

AGORA

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

N°/Nr 15

Trimestriel : Avril - Mai - Juin 2014
Driemaandelijks : April - Mei - Juni 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

Chers amis regardez, la couverture

5

Rubrique internationale

La Conférence mondiale sur la réglementation des professions de santé se penchera sur les défis posés par la réglementation des professions de santé

6

Une étude européenne montre que les infirmières formées à l'université réduisent le nombre de décès de patients hospitalisés

7

La santé du cœur en danger : une personne sur quatre ne sait pas combien de temps elle marche chaque jour

8

Rubrique juridique

Inactivation et sécurisation des tissus et des cellules vis-à-vis des bactéries, des virus ou des prions

10

Nous avons lu pour vous ...

Un gène qui joue un rôle central dans le mélanome

20

Nos partenaires ...

Une profession forte avec une autonomie considérable

21

Portrait

Lucie Tremblay, Présidente

24

Rubrique culinaire

33

Bulletin d'adhésion FNIB

34

Également dans ce numéro :

Par quelles infirmières voulons-nous être soignés?

27

Infirmier gradué en neurologie, infirmier en réadaptation, pas encore en Belgique ...

30

Mais une formation en neuro-réadaptation existe déjà bel et bien!

Agenda

32

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

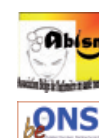
e-mail : paulmeyer@publiet.be - TVA : BE 0844 353 326

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com





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

Edito

Chers amis regardez, la couverture, ... elle invite aux voyages, au calme, au repos et cependant, elle incite aussi à embarquer.

Embarquez dans la profession, venez naviguer à nos côtés sur les vagues de l'avenir.

Participez et « jetez-vous à l'eau » pour garder le cap, surtout celui que NOUS avons imprimé tous ensemble pour atteindre des objectifs d'efficience, de participation, de bien-être au travail, de satisfaction et de professionnalisme !

Vous vous apercevrez que votre implication vous stimulera et stimulera d'autres avec vous et surtout vous donnera une sensation de « bien », d'accomplissement.

Comment faire ? ... Rejoignez la fédération et exprimez-vous.

Et puis venez nous rendre visite lors de notre Congrès annuel du 12 mai 2014 à Namur.

Le 12 mai est « la journée internationale de l'infirmière ». C'est votre journée alors soyez des nôtres pour cet événement et venez découvrir l'actualité qui nous concerne et/ou nous concernera très vite. Venez rencontrer les représentants officiels, c'est l'occasion de leur poser vos questions.

Soyez actifs et pro-actifs.

Cette édition n° 15 de Agora arrive juste avant la période des « congés » des uns et des autres, alors je vous souhaite d'en profiter pleinement, de faire « le vide », d'être vous et de revenir ressourcés.

Plein de soleil, plein d'amitié, plein de repos, plein de.....TOUT.

Bonne fête du 12 mai.



Alda **Dalla Valle**

Présidente FNIB.

OP' Care
le logiciel du Nursing
de la gamme
OmniPro



ERRATUM

Nous présentons nos excuses au docteur FONZE du CHRH d'avoir omis sa signature au bas de son article « Les voies et les voix de la plainte en responsabilité professionnelle ».

Article paru dans notre revue Agora pages 10 et 11.

Rubrique internationale

PRESS INFORMATION . COMMUNIQUÉ DE PRESSE . COMUNICADO DE PRENSA

La Conférence mondiale sur la réglementation des professions de santé se penchera sur les défis posés par la réglementation des professions de santé

Genève, Suisse, le 28 février 2014 – L'inscription à la Conférence mondiale sur la réglementation des professions de santé, organisée par l'Alliance mondiale des professions de santé (AMPS) – l'organisme international qui regroupe les associations de dentistes, d'infirmières, de pharmaciens, de physiothérapeutes et de médecins du monde entier – est ouverte.

Cette conférence majeure, qui se déroulera à Genève, en Suisse, les 17 et 18 mai 2014, sera l'occasion de présenter de points de vue sur la difficulté de réglementer les professions de santé et d'en discuter. Les participants à la conférence, intitulée « La réglementation des professions de santé : relever les défis pour agir dans l'intérêt public » :

- procéderont à une analyse critique des difficultés liées à la réglementation des professions de santé ;
- se pencheront sur les leçons tirées de l'évolution d'approches de

la réglementation basées sur les compétences ;

- étudieront les différentes manières de promouvoir les pratiques optimales en matière de gouvernance et de performance de la réglementation.

Parmi les conférenciers invités, tous des leaders dans leur domaine, on compte :

- Gilles Dussault, de l'Institut de l'hygiène et de la médecine tropicale, Portugal, qui parlera des défis rencontrés lors de la régle-

mentation des professions de santé ;

- Rhona Flin, de l'Université d'Aberdeen, Royaume-Uni, qui présentera quelques-uns des enseignements tirés de l'évolution d'approches de la réglementation basées sur les compétences ;
- David C. Benton, du Conseil international des infirmières, Suisse, qui comparera les modèles réglementaires utilisés pour la promotion des pratiques optimales en matière de gouvernance et de performance de la réglementation.

Parmi les intervenants au sujet des différents thèmes, on trouve des représentants de l'Afrique du Sud, de l'Australie, de la Belgique, du Canada, de la France, de la Jamaïque et de l'Ouganda. Les participants à la Conférence auront la possibilité d'échanger leurs points de vue dans le cadre du débat qui aura lieu à l'issue de chaque intervention, sur différents thèmes, notamment le contrôle par le gouvernement et sa participation, les accords commerciaux, l'évolution des domaines de la pratique, la collaboration interpro-

fessionnelle, les normes et les compétences, les cadres, systèmes et pratiques relatifs à la gouvernance réglementaire, la bonne pratique en matière d'administration et de gestion, le suivi et l'analyse de la performance.

Vous trouverez de plus amples informations, notamment sur les inscriptions, à l'adresse www.whpa.org/whpcr2014/.

Note

L'Alliance mondiale des professions de santé (AMPS) représente plus de 26 millions de professionnels de santé dans plus de 130 pays. L'AMPS oeuvre en faveur de l'amélioration de la santé dans le monde et de la qualité des soins prodigués au patient, et de la collaboration entre les professions de santé et les principales parties prenantes.

PRESS INFORMATION . COMMUNIQUÉ DE PRESSE . COMUNICADO DE PRENSA

Une étude européenne montre que les infirmières formées à l'université réduisent le nombre de décès de patients hospitalisés

Genève, Suisse, le 28 février 2014 – Le Lancet publie aujourd'hui une étude montrant qu'une main-d'œuvre infirmière mieux formée réduit les décès inutiles dans les hôpitaux.

