des pays
européens. Bien entendu, nous gardons les mêmes
possibilités de spécialisation et de carrière.

Nous avons demandé (et obtenu d’avoir été
entendus !) que le ministère de la Santé Publique et
le Ministère de l’Enseignement se concertent en vue
de définir UNE formation infirmière qui soit conforme
aux exigences de la Directive européenne ..et qui
soit une formation de qualité répondant aux attentes
du terrain.

Madame la Ministre Onkelinx et Monsieur Le ministre
Marcourt à vous de jouer.

L’année 2014 voit aussi pointer « la réforme de l’Etat
et des soins de Santé »...qui sera responsable de
quoi ??

La FNIB partenaire de l’UGIB (Union générale des

infirmiers de Belgique) et de sa chambre francophone
fait pression pour que des représentants infirmiers
siègent au sein des OIP (organismes d’intérêt public)
et partout où des sujets propres à notre secteur
seront débattus.

La « plateforme accréditation des hôpitaux » se crée
...nous demandons d’y être ...

Quelles autres promesses nous seront données avant
les élections, ? lesquelles ne seront pas tenues ??

Souvenez-vous d’ « un Ordre Infirmier »qu’est-
il devenu ?...affaire à suivre !

Comme vous le constatez il y aura cette année
encore beaucoup de sujets à traiter et surtout « à
bien traiter »... Nous nous y attacherons.

Notre souhait pour cette année nouvelle c’est : que
cette année 2014 devienne historique » pour la
formation infirmière, pour le devenir de la profession
et son art..Pour nous tous !

Très belle et heureuse année 2014.



Aldo **Dalla Valle**
Présidente FNIB.

De nouvelles mesures pour stimuler la mobilité professionnelle dans l'UE

Session plénière Communiqué de presse - Libre circulation des personnes – 09-10-2013 - 12: 45

"Les médecins, infirmiers, architectes et autres professionnels s'établissant dans un autre pays de l'UE pourront faire reconnaître plus facilement leurs qualifications professionnelles." ©Belga/Pressassociation/A.Matthews

Une carte professionnelle virtuelle visant à permettre aux médecins, pharmaciens, architectes et autres professionnels de s'établir plus facilement dans un autre pays de l'UE et un système d'alerte pour empêcher les professionnels soumis à des sanctions disciplinaires d'exercer dans un autre État membre de l'UE, seront mis en place grâce à une nouvelle proposition législative votée par le Parlement mercredi.

"La mise en place d'une carte européenne professionnelle, d'un cadre commun de formation et la reconnaissance des stages comme expérience professionnelle amélioreront fortement la mobilité et la sécurité des Européens", a déclaré le rapporteur Bernadette Vergnaud (S&D, FR).

Une reconnaissance plus simple et rapide

La législation mise à jour permettrait aux professions qui souhaitent accélérer la reconnaissance des qualifications professionnelles et de

l'expérience de leurs membres dans d'autres États de l'UE, d'opter pour les cartes de qualifications professionnelles européennes. Celles-ci seraient octroyées par l'État membre d'accueil pour des courtes périodes de travail et l'État membre d'accueil décidera si l'activité peut être transférée.

Le projet se baserait sur le système d'échange d'informations électronique qui existe déjà entre les administrations des États membres. Il devrait permettre de gagner du temps et de faciliter le processus de reconnaissance, étant donné que les professionnels pourraient demander à leur pays d'origine de régler le procédé de reconnaissance des qualifications, plutôt que de devoir introduire une demande dans le pays hôte, comme c'est le cas pour l'instant. Si les autorités ne répondent pas à la demande de reconnaissance dans les délais fixés par la directive, les qualifications du professionnel concerné seraient reconnues tacitement.

Système d'alerte

Par ailleurs, la directive vise à empêcher que des professionnels de la santé, tels que les médecins, les infirmières ou les vétérinaires, condamnés pour crime ou soumis à des sanctions disciplinaires, transfèrent leur cabinet dans un autre État membre. Tous les pays de

l'Union devraient être informés de telles condamnations ou décisions de discipline dans un délai de trois jours, affirme le texte.

Une base de données européenne publique pour les professions réglementées

Il existe environ 800 professions réglementées dans l'UE, dont l'accès est soumis à l'obtention d'un diplôme ou de qualifications spécifiques. Selon la directive actuelle sur les qualifications professionnelles, sept d'entre elles sont automatiquement reconnues dans l'UE: médecins, dentistes, pharmaciens, personnel soignant, sages-femmes, vétérinaires et architectes.

Pour rendre le système des professions réglementées plus transparent, la Commission doit mettre en place une base de données publique de ces professions, souligne le texte. Celle-ci sera établie en fonction des informations reçues par les États membres, qui devront prouver aux autres États membres que la décision de réglementer telle profession est proportionnée et non discriminatoire. Par exemple, les fleuristes et les taxis ne sont pas réglementés dans tous les États membres de l'UE.

La nouvelle directive, adoptée par 596 voix pour, 37 voix contre et 31 abstentions, doit encore être approuvée formellement par les États membres.

Procédure: codécision, (procédure législative ordinaire), accord de première lecture

PRESS INFORMATION . COMMUNIQUÉ DE PRESSE . COMUNICADO DE PRENSA

Le Conseil international des infirmières souligne le rôle déterminant des infirmières dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

Genève, le 10 mai 2013 – À l'occasion de la Journée internationale des infirmières (JII), le 12 mai prochain, le Conseil international des infirmières (CII) souligne le rôle déterminant que jouent les infirmières dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Dans la documentation publiée pour la Journée internationale des infirmières – disponible au téléchargement gratuit sur le site Internet www.icn.ch –, le CII félicite les infirmières de leurs contributions à la réalisation des OMD et à la conception des cibles et objectifs de développement pour l'après-2015. Mais le CII insiste également sur ce que les infirmières peuvent, et doivent, faire de plus. Il est prouvé qu'à elle seule, l'augmentation des ressources financières, aussi urgente soit-elle, ne permettra pas d'améliorer l'accès aux services de santé ni d'atteindre les objectifs internationaux de santé, tels les OMD : il importe aussi, en effet, de disposer d'infirmières qualifiées, en effectifs suffisants pour assurer la fourniture des services.

En tant que principal groupe de professionnels de santé, les infirmières jouent un rôle prépondérant dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les infirmières sont souvent les seules professionnelles de santé auxquelles de nombreuses personnes auront accès leur vie durant. Les infirmières sont particulièrement bien placées pour atteindre, selon des modalités parfois extrêmement innovantes, les populations mal desservies et désavantagées. La formation des infirmières leur permet de comprendre la nature compliquée du maintien de la santé et du bien-être, ainsi que l'impact des facteurs psychosociaux et socioéconomiques que sont la pauvreté, le chômage et l'origine ethnique, par exemple. Enfin, elles appréhendent le bien-être dans son contexte et agissent en fonction de ce constat : de ce fait, la portée de leur action dépasse les problèmes immédiats.

Les infirmières doivent s'engager activement dans les activités de plaidoyer et de lobbying. Elles doivent s'impliquer dans la conception des programmes d'amélioration des services de santé. En effet, les infirmières disposent d'une connaissance pratique de la manière dont la

prestation des services doit être conçue, coordonnée et appliquée pour plus d'efficacité.

Outil particulièrement riche, la documentation relative à la JII 2013 montrera aux associations nationales d'infirmières comment assumer leur rôle important dans la réalisation des OMD. La documentation est distribuée à toutes les associations nationales d'infirmières membres du CII ainsi qu'aux représentantes des infirmières dans le monde. Elle est disponible à cette adresse : www.icn.ch/fr/publications/journee-internationale-des-infirmieres/.

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.

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.



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 CII et le CICR défendent le rôle des personnels de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence

Genève (Suisse), le 22 octobre 2013 – Le Conseil international des infirmières (CII) et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) ont signé aujourd'hui un protocole d'accord en vue de la promotion du projet « Soins de santé en danger ». Ce projet du CICR a pour ambition de sécuriser l'accès aux soins de santé dans les situations de conflit armé.

« Nous saluons la décision du CII, organisation particulièrement prestigieuse, de s'associer à notre projet », déclare Pierre Gentile, coordonnateur de « Soins de santé en danger ». « Le CII participera à la formulation et à la diffusion de recommandations aidant les agents de santé de surmonter les dilemmes auxquels ils sont confrontés lors de conflits et autres situations d'urgence. »

Le mémorandum définit la portée de la participation du CII au projet. Le CII apportera les connaissances et l'expérience des associations nationales d'infirmières, s'agissant notamment des questions éthiques, à des débats liés au projet. Il participera à l'organisation de tables rondes avec des praticiens ; informera ses membres sur l'évolution du projet ; et diffusera des publications et d'autres documents relatifs au projet (notamment le Rapport mondial sur les soins de santé en danger) à ses membres et à d'autres organisations, comme par exemple l'Alliance mondiale des professions de la santé.

« Nous avons le devoir fondamental de protéger la capacité des infirmières et des autres agents de santé de prodiguer leurs soins aux personnes qui en ont besoin », explique Mme Judith Shamian, Présidente du CII. « Le CII est convaincu que les infirmières jouent un rôle important en remédiant aux effets des conflits armés sur les besoins de santé, urgents et à long terme, des populations civiles et des combattants blessés. Le CII demande que les personnels soignants et humanitaires œuvrant dans les zones de conflits et lors de situations d'urgence soient protégés, de même que les installations sanitaires. »

En cas de conflit armé, le CII exhorte les associations nationales d'infirmières à :

- > demander à leur gouvernement de respecter le droit international et de garantir la fourniture immédiate d'une aide humanitaire, y compris les soins de santé, aux réfugiés et aux personnes déplacées ; et d'assurer l'ouverture et la coordination de l'accès, par les organisations humanitaires internationales, aux régions touchées ;
- > évaluer quelles en sont les conséquences pour leur pays et prendre, en coopération avec les pouvoirs publics locaux, les institutions des Nations Unies et les organisations non gouvernementales locales et régionales, les mesures nécessaires pour dispenser les services de santé nécessaires à toutes les personnes dans le besoin, sans discrimination ;
- > appeler leurs gouvernements à faire en sorte que rien ne vienne entraver l'obligation de soins des infirmières et des autres agents de santé.

Pour de plus amples renseignements sur la campagne « Soins de santé en danger », y compris l'étude Violent Incidents Affecting Health Care : www.healthcareindanger.org. Le site contient, en outre, le matériel de la campagne (vidéo et photos).

Note de l'éditeur

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

Le Comité international de la Croix-Rouge, créé en 1863, œuvre dans le monde entier pour fournir une assistance humanitaire aux personnes frappées par un conflit ou une situation de violence armée et faire connaître les règles qui protègent les victimes de la guerre. Institution neutre et indépendante, son mandat découle essentiellement des Conventions de Genève de 1949. Basée à Genève, en Suisse, elle emploie quelque 12 000 personnes dans 80 pays. Le CICR est financé principalement par des dons provenant de gouvernements et de Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Information : www.icrc.org.

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.

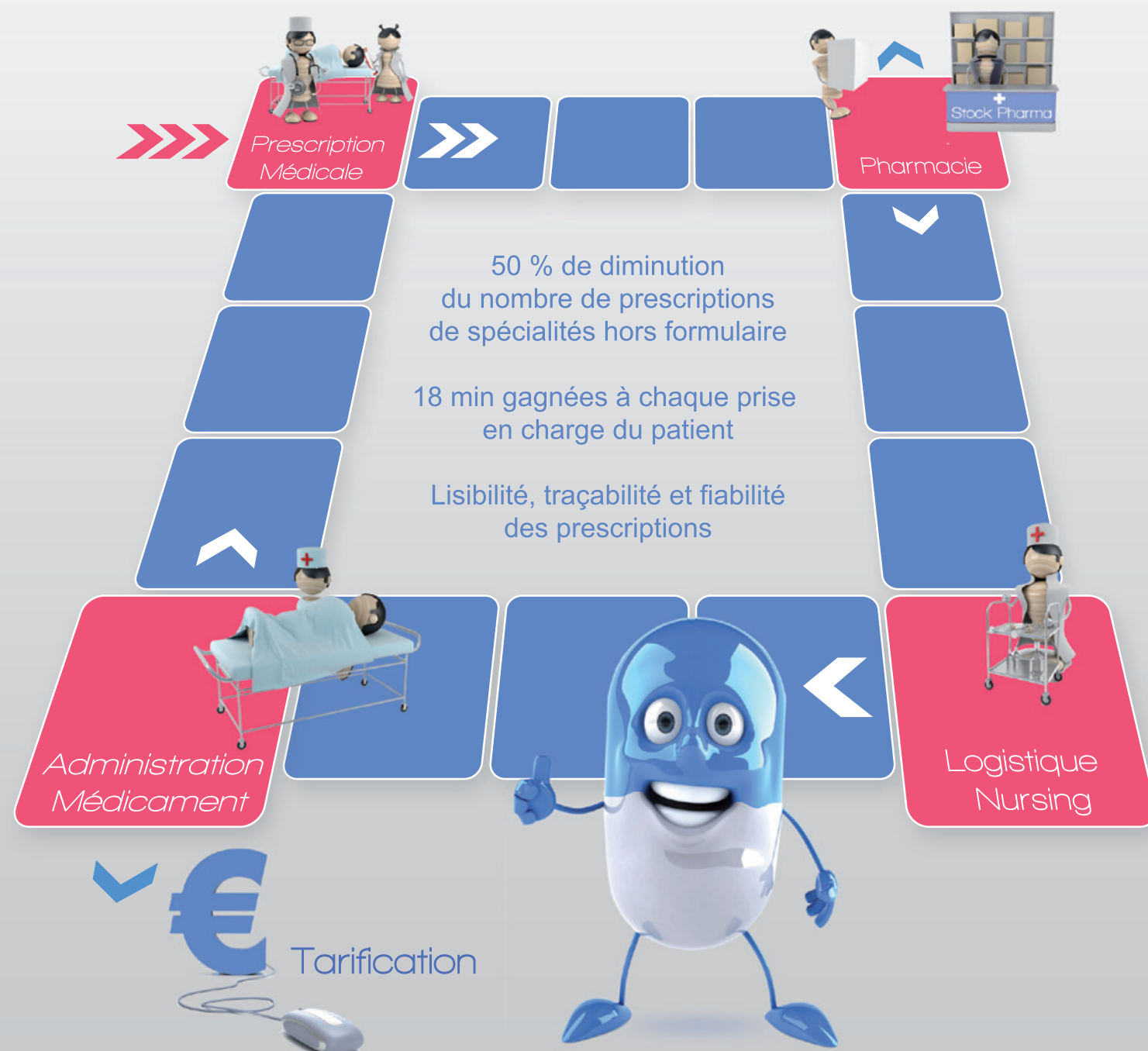
Anastasia Isyuk,

CICR Genève : aisyuk@icrc.org
Téléphone : +41 22 730 30 23 ou +41 79 251 93 02
www.icrc.org



« Déjà opté par 9 hôpitaux.
Bientôt dans votre hôpital ? »

Le circuit du médicament sécurisé



Renseignements bientôt sur :

www.mims.be



Les Voies et les Voix de la plainte en responsabilité professionnelle

Nos sociétés occidentales subissent depuis plus d'un siècle deux évolutions majeures : D'une part, le formidable progrès des connaissances scientifiques et des possibilités techniques qui fondent les espérances les plus fortes. Le progrès technique a pour rançon la complexité toujours croissante du quotidien professionnel avec ses exigences de précision dans le temps et l'espace : être disponible au bon moment et au bon endroit, mettre en œuvre parfaitement les processus de fonctionnement car la défaillance dans le moindre détail peut entraîner par effet domino des conséquences catastrophiques. Il en résulte un stress des professionnels qui peuvent dans certains cas développer des pratiques professionnelles de défense vis-à-vis du risque médico-légal D'autre part, la quête permanente d'une qualité et d'une maîtrise de la vie humaine toujours meilleure ne laissant plus aucune place à l'imprévu ou l'aléa

Le tout est amplifié par l'action des médias qui mettent en exergue les performances les plus spectaculaires de sorte que la performance moyenne est presque interprétée comme étant fautive.