Sous la supervision du Pr Linda Aiken, de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Pennsylvanie (États-Unis), l'étude réalisée dans neuf pays européens[i] montre qu'une augmentation de 10 pour cent du nombre des infirmières titulaires d'un bachelior entraîne une diminution de 7 pour cent du risque de décès de patients hospitalisés.

S'appuyant sur des statistiques concernant plus de 420'000 patients dans trois cents hôpitaux, l'enquête RN4CAST montre également que chaque patient supplémentaire ajouté à la charge de travail d'une infirmière augmente le risque de décès des patients en chirurgie de 7 pour cent dans les 30 jours suivant leur admission.

Entre les hôpitaux dont 60 pour cent des infirmières sont titulaires d'un bachelior et soignent, chacune, six patients en moyenne, et ceux comptant 30 % d'infirmières titulaires d'un bachelior et où la charge moyenne par infirmière est de huit patients, l'écart du taux de mortalité atteint presque 30 %.

« Cette étude complète l'ensemble des preuves toujours plus nombreuses venant de plusieurs régions dans le monde et confirme ce que les infirmières savent déjà : la qualité de la formation des infir-

mières et un niveau de dotation sûr ont une incidence directe sur la survie des patients », souligne Judith Shamian, Présidente du CII. « Les enseignements de cette étude réalisée en Europe s'appliquent à tous les pays et sont similaires aux conclusions d'autres pays et de tous établissements. Le CII appelle les associations d'infirmières à en tirer parti pour obtenir l'appui des citoyens et faire pression, ensemble, sur leurs gouvernements afin qu'ils mettent à disposition du personnel infirmier qualifié, bien soutenu et en effectifs suffisants. »

« Les éléments que nous avons mis au jour montrent qu'il n'y a pas que la quantité de main-d'œuvre qui compte, mais aussi sa compétence », observe Anne Marie Rafferty, de la Faculté des sciences infirmières et obstétricales Florence Nightingale du King's College (Londres), chargée du volet anglais de l'enquête. « Les hôpitaux devraient prendre bonne note de ce fait car, dans le contexte de rigueur budgétaire, on commence souvent par couper dans les postes d'infirmières : or, l'étude montre que cette mesure peut avoir des conséquences désastreuses pour les patients. »

Article : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/abstract).

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 sur ces articles veuillez contacter

Lindsey Williamson

media@icn.ch,

Téléphone : +41 22 908 0100; télécopie : +41 22 908 0101

www.icn.ch.

ASODEP

www.asodep.be

De professionnel à professionnel...

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

Achat de toutes vos fournitures

(tous types de conditionnement)

- à domicile (livraison)

- à notre espace santé

WANZE

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

La santé du cœur en danger : une personne sur quatre ne sait pas combien de temps elle marche chaque jour

Le Conseil international des infirmières appelle les infirmières à améliorer leur santé cardiaque
Genève, Suisse, le 26 septembre 2013 – Plus d’un quart des personnes interrogées dans le cadre d’une enquête internationale ne savent pas combien de temps elles consacrent à marcher d’un bon pas. Alors que l’Organisation mondiale de la santé met en garde contre une régression, au plan mondial, du niveau d’activité physique[i], une enquête réalisée dans six pays montre qu’entre 14 % et 37 % des adultes[ii] ne prêtent aucune attention à l’exercice le plus simple pour préserver leur santé cardiaque : la marche.

À l’occasion de la Journée mondiale du cœur, le 29 septembre, le Conseil international des infirmières (CII), en partenariat avec la Fédération mondiale du cœur, appelle les infirmières et leurs patients à intensifier leur activité physique afin de protéger leur cœur et diminuer le risque de maladie cardiovasculaire, notamment les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux.

Selon le Dr Kathryn Taubert, responsable scientifique à la Fédération mondiale du cœur : « Le premier pas vers la santé du cœur, c’est la prise de conscience. Prêter attention au temps que nous consacrons à la marche devrait être aussi naturel que surveiller notre régime alimentaire. À l’occasion de la Journée mondiale du cœur, nous appelons les populations à protéger leur cœur. Le respect des recommandations relatives à l’exercice physique – trente minutes par jour d’activité moyennement intense, par exemple marcher d’un bon pas, au moins cinq fois par semaine – prévient de nombreux décès prématurés. »

L’enquête réalisée par la Fédération mondiale du cœur dans six pays (Brésil, Chine, Espagne, États-Unis, Inde et Royaume-Uni) révèle que2 :

- Un adulte sur trois environ aux États-Unis et au Royaume-Uni ne sait pas combien de temps il marche chaque jour, contre une personne sur six, seulement, en Inde.
- Globalement, dans les six pays étudiés, 55 % des personnes indiquent marcher tous les jours. Mais elles n’atteignent pas, dans un jour normal, les trente minutes de marche rapide recommandées.
- Les personnes vivant aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent consacrer moins de temps à la marche rapide que dans les pays en voie de développement – deux tiers des répondants aux États-Unis et au Royaume-Uni disent marcher moins de trente minutes par jour, contre moins de la moitié au Brésil et en Inde.

Il n’a jamais été aussi facile de mesurer sa propre activité physique que de nos jours, grâce aux « smartphones » et autres appareils de mesure portables. Des études ont montré que les personnes qui utilisent un podomètre augmentent leur activité physique de près de 27 %[iii].

« Les infirmières sont idéalement placées pour soutenir les activités de promotion de la santé pour limiter le risque de maladie cardiaque », observe David Benton, Directeur général du CII. « Nous encourageons les infirmières du monde entier à se poser en modèles et à assumer leur rôle d’éducatrices et de défenseurs de modes de vie plus sains, de manière à prévenir le risque de cardiopathie et d’AVC. »

Pour marquer la Journée mondiale du cœur, le 29 septembre, la Fédération mondiale du cœur et Bupa – fournisseur international de services de santé – lancent un défi mondial et une « app » gratuite, pour encourager les gens à marcher et... à marcher encore. Intitulé Ground Miles, le défi consistera à motiver les personnes à prendre soin de leur santé cardiaque, l’application leur permettant de calculer les distances parcourues à pied. L’objectif est d’inciter à marcher et à atteindre des objectifs individuels en matière d’exercice physique.