Le refus des aléas de la destinée et l'exigence d'un droit au bonheur sont le cortège de la recherche d'une qualité de vie « réussie » qui a pour filles la crainte de l'échec social, l'envie et la revendication, la tentation de la victimisation. Or, il est évident que le champ médical est un lieu de victimisation par excellence. Comment dans un contexte de progrès de la médecine chaque jour répété, de droit à la santé toujours plus revendiqué, ne pas être scandalisé si les soins demandés aux professionnels de la santé se transforment en maladie nouvelle, handicap aggravé, voire péril mortel ? Plus que pour toute autre profession, les enjeux sont extrêmes, les passions exacerbées car le corps est atteint par celui là même a qui il était confié. Cette évolution incite indiscutablement les hommes à penser que si l'acte

médical ne réussit pas à leur rendre la santé, ce ne peut être que par la faute du médecin.

C'est sur ce tableau de fond que le droit de la responsabilité évolue et s'adapte et donc, tous les ingrédients sont réunis pour l'augmentation du nombre de procès en responsabilité professionnelle.

LES VOIES ET LES VOIX DE LA PLAINTE :

[Fig 1] : La figure illustre les voies possibles d'une plainte en responsabilité professionnelle.

Au départ, le patient s'adresse le plus souvent au prestataire impliqué ou au directeur médical de l'institution dans laquelle il travaille. De plus en plus, le médiateur est sollicité en première ligne grâce à l'information dont il fait l'objet auprès du patient. Ces différents acteurs constituent une zone de dialogue capable de désamorcer un contentieux. Il est donc fondamental d'assurer une bonne circulation de l'information entre ces personnes voire d'organiser leur rencontre. Madame JACOB, médiatrice, développera mieux que moi le rôle de la médiation mise en place par la loi sur les droits du patient du 22 août 2002.

Le patient n'est en rien obligé de se prêter au mécanisme qui précède. Il peut d'emblée porter plainte auprès des tribunaux ordinaires ou demander indemnisation au fonds des accidents médicaux. De même, il peut simultanément déposer une plainte auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins.

La loi sur l'indemnisation des dommages médicaux est actuellement édictée, les demandes d'indemnisation peuvent être introduites pour les faits générateurs à partir du 1 avril 2010. Un patient

qui a subi un dommage lié à une intervention médicale pourra se faire indemniser, qu'il y ai faute ou non. Il pourra soit ester en justice soit s'adresser au fonds dont la procédure sera plus souple et plus rapide. Le fonds juge si le dommage résulte de la faute du médecin (auquel cas il renvoie le dossier à l'assureur du médecin) ou non (dans ce cas, il fait à la victime une offre d'indemnisation). L'indemnisation devra couvrir l'entièreté du dommage, mais ce dernier aura dû causer une invalidité permanente partielle de 25 % au moins, ou une incapacité temporaire de travail de six mois consécutifs. Le patient qui jugera l'offre du fonds insuffisante pourra toujours tenter une action en justice pour obtenir réparation. Dans ce cas, il renonce alors à l'offre du fonds. Bien que le fonds existe, aucune indemnisation n'a encore été attribuée par défaut de fonctionnement des structures.

La plainte auprès des tribunaux ordinaires active une procédure de plusieurs années. Elle peut être déposée auprès de la juridiction pénale ou civile, la procédure ne pouvant aboutir à une sanction ou une indemnisation qu'à la condition expresse qu'une faute professionnelle soit établie.

Il convient donc de définir la faute médicale au sens légal du terme. Sa définition résulte de l'interprétation des articles 1382 et 1383 du code civil :

- Art 1382 du code civil : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »
- Art 1383 du code civil : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait mais encore par sa négligence et son imprudence. »

Partant, la faute médicale est définie comme **tout manquement aux règles de la science médicale que n'aurait pas commis un médecin normalement avisé et diligent placé dans les mêmes circonstances.**

Dans la juridiction pénale, l'objectif est de réprimer un comportement déstabilisant ou dangereux pour l'ordre social, violant les valeurs fondamentales de la société. C'est l'auteur de la faute qui est central et il ne peut être rendu responsable du fait d'autrui. C'est l'Etat qui s'implique par l'intermédiaire du Procureur. Cette procédure est plus grave pour l'auteur, comporte un risque d'emprisonnement, fait l'objet d'une inscription au casier judiciaire en cas de condamnation mais est moins onéreuse pour le plaignant notamment en terme de recherche de la preuve. Il y a donc un risque d'augmentation du nombre de procédures pénales.

Dans la juridiction civile, l'objectif est de réparer le dommage. L'intéressé peut être rendu responsable du fait d'autrui. C'est la victime qui est centrale et c'est elle qui s'implique. Il s'agit d'arbitrer sur qui il est juste de faire peser la charge. Ceci nous impose d'aborder les notions suivantes :

- Obligation de moyens - charge de la preuve
- Obligation de résultat
- Obligation d'information.

- Sécurité des lieux et des instruments
- Responsabilité du fait d'autrui

Les progrès de la médecine font que l'on arrive à considérer que le corps médical peut tout et que si la perfection n'est pas à l'arrivée, c'est qu'il y a faute. C'est le fantasme d'une société du parfait, sans ride et sans erreur, sans maladie et sans mort. Pourtant, le médecin n'a pas nécessairement commis de faute quand apparaît un dommage créant préjudice, voire décès. Comme je le disais en introduction, l'exigence actuelle tout comme médiatique tend à nous pousser vers une obligation de résultat alors que notre obligation réelle, à de rares exceptions près, est une obligation de moyens. Le Juge tient compte de la difficulté propre de l'art médical et il n'a jamais été question d'obliger le médecin à obtenir la guérison de son patient. Le médecin doit donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science à la date des soins.

A de rares exceptions près, c'est l'obligation de moyens telle que définie ci-dessus qui est demandée aux professionnels. Il n'y a pas d'engagement de guérison et celui qui demande une indemnisation supporte la charge de la preuve.

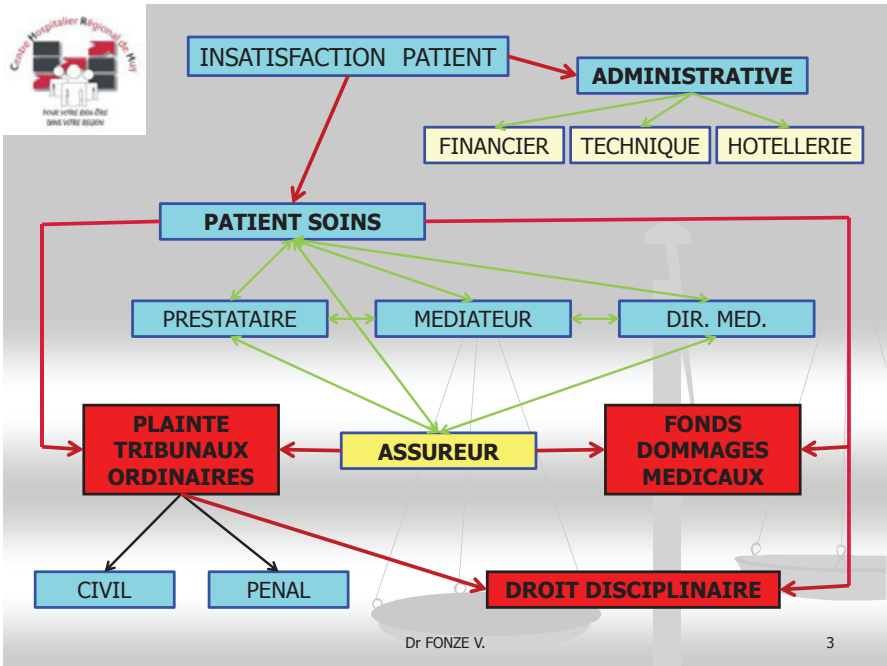
L'obligation de résultat se défini comme l'obligation d'obtenir un résultat déterminé à défaut de quoi la responsabilité du médecin est engagée sauf pour lui à établir l'existence d'un cas fortuit ou d'une force majeure. Dans ce cas, c'est lui qui supporte la charge de la preuve. C'est ainsi que lorsqu'une loi prévoit une certaine règle de conduite, il n'est laissé aucune liberté d'appréciation. Le respect de cette règle constitue une obligation de résultat.

C'est le cas pour le secret médical et pour la non-assistance à personne en danger.

Il en est de même si le médecin promet un certain résultat. Par exemple, s'il promet de faire une césarienne et ne le fait pas, dans le cadre des promesses en chirurgie esthétique. L'obligation de résultat découle également de l'absence d'aléa possible. L'obligation de traiter le bon patient, d'opérer du bon côté, de réaliser l'opération prévue et pas une autre, de ne pas oublier des instruments dans l'abdomen sont des obligations de résultat.

L'obligation d'information est maintenant consacrée dans la loi sur les droits du patient ainsi que l'obtention du consentement éclairé. La loi défini le contenu et les formes du consentement éclairé. Les avocats des plaignants argumentent souvent le manque d'information lorsqu'ils sont à court de griefs contre les professionnels. Heureusement, dans ce cas, c'est le patient qui a la charge de la preuve.

La question se pose de savoir qui sera responsable du dommage occasionné à un patient par des instruments ou des appareils défectueux ou présentant un vice. Si le professionnel est propriétaire du matériel, il est seul responsable.



[Fig 1]

>> Suite page 11

>> Suite page 12

S'il n'est pas propriétaire, il convient de déterminer la personne qui a la garde de l'appareil, c'est-à-dire, celle qui en use pour son propre compte et qui a un pouvoir de surveillance sur l'instrument en question. Chaque cas devra faire l'objet d'une analyse. Le médecin sera considéré comme le gardien de la chose s'il en a la maîtrise. Ce n'est pas le cas pour des appareillages sophistiqués dont il n'est pas à même de vérifier le bon fonctionnement. A noter, qu'il y a une tendance à mettre à charge du médecin une obligation de sécurité qui impose au médecin ou à l'hôpital de prendre toutes les mesures pour garantir la sécurité du patient lorsque sont employées des choses pour l'exécution des obligations de chacun. Il faudra donc prouver que la chose n'était pas défectueuse ou que le dommage trouve son origine dans une autre cause.

Concernant la responsabilité du fait d'autrui, il faut distinguer la situation où le patient n'a pas choisi son soignant auquel cas seule la responsabilité délictuelle du fait d'autrui peut être engagée, de celle, où le patient a choisi son soignant auquel cas, le soignant a conclu un contrat tacite avec le soignant entraînant sa responsabilité contractuelle.

Dans le cadre de la responsabilité délictuelle, il n'y a pas de lien de subordination entre les médecins bien qu'ils doivent nécessairement se synchroniser. Ils ne sont donc pas responsables des actes de l'autre. Il en est autrement dans le cadre de la responsabilité contractuelle. Par contre, il y a un lien de subordination entre le maître de stage et les candidats spécialiste ou stagiaires. Ceux-ci engagent la responsabilité du maître de stage.

La situation par rapport aux infirmières est plus délicate : certes, l'infirmière est sous contrat de travail avec l'hôpital qui répond donc de ses fautes. Mais, lorsque l'hôpital met à disposition du médecin du personnel infirmier pour lui permettre d'exercer, il existe une jurisprudence considérant que le médecin exerce une réelle autorité sur le personnel infirmier et qu'il doit, dans cette hypothèse, répondre de ses fautes. Il faut toujours bien vérifier qui exerce réellement l'autorité sur le personnel infirmier au moment où la faute est commise. (Ex : Faute commise par un infirmier lors d'une intervention chirurgicale)

Qu'en est-il des urgences ?

Indéniablement, la prise en charge des urgences est une situation à haut risque en terme de plainte. Les raisons sont multiples :

- Les patients sont en situation de souffrance, de stress et d'angoisse, avec un temps d'attente de prise en charge qui leur paraît toujours démesuré.
- Les intervenants leur sont souvent inconnus et multiples entraînant une difficulté à établir une relation de confiance. Quoi de plus rassurant que de trouver un visage connu lorsque l'on arrive aux urgences.
- De plus, le patient éprouve souvent des difficultés à identifier la fonction de ses interlocuteurs. Combien de fois n'entend-t-on pas ? : « Je n'ai pas vu de médecin »
- Enfin, il s'agit d'une médecine imposant des décisions diagnostiques et thérapeutiques rapides donc plus facilement sujettes à erreur.

Devant cette situation, comment pouvons-nous prévenir la plainte en justice ?

Le premier conseil est élémentaire et s'appuie sur l'humanisation de la relation soignant-patient. Pourtant, devant l'abondance du travail, la fréquentation des services d'urgence, le comportement de certains patients, l'urgence d'intervenir, il n'est pas toujours évident d'être accueillant, empathique, à l'écoute, d'informer et d'obtenir le consentement pour nos actions. Il est pourtant indispensable d'humaniser au mieux notre relation avec les patients en l'adaptant aux circonstances.

La bonne tenue du dossier médical est fondamentale. En cas de litige, c'est le seul document objectif qui permettra de comprendre votre démarche médicale et le cas échéant de vous disculper d'une faute supposée par le plaignant aux yeux des experts et du juge.

Il faut s'attacher à bien identifier les intervenants dans les soins. Les patients ont besoin de savoir à qui ils ont affaire.