Johanna Ralston, Directrice générale de la Fédération mondiale du cœur : « Nous souhaitons inciter les gens à marcher pour limiter leur risque de maladie cardiaque, notamment cardiopathies et AVC. Nous espérons leur faire parcourir collectivement 8 millions de kilomètres d’ici à la fin de l’année. »

La sensibilisation aux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires – sédentarité, mauvaise alimentation, surpoids / obésité et tabagisme – est la première étape de la prévention du risque de cardiopathie et d’AVC. Le cœur profite pleinement d’une activité physique modérée, telle que marche, vélo ou pratique d’un sport. La marche, en particulier, est l’une des formes d’activité physique les plus accessibles et abordables, partout dans le monde. Le Conseil international des infirmières et la Fédération mondiale du cœur affirment qu’il est possible, en respectant l’objectif minimal de trente minutes d’exercice physique modéré, cinq jours par semaine :

- D’augmenter son espérance de vie. Même quinze minutes d’exercice modéré tous les jours (comme marcher d’un bon pas) ont des répercussions très positives sur la santé, ajoutant en moyenne jusqu’à trois ans d’espérance de vie[iv].
- De réduire de manière importante le risque de maladie cardio-vasculaire : des études ont montré des réductions allant jusqu’à 11 %[v].
- De brûler davantage de graisses qu’en faisant du jogging. Le fait de courir une heure par jour réduit le risque de maladie du cœur de près de 5 %. Toutefois, les personnes qui dépensent, tous les jours, la même énergie à marcher peuvent enregistrer une diminution du même risque de plus de 9 %[vi].

« Vos pieds sont capables de porter votre cœur pendant très longtemps », résume le Dr Srinath Reddy, Président de la Fédération mondiale du cœur.

Pour de plus amples renseignements, le CII et Pfizer proposent le site Internet Grow Your Wellness, un site d’informations destiné aux professionnels de la santé engagés dans la lutte contre les maladies non transmissibles et pour le vieillissement en bonne santé.

L’enquête

L’enquête a été réalisée en ligne par YouGov, pour le compte de la Fédération mondiale du cœur, au Brésil, en Chine, en Espagne, aux États-Unis, en Inde et au Royaume-Uni. Taille totale de l’échantillon : 7 367 adultes âgés de 18 ans en août 2013, pondéré pour garantir la représentativité au niveau de chaque pays. Les personnes sondées devaient répondre à deux questions : « 1) Dans le cours d’une journée habituelle, combien de temps, environ, marchez-vous à un rythme lent ou normal ? 2) Dans le cours d’une journée habituelle, combien de temps, environ, marchez-vous à un rythme plus rapide que la normale ? » Les calculs sont basés sur les réponses à la deuxième question.

La Journée mondiale du cœur

La Journée mondiale du cœur a été lancée en 2000 par la Fédération mondiale du cœur pour sensibiliser le grand public au fait que les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux, qui font 17,3 millions de victimes chaque année, sont la première cause de mortalité dans le monde. Le 29 septembre de chaque année, la Fédération mondiale du cœur, en collaboration avec ses membres, se donne pour objectif d’apprendre au grand public que, grâce au contrôle des facteurs de risque tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité, il pourrait éviter au moins 80 pour cent des décès prématurés dus aux maladies cardiaques et aux AVC. La Journée mondiale du cœur rassemble des personnes de tous les pays et de tous les milieux dans la lutte contre le fardeau de maladies cardiovasculaires. Partout dans le monde, elle inspire et anime l’action en faveur de modes de vie propices à la santé du cœur.

En 2013, la Journée mondiale du cœur, sur le thème « En marche pour un cœur sain », met l’accent sur la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires, dans tous les groupes d’âge et tout au long de la vie. Seront surtout visés les femmes et les enfants : des enfants en pleine forme deviendront des adultes en bonne santé lesquels, à leur tour, engendreront des familles et des collectivités en meilleure santé. L’objectif principal de la Journée est d’apprendre au grand public que le risque de cardiopathie surgit à n’importe quel âge et augmente avec l’exposition aux facteurs de risque que sont une mauvaise alimentation et l’exposition à la fumée du tabac, par exemple. Sans prise de conscience du problème et faute d’adoption d’un mode de vie propice à la santé du cœur, les maladies cardiovasculaires resteront la première cause de mortalité au niveau mondial et entraîneront, en 2030, 23,6 millions de décès[vii].

Pour de plus amples renseignements sur la Journée mondiale du cœur : www.worldheartday.org, www.facebook.com/worldheartday et [#worldheartday](https://twitter.com/worldheartday) (Twitter).

La Journée mondiale du cœur bénéficie de financements pédagogiques inconditionnels de : Astra Zeneca, Bayer HealthCare, Bristol-Myers Squibb, Bupa, Pfizer et Schiller.

Le Conseil international des infirmières (CII)

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.

À propos de la Fédération mondiale du cœur

La Fédération mondiale du cœur s’engage à conduire la lutte contre les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux. Elle met l’accent sur les pays à revenu faible à intermédiaire, par le biais d’une communauté soudée de plus de 200 organisations membres, fédérant les forces de sociétés et fondations pour le cœur dans

plus de cent pays. Par son action, la Fédération entend réduire d’un quart la mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires, conformément à l’objectif fixé par l’OMS. Avec ses membres, la Fédération mondiale du cœur s’efforce d’obtenir un engagement politique international pour la santé du cœur. Elle encourage l’expression et l’échange d’idées, de pratiques optimales et de connaissances scientifiques, tout en incitant au transfert de savoirs afin de mieux lutter contre la maladie cardiovasculaire, premier facteur de décès au niveau mondial. L’action de la communauté internationale peut aider les populations du monde entier à vivre mieux et plus longtemps en adoptant des modes de vie propices à la santé du cœur. Informations : www.worldheart.org, www.facebook.com/worldheartfederation et twitter.com/worldheartfed.

Le défi Gound Miles

La Fédération mondiale du cœur et Bupa ont créé un partenariat mondial pour inciter les populations à marcher davantage, en vue de les aider à réduire leur risque de cardiopathies et d’accidents vasculaires cérébraux. À l’occasion de la Journée mondiale du cœur, les deux organisations mettent les populations au défi de parcourir, collectivement, huit millions de kilomètres à pied (« Ground Miles ») d’ici à la fin de l’année. Elles appellent les marcheurs volontaires à télécharger, gratuitement, l’application Miles Rez qui leur permettra de mesurer les distances parcourues. Les personnes qui téléchargeront l’app participeront à un tirage au sort doté de prix. Pour télécharger : chercher « Ground Miles » dans l’App Store (Apple) ou dans Google Play (Android). Pour plus d’information : www.worldheart.org/groundmiles ou www.bupa.com/heart.

Les 200 et plus organisations membres de la Fédération mondiale du cœur et les 62 000 collaborateurs de Bupa dans le monde marcheront et encourageront leurs amis, familles, collègues et communautés à les aider à atteindre l’objectif. Une fois la barre des 8 millions de kilomètres atteinte, Bupa octroiera un financement à la Fédération mondiale du cœur pour soutenir des programmes de protection de milliers d’enfants en Afrique et en Asie du Sud de l’insuffisance cardiaque et de la mort prématurée imputables à la cardite rhumatismale.

À propos de Bupa

Bupa poursuit l’objectif de vies plus longues, plus saines et plus heureuses. Groupe international de soins de santé de premier plan, Bupa sert 14 millions de clients dans 190 pays. Il propose une assurance santé personnelle ou financée par l’employeur, ainsi que des produits médicaux sur abonnement. Bupa gère des hôpitaux et fournit des services de santé au travail et à domicile. Il réalise des évaluations de santé et assure la prise en charge des maladies chroniques. Bupa est également un important fournisseur international de soins infirmiers et de soins aux personnes âgées. L’entreprise n’a pas d’actionnaires. Elle réinvestit ses bénéfices pour atteindre son but, qui est d’étendre et d’améliorer les soins qu’elle prodigue. Bupa emploie plus de 62 000 personnes dans les pays suivants principalement : Royaume-Uni, Australie, Espagne, Pologne, Nouvelle-Zélande et États-Unis ; de même qu’en Arabie Saoudite, à Hong Kong, en Inde, en Thaïlande, en Chine et en Amérique latine.

Information: www.bupa.com.

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.

Rubrique juridique

AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ N 8785

Inactivation et sécurisation des tissus et des cellules vis-à-vis des bactéries, des virus ou des prions

PARTIE III: VIROLOGIE

IN THIS SCIENCE-POLICY ADVISORY REPORT, THE SUPERIOR HEALTH COUNCIL ISSUES ADVICE ON VIRAL INACTIVATION AND SECURISATION OF TISSUES AND CELLS FOR SAFE HUMAN USE

Cet avis a pour but de mettre en lumière les risques de transmission de virus liés aux transplantations tissulaires et cellulaires. Le Conseil supérieur de la santé (CSS) s'est d'abord intéressé aux caractéristiques virales et aux points importants relatifs aux transplantations tissulaires/cellulaires

Les virus sont des parasites intracellulaires obligatoires (chapitre 3: définition, classification et généralités). Ils ne peuvent se multiplier qu'à l'intérieur d'une cellule. Le virus se compose principalement d'un code génétique sous la forme d'un brin d'acide nucléique intégré dans une structure qui lui permet de passer en toute sécurité d'une cellule à une autre et d'un hôte à un autre. Les virus ont été identifiés pour la première fois au XIXe siècle comme étant des agents infectieux possédant la propriété particulière de pouvoir traverser des filtres bactériens. Ils sont très petits, se multiplient, sont composés de différents éléments (acide nucléique, enzymes et protéines structurales), contiennent une seule sorte d'acide nucléique (ADN ou ARN), sont strictement dépendants du métabolisme d'une cellule et sont spécifiques à une cellule et donc à un hôte.

Un premier point important en ce qui concerne la transmission des virus par le sang, les tissus ou les organes est la durée de l'infection. Les virus qui provoquent une infection chronique représentent un risque plus grand que les virus présents durant un laps de temps limité lors d'une infection aiguë. Cet aspect est encore plus important lorsque le virus est présent dans le sang ou dans certains tissus. Les principaux virus concernés à cet égard sont le virus de l'immunodéficience humaine (HIV), le virus de l'hépatite B (HBV) et le virus de l'hépatite C (HCV). Des virus tels que le HTLV (Human T-cell lymphotropic virus) et certains Herpesviridae tels que le cytomégalovirus (CMV) provoquent également des infections chroniques, souvent à vie.

Un deuxième problème concerne la période d'incubation plus ou moins longue de la plupart de ces virus. Pendant cette incubation, il existe une période durant laquelle l'organisme ne produit pas encore d'anticorps (Ac) (facilement détectables) mais déjà des virus infectieux plus difficilement détectables, par exemple au moyen de tests NAT (Nucleic Acid Amplification Testing) alors que la personne ne présente aucun symptôme.

Les virus sont sujets à une variation génétique importante, en particulier les virus comportant de l'acide ribonucléique (ARN). Par conséquent, une fois infectée, la personne héberge peu à peu un mélange de divers mutants qui diffèrent plus ou moins du virus d'origine. L'analyse phylogénétique permet d'étudier les liens de parenté entre les virus et ainsi, d'avoir une idée de la source de contamination possible.

Certains virus tels que le CMV et le HTLV sont strictement liés aux cellules et sont donc transmis par des cellules ou tissus riches en leucocytes. Les donneurs de cellules/tissus vivants riches en leucocytes,

tels que des cellules souches hématopoïétiques ou du sperme, doivent donc avant tout subir un dépistage du CMV et du HTLV. En revanche, ce dépistage n'est pas nécessaire chez les donneurs de cornée, sclérotique, peau, os, tendons, ligaments, cartilage, valvules cardiaques, dure-mère et ovocytes.

Afin de diagnostiquer une infection virale, des tests sérologiques (prélevés sur un échantillon de sang du donneur), soit porteurs du label européen (CE), soit validés à cet effet, sont utilisés en tant que dispositifs médicaux pour le diagnostic in vitro (chapitre 4: Diagnostic des infections virales). Des données pré-analyse déterminant la qualité du résultat des tests sérologiques sont notamment le type de donneur (donneurs à cœur battant et cœur non battant, donneurs décédés et donneurs vivants) et une hémolysation éventuelle. Les échantillons post mortem peuvent présenter une hémolysation risquant de compromettre la spécificité du test. D'autre part, certaines substances inhibitrices présentes dans le sang post mortem peuvent donner lieu à des résultats faux négatifs. L'hémolysation peut avoir un impact négatif sur la sensibilité du test. Les échantillons autres que le sérum ou le plasma, à savoir les liquides et les sécrétions tels que l'humeur aqueuse et le corps vitré, ne sont autorisés que si cette utilisation se justifie d'un point de vue clinique et si, dans ce cas, un test validé pour ce type d'échantillon est utilisé.

Lors du dépistage des agents infectieux éventuellement présents dans le sang d'un donneur, le HIV, le HBV, le HCV et, dans des cas précis, le HTLV sont recherchés.

En Belgique, l'incidence des cas positifs pour le HIV parmi les donneurs de sang était de 0,8/100.000 en 2011. Un test de dépistage réactif (enzyme immuno assay – EIA) nécessite un test de confirmation (Western blot, par exemple). L'arrêté royal (AR) du 28/09/2009 stipule que le test devant au minimum être réalisé chez les donneurs vivants est la recherche des anticorps anti-HIV-1/2, tandis que chez les donneurs décédés, un test NAT pour le HIV doit également être réalisé, sauf si une étape d'inactivation validée du virus concerné est incluse. En outre, le test NAT peut remplacer le deuxième contrôle sérologique après 6 mois chez les donneurs vivants.