Une bonne gestion des incidents et accidents revêt toute son importance. Elle intervient bien avant le stade judiciaire. Lorsqu'on est mis en cause comme soignant, il y a plusieurs manières d'aborder la problématique :

- On constate régulièrement une attitude de fuite. On essaie d'éviter le contact avec le patient et sa famille. On cherche des prétextes pour ne pas répondre.
- On peut s'installer dans la dénégation en justifiant des décisions ou des actes dont on connaît le caractère fautif, en répondant sur le même mode à une attitude agressive ou revendicatrice du patient.
- Enfin, on peut affronter son erreur, tenter d'expliquer pourquoi on a pris telle décision à un moment où elle n'était pas inopportune bien qu'ayant ensuite entraîné la complication, de même pour l'indication d'un acte médical qui n'a pas donné le résultat escompté et surtout écouter le patient de manière bienveillante.

Cette dernière attitude, si elle n'est pas la plus facile, est sans aucun doute la meilleure. C'est celle qui permettra le plus souvent d'éviter que l'affaire ne se termine devant les tribunaux.

Pour le patient se trouvant confronté à un médecin qui refuse de faire face aux conséquences d'un incident thérapeutique, la procédure judiciaire est souvent la seule façon de se faire entendre et de se voir reconnaître son statut de victime. Dans ce cas, à défaut de bénéficier de l'écoute qu'il peut légitimement espérer, il sera tenté de focaliser sur une indemnisation par principe, ne fût-ce que le franc symbolique. Même si le médecin, en toute bonne foi, estime ne pas avoir commis d'erreur, la même attitude de dialogue et d'ouverture est de mise quand bien même il se sente injustement mis en cause.

Une déclaration des incidents et accidents efficace et destinée à tirer les leçons de nos expériences permettra également de réduire le nombre de plaintes. Il ne faut plus associer cette déclaration à la notion de culpabilité ou de sanction mais bien l'inscrire dans une démarche positive.

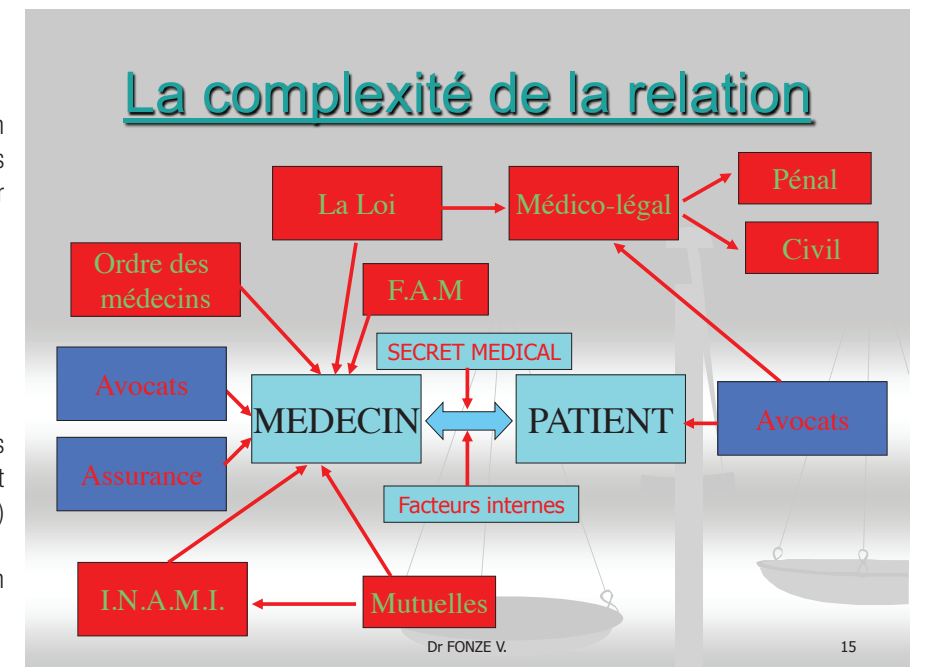
Enfin, n'oubliez jamais l'intérêt de la médiation. Lorsque les démarches qui précèdent n'ont pas donné le résultat escompté ou encore en

fonction des personnalités en cause, l'intervention d'une tierce personne possédant les qualités requises est éminemment précieuse et permet de désamorcer et gérer bon nombre de relations conflictuelles.

Retenez qu'une bonne prévention réduira de façon drastique le nombre de plaintes en justice.

En conclusion, je ne peux résister à l'envie de vous montrer l'évolution de la relation soignant-patient depuis ces 40 dernières années (voir [Fig 2] ci-contre)

La complexification de cette relation impose sa gestion de façon professionnelle.



[Fig 2]

Sécurité des patients

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

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

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

La détection précoce des risques est très importante pour la prévention des accidents ; elle repose sur l'existence d'une culture de la confiance, de l'honnêteté et de l'intégrité, ainsi que sur une communication ouverte entre patients et fournisseurs de santé au sein du système de santé. Le CII est favorable à une approche globale, basée sur la transparence et l'ouverture, excluant toute démarche

culpabilisante à l'encontre de l'individu et comprenant les mesures nécessaires à la correction des facteurs humains et systémiques à la source d'événements indésirables.

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

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

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

>> Suite page 14

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

Contexte

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

Bien que l'erreur humaine joue un rôle dans l'apparition des événements indésirables, ces erreurs peuvent souvent être évitées, ou leur risque d'apparition amoindri, par un traitement préventif de

facteurs systémiques internes. Le rôle déterminant des mécanismes de notification est d'améliorer la sécurité des patients en tirant les leçons des échecs du système de soins³

On dispose d'un faisceau de plus en plus concordant de preuves qui montrent que les taux insuffisants d'occupation des postes ont une influence sur des événements indésirables tels que chutes de patients, douleurs causées par l'alitement prolongé, erreurs de médication, infections nosocomiales et taux de réadmission qui peuvent mener à la prolongation des séjours hospitaliers de même qu'à des taux de mortalité en augmentation dans les établissements de soins⁴. Parmi d'autres déterminants importants de la sécurité des patients il faut aussi mentionner la pénurie et les mauvaises performances du personnel, qu'elles soient dues à un manque de motivation ou à une formation insuffisante.

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

Adoptée en 2002

Revue et révisée en 2012

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

Publications du CII:

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

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

Mobiliser les professionnels de la santé au travers des bonnes pratiques permet-il de réduire les risques des AES ?

Les AES : un risque inévitable ?

Les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques sont fréquents en milieu de soins et leur prévention doit être un objectif prioritaire. Toutes les catégories professionnelles actives dans les institutions de soins peuvent être touchées par un AES. Ces derniers sont potentiellement graves car ils exposent les agents à une transmission éventuelle de virus (hépatites B et C et virus de l'immunodéficience humaine). Il ne faut en aucun cas minimiser les implications physique, psychologique, juridique et financière de la contamination.

Malgré une attention particulière accordée à cette problématique depuis plusieurs années au sein de la clinique, leur taux de survenue demeure non négligeable. En 2012, la décision de (re)sensibiliser l'ensemble du personnel a été prise lors d'une réunion du CPPT.

La clinique Saint Luc de Bouge compte 302 lits d'hospitalisation classique et deux unités de jour. Toutes les disciplines y sont représentées à l'exception du secteur mère-enfant. En outre, la clinique est responsable de plusieurs antennes médicales dans la région de Namur.

La stratégie de prévention des AES doit être intégrée dans une démarche d'amélioration des conditions de travail. Elle suppose l'organisation d'une surveillance, l'élaboration de procédures de sécurité et une formation actualisée pour le personnel.

Pour répondre à cette stratégie, un groupe de travail constitué de personnes émanant du terrain (infirmières chefs d'unité, infirmières, aides-soignantes, infirmières chefs de services et médecin du travail) a été mis en place au sein de la clinique.

Le travail a débuté par une revue approfondie de la littérature scientifique afin d'homogénéiser le niveau de connaissance du groupe. Ensuite, un recensement du matériel sécuritaire et un audit des pratiques au sein de l'institution ont été réalisés. Ce dernier avait pour objectif de mettre en évidence les risques réellement présents au sein de notre institution tant dans la clinique que dans les antennes. Il portait notamment sur le respect des précautions générales, l'utilisation du matériel sécuritaire et/ou de protection disponible, le degré d'intégration des procédures et le niveau de connaissance en la matière du personnel.

Au regard de la multiplicité des situations potentiellement dangereuses pour les soignants, tant dans l'institution que dans les antennes, le choix de travailler sur le long terme s'est alors imposé comme une évidence.

Différents axes devant être abordés tout au long de la campagne ont été déterminés:

- La bonne utilisation du container d'évacuation du matériel coupant, piquant, tranchant
- Le chariot de soin (sa composition, sa place lors des soins)
- L'élimination du matériel souillé par la personne qui réalise l'acte invasif et seulement par cette personne
- La pratique du recapuchonnage

- l'utilisation du matériel sécuritaire (gants, lunettes, masque)
- Le matériel de prélèvement (aiguilles versus butterflyes)
- La position correcte du soignant lors de la réalisation des soins
- La déclaration des AES

Lorsque nous avons abordé le 1er axe, un partenaire nous a rejoints, la firme MSH, fournisseur des containers d'évacuation au sein de l'institution. Ce dernier a également réalisé un audit, centré sur l'utilisation des containers. Leur analyse a confirmé de manière pointue ce que nous avions mis en évidence lors de notre propre audit.

- Les containers sont présents en suffisance au sein de l'institution
- Le remplissage est trop important et parfois inapproprié, par conséquent dangereux
- Les différentes fonctionnalités du container sont sous-exploitées
- Les containers ne sont pas toujours fixés
- Le chariot est proche de la chambre mais le container n'est pas au plus près du soin
- Le personnel connaît la procédure de déclaration des AES

Face à ce constat, plusieurs moyens de remédiation ont été et seront encore mis en place :

- Placement de supports de fixation adéquats en fonction des cas de figure rencontrés
- Information et formation relative à l'utilisation des containers
- Réflexion par rapport à l'investissement du nouveau matériel sécuritaire

Idéalement, le chariot de soins doit se situer au plus près du soin. Ce concept s'est rapidement heurté à celui de l'hygiène. Ne risque-t-on pas de baffouer certaines règles d'hygiène en introduisant le chariot de soins dans la chambre ? Nous avons remis nos pratiques en question afin de répondre adéquatement tant à la sécurité du personnel qu'aux règles d'hygiène.

Ensuite, si le personnel soignant semble habitué à éliminer directement son matériel dangereux, il arrive que, lors de la réalisation de certains actes plus invasifs réalisés par les médecins, le matériel utilisé ne soit pas éliminé tout de suite. Cela engendre un risque accru d'accident pour le personnel qui se charge de l'élimination. Travailler sur l'évacuation du matériel par la personne qui a réalisé l'acte s'est tout naturellement imposé comme une évidence.

Par ailleurs, les règles de bonnes pratiques sont systématiquement indiquées lors de la rédaction de toute nouvelle procédure.

Un dernier axe de travail se base sur un comptage des accidents rapportés et d'une analyse systématique de chacun des cas.

Ces débriefings sont réalisés par le médecin du travail pour les travailleurs de l'institution et par un membre de la direction du département infirmier et paramédical pour les étudiants.

Pour l'heure cette analyse est partielle dans la mesure où nous employons des sous-traitants au sein de l'institution, pour l'entretien et pour la cuisine. Nous ne disposons, pour ces personnes, d'aucune information puisque la clinique n'est pas leur employeur. Nous suspectons également que tous les cas ne soient pas déclarés et cela malgré une révision complète et une facilitation de la procédure de déclaration des AES au sein du service des urgences.

Le groupe de travail a choisi de soutenir l'information par une campagne d'affichage.

Pour chacune des thématiques, une affiche est créée conjointement par le groupe de travail et la firme MSH. Malgré toute l'attention portée à la création et à la réalisation de ces affiches, un élément a rapidement dû être modifié : le titre.

En effet, les lettres AES, à elles seules, ne signifient RIEN pour la plupart des membres du personnel. Comment ces derniers pourraient-ils se sentir impliqués s'ils ne savent pas de quoi parle l'affiche ?!

Outre la campagne d'affichage, plusieurs canaux de communications tels que le mailing et l'utilisation d'un logiciel de gestion documentaire institutionnel ont été utilisés. Il a également été indispensable de se rendre au sein des différentes unités ainsi que des antennes parfois forts isolées afin de compléter la diffusion de notre message. L'approche humaine reposant sur le relais des infirmières chefs d'unité au sein de leurs équipes, la sensibilisation par la hiérarchie lors des modules d'accueil des nouveaux engagés et l'implication du personnel de terrain semblent être bénéfiques pour l'ancrage à long terme des mesures de prévention.

La lutte contre les accidents d'exposition au sang nécessite plusieurs angles d'attaque simultanés. L'information a été diffusée via différents supports :

- visuels tels que les affiches,
- permanents et consultables tels que les procédures,
- répétitifs tels que l'information donnée par les membres du groupe de travail au sein des unités ou encore les modules de formation permanente...

En conclusion, nous restons convaincus que ce n'est qu'au prix de cet investissement qu'une prévention solide peut se pérenniser au sein d'une institution via la bonne utilisation du matériel et surtout la mobilisation des acteurs de terrain.



Clinique Saint-Luc
rue Saint-Luc, 8
5004 Bouge

2012-2013

Pauline Martin Master en ingénieur de gestion UCL
Promoteur : Nathalie Delobbe



Bien-être psychologique et performance individuelle au travail : validation des échelles de Ryff (1989) en milieu hospitalier

Ces dernières années, les travailleurs ont fait face à des attentes croissantes en termes de disponibilité, mobilité, flexibilité, adaptation permanente, ... or ces nouvelles conditions de travail ont des répercussions potentiellement importantes sur le bien-être des travailleurs (Devleeschouwer, 2010, p. 1). En conséquence, la question du bien-être des employés est devenue une préoccupation importante en milieu organisationnel et académique.

En parallèle, comme le constate Enriquez (1997, pp. 118-119), la société à l'heure actuelle est marquée par la suprématie d'un modèle de performance selon lequel la recherche de la performance doit primer dans toute décision. Dans ce contexte, la prise en compte du bien-être dans les décisions organisationnelles ne se justifie que si celui-ci est susceptible d'impacter la performance.

Ces constatations mettent en évidence l'intérêt d'études tentant de déterminer si le bien-être est un antécédent de la performance au travail.