L'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) est le marqueur sérologique de l'infection transmissible par le virus de l'hépatite B. En 2011, l'incidence du HBV en Belgique était de 0,8/100.000 parmi

>> Suite page 12



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.*

une infirmière en chef

pour l'unité des soins intensifs et l'unité de semaine.v

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

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



**CENTRE HOSPITALIER
JEAN TITECA asbl**

**recherche, pour un engagement
immédiat (H/F)**

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

- Contrat à durée indéterminée
- Temps plein ou temps partiel

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



mariemontvillage

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

Description de fonction:

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

Notre offre:

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

Intéressé(e)

Pour plus d'information nous concernant, consultez notre site :

www.mariemontvillage.be.

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



	Demineralized bone matrix	Allogreffes osseuses	Tendons	Cornée	Peau	Valves cardiaques	Osselets	Dura mater
Nettoyage mécanique		Le lavage pulsé dosé peut être partiellement décontaminant, aucune stérilisation finale	Non résistants au lavage à haute pression, lavage pulsé dosé à valider					
Traitement chimique								
Peroxydes		*H₂O₂: Max 1h de traitement pour éviter une réduction des propriétés ostéo-inductrices, l’effet antiviral insuffisamment étudié <u>*acide peracétique</u>: pénétration limitée dans l’os, 1 % d’acide peracétique dans l’éthanol 24 % pendant 4 h donne une bonne réduction virale dans les blocs osseux. <u>Chloroforme</u>: méthanol favorise la capacité de pénétration	Sensibilité élevée de la collagénase possible avec de l’acide peracétique à 0,1% pendant 3h, pas d’études sur l’effet antiviral sur des tendons contaminés	H ₂ O ₂ = toxique	0,1% d’acide peracétique ne provoque pas de dégât histologique si en combinaison avec du glycérol ou du propylène glycol, l’effet antiviral insuffisamment étudié	Acide peracétique à 0,21 % préserve les propriétés mécaniques et réduit la charge virale de 2-log (HSV-I et polio I)		
Chlorhexidine		Toxicité du gluconate de chlorhexidine 2 % pour les articulations, solutions aqueuses inactives contre les virus non enveloppés						

les donneurs de sang. Des anticorps contre l’antigène nucléocapsidique (Ac anti-HBc) apparaissent dans le sérum 1 à 2 semaines après l’apparition des HBsAg et précèdent de plusieurs semaines ou mois l’apparition d’anticorps contre l’antigène de surface (Ac anti-HBs). Alors que le HBsAg est détectable 60 jours après l’infection par le HBV, la Polymerase chain reaction (PCR) met en évidence des particules de HBV 25 jours auparavant dans le sang. Si le test pour les anticorps anti-HBc est réactif et que le test pour les HBsAg est négatif, les anticorps anti-HBs seront dosés. Si le test pour les anticorps anti-HBs est positif, nous pouvons partir du principe que le donneur est rétabli d’une infection antérieure et que le tisu peut donc être utilisé. L’AR du 28/09/2009 exige un test pour les HBsAg et les anticorps anti-HBc chez les donneurs vivants ainsi qu’un test NAT pour le HBV chez les donneurs décédés, sauf si une étape d’inactivation validée du virus concerné est incluse. Chez les donneurs vivants, l’AR et l’UE stipulent que soit des tests sérologiques répétés après 6 mois, soit un test NAT pour le HBV doivent être réalisés sur l’échantillon initial (en remplacement du deuxième échantillon sanguin). La répétition des tests peut également être omise lorsque le traitement comprend une inactivation validée du HBV.

Les anticorps anti-HCV indiquent une infection par le virus de l’hépatite C, alors que l’exclusion d’une virémie ne peut être démontrée que par une PCR du HCV. La virémie du HCV survient 20 jours après l’infection, tandis que les anticorps anti-HCV ne sont détectables qu’après 80 jours en moyenne. Chaque don-

neur positif pour les anticorps anti-HCV doit être considéré comme infectieux, quels que soient les résultats d’une PCR du HCV, jusqu’à ce que des tests de confirmation excluent une infection par le HCV. En 2011, l’incidence du HCV était de 0,8/100.000 parmi les donneurs de sang belges. L’AR du 28/09/2009 stipule que le test devant au minimum être réalisé chez les donneurs vivants est le dépistage des anticorps anti-HCV, tandis que chez les donneurs décédés, un test NAT pour le HCV doit également être réalisé, sauf si une étape d’inactivation validée du virus concerné est incluse. Le test NAT permet de ne pas procéder au deuxième contrôle sérologique pour le HCV chez les donneurs vivants 6 mois après la transplantation. La répétition des tests peut également être omise lorsque le traitement comprend une inactivation validée du HCV.

L’infection par le HTLV-1 peut provoquer une maladie neurologique, la myélopathie associée au HTLV ou paraparésie spastique tropicale, et la leucémie à lymphocytes T de l’adulte après une période de latence pouvant aller de plusieurs années à plusieurs décennies. Le HTLV-2 n’a pas encore été associé à une maladie. En Belgique, la prévalence du HTLV-1 était de 0,2/1.000 femmes enceintes et celle du HTLV-2 de 0,6/1.000 femmes enceintes. La séoprévalence du HTLV est estimée à 1-7/100.000 habitants en Europe. L’Union européenne et l’AR du 28 septembre 2009 recommandent de tester les anticorps anti-HTLV chez les donneurs provenant d’une zone où l’incidence du HTLV est élevée ou dont les partenaires sexuels ou les parents proviennent d’une telle zone. En dépit d’un test de dépistage sensible et

spécifique du HTLV-1/2, de nombreux résultats faux positifs sont observés dans les zones où la prévalence est faible (en Belgique, par exemple). Une confirmation par Western blot n’est pas opportune pour les transplantations d’organes mais peut être envisagée pour les transplantations de tissus.

Le virus du Nil occidental (WNV, West Nile virus) et le virus provoquant le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) sont d’autres agents infectieux pour lesquels un dépistage peut être effectué chez les donneurs, selon la prévalence dans une région donnée. Ni la directive européenne, ni l’AR du 28 septembre 2009 ne mentionnent de manière spécifique le virus du Nil occidental parmi les virus éventuels à dépister. La possibilité de transmission du SARS par le sang, les cellules et les tissus n’est pas claire. Les personnes atteintes du SARS pourraient être virémiques avant le début des symptômes et après leur disparition. La transmission du SARS par des cellules et des tissus prélevés au cours de cette phase est possible. Il est conseillé de surveiller les flambées et en fonction de celles-ci, de procéder ou non au dépistage du virus du SARS.

Parmi tous les tests de diagnostic des infections virales, le test Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) est le plus utilisé afin de doser des anticorps dans de grandes séries d’échantillons sériques (test de dépistage). De nombreux centres utilisent un test ELISA pour le dosage des antigènes du HIV/ anticorps anti-HIV, antigènes HBs, anticorps anti-HBc, anticorps anti-HBs et anticorps anti-HCV. La première génération de tests ELISA

utilisait le lysat de cellules infectées par le virus comme antigène (Ag). Le clonage de séquences de nucléotides a permis de créer des polypeptides antigéniques du virus grâce à la technologie de l’acide désoxyribonucléique (ADN) recombinant et à la synthèse chimique. La deuxième génération de tests ELISA donne ainsi moins de résultats faux positifs. La grande majorité des tests ELISA tendent vers une sensibilité aussi élevée que possible (capacité d’un test à détecter un résultat positif pour le HIV, par exemple). Toutefois, la spécificité (capacité d’un test à détecter un résultat négatif pour le HIV, par exemple) des tests de dépistage est faible (86,5 % - 100 %). Par conséquent, la plupart des tests de dépistage sont capables de détecter les personnes positives au HIV mais évaluent aussi comme positives au HIV des personnes qui ne sont pas contaminées. Dans les populations où la prévalence de la maladie est faible (en Belgique, par exemple), le résultat positif d’un test de dépistage doit toujours être confirmé par un autre test au moins aussi sensible et possédant une spécificité plus élevée que le test de dépistage. Ces tests sont dits de confirmation. Le Western blot, un test immunologique en phase solide, est jusqu’à présent le test de confirmation le plus utilisé. Lors de ce test, des protéines virales structurales séparées individuellement, disposées en bandes individuelles sur une membrane de nitrocellulose, sont mises à incuber avec le sérum du patient. Les anticorps du sérum du patient qui étaient liés aux protéines virales individuelles sont mis en évidence au moyen d’un conjugué «anticorps antiimmunoglobuline G humaine – enzyme», qui après l’ajout d’un substrat approprié, donne lieu à l’apparition de bandes colorées. Ces tests sont très sensibles et surtout très spécifiques, mais ils sont très exigeants d’un point de vue technique, relative-

ment chers et sujets à interprétation en raison de l’évaluation généralement subjective. Les LIA (line immunoassays) sont une deuxième génération de tests de confirmation. Des protéines virales recombinantes individuelles très bien caractérisées et/ou des peptides synthétiques sont appliqués en quantités contrôlées et de manière mécanique, sous forme de ligne, sur une bandelette servant de support. Ces bandelettes sont plus faciles à lire, interpréter et normaliser que les Western blots. Les tests par immunofluorescence ou par radio-immunoprécipitation sont également très sensibles et spécifiques. La mise en évidence d’ADN/ARN viral est un autre moyen de confirmation. Aujourd’hui, des tests NAT approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) peuvent être utilisés sur des échantillons sanguins de donneurs vivants et décédés. Il existe des tests NAT triples pour le dosage du HIV, du HCV et du HBV sur le sang (sérum/plasma), pratiqués sur des plates-formes automatisées. Ces systèmes sont déjà utilisés de manière routinière dans les banques de sang et ont été validés en vue du dépistage chez les donneurs de tissus, y compris pour les tests du sang post mortem. La PCR a été mise au point en 1983 afin d’amplifier l’ADN in vitro au moyen d’une ADN polymérase. La technologie PCR a facilité la détection rapide et sensible d’un large éventail de virus pertinents d’un point de vue clinique, notamment des virus à ARN par RT-PCR. Les deux techniques d’amplification de la cible les plus utilisées sont l’amplification d’acide nucléique basée sur la séquence et l’amplification médiée par la transcription. La technique NASBA (nucleic acid sequence based amplification) est une alternative à la PCR pour l’analyse des acides nucléiques et est la mieux adaptée à l’amplification de

l’ARN. De ce fait, elle est une technique puissante de détection de l’ARN viral tel que celui du HCV ou du HIV-1. L’amplification médiée par la transcription est une variante de la technique NASBA qui utilise l’activité ribonucléasique H (RNase H) de la transcriptase inverse (RT) présente dans la réaction, plutôt que celle d’une enzyme spécifique (RNase H). La technique d’amplification du signal au moyen d’ADN branché s’est avérée un des systèmes d’amplification du signal les plus polyvalents à ce jour. L’amplification du signal utilisant l’ADN branché intègre différentes étapes d’hybridation simultanée qui utilisent plusieurs types de sondes oligonucléotidiques (sondes de capture, sondes cibles, sondes branchées secondaires, sondes tertiaires courtes liées à des enzymes). La sensibilité des tests reposant sur l’ADN branché est généralement inférieure à celle des méthodes d’amplification de la cible.

Lors du prélèvement d’un échantillon en vue d’une analyse génétique, il est important de préserver la stabilité de l’échantillon, en particulier en ce qui concerne l’ARN. Les RNases sont présentes partout et réduisent la sensibilité de la PCR. Les échantillons non stabilisés doivent être congelés rapidement et expédiés sur de la glace sèche. Les échantillons destinés à une analyse ADN seront de préférence conservés dans 10 mM Tris, 1 mM EDTA, pH 7,5-8,0 et à 4°C. Les échantillons destinés à une analyse ARN doivent être congelés dans un milieu tampon à -20°C. L’héparine peut ralentir ou inhiber l’amplification de l’ADN pendant la PCR. De nombreuses études ont été réalisées sur la stabilité du HIV, du HCV et du HBV dans différents tubes de prélèvement (plasma, sérum), à différentes températures et pendant différentes durées.

>> Suite page 14

	Demineralized bone matrix	Allogreffes osseuses	Tendons	Cornée	Peau	Valves cardiaques	Osselets	Dura mater
Stérilisation par plasma à basse température	Effet antiviral bon, effet néfaste sur les propriétés ostéo-inductrices (données limitées)	Effet antiviral bon, pas d’effet néfaste sur les propriétés biomécaniques (données limitées)						
Rayons UV	Perte des propriétés ostéo-inductrices, pas d’études in vitro de l’effet antiviral	Capacité de pénétration inconnue, pas d’études in vitro de l’effet antiviral						
Micro-ondes		Effet antiviral actif lors d’une irradiation 3 min à 2,45 GHz, effets néfastes sur le tissu osseux, étude insuffisante (1 seule étude)						
Irradiation gamma et stérilisation par faisceau d’électrons	Effets variables sur les propriétés ostéo-inductrices de l’os, dépendant des conditions d’irradiation	Effets variables sur les propriétés biomécaniques de l’os, dépendant des conditions d’irradiation	Effets variables sur les propriétés mécaniques des tendons, dépendant des conditions d’irradiation		Dégât structurel lors d’irradiation gamma, raideur de la peau	Dégât structurel lors d’irradiation gamma		

Les résultats ne sont pas toujours concordants.