Cette question des relations entre bien-être et performance se trouve au coeur de la thèse du *happy-productive worker* selon laquelle un travailleur heureux est un travailleur plus performant. Cette thèse fait fréquemment l'objet de recherches dans la littérature. Dans ces recherches, un nombre croissant d'auteurs conçoivent la performance comme un concept multidimensionnel comprenant entre autres la performance dans la tâche, les comportements de citoyenneté organisationnelle et les comportements de retrait. Les études antérieures parcourues montrent que la force de la relation entre le bien-être et ces dimensions de la performance dépend de la mesure du bien-être utilisée. Le bien-être a souvent été opérationnalisé dans les recherches par des mesures de la satisfaction au travail, de la disposition affective et plus rarement de l'affect lié au travail et de la satisfaction envers la vie. Toutefois, ces mesures du bien-être ne s'avèrent que faiblement à modérément liées à la performance dans la tâche, aux comportements de citoyenneté organisationnelle et aux comportements de retrait.

Face à ces résultats mitigés, Page et Vella-Brodrick ont recommandé de recourir à une conception plus large du bien-être qui intégrerait davantage de composantes (2009, p. 450). Ces auteurs postulent que le bien-être, et a fortiori le bien-être au travail, requiert la présence de sentiments positifs et un fonctionnement psychologique positif or ils constatent que les études antérieures portant sur la thèse du *happy-productive worker* ont majoritairement opérationnalisé le bien-être comme la présence de sentiments positifs, en négligeant la dimension fonctionnement psychologique du bien-être. Ces

constatations mettent en évidence l'intérêt d'études portant sur les relations entre fonctionnement psychologique positif et performance. En conséquence, nous avons décidé d'examiner les relations entre bien-être et performance individuelle en recourant à une mesure du fonctionnement psychologique non encore testée à notre connaissance, à savoir le bien-être psychologique tel que conçu par Ryff (1989). Toutefois, avant de procéder à cette analyse, la validité des échelles de bien-être psychologique de Ryff (1989) de 6 à 8 items doit être démontrée. Selon le modèle de Ryff (1989), le bien-être psychologique comprend 6 dimensions : acceptation de soi, relations positives avec autrui, autonomie, maîtrise de l'environnement, sens de la vie et croissance personnelle. Cependant, l'hypothèse selon laquelle le bien-être psychologique mesuré sur base des échelles de Ryff (1989) dans leur version française comptant 6 à 8 items présente effectivement une structure à 6 dimensions reste à démontrer.

L'objectif de notre étude est donc double. Elle vise d'une part à tester la validité des échelles de bien-être psychologique de Ryff (1989) de 6 à 8 items dans leur version française, et d'autre part à déterminer si le bien-être psychologique selon Ryff (1989) explique davantage la performance dans la tâche, les comportements de citoyenneté organisationnelle (altruisme, conscience professionnelle et vertu civique) et les comportements de retrait (intention de quitter et absentéisme) que la satisfaction au travail et l'affect lié au travail. Afin de répondre à nos questions de recherche, nous avons réalisé une étude empirique sur une population d'infirmiers travaillant en milieu hospitalier. La collecte des données nécessaires à l'étude s'est faite par le biais d'un questionnaire. Celui-ci a été diffusé d'une part en version électronique et d'autre part en version papier. Trois associations (l'Association Francophone des Infirmières de Salle d'Opération, l'Association belge des praticiens de l'art infirmier et la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique) ont diffusé le lien vers le questionnaire en ligne auprès de leurs membres. Par ailleurs, le questionnaire papier a été distribué à l'ensemble du personnel infirmier du CHR Haute Senne à Soignies.

Après retrait des questionnaires insuffisamment complétés et de ceux provenant d'infirmiers ne travaillant pas en milieu hospitalier ou

exerçant à l'étranger, l'échantillon total retenu compte 471 infirmiers. Les résultats de notre étude ne permettent pas de confirmer que les échelles de bien-être psychologiques de Ryff (1989) de 6 à 8 items dans leur version française évaluent 6 dimensions distinctes du bien-être psychologique conformément au modèle de Ryff (1989). Nos analyses révèlent en effet une structure à 4 facteurs : autonomie, relations positives avec autrui, croissance personnelle et un facteur rassemblant des items des dimensions acceptation de soi, maîtrise de l'environnement et sens de la vie.

L'étude montre par ailleurs que le bien-être psychologique tel que conçu par Ryff (1989) explique mieux la performance dans la tâche, l'altruisme et la conscience professionnelle que le bien-être au travail (satisfaction au travail et affect lié au travail). Par contre, la capacité du bien-être au travail, et surtout de la satisfaction au travail, à expliquer les comportements de retrait paraît largement supérieure à celle du bien-être psychologique. Quant à la vertu civique, elle est expliquée de manière équivalente par ces deux mesures du bien-être. Les dimensions du bien-être psychologique sont globalement positivement liées à la performance dans la tâche et aux comportements de citoyenneté organisationnelle et négativement associées à l'intention de quitter.

Les résultats mettent en outre en évidence une médiation totale par le facteur dépression/enthousiasme lié au travail de la relation entre la dimension relations positives avec autrui et l'altruisme. Ce même facteur médiatise partiellement la relation entre la dimension mesurant l'acceptation de soi, la maîtrise de l'environnement et le sens de la vie, et l'altruisme. Similairement, la satisfaction au travail médiatise totalement la relation entre la dimension mesurant l'acceptation de soi, la maîtrise de l'environnement et le sens de la vie, et la vertu civique.

Notons cependant que l'étude présente certaines limites. Premièrement, elle ne permet pas d'inférer des relations de causalité entre les variables d'intérêt car elle repose sur des mesures concomitantes du bien-être et de la performance. Deuxièmement, nous avons eu recours à des mesures auto-rapportées pour évaluer l'ensemble de nos variables d'intérêt. Ce choix méthodologique nous expose à un double risque. D'une part, les relations entre les variables d'intérêt pourraient avoir été gonflées en raison d'une variance commune liée à la méthode. D'autre part, nos données pourraient avoir été contaminées par un biais de désirabilité sociale. Troisièmement, notre échantillon est constitué exclusivement d'infirmiers travaillant en milieu hospitalier. De ce fait, la composition de notre échantillon fait obstacle à la généralisation de nos conclusions à d'autres secteurs. Au vu des résultats fournis par notre étude, nous souhaiterions encourager la poursuite des travaux portant sur les échelles de bien-être psychologique de Ryff (1989). Nos résultats nous amènent également à suggérer de développer les recherches sur les relations entre bien-être psychologique tel que conçu par Ryff (1989) et dimensions de la performance individuelle. Dans une première étape, des études devraient notamment tenter de répliquer nos conclusions dans d'autres milieux d'étude.

Dans une optique plus managériale, nos résultats mettent en évidence l'intérêt pour une organisation de promouvoir le bien-être de ses employés tant à l'intérieur qu'en dehors de la sphère professionnelle, notamment en soutenant la diffusion de techniques issues du courant de la psychologie positive telles que l'optimiste appris ou les monologues constructifs (Wright et Cropanzano, 2004, p. 346).

AVION-HÔPITAL EN ÉTHIOPIE

De l'ombre à la lumière

TEXTE ET PHOTOS
DE FABRICE DIMIER

En Éthiopie, pays qui manque cruellement de structures de santé, et qui affiche un taux de cécité record, un avion-hôpital ophtalmique vole au secours des malvoyants et des aveugles. Embarquement immédiat.



Yohanna, 3 ans, est fasciné par la lumière qu'il voit désormais à travers le hublot, après son opération à bord de l'avion-hôpital.

A une heure d'Addis Abeba, Sebeta est un bourg poussiéreux semblable à des centaines d'autres dans le pays. Entre deux échoppes, un étrange défilé interpelle : par groupes de trois à quatre, une cinquantaine d'enfants déambulent, bras dessus, bras dessous, le long d'une allée. Les malvoyants aident ainsi les aveugles aux abords d'une des trop rares écoles pour enfants atteints de cécité du pays. En Éthiopie, le handicap visuel reste une charge bien trop lourde pour les parents, la plupart des élèves sont donc logés en internat, dans de petits dortoirs au confort spartiate. C'est l'heure de la récréation. Dans le gymnase, les enfants poursuivent leur activité sportive: saut de l'ange, corde à sauter... L'énergie déployée et la prise de risque surprennent. Cette assurance masque une dure réalité: s'ils ont la chance d'être scolarisés dans une école pour déficients visuels, ces enfants ont la déveine d'être nés dans un pays où 80 % des déficiences visuelles lourdes pourraient pourtant être évitées grâce à une opération médicale.

>> Suite page 18

Quelque 1,2 million d'Éthiopiens sont aveugles, et plus de 2,7 millions d'entre eux souffrent de basse vision. Au total, 1,6 % de la population serait touchée par ce type de handicap. Et pour cause: le pays ne compte qu'un seul ophtalmologue par million d'habitants, et les services en soins oculaires sont extrêmement limités.

Consultations préopératoires

En dépit de l'heure matinale, l'hôpital local a fait le plein de patients

Lundi. Il est 7 h 30, et les voies passantes d'Addis Abeba fourmillent déjà de monde. À proximité d'une grosse artère bordée de bicoques aux toits de tôle, en dépit de l'heure matinale, l'hôpital ophtalmique local a fait le plein de patients. Ces derniers sont au rendez-

vous pour une consultation avant une éventuelle opération à bord du FEH (1), l'avion hôpital de l'ONG Orbis, qui stationne depuis une semaine sur le tarmac. Pendant que les infirmiers locaux distribuent les ordres de passage, l'équipe médicale investit le DC10.

L'ONG américaine, qui fête ses trente années d'existence, a déjà séjourné plusieurs fois à Addis Abeba, développant ainsi un partenariat pérenne avec l'hôpital. Le projet s'en trouve grandement simplifié. Généralement, les missions de l'ONG ont tout d'un challenge: logistique, diplomatie... Les préparatifs sont longs, et les autorisations souvent compliquées à obtenir. Les consultations s'enchaînent dans des salles contiguës. Les patients sont soumis à différents tests. Les Drs Frederick et Lehman auscultent les personnes qu'ils vont opérer dans la semaine. Ce sont des spécialistes américains reconnus de la chirurgie de la cataracte, l'un pédiatrique, l'autre adulte. En donnant bénévolement une semaine de leur temps, ils vont opérer, à eux deux, une trentaine de patients, et former autant de médecins (2). Sur les trois semaines de séjour, une centaine de patients seront opérés, les deux semaines suivantes sont consacrées à d'autres spécialités opératoires.

Le lendemain, les formalités douanières effectuées, le staff d'Orbis (3) foule le tarmac avec l'aisance du quotidien. Les nouveaux renforts médicaux, infirmiers bénévoles internationaux et équipe médicale locale, découvrent avec exaltation l'hôpital volant qui trône fièrement sur un parking de la société Fedex. Le sponsor principal de cette ONG est aussi le généreux donateur du DC10.



Jacqueline, infirmière salariée de l'ONG (au centre), assiste le chirurgien au bloc opératoire lors d'une opération de la cataracte. Pour elle, c'est une chance « de travailler toujours avec du matériel de dernière génération, exigeant d'être à la pointe des connaissances. »

Technologie de pointe

Georges, infirmier britannique bénévole dont c'est la première mission, s'émerveille devant la technologie de pointe embarquée. L'espace minutieusement optimisé est divisé en six salles principales : la salle de voyage, équipée d'une quarantaine de sièges, qui sert aussi de salle de conférence ; la salle d'attente et de formation aux techniques lasers ; la salle d'anesthésie et de réanimation ; la salle de stérilisation ; et, enfin, la salle d'opération. Les techniciens et les ingénieurs médicaux sont les premiers à l'oeuvre : vérification du matériel, de l'alimentation, des batteries qui permettent à l'appareil de disposer d'une autonomie totale dans les pays traversés et de parer à toute avarie.

Check up OK! Embarquement immédiat pour les premiers patients emmenés au pied de la passerelle. Huit interventions sont au programme. Côté personnel, tout le monde trouve rapidement sa place. Heather, responsable des infirmiers, les met à l'aise et les oriente. Même si quinze nationalités sont présentes à bord, la communication passe. « *Il faut que tout le monde soit prêt dès le jour 1* », explique la responsable, qui effectue elle-même le choix des nouveaux bénévoles sur candidature.

Ils doivent avoir exercé en ophtalmologie ou en bloc opératoire, et maîtriser l'anglais. L'adaptabilité est aussi une qualité importante. C'est une sorte de défi que l'on doit relever, c'est très motivant », lance-t-elle en distribuant les rôles. Dans la salle d'opération, Georges redouble d'efforts pour localiser des instruments qu'il maîtrise bien, puisqu'il exerce la même fonction en Angleterre.

« *Comme tout le monde ne se connaît pas, présentons-nous !* », propose Leonardo, infirmier permanent philippin, juste avant que l'opération du petit Jonathan ne commence. Dans la salle stérile,

Jacqueline, infirmière australienne, oeuvrant depuis cinq années à bord du FEH, forme un infirmier local. Il travaille habituellement dans le sud du pays. En raison du manque de médecins, il est parfois amené, grâce à sa formation plus poussée, à pratiquer lui-même des interventions

chirurgicales. Pour lui, les repères sont plus difficiles à trouver. Le matériel est différent. « *Dans certains pays, on a de réelles surprises, reconnaît la soignante, pourtant aguerrie. « Les stérilisations à la flamme, le manque de matériel, et, surtout, le manque de connaissances peuvent avoir des conséquences terribles* », confie Jacqueline. Le jeune infirmier écoute attentivement son aînée, nommé en anglais les instruments disposés devant lui. C'est la méthode Orbis. Chaque permanent est formateur, chaque bénévole est formé. Locaux comme bénévoles changent de poste chaque jour selon un programme bien établi. Demain, l'infirmier local sera affecté en salle opératoire. Sa tâche terminée, il observe le petit écran qui retransmet l'opération en direct grâce à un capteur numérique fixé sur le microscope du chirurgien.

À l'avant de l'avion, dans la salle de conférence, une dizaine de chirurgiens, de médecins et d'infirmiers locaux suivent également cette retransmission sur grand écran. Ils bénéficient du commentaire du chirurgien, et de la possibilité de lui poser des questions en direct. Dans cette même salle, les chirurgiens, lors de leur demi-journée de liberté, feront de nombreuses interventions de formation sur des sujets spécifiques.



Atalech, au sortir de son opération. C'est la première fois que cette Éthiopienne voyait un avion!

Celles-ci sont également enregistrées sur des DVD distribués ensuite aux services médicaux locaux. La formation constitue bien le premier objectif d'Orbis : enseigner, ramifier, créer des passerelles locales, pour toucher toujours plus de structures mondiales de santé.

Un rythme très soutenu

La salle d'attente est le seul lieu qui ne retransmet pas l'opération. Elle accueille des parents inquiets et des enfants surexcités, que le personnel médical rassure autant que possible. Il accompagne aussi les infirmiers et les chirurgiens locaux venus se former sur un simulateur d'opération de dernière génération. Le va-et-vient opératoire est constant. Émotion, pleurs, sourires rythment ces moments de vie importants pour des patients impressionnés par le dispositif. Pour la plupart, en effet, ils n'ont encore jamais vu d'avion. Le programme est dense, et les journées s'enchaînent à un rythme soutenu pour le personnel tout au long de la semaine. Les « permanents », qui naviguent 45 semaines par an, connaissent cette contrainte.

Socialement, cette vie est très exigeante : ils travaillent ensemble, déjeunent en commun, et passent bien souvent leur week-end ensemble. Dans cette « vie de famille », la chambre d'hôtel devient le domicile principal.

Chacun s'organise afin de gérer au mieux ses contraintes, et de préserver un minimum de vie privée.

Jacqueline se lève régulièrement à l'aube pour profiter de la salle de gym. « *Pour moi, ce mouvement permanent était un peu difficile au début, confie l'Australienne. Je dois avouer que j'apprécie plutôt la routine. Mais, j'aime tellement ce que je fais ! Ici, les contacts avec les patients et les familles sont si chaleureux, et les échanges avec les équipes locales sont une vraie source de plaisir et de découverte! Même si nous avons le rôle de formateur dans notre discipline, vis à vis d'elles, elles nous font aussi découvrir leurs méthodes, leur culture. Et puis, rendre la vue à une personne, c'est lui redonner son indépendance. Je suis utile, et je remercie Dieu chaque jour de pouvoir l'être.* »

Le sens du dévouement est commun à toute cette équipe. Cependant, si Jacqueline est célibataire et passe ses quelques semaines de congés annuels à Cape Town, avec sa soeur, les choses sont plus difficiles pour ceux qui ont une famille. Deux numéros de chambre plus loin, Leonardo raccroche un appel Skype avec sa femme à Manille. L'infirmier philippin, âgé de 59 ans, fait partie de l'équipe permanente, et s'enorgueillit d'avoir déjà passé dix-sept années à

bord du DC10. Mécontent du salaire d'infirmier qu'il percevait dans son pays, après une expérience très enrichissante dans un immense hôpital ophtalmique de Ryad (pourvu de 12 salles d'opération), il n'a pas hésité lorsque l'opportunité s'est présentée d'intégrer le staff du FEH. « *C'est vrai qu'il n'est pas facile d'être si souvent éloigné de sa famille, mais, malgré tout, je n'ai jamais regretté ce choix de vie* », explique-t-il. « *Je resterai tant qu'on me le permettra. Ce que l'on fait est tellement riche. Quel autre métier permet de faire ce que l'on aime en découvrant le monde ?* », s'enthousiasme l'infirmier en montrant fièrement, épinglés sur sa veste, les badges qu'il a reçus après chaque mission.

Partage de bons moments

Vendredi. C'est le dernier jour d'opérations dans l'avion.

Les ultimes patients croisent ceux qui reviennent pour un contrôle post-opératoire. Leur suivi sera ensuite assuré par l'hôpital local. Les enfants sont soulagés de retirer leurs protections. Le petit Alazar demande à voir une vidéo de dessin animé pour « contrôler sa vue ». Les soignants s'exécutent avec bonne humeur, avant d'effectuer un véritable examen. Atalech, elle, joint ses mains pour remercier toute l'équipe avec effusion.

Âgée de 60 ans, cette femme vit seule. Elle va pouvoir à nouveau se déplacer, et, surtout, aller à l'église sans être accompagnée, une autonomie très importante pour elle. Toute l'équipe apprécie ce bon moment partagé.

Jacqueline regarde partir les enfants avec émotion.

Abdella va réintégrer l'orphelinat où il est sûr d'être l'attraction avec ses lunettes de soleil. Yohanna, pour sa part, découvrira quelques jours plus tard qu'il voit désormais les lettres de son tableau depuis le lit de ses parents : il est passé de deux à huit mètres de vision, un monde nouveau s'ouvre à lui.

Pour faire gagner ces quelques mètres qui changent la vie, le DC10 repartira à des milliers de kilomètres dès le lendemain. Destination la Zambie, pour un programme de trois semaines. Jacqueline assurera les fonctions d'hôtesse pour ce vol. À Addis Abeba, des centaines de patients attendent déjà l'éventuel retour du « Magic Plane »

- 1- FEH: Flying Eye Hospital.
- 2- L'ONG effectue tout type d'interventions, afin d'améliorer le niveau des médecins locaux dans tous les domaines d'intervention : cataracte, greffe de cornée, chirurgie rétinienne, glaucome, strabisme...
- 3- Le staff permanent compte 22 personnes (médecins, infirmiers, ingénieurs médicaux). S'y ajoutent, en moyenne, quatre médecins volontaires et deux infirmiers volontaires par semaine de mission.

Chiffres

> Depuis 1982, Orbis a effectué des programmes de formation hospitaliers dans 90 pays.

77 pays ont reçu la visite de l'hôpital volant fournissant 279 programmes dans 154 villes différentes, 90 000 médecins et 215 000 infirmiers ont été formés par l'ONG. Des traitements médicaux pour les yeux ont été fournis par l'ONG à 18,8 millions de patients, dont 5,6 millions d'enfants.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

BD lance en Belgique un dispositif de transfert en système clos qui améliore la protection des professionnels de la santé et réduit l'exposition aux substances médicamenteuses dangereuses

Le système BD PhaSeal™ minimise les fuites (vapeurs, aérosols ou liquides) et ainsi l'exposition des personnes et de l'environnement aux médicaments anticancéreux.

Erembodegem, Belgique, décembre 2013

BD Medical, division de BD (Becton, Dickinson and Company), l'une des plus grandes entreprises mondiales spécialisées dans les technologies médicale, annonce le lancement en Belgique du dispositif de transfert en système clos BD PhaSeal™, un dispositif étanche à l'air et antifuite qui empêche mécaniquement le passage de contaminants extérieurs dans le système ainsi que les fuites de substances ou de vapeurs vers l'extérieur, minimisant ainsi tout contact entre les substances dangereuses (sous forme de vapeurs, aérosols ou liquides) et les personnes qui les manipulent et l'environnement.

L'exposition répétée à des substances médicamenteuses dangereuses peut, à terme, avoir de graves conséquences sur la santé des professionnels du secteur médical. Des études montrent que l'exposition aux anticancéreux peut être à l'origine entre autres de cancers, de problèmes de fécondité et de problèmes génétiques. La prévention des fuites de substances médicamenteuses dangereuses durant la préparation, le traitement et l'élimination des déchets est une étape importante dans la protection de tous les professionnels de la santé qui manipulent ces substances, et risquent par conséquent d'y être exposés.

Le système BD PhaSeal™ empêche également la contamination microbienne des préparations, présente des avantages notables lors de la préparation et de l'administration de substances médicamenteuses dangereuses et s'avère rentable sur le plan financier.

Alexander Alonso, directeur commercial de BD Medical pour le Benelux, commente : « En lançant le système BD PhaSeal™ en Belgique, nous prouvons notre volonté d'offrir aux établissements de

soins les technologies indispensables pour créer un environnement de travail sûr pour les professionnels de santé. Le personnel infirmier, les pharmaciens, les oncologues et autres professionnels du secteur sont extrêmement dévoués à leur profession et à leurs patients; nous nous engageons à leurs côtés en veillant à ce qu'ils soient suffisamment protégés dans l'exercice quotidien de leurs responsabilités. Outre la nécessité d'un environnement plus sûr, nous sommes conscients que les organismes de santé cherchent aussi à améliorer leurs finances. Notre système est une parfaite illustration de la manière dont nous pouvons les y aider, sur le plan logistique, économique et écologique. »

Le système BD PhaSeal™ est le premier dispositif de transfert en système clos autorisé par la Food and Drug Administration, l'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux, sous le code produit ONB. Ce code produit a été créé en janvier 2013 pour répondre à la volonté de la FDA d'améliorer les instructions spécifiques destinées aux utilisateurs de dispositifs pour administrer des substances médicamenteuses dangereuses, comme les anticancéreux, et à une prise de conscience générale qu'un nouveau code améliorerait la santé publique. Ce code ONB a été obtenu sur la base de tests cliniques poussés et validés indépendamment.

Le système BD PhaSeal™ garantit l'absence de fuite lors de la préparation et de l'administration. L'autorisation de la FDA repose sur trois critères : aucune fuite de liquide ou de vapeurs de substances médicamenteuses dangereuses, aucun transfert de contaminants externes et prévention de contacts microbiens.

Le système BD PhaSeal™ présente de précieux avantages lors du processus de préparation et d'administration de substances médicamenteuses dangereuses, tels que :

Becton Dickinson
Benelux N.V.
Erembodegem-Dorp 86
9320 Erembodegem
www.bd.com



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

- L'amélioration de la sécurité pour les patients (garantie de stérilité pendant la préparation) et le personnel (préparation en environnement 100% clos)
- Les cytostatiques (et autres substances médicamenteuses dangereuses) peuvent être utilisés au maximum sept jours sans que la substance ne risque d'affecter la stérilité. La stabilité de la substance ne peut être influencée par le système PhaSeal™ et doit être respectée.

Le système BD PhaSeal™ s'avère intéressant sur le plan financier : il réduit les pertes en substances onéreuses. En maintenant jusqu'à 168h en zone Iso 5 la stabilité microbiologique, BD PhaSeal permet, en fonction de la stabilité physico-chimique des molécules, l'utilisation des flacons dans leur intégralité ou l'utilisation des plus gros conditionnements disponibles, soit un gain possible au niveau des prix et un moindre coût des dispositifs de transfert.

Une étude indépendante sur l'optimisation des flacons de médicaments, validée par des professionnels du secteur, a démontré que l'utilisation de flacons multi-doses jusqu'à leur date de péremption physique et chimique pouvait entraîner une économie substantielle de l'ordre de 300.000 à 700.000 € par an. Selon cette étude, la préparation des médicaments cytotoxiques dans des conditions rigoureuses permet de réduire les coûts de 7% à 15% selon le scénario appliqué.

Le système BD PhaSeal™ sera distribué sur le marché du Benelux par le fournisseur Hospira Benelux S.A., spécialisé dans les produits pharmaceutiques et médicamenteux.

Contact presse:

Pauline Dabrowski pour Lindsell Marketing
pauline@lindsellmarketing.com
+44 (0)20 7402 0254

À propos de BD



BD est l'une des principales entreprises mondiales spécialisées dans les technologies médicales. L'entreprise conçoit, fabrique et commercialise des dispositifs médicaux, des instruments et des réactifs. Elle se consacre à l'amélioration de la santé de tous à travers le monde. BD met l'accent sur le développement de la pharmacothérapie, l'amélioration de la qualité et de la rapidité des diagnostics de maladies infectieuses et de cancers, ainsi que sur les progrès dans la recherche et la découverte de nouveaux médicaments et vaccins. Les capacités de la société sont déterminantes dans la lutte contre plusieurs des maladies les plus redoutables au monde.

Fondée en 1897, BD emploie environ 29 000 collaborateurs dans plus de 50 pays, et son siège social se situe à Franklin Lakes dans le New Jersey, aux États-Unis. La société met son savoir-faire au service d'établissements de soins 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.

Vers une maîtrise organisationnelle des risques hospitaliers

Pierre VAN DEN BERGE¹
Lahcen EL HIKI²



Face à l'augmentation de la prévalence des incidents dans les organisations hospitalières, nous assistons à une véritable prolifération méthodologique concernant le développement et l'implémentation des démarches liées à la gestion des risques. Inspirées par l'arsenal méthodologique développé dans les entreprises industrielles, force est de reconnaître que ces démarches souffrent de nombreux déficits d'adaptation sur les plans méthodologique et conceptuel. Dans cet article, nous proposons l'innovation organisationnelle comme réponse à la maîtrise des risques hospitaliers et le modèle organisationnel réticulaire comme concept adapté à cette dynamique. Ce modèle est actuellement en cours d'implantation au sein du Centre Hospitalier Jolimont -Lobbes et du Centre Hospitalier Nivelles-Tubize.

Introduction

Le développement des connaissances relatives aux dynamiques accidentelles dans les systèmes sociotechniques a résulté des analyses des accidents majeurs ayant eu lieu dans les systèmes industriels à risque (l'aviation, le transport et le nucléaire). D'après Wilpert (1998) et Dufour (2008), l'évolution de ces connaissances s'est articulée sur trois grandes approches majeures :

1. l'approche technique qui associe les causes de l'incident/accident à une défaillance technique. On y trouve des outils relevant des méthodes quantitatives ;
2. l'approche humaine : il s'agit d'une démarche fondée sur l'hypothèse que le facteur humain en tant que maillon incontournable du système sociotechnique, demeure générateur de défaillances et d'erreurs. Dans cette approche, on trouve les concepts centrés sur l'acteur (Rasmussen, 1983 ; Hollnagel, 1998) ou sur ses interactions avec les éléments du système environnant (Amalberti, 1996) ;
3. l'approche organisationnelle : c'est une approche qui considère l'incident/l'accident dans une perspective systémique et le positionne dans son environnement organisationnel, institutionnel voire contextuel. On y trouve le concept de l'accident organisationnel (Reason, 1997), la résilience organisationnelle (Weick, 1993), la théorie des Organisation Hautement Fiable (Rochlin et al. 1987).

Au-delà des approches portant sur l'analyse de la causalité linéaire entre le scénario et l'accident, les modèles actuels de gestion des risques organisationnels se penchent davantage sur les variables de l'organisation susceptibles de rendre vulnérable ou de dégrader sa sécurité (Leveson, 2004). Dans cette perspective, Reason (Reason, 1997) mentionne que dans un système sociotechnique doté de multiples barrières de sécurité, tout accident suppose la concomitance des facteurs contributifs (latents et patents) qu'il associe à la défaillance combinée de différentes barrières. Dans la même lignée conceptuelle, Dien (Dien, 2006) considère que la sécurité d'une organisation est le résultat d'une perpétuelle tension entre les facteurs organisationnels résilients (FOR) et les facteurs organisationnels pathogènes (FOP). Il souligne que l'accident parvient lorsque les FOP dominent les FOR.

Etant donné la complexité des organisations hospitalières et son implication manifeste en l'occurrence des incidents, la prise en compte de la dimension organisationnelle dans la gestion des risques

est en plein essor. D'ailleurs, les multiples publications récentes en sont l'illustration parfaite (Lassale et al. 2008) ; (Roussel et al. 2009) ; (Goodman et al. 2011). L'émergence de cette dimension organisationnelle nécessite, en matière de la prévention des risques dans les systèmes sociotechniques complexes, une mise en place des démarches intégrant l'innovation organisationnelle fondée sur la réingénierie du processus.