Alors qu’aux États-Unis, environ 150.000 allogreffes osseuses sont réalisées par an, la transmission des infections lors de celles-ci est très rare, pour diverses raisons (chapitre 5 : Inventaires des publications : transmissions virales par des tissus):

- la faible prévalence du HIV, du HCV et du HBV parmi les donneurs de matériel corporel humain,
- la sélection soigneuse des donneurs et
- l’élimination maximale du sang, de la moelle osseuse et des autres résidus tissulaires du matériel corporel.

La transmission du HIV, du HCV ou du HBV par la cornée ou les tissus cardiovasculaires est peu fréquente, probablement parce que la cornée n’est pas un tissu vascularisé et que les tissus cardiovasculaires sont traités et transplantés en petites quantités. La plupart des cas de transmission de maladies virales datent d’une époque où il n’existait pas encore de tests sérologiques pour le HBV, le HCV et le HIV. Deux cas d’infection par le HBV ont été décrits à la suite d’une kératoplastie. Certains auteurs ont pu démontrer la présence de HBV dans le tissu cornéen de donneurs positifs pour les HBsAg, d’autres pas. En 2005, Shutkin a décrit pour la première fois le cas d’un patient ayant reçu une greffe d’os cortical réfrigérée non traitée et ayant développé une hépatite 10 semaines plus tard. La capacité des valves

cardiaques humaines à transmettre le HBV a été démontrée lors d’une étude de 31 patients ayant reçu des valves cardiaques de donneurs positifs pour les HBsAg. Vingt-deux receveurs étaient immunisés ou positifs pour les HBsAg avant la transplantation. Un des neufs patients sensibles au HBV a développé des marqueurs HBV positifs. La transmission du HCV lors d’allogreffes osseuses traitées ou pas (au moyen d’antibiotiques, d’alcool et de détergents) a été décrite par Eggen et Nordbo, Conrad et al., Homan et al. et Pereira et al.. En juin 2002, Homan a décrit une série de cas de transmission du virus de l’hépatite C via les tissus d’un même donneur transplantés à une quarantaine de receveurs. Tous les tissus avaient été traités à l’aide de produits chimiques en surface ou d’antibiotiques. Les greffes osseuses avaient également été irradiées. Parmi les receveurs, 8 cas ont été répertoriés: 3 des 6 patients qui avaient reçu des organes, 1 receveur d’une veine saphène (nombre total de receveurs de veine saphène n = 2), 1 des receveurs d’une greffe de tendon (n = 3) et 3 receveurs d’une greffe osseuse avec tendon (n = 3) ont été infectés. Aucune transmission n’a eu lieu chez les receveurs de peau (n = 2) ou d’os irradié (n = 16). Jusqu’à présent, le HCV n’a pas été transmis lors d’allogreffes cutanées, mais l’ARN du HCV a été mis en évidence dans des allogreffes cutanées par Conrad et al.. Des génomes du HCV ont été mis en évidence dans des cornées. Néanmoins, une étude à grande échelle de l’Eye Bank Association of

America n’a pu trouver aucun cas de transmission du HCV parmi plus de 400.000 transplantations de cornées (dont les donneurs avaient subi un test sérologique). Des recherches expérimentales ont montré que le HIV peut être trouvé dans les os et les tendons. Le HIV vivant a été isolé à partir des os, de la moelle osseuse et des tendons de patients atteints du SIDA. Par conséquent, il est possible que le HIV soit transmis lors d’une transplantation de tissus. Divers cas de transmission du HIV lors de transplantations tissulaires ont été publiés: des receveurs d’allogreffes osseuses traitées et non traitées, de tendons ou de peau (1 cas) ainsi que des femmes qui avaient subi une insémination artificielle. Il est peu probable que le HIV puisse être transmis par la cornée car cet organe empêche l’infiltration des cellules sanguines. Bien que le HIV ait été isolé à partir de larmes, de tissu cornéen, de l’humeur aqueuse et de l’épithélium conjonctival, il n’a pas été transmis chez les patients ayant reçu une greffe de cornée d’un donneur séropositif pour le HIV.

Sanzen et al. ont publié le seul cas de transmission du HTLV-1 après la transplantation d’une allogreffe de tête fémorale non traitée congelée. La transmission de la rage a été rapportée chez des receveurs de cornée. On sait que les yeux d’animaux et d’humains infectés peuvent contenir le virus de la rage. Le CMV a été transmis via la cornée et la peau.

>> Suite page 15

	Demineralized bone matrix	Allogreffes osseuses	Tendons	Cornée	Peau	Valves cardiaques	Osselets	Dura mater
Dérivés chlorés:	Dioxyde de chlore					10 min d’incubation dans le dioxyde de chlore → réduction 3-log de HSV-I et polio I dans les fragments du myocarde		
Agents alkylants:	formaldéhyde						Inactivation des osselets contaminés au HIV avec 4 % de formaldéhyde + Cialit	Réduction de 5-log de la dura mater lyophilisée en présence de 0,05 % formaldéhyde
Glutaraldéhyde						Bien qu’antiviral actif, rapide dégradation des valves, pas d’application humaine dans les banques de tissus		
Antiseptiques organiques	mercuriels						Effet antiviral insuffisant et toxique. Utilisé historiquement pour la conservation des osselets	

Il est possible que la transmission du virus Herpes simplex (VHS) associée à la cornée pose un problème. Des cas isolés de transmission cliniquement pertinente ont été rapportés. Les virus cardiotropes tels que le CMV, le parvovirus B19, l’entérovirus et l’adénovirus sont davantage détectés que le HCV, le HBV et le HIV et font l’objet de recherches quant à leur impact en cas de transmission par une allogreffe cardiovasculaire. Afin de prévenir la transmission possible d’une infection virale, différentes pistes peuvent être explorées (chapitre 6 : Prévention des infections virales).

Il convient de relever dans le dossier médical les critères d’exclusion généraux du don de cellules/tissus et les facteurs de risque qui excluent le don (anamnèse médicale et personnelle, si possible). Les preuves cliniques et physiques (examen physique) d’affections transmissibles pertinentes seront également recherchées. Des tests sérologiques, éventuellement complétés par des tests NAT, sont recommandés par le CSS, la directive européenne et l’AR.