1 Le design organisationnel comme base de la réingénierie du processus

Dans une perspective intégrative, la conception d'une configuration organisationnelle constitue un projet structurant (Athry, 1996). Elle présente un processus visant la définition de nouvelles modalités de coordination dans le cadre d'une vision intégrant les acteurs, les flux d'informations et les technologies. Signalons tout de même que ce processus de conception doit prendre en considération les «déterminants de la structure» dont notamment la taille, la technologie, l'environnement ainsi que le couple différenciation-intégration de l'organisation (Strategor, 2005). D'après (Lawrence, 1973), ces déterminants «présentent une importance significative pour la conception de la structure, mais dont aucun, pris isolément, n'a de valeur explicative ou prescriptive suffisante».

Par ailleurs, Choo (Choo, 2006) précise que les «variables de la conception» d'une structure organisationnelle sont : (1) la division du travail (départementalisation, spécialisation) ; (2) l'unité de commandement (la ligne de commandement) ; (3) l'autorité et la responsabilité (ligne – état-major – relations fonctionnelles) ; (4) l'éventail de subordination (nombre de collaborateurs sous la responsabilité d'un responsable) ; (5) les facteurs de contingence (environnement – technologie).

A la lumière de ces constats, nous proposons un modèle de maîtrise organisationnelle intégrée des risques hospitaliers basé sur le mode de collaboration réticulaire. Son implémentation opère au niveau du processus de la notification des incidents et des presque-incidents.

¹ Directeur du département des soins infirmiers au CH Tubize-Nivelles et coordinateur du Comité Qualité pour les hôpitaux de l'INDC- Entité Jolimontoise, 159, Rue ferrer, 7100 Haine-St-Paul, Belgique.
Tél : +32(0)67885241
PIERRE.VANDENBERGE@entitejolimontoise.be

² Coordinateur, Institut des Sciences et du Management des Risques, UMONS-Faculté Polytechnique. 56, Rue de l'Epargne, 7000 Mons, Belgique. Tél : +32 (0)65.37.44.02
lahcen.elhiki@umons.ac.be



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

2 Dynamiques de la notification des événements indésirables

Sur le plan terminologique, l'incident est un événement imprévu qui signale ou entraîne une augmentation significative du risque de conséquences non désirées pour une personne, un groupe de personnes ou une institution. Quant au presque-accident : il s'agit de tout évènement indésirable survenant dans le cours de réalisation d'une action et qui finit par se neutraliser (spontanément ou par action volontariste) avant même la survenue de conséquences (Barach, 2000).

De toute évidence, toute démarche d'analyse rétrospective d'incident passe inéluctablement par sa notification/déclaration. Cette dernière doit privilégier une approche pragmatique, en se concentrant sur les situations les plus graves ou associées aux risques les plus élevés. Ce postulat est confirmé par le fait que le Reporting & Learning est l'une des dix priorités de la World Alliance for Patient Safety mis en place par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2004.

Par ailleurs, bien qu'Amalberti (Amalberti et al. 2007) et Benn (Benn et al. 2008) aient publié des analyses comparatives entre les systèmes de notification d'incidents, peu d'études se sont penchées sur l'efficacité de ces systèmes en terme de réduction des risques et des erreurs dans l'organisation hospitalière. Comme chaque incident au sein de l'hôpital est lié à une multiplicité des causes, la preuve scientifique et probante de l'efficacité de tels systèmes n'a jamais été apportée.

Rappelons que dans l'aérospatiale, l'aviation, le nucléaire ou tout autre secteur à haut risque, des techniques de gestion (a priori et a posteriori) des risques des systèmes sont mis en place. Dans le secteur de soins de santé, la gestion des risques nécessite l'implantation et le maintien permanent d'un processus de notification promoteur de la sécurité des patients, pour voir émerger des résultats.

D'après Trotti (Trotti et al. 2007), divers supports de notification

coexistent dans nos hôpitaux, en voici une liste non exhaustive : l'enregistrement des plaintes, l'analyse des enquêtes de satisfaction, la notification généralisée d'incidents par le personnel, la revue de dossiers. Il semble qu'aucun d'entre eux ne présente d'avantages ou d'inconvénients par rapport aux autres, ils sont plutôt complémentaires qu'opposés.

Enfin, la question de la protection juridique des déclarants doit être soulevée. Dans ce sens, les dirigeants d'hôpitaux seront sensibilisés à établir les avantages et inconvénients d'une législation « no fault » (Dijkofstz, 2006) en pratique hospitalière et ayant effets sur la gestion de la sécurité du patient et sur le droit du patient. La possibilité d'anonymisation/confidentialité et de centralisation des données issues de la notification d'incidents éviterait aux déclarants de sombrer dans l'arène conflictuelle de la justice civile ou pénale.

3 Activités promotrices de la sécurité du patient

La maîtrise du risque hospitalier doit tenir compte de la complexité et les singularités de la configuration organisationnelle hospitalières [voir Fig. 1].

Comme le présente la figure 1, la notification exerce une place de choix dans l'analyse et la prévention des incidents. Plusieurs modèles gravitent autour de la dynamique de la notification : la notification d'incidents critiques (système de notification, système de feedback, politique d'annonce au patient), l'analyse des causes racines (RCA), le protocole de Londres, la revue de dossiers et les déclencheurs globaux, les systèmes de gestion des risques, l'AMDEC¹ et autres méthodes d'analyse prospective des risques. Les alternatives d'identification des événements indésirables sont l'analyse des plaintes, l'enquête de satisfaction, les événements sentinelles, les indicateurs Patient Safety, les Trigger Tools.

Il est envisageable dans ce type d'approche d'atténuer les nuisances au patient à la suite d'un événement indésirable par l'annonce des

1 Analyse des Modes de Défaillances, de leurs effets et leurs criticités.

risques (consentement éclairé), par la transparence (annonce de l'évènement au patient et/ou sa famille). Il est également possible d'agir en atténuant les nuisances aux collaborateurs à la suite d'événements indésirables par des mécanismes d'action tels que penser à la « deuxième victime », les debriefings professionnels et confidentiels, le soutien du collaborateur. D'après Staines (Staines, 2007), une stratégie de maîtrise des risques hospitaliers doit mobiliser et déployer un arsenal de moyens de prévention : maîtrise des incidents médicamenteux, les équipes d'intervention rapide, l'hygiène, prévention et maîtrise de des infections liées aux pratiques de soins et intervention en milieu aigu, les pratiques de renforcement de la sécurité des personnes âgées en milieu institutionnel, une organisation et une planification relative au patient, l'implication du patient et des familles, ...

Pour répondre aux critères de sécurité des soins et à la sécurité des patients, une attention particulière sera aussi portée sur l'environnement hospitalier et plus particulièrement sur les infrastructures et les ressources. Enfin, les managers hospitaliers prôneront la promotion d'une culture de la sécurité des patients avec une mesure de la culture Patient Safety et un « leadership managérial promoteur de sécurité » (Ovrtveit, 2005).

4 Expérimentation du modèle de maîtrise organisationnelle des risques dans nos quatre centres hospitaliers

4.1. Contexte et objectifs

Sous l'impulsion du Service Public Fédéral en Santé Publique et dans le cadre de la consolidation du Système de Gestion de la Sécurité initié par la Direction Générale dans nos deux Centres Hospitaliers², l'objectif général de ce projet est d'implémenter un processus de notification des incidents et des presque-accidents taillé à la mesure des besoins des acteurs de terrain et aux spécificités organisationnelles des quatre hôpitaux. Quant aux objectifs opérationnels, ils sont axés sur :

- ✓ l'analyse de l'existant : diagnostic du processus de notification d'incidents pour chaque thème identifié (chutes, escarres...);
- ✓ l'identification des attentes de chaque acteur contacté vis-à-vis du futur processus de notification ;
- ✓ le repérage des opportunités de reconfiguration à opérer dans le processus de notification (de l'encodage à l'action) ;
- ✓ l'identification des facteurs clés permettant aux acteurs d'afficher une réelle adhésion à la culture de notification d'incidents.

A l'issue de la phase de diagnostic exploratoire du processus de notification existant, nous avons élaboré un plan d'action intégré dédié à la reconfiguration du processus de notification. Et ce, en collaboration avec les acteurs de première ligne.

4.2. Méthodologie

Nous avons opté pour un diagnostic exploratoire du processus de notification au niveau des quatre hôpitaux. L'objectif est de se forger une vue tendancielle quant à la perception de la notification par les acteurs de terrain et à la visibilité du processus de notification. Pour ce faire, nous avons rencontré des médecins et des soignants en organisant des entretiens directs. Ces derniers ont été conduits sur base d'une discussion ouverte animée par cinq grandes questions majeures portant sur les concepts « incident » et « presque-accident »,

la notification systématique dans les unités de soins et sur les facteurs inhibiteurs ou déclencheurs de leur adhésion effective à la culture de notification. Les thèmes ayant été couverts par le diagnostic exploratoire sont :

- ✓ Les comportements du personnel et des patients ;
- ✓ Les infections liées aux soins ;
- ✓ Les procédures du circuit du médicament ;
- ✓ Les plaies acquises à l'hôpital ;
- ✓ Les procédures et l'administration de soins ;
- ✓ Les procédures transfusionnelles pour tous les produits sanguins ;
- ✓ Les chutes.

Nous rappelons que nous n'avons guère la prétention d'opter pour une analyse clinique des événements indésirables. Notre ambition est d'analyser la coordination organisationnelle dédiée à la prise en charge de ces événements depuis le constat jusqu'à l'action d'amélioration.

4.3. Plan d'action intégré

Sur base de l'analyse des résultats du diagnostic, nous avons élaboré un plan d'action systémique et intégré et qui porte sur cinq niveaux indissociables : niveaux stratégique, organisationnel, processus, système d'information et humain.

4.3.1 Niveau Stratégique

L'objectif à ce niveau est d'intégrer la sécurité des patients dans un plan stratégique pluriannuel clairement formulé par les instances du top management (Direction générale et les Directions médicale et infirmière). Afin que cette démarche soit créatrice de la valeur en matière de sécurité, les axes de ce plan ont été déclinés en un ensemble d'actions concrètes répondant à des objectifs opérationnels et commodément mesurables par des indicateurs et tableaux de bord.

4.3.2 Niveau Organisationnel

C'est au niveau organisationnel que la plus grande dynamique du processus opère. La Direction Générale a élaboré, en collaboration avec les directions métiers, un plan stratégique en matière de la sécurité du patient. Le Comité Qualité et Sécurité Patient (CQSP) assure la liaison fonctionnelle et la coordination entre les différentes instances afin de synchroniser la gestion du portefeuille de projet Qualité et Sécurité. Le pilotage du processus de notification doit être centralisé par le CQSP ainsi que le suivi de réalisation des actions d'amélioration. L'assurance du suivi d'un feed-back régulier aux directions (générale, médicale et infirmière) portant sur l'évolution du système de notification doit être assurée. Un réseau de référents thématiques a été mis en place. Chaque référent prend en charge un thème précis (chute, transfusion, circuit du médicament...) et dispose d'un réseau de relais dans les unités de soins (voire en dehors). Le rôle du référent est de sensibiliser les acteurs multidisciplinaires de terrain à la dynamique de notification, centraliser les déclarations au niveau de son thème, analyser les données (en collaboration avec le CQSP) et accompagner ceux-ci dans la réalisation des actions d'amélioration validées.

Nous signalons qu'il est défini à l'avenir que lors de chaque réunion mensuelle du CQSP, le référent thématique aura l'opportunité de présenter les statistiques des incidents notifiés dans son axe thématique ainsi que les actions d'amélioration envisagées et le plan d'accompagnement.

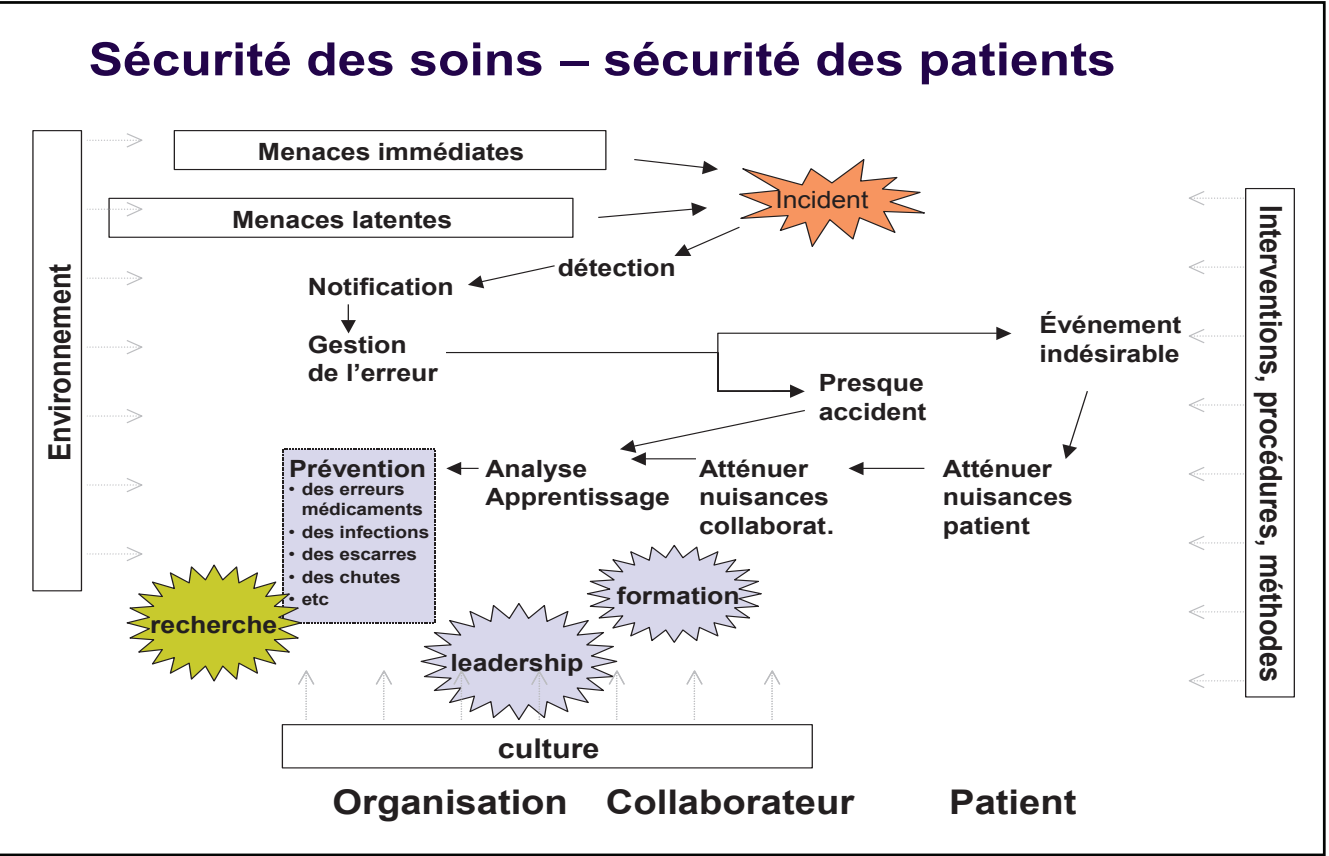


Figure 1. Sécurité des soins – Sécurité des patients (AHRQ, 2001) ; (Wong, 2004) ; (NFQ, 2006)

2 Centres Hospitaliers Jolimont-Lobbès et Tubize-Nivelles

4.3.3 Niveau Processus

Au niveau processus, en fonction des résultats du diagnostic exploratoire, nous avons reconfiguré le processus de notification. Cette reconfiguration a combiné conjointement les besoins des acteurs de terrain, un échantillon de 25 collaborateurs métier, interviewés lors de la phase du diagnostic et le modèle de Reporting SAFIR (Safety Action an Information Feedback from Incident Reporting) élaboré par Benn (Benn et al. 2008). Conséquemment, nous avons opté pour un modèle équilibré (Figure 2) s'articulant sur deux approches :

- 1- une approche prospective : analyses et actions à mettre en place pour prévenir l'incident et qui s'alimentent des actions menées dans l'analyse a posteriori des incidents. Dans ce sens, nous avons lancé des projets AMDEC dans deux de nos quartiers opératoires et dans quatre services de stérilisation.
- 2- une approche rétrospective : analyses et actions à réaliser sur base de la déclaration d'incident. L'objectif de cette analyse a posteriori est de transformer la déclaration de l'incident en un plan d'actions pour éliminer les causes de l'incident déclaré et prévenir d'autres éventuels incidents. A cet égard, nous avons lancé 20 analyses rétrospectives d'incidents sur base de la méthode PRISMA³ (Van Der Schaff et al. 2005).

[Voir Fig 2]

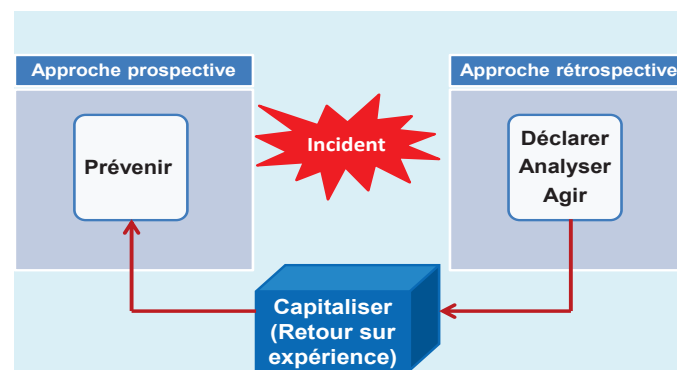


Figure 2 : Modèle équilibré de la prévention et de la gestion des risques.

4.3.3 Niveau Système d'Information

Il est à mentionner que ce système d'information intègre trois dimensions fondamentales :

- 1- La déclaration de l'incident se fait conformément à la Taxonomie ICPS (International Classification of Patient Safety) (Runciman et al. 2008). A cet effet, un logiciel est développé en collaboration avec les acteurs du terrain (Bottom-up). Il offre au déclarant des écrans ergonomiques et aux décideurs (Directions, Référents ...) la possibilité de structurer des indicateurs et tableaux de bord concernant la prévalence des différents incidents déclarés. Actuellement, le logiciel est en phase de couvrir la radiothérapie, le projet JACIE et le laboratoire de biologie clinique.
- 2- L'analyse des incidents fait appel à la RCA (Root Causes Analysis) ou la méthode PRISMA (dans le cadre d'un groupe de travail).
- 3- L'envoi régulier d'un retour aux acteurs de terrain sous forme de statistiques et d'actions d'amélioration.

³ Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis

Afin de piloter les performances du processus de la notification, un set d'indicateurs est élaboré (ex : nombre de déclarations ayant induit une action réalisée).

4.3.4. Niveau Humain

L'objectif à ce niveau est d'optimiser l'adhésion des acteurs de terrain à cette culture de prévention des incidents et presque accidents. Un travail sur le facteur humain a été réalisé en renforçant les mécanismes de la communication et de la formation continue. Dans cette perspective, une campagne de sensibilisation en cascade (Top-Down) a eu lieu en collaboration avec les infirmiers en chef et le corps médical. Des sessions de formations portant sur la gestion de projet, la communication interne et interpersonnelle, la méthodologie de résolution de problèmes, le leadership situationnel et la gestion de changement ont été dispensées aux référents thématiques. Pour renforcer le niveau humain, chaque référent thématique s'appuie sur son propre réseau local pour communiquer et sensibiliser plus largement dans les secteurs de notre institution. C'est par ces actions que l'approche réticulaire apporte une valeur ajoutée.

Conclusion

Il nous semble réducteur de focaliser la portée de la notification aux simples constats ou aux traitements statistiques, notre clé de voûte doit prioritairement permettre d'éviter au patient le risque d'un presque accident ou d'un accident ainsi que toutes leurs nuisances pendant (voire après) son séjour à l'hôpital. Nous sommes dans la démarche d'un processus transversal qui démarre, sur le plan rétrospectif, de l'incident notifié et qui doit déboucher vers la mise en place d'un plan d'actions validé. Cependant, rappelons que la notification doit s'ériger en stratégie et doit être supportée par une sensibilisation maintenue et continue des acteurs de l'organisation hospitalière. Au niveau prospectif, des analyses (AMDEC,...) doivent être réalisées pour prévenir les incidents.

Aujourd'hui, notre projet suit son cours. Et même si nous sommes confiants de ces retombées prometteuses en terme de sécurité pour le patient, il est encore prématuré d'en évaluer les résultats. Néanmoins, avec positivité, nous constatons qu'il est en train de créer les prémisses d'une réelle culture organisationnelle de la maîtrise des risques dans nos centres hospitaliers.

Références

- AHRQ. (2001). Making health care safer. A critical analysis of patient safety practices. Rockville, MD Agency for Health Care Policy and Research Department of Health and Human Services, US Public Health Service. Evidence Report/Technology Assessment – n° 43.
- Amalberti, R. (1996). La conduite de systèmes à risques, Coll. Le travail Humain Press Universitaire de France, Paris.
- Amalberti R., Gremion C., Auroy Y., Michel P., Salmi R. Parneix P. Pouchadon M.L., Hoarau H., Occelli P. Quenon J.-L. et Hubert B. (2007). Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Journal Etude et Résultats. N° 584.
- Autry, Roy H. (1996). What is Organization Design? Ed: Inovus, Atlanta.
- Bieder, C. (2006) Le facteur humain dans la gestion des risques. Ed : Hermes/Lavoisier, Paris.
- Choo, C.W. (2006). «The Knowing Organization: How Organizations Use Information to Construct Meaning, Create Knowledge, and Make Decisions.» 2nd edition 2006, Oxford University Press New York.
- Dien, Y. (2006). Les facteurs organisationnels des accidents industriels, In : Magne, L. and Vasseur, D. (Eds), Risques industriels – Com-

>> Suite page 27



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.

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

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





plexité, incertitude et décision : une approche interdisciplinaire, pp. 133-174, Éditions TED & DOC, Lavoisier.

- Dijkofstz. W. (2008). Practische gevolgen «no-fault wetgeving of de dagelijkse ziekenhuis praktijk in het bijzonder wat betreft patientveiligheid en patientenrechten». Draft (élaboré par le SPF Santé Publique/Belgique) .
- Dufour, L. (2008). le risque dans sa diversité, une approche pluridisciplinaire. Edition Hermès/Lavoisier.
- Hollnagel, E. (1998). Cognitive Reliability and error analysis method. Ed: Elsevier, OXFORD.
- Lassale, B et Courtinat, C. (2008). Analyse d'un incident transfusionnel par la méthode ALARM, Transfusion Clinique et Biologique, Ed : Elsevier, Vol. 15, pp. 277-280.
- Lawrence, P.R et Lorsh., J.W. (1973). Adapter les structures de l'entreprise ; intégration ou différenciation sociologique des organisations. Editions d'organisation 233 p. Paris
- Leveson, Nancy G., (2004) New Accident Model for Engineering Safer Systems. Safety Science, Vol. 42, n°4, pp. 237-270.
- NFQ. (2006). Safe practices for better healthcare. Update. A consensus report. Washington National Quality Forum.
- Ovrtveit, J. (2005) The leaders role in quality and safety improvement. Stockolm. Sveriges KOMMUNER Och Landsting.
- Rasmussen, J. (1983). Skills, Rules, and Knowledge: signals, signs and Symbols, and other distinctions in human performance models, IEEE Transactions on Systems, Mann and Cybernetics, Vol.1, n°. 3.
- Reason, J. (1997). Managing the Risks of Organizational Accidents, Ashgate, Aldershot.
- Rochlin. G.I et La porte. T.R et Roberts K.H. (1987). The self-Designing High REliability Organization : Aircraft Carrier Flight Operation at

Sea. Naval War Colledge Review, vol. 40, pp. 76-90.

- Roussel, P et Lassale, B. (2009). Comment analyser un incident de la chaîne transfusionnelle, Transfusion Clinique et Biologie. Ed : Elsevier, VOL. 16. Pp. 53-60.
- Runiman, W et al. (2008). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int. Journal for Quality in Health Care, Vol. 21, n°1, pp. 18-26.
- Staines, A. (2007). La relation programme qualité/résultats patients [Thèse de doctorat – Management] Lyon IFROSS, Université Jean-Martin, Lyon. France.
- Strategor. J. P. (2005). Politique générale de l'entreprise : stratégie, structure, décision, identité, 3ème édition, Gestion Sup Stratégie, Management. Ed : Dunod, XVIII, 551 p. Paris.
- Trotti et al (2007). Patient reported outcomes and the evolution of adverse event reporting in oncology. J. Clin Oncol, Vol. 25, n°32, pp.51-21.
- Van Der Schaaf, T et Habbraken, M. (2005). PRISMA method-medicale versie. Een Korte beschrijving, Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Technologie Management/HPM Patiëntveiligheidssystemen.
- Wilpert, B et Fahlbruch, B. (1998). Safety Related Interventions in Inter-Organisational Fields. In Hale A. and Baram M. Eds., Safety Management – The Challenge of Change. Pp. 235-248, Ed : Pergamon Elsevier
- Wong, J et H. Begloryam. (2004). Strategy for hospitals to improve patient safety. A review of the research. The change foundation.

Implantation d'un dossier multidisciplinaire spécifique aux unités de soins de réadaptation cardio-pulmonaire de l'hôpital Léonard de Vinci.



DE COOMAN Maryse

Infirmière de réadaptation
Hôpital Léonard de Vinci
C.H.U. de Charleroi

Depuis 2003, l'hôpital Léonard de Vinci, centre de réadaptation de 146 lits agréés, annexé à l'hôpital André Vésale propose une prise en charge pluridisciplinaire dont l'objectif majeur est l'amélioration de la condition physique et mentale du patient afin qu'il puisse reprendre rapidement sa place dans la vie socioprofessionnelle. L'hôpital est subdivisé actuellement en 6 unités spécialisées telles que la réadaptation neurologique fonctionnelle et physiothérapie (indice Sp S3), locomotrice (indice Sp S2) et cardio-pulmonaire (indice Sp S1).

Cette prise en charge est possible grâce au regroupement de divers professionnels (ergothérapeute, kinésithérapeute, logopède, médecin, neuropsychologue, personnel soignant, psychologue, diététicien et assistant social) qui collaborent efficacement pour répondre aux besoins d'une patientèle préalablement définie. Une législation spécifique à la réadaptation stipule que les différents prestataires ont l'obligation de tenir à jour un dossier patient(1). L'infirmière en chef, quant à elle, veille à la bonne circulation de l'information et s'assure de la mise à jour correcte et exhaustive des documents exigés par la législation hospitalière(2). Le non respect de cette législation par les 2 unités de réadaptation cardio-pulmonaire peut nuire à la coordination et à la collaboration des différents intervenants et peut, secondairement, engendrer une diminution de la qualité des soins de réadaptation. La problématique exposée ci-dessus a été à l'origine de ce travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé.

METHODOLOGIE

L'hypothèse de recherche est la suivante : L'implantation d'un dossier multidisciplinaire spécifique aux unités de soins de réadaptation cardio-pulmonaire de l'hôpital Léonard de Vinci répond au cadre légal, améliore la continuité et la coordination des soins de réadaptation.

Ce travail a eu pour objectif d'évaluer la qualité de la retranscription des soins des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire et de mesurer les effets de l'implantation d'un dossier multidisciplinaire spécifique à ce type de revalidation. Il s'agit d'une étude descriptive du pool de réadaptation cardio-pulmonaire (45 lits), associée à une observation active des effets de la mise en place du dossier multidisciplinaire sur la continuité et la coordination des soins. Elle s'est déroulée entre février 2010 et juin 2011.

Après avoir pris connaissance de la législation et des recommandations en vigueur via l'approche théorique de la littérature, une évaluation rétrospective (pré-test) par analyse de contenu de 40 dossiers patients a été réalisée. Cet échantillon probabiliste de type aléatoire stratifié a été calculé

sur base de la moyenne des admissions annuelles du pool cardio-pulmonaire et selon les types de forfait de remboursement de l'I.N.A.M.I. Les données écrites des prestataires incluses dans l'étude sont celles des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des infirmiers (rédaction des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires). Ces prestataires interviennent systématiquement auprès de tout patient admis en réadaptation cardio-pulmonaire. Les données des autres prestataires ont été présentées à titre indicatif. Ensuite, un brainstorming a été planifié. L'objectif était de trouver des solutions pour corriger les manquements constatés par l'analyse de contenu tout en favorisant l'implication des différents acteurs de la réadaptation. Par la suite, une équipe projet constituée d'une ergothérapeute, d'une kinésithérapeute et de moi-même a développé, selon le cadre légal et des critères d'amélioration de la qualité du dossier patient, le nouveau dossier multidisciplinaire. Elle a assuré le coaching des équipes afin de maintenir l'implication de tous, tout au long du projet et a valorisé l'intégration du nouvel outil au sein des différentes disciplines.