Divers moyens de décontamination/désinfection ou de stérilisation peuvent être utilisés afin de minimiser la contamination virale potentielle du matériel corporel humain (chapitre 7 : Désinfection – stérilisation). Le traitement mécanique du tissu osseux (élimination des restes de tissus mous, du périoste, du sang et de la moelle osseuse) réduit déjà le risque de transmission d’agents pathogènes potentiels, comme Simonds l’a démontré: trois receveurs d’os non traité ont été infectés par le HIV-1 lors de la transplantation d’un fragment osseux provenant d’un donneur positif pour le HIV-1. Les 3 receveurs d’os lyophilisé, les 25 receveurs d’os traité à l’éthanol et le receveur d’os congelé frais dont la moelle osseuse a été éliminée étaient négatifs pour le HIV-1. Ces données soulignent l’importance du traitement, même minimal, des os. Les méthodes de traitement peuvent notamment inclure le rinçage sous haute pression à l’eau stérile, l’immersion dans l’alcool et des traitements de déprotéinisation. Toutefois, ces méthodes n’impliquent pas une stérilisation terminale. La déminéralisation de l’os cortical a semblé inactiver quelques virus (virus de la leucémie féline, HIV, CMV, poliovirus, HBV du canard) dans trois études.

En ce qui concerne le traitement chimique, nous nous intéresserons aux performances des peroxydes, de la chlorhexidine, du dioxyde de chlore, des agents alkylants, des antiseptiques mercuriels organiques, des alcools, de l’iode et des iodophores, des agents tensioactifs, de Biocleanse et du CO2 supercritique.

Une activité antivirale puissante a été attribuée à l’acide peracétique (APA), selon la

concentration, le pH et la durée d’exposition. La gamme des concentrations est large pour les différents virus. Une concentration de 0,1 % d’APA associé à 85 % de glycérol n’altère pas les propriétés de biocompatibilité de la peau. Aucune étude portant sur la peau infectée par un virus n’a été trouvée. Le traitement de blocs d’os spongieux en suspension dans une culture virale, au moyen d’une solution d’APA à 1 % dans 24 % d’éthanol pendant 4 heures à température ambiante et à basse pression (200 mbar), a mis en évidence une réduction de plus de 4 log10 de l’infectivité virale pour le virus de la pseudo-rage, le virus de la diarrhée bovine, le parvovirus porcin et le poliovirus. Le HIV-2 s’est inactivé spontanément dans les blocs traités à l’APA mais aussi dans les blocs de contrôle. Le HAV n’a pu être inactivé que par le dégraissage au moyen d’un mélange de chloroforme et méthanol (réduction de 7 log10), tandis qu’après un traitement à l’APA, une réduction de 2,9 log10 seulement a été obtenue.

Une concentration de 0,01 % d’APA (associée à 25 % d’éthanol pendant 15 minutes à 20°C) entraîne une réduction de plus de 2 log10 du HSV-1 et du poliovirus de type 1. Cette concentration plus faible s’est avérée efficace comme désinfectant et a eu peu d’impact, 6 mois après leur implantation chez des moutons, sur les propriétés biomécaniques ou morphologiques des valves cardiaques traitées.

L’infectivité de certains virus lipophiles (par exemple les virus enveloppés tels que le virus de la grippe, le virus de l’herpès (HSV) et le HIV) est inactivée rapidement par la chlorhexidine, bien que les solutions aqueuses de chlorhexidine ne soient pas actives contre les petits virus à enveloppe protéique (notamment de nombreux virus entériques, le poliovirus, le papillomavirus – virus sans enveloppe). Une étude in vitro a confirmé l’effet de la chlorhexidine à 4 % (application pendant 15 secondes) sur le HIV. Toutefois, un traitement par chlorhexidine à 2-4 % est nocif pour les tissus tels que la cornée, les os et les tendons.

Le dioxyde de chlore inactive les entérovirus, les poliovirus, le rotavirus et le HIV. L’inactivation du poliovirus est plus efficace à un pH de 10,0 qu’à un pH de 6,0 et s’avère liée à la concentration de dioxyde de chlore. Le traitement par dioxyde de chlore a été proposé afin de réduire le risque de transmission de maladies lors de la transplantation de la sclérotique et de la cornée. Un traitement de 10 minutes par dioxyde de chlore de tissu myocardique contaminé par le HSV de type 1 et le poliovirus de type 1 a réduit le titre des deux virus d’environ 3 log10. Seules de légères modifications des cellules endothéliales des valves cardiaques ayant subi ce traitement ont été observées.

À la concentration usuelle de 1 %, le formaldéhyde est fortement virucide. Le formaldéhyde

est toxique et mutagène. Le formaldéhyde à 4 % combiné à du Cialit (Sodium-2-éthyl-mercuroimercapto- benzoxazole-5-carboxylique acide) à raison de 1:5.000 tue le HIV présent dans les osselets de patients positifs pour le HIV. Le HIV dans des dures-mères lyophilisées a également pu être inactivé au moyen de paraformaldéhyde à 0,05 % (traitement de 24 heures).

Le glutaraldéhyde est un des rares agents capables d’inactiver le HIV en présence de sang et lorsque le virus est protégé par l’association avec des cellules et membranes cellulaires.

Comme le formaldéhyde, le glutaraldéhyde est toxique pour toutes les cellules vivantes. Cette technique entraîne rapidement l’échec des valves cardiaques humaines en raison de leur dégénérescence et rupture.

L’antiseptique mercuriel organique Cialit ne possède pas ou presque pas de propriétés antivirales. Les composés organiques du mercure ne conviennent pas pour conserver des allogreffes osseuses, en raison de leur toxicité.

L’éthanol est actif contre les virus lipophiles enveloppés, mais pas contre les virus hydrophiles. Comme certains virus ne sont pas inactivés, il reste un élément d’incertitude si l’alcool éthylique est la seule procédure de désinfection appliquée aux allogreffes.

Les propriétés ostéo-inductrices de la matrice osseuse ne sont pas modifiées par l’éthanol, au contraire des propriétés ostéogéniques de l’os cortical minéralisé. Dans le rapport de cas de Simonds, où trois receveurs ont été infectés par le HIV-1 par des allogreffes osseuses congelées non traitées provenant d’un donneur contaminé par le HIV-1, d’autres fragments osseux lyophilisés puis traités à l’éthanol ont été validés. Aucun de ces fragments osseux n’a donné lieu à la transmission du HIV-1. L’éthanol à 70 % (v/v) associé à de la chlorhexidine à 0,02 % inactive le HIV dans les tendons humains.

Une concentration de 0,8 % (p/v) d’iode inactive le HIV en 1 minute en présence de sang