Après l'implantation du dossier, un post-test par analyse de 40 dossiers patients a permis de comparer les résultats obtenus au pré-test. En parallèle, un questionnaire de satisfaction anonyme a permis de déterminer si l'outil créé répondait aux attentes des utilisateurs. Sur 45 personnes approchées, 37 ont répondu au questionnaire. Le taux de participation était de 80 %.

ANALYSE DES RESULTATS ET CONCLUSION

L'analyse de contenu a permis de confirmer l'hypothèse initiale. Le score moyen du respect de la nomenclature (4 items) a augmenté de 10% en post-test pour atteindre 98,1%.

Le score moyen de la traçabilité des prestataires (4 items) est passé de 36,9% à 96,9% en post-test. L'augmentation des données écrites répertoriées (8 items) démontre une amélioration de l'écriture en post-test. Le score moyen de l'amélioration de la continuité des soins passe de 42,8% à 89,6%. La coordination des soins est qualitativement améliorée en post-test. Le score moyen passe de 43,4% à 92,4%.

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



NOTRE AMBITION,
le maintien à domicile de vos patients.

Providom

Besoin de MATERIEL MEDICAL ?

Les professionnels PROVIDOM,
VOTRE SOLUTION.



www.providom.be

Le questionnaire de satisfaction indique que 90,5% de la population interrogée est très satisfaite des données retranscrites au sujet du programme de réadaptation, des objectifs à atteindre, de l'évolution du patient et de sa sortie future. 80,6% des personnes interrogées estiment que les données retranscrites dans le dossier multidisciplinaire améliorent très certainement la coordination des activités entre les différentes disciplines et la continuité des soins de réadaptation. Ce dossier permet de répondre aux exigences définies par la loi ; d'organiser, de planifier un programme de réadaptation adapté à l'état de santé du patient. Cet outil de communication interdisciplinaire et de traçabilité permet d'assurer la continuité, la coordination des soins de réadaptation et d'améliorer la qualité des soins proposés aux patients.

BIBLIOGRAPHIE

HESBEN, W, "La réadaptation Du concept au soin», Paris, édition Amarré, 1997, 208p, ISBN 2-85030-175-2 ANAES "Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu règlements et recommandations", Service évaluation des pratiques, juin 2003, pp 201 (1)A.R.23/10/1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, M.B.07/11/1964, p.11709, <http://wwallex.wallonie.be/index.php?doc=8791> A.R.28/12/2006, Châteauneuf-de-grasse, Afisco, 2006, <http://WWW.afisco.be/Dossier-infirmier-AR-du-28-décembre-2006> (2)A.R.13/07/2006, Châteauneuf-de-grasse, Afisco 2006, http://afisco.be/Fonction_infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html A.R.22/08/2002, Châteauneuf-de-grasse, <http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/leg/droitsdupatient.htm>

			Etiquette patient	
Matériel d'aide mécanique			O Personnel Reçu le :	O Commandé Reçu le :
O Chaise roulante	O Tribune	O Rollator	/...../.....	/...../.....
O Canne quadripode	O Canne canadienne	O Béquille(s)	/...../.....	/...../.....
O Chaussures Gauche O Droite	O O Prothèse membre inférieur	O Atelle membre supérieur	/...../.....	/...../.....
Type :	O Gauche O Droite	O Gauche O Droite		
Date et Heure de sortie :			/...../..... h.....	
Moyen de transport :			O Véhicule personnel	
			O Véhicule famille/proche	
			O Taxi	Commandé le...../...../.....
			O Ambulance	Commandé le...../...../.....
O Au domicile	O Transfert Hôpital	O Transfert en Maison de Repos et / ou de Soins		
O Privé O Enfants O Proche	Coordonnées de l'Hôpital :	Coordonnées M.R.S./M.R.		Contact téléphonique avec l'institution : O Oui O Non le...../...../..... <u>5.5.2.100</u>
O Avec structure de soins :		Suivi en réadmission externe : O Oui O Non		
O Télé-vigilance		Coordonnées du centre de réadmission externe :		
O Infirmier				
O Kinésithérapeute				
O Logopède				
O Aide ménagère				

<u>Rapport réunion pluridisciplinaire :</u> 2 300					Etiquette patient
Date : <u> / / </u>	Médecin :	Infirmière :	Kiné :	Ergo :	
Pay :	Logo :	Neuropsy :	As. Soc. :	Autre :	
Situation actuelle : _____					

Objectifs intermédiaires à relifier : _____					

Date : <u> / / </u>	Médecin :	Infirmière :	Kiné :	Ergo :	
Pay :	Logo :	Neuropsy :	As. Soc. :	Autre :	
Situation actuelle : _____					

Objectifs intermédiaires à relifier : _____					

Date : <u> / / </u>	Médecin :	Infirmière :	Kiné :	Ergo :	
Pay :	Logo :	Neuropsy :	As. Soc. :	Autre :	
Situation actuelle : _____					

Objectifs intermédiaires à relifier : _____					

REUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES READAPTATION CARDIO-PULMONAIRE	
Etiquette patient	Unité 9 <u>Nomenclature :</u> 0 INAMI - 0 K30 - 0 K30 usi - 0 Forfait cardio - 0 K60 - 0 R30 - 0 R60 Date de début de prise en charge : .../.../..... Date de fin de prise en charge : .../.../..... Projet de sortie : 0 Domicile - 0 MR/ MRS - 0 Hôpital 0 Autre : <u>Diagnostics et pathologies :</u> 1. 2. 3. 4.

[illegible]

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 €**

Comprend la location de l'appareil et la permanence Vitatel 24h/24. Le prix peut varier en fonction de votre statut mutualiste, c'est-à-dire si vous êtes BIM (anciennement VIPO) ou non BIM.

Une réduction peut être accordée par votre mutualité, celle-ci sera déduite directement de la facture pour les mutualités conventionnées avec PSD.

Renseignez-vous également auprès de votre commune car une intervention communale ou provinciale est parfois possible.



078 151212 www.vitatel.be



Plus d'info: Danielle Van Leirsberghe
Tel. 02 209 02 21 • Fax 02 737 53 29

consult@amma.be
www.amma.be

Avenue des Arts 39/1
1040 Bruxelles

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

Votre profession, en tant qu'infirmier(ère), est à la fois une belle profession et un défi. C'est aussi une profession exigeante. Parce qu'il s'agit de personnes, vous ne pouvez pas commettre d'erreurs. Malheureusement, une erreur est vite faite...

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 !**

Le contrat AMMA est le plus complet sur le marché belge. Infirmier(ère) indépendant(e) ou infirmier(ère) salarié(e) : assurez-vous personnellement contre d'éventuelles fautes professionnelles et plaintes des patients !



**Je soigne.
L'esprit tranquille !**

**Votre avantage en tant que membre F.N.I.B. :
défense en justice gratuite et une cotisation
annuelle préférentielle de € 74,69.**

✂ A renvoyer à AMMA

☒ Je souhaite plus d'informations concernant l'assurance responsabilité professionnelle auprès d'AMMA et les avantages en tant que membre F.N.I.B..

Nom: Prénom:

Adresse: Code Postal: Localité:

Téléphone: GSM: Date de Naissance:

E-mail: Profession:

Statut: ☐ Indépendant(e) ☐ Salarié(e) Numéro d'affiliation F.N.I.B.:

Rubrique culinaire « A plumes ou à poils... ? »



Civet de marcassin et stoemp de céleri



Ingrédients pour 4 personnes :

800 gr. de marcassin en morceaux (alternative : biche, chevreuil, renne, etc...) - 75 cl de vin rouge - 1 gros oignon - 2 gousses d'ail - 1 bouquet garni - 3 cubes bouillon (légumes) - 200 gr lardons fumés - 250 gr champignons - 2 càs. de compote d'airelles - 30 gr de farine - 100 gr de beurre - 20 cl crème fraîche - 6 grosses pdt à chair farineuse - ½ pied de céleri blanc - Sel & poivre

En cuisine :

- > La veille, faire mariner la viande dans le vin agrémenté de l'oignon, l'ail, le bouquet garni, deux cubes « bouillon émiettés ». Réserver au frais.
- > Le jour même, retirer la viande et le bouquet garni et mixer la marinade.
- > Remettre la viande et le bouquet dans la marinade, ajouter 100gr de lardons et cuire sur feu doux (légers frémissements) durant 3 à 4 heures.
- > Lorsque la viande se « défait » aisément, ajouter les champignons émincés, la compote d'airelles, 10 cl de crème fraîche et lier la sauce si nécessaire avec un roux réalisé en mélangeant 50 gr de beurre fondu et la farine. Poursuivre la cuisson durant 1/2h. Rectifier l'assaisonnement.
- > Durant la cuisson du civet, peler les pdt, les couper en morceaux ainsi que le céleri et cuire le tout à feu doux dans un fond d'eau parfumé par le troisième cube « bouillon ». Veiller à ce que le stoemp ne colle pas. Ajouter un peu d'eau si nécessaire. Rectifier l'assaisonnement
- > A la fin de la cuisson, ajouter les lardons, préalablement, rissolés, 50 gr de beurre et les 10cl de crème fraîche restante. Rectifier l'assaisonnement.
- > A déguster face à un feu de bois...

Faisan à la Brabançonne



Ingrédients pour 4 personnes :

1 beau faisan - 1kg chicons (Optez, de préférence, pour des chicons de pleine terre) - 500gr pdt « Cornes de gatte » ou « ratte » - 3 dl fond de volaille - 100gr de lardons fumés - 100 gr de beurre - 30gr de farine - 2 càs de cassonade blonde - Sel & poivre

En cuisine :

- > Dans une poêle, faire fondre 50 gr de beurre à feu moyen et colorer le faisan sur toutes ses faces.
- > Dans une cocotte, disposer autour de la volaille, les chicons, les pdt épuchées, les lardons, préalablement, rissolés, la cassonade, le fond de volaille, sel & poivre.
- > Recouvrir et cuire le tout à feu doux (légers frémissements) durant +/- 1h30
- > Vérifier la cuisson des différents ingrédients avant de préparer un roux (mélanger la farine dans les 50gr de beurre fondu).
- > Retirer les ingrédients et les réserver au chaud puis lier le jus de cuisson avec le roux.
- > Servir le faisan découpé accompagné de chicons et pdt et napper de sauce.
- > Bon appétit.

Les conseils du père «Effainibet»

En accompagnement de ses plats de gibier à « poils et à plumes », je vous propose une escapade vinicole en Bourgogne.

Avec le civet, un Volnay, vin de la côte de Beaune issu du cépage pinot noir, s'accordera à merveille. Avec le faisan, osez servir un vin blanc élaboré à partir de chardonnay tel qu'un beau chablis par exemple.

Assez de conseils pour aujourd'hui car mon assiette va refroidir et mon verre va se réchauffer. Bonne année et à votre santé...



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		
19-21.01.2014 Conférence Nationale des Plaies et Cicatrisations	http://www.mfcongres.com/	Palais des Congrès de Paris Porte Maillot 8 Rue Tronchet - 75008 PARIS - France
30.03-01.04.2014 : 13ème Congrès National Infirmier des Soins à la Personne Âgée	http://www.mfcongres.com/	Palais des Congrès de Paris Porte Maillot 8 Rue Tronchet - 75008 PARIS - France
14-16.05.2014 : Congrès de l'European Wound Management (EWMA)	http://ewma2014.org/	Madrid, Espagne
17.05.2014 – 18.05.2014 : World Health Professions Regulation Conference 2014	http://www.whpa.org/whpcr2014	Crowne Plaza Hotel, Genève, Suisse
04.06.2014-06.06.2014 Congrès Association Suisse des Infirmières et Infirmiers 2014	http://www.sbk-asi.ch	Bâle, Suisse
15-19.06.2014 Congrès du World council of enterostomaterapist (WCET)	http://www.wcet2014.com/	Gothenburg, Suède
En Belgique		
13.02.2014, 20.02.2014, 27.03.2014, 03.04.2014, 24.04.2014 (module de 5 jours) : Formation «Donner une autre dimension à ma relation avec le soigné»	http://www.endofic.be Attention : inscription pour le 10 janvier 2014 !	Parc scientifique Créalys Rue Jean Sonet, 13 5032 LES ISNES (Gembloux)
20.02.2014 27ème réunion scientifique de l'AFIU	http://www.afiu.be/	Centre Culturel Marcel Hichter La Marlagne Chemin des Marronniers - Wépion
22.02.2014 (9h-13h) Oncologie : cancer, fertilité et sexualité dans le cadre des « Samedis de l'infirmière(e) – CREA HELB	http://www.crea-helb.be	Campus Erasme Batiment P Catégorie Paramédicale HELB I. Prigogine 808 route de Lennik 1070 ANDERLECHT Métro ligne 5 station ERASME Ring sortie 16 ERASME
13.03.2014 (8h30-16h30) « Parcours de vie- Parcours de santé » -FNIB Régionale Bruxelles-Brabant	http://www.fnib.be	Campus Erasme. 808 route de Lennik 1070 ANDERLECHT Métro ligne 5 station ERASME Ring sortie 16 ERASME
25.03.2014 Congrès AFISCeP.be à destination des infirmières. Thème : Stomathérapie et soins de plaies	http://www.afiscep.be/congres-2014/	Charleroi
25.03.2014 : Matinée scientifique à destination des aides soignantes Thème : soins de stomie, incontinence, prévention des escarres	http://www.afiscep.be/congres-2014/	Charleroi
15.04.2014 32ème symposium de la SIZ-Nursing « Le FAST HUG »	http://www.siznursing.be/	Centre Culturel Marcel Hichter La Marlagne Chemin des Marronniers -Wépion
08.05.2014 : Journée de Formation Continué : Les endoscopies pédiatriques	Prochainement sur le site http://www.endofic.be Save the date !	A préciser
10.05.2014 : Symposium beONS	Save the date !	A préciser
24.05.2014 (9h-13h) Soins Infirmiers Généraux : Les Soins Transmuraux dans le cadre des « Samedis de l'infirmière(e) – CREA HELB	http://www.crea-helb.be	Campus Erasme Batiment P Catégorie Paramédicale HELB I. Prigogine 808 route de Lennik 1070 ANDERLECHT Métro ligne 5 station ERASME Ring sortie 16 ERASME
02.10.2014 : Symposium d'oncologie (médico-infirmier) sur le thème des cancers de la sphère ORL	Save the date !	Hôpital A. Vésale – Auditoire De Cooman Route de Gozée, 706 Montigny-le-Tilleul
10.10.2014 Journée thématique internationale «Sciences infirmières : mesurer, pour quoi faire?»	Save the date !	ULB - Ecole de Santé Publique Bat. A – Auditoire Sand 808 route de Lennik 1070 ANDERLECHT Métro ligne 5 station ERASME Ring sortie 16 ERASME

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 ?



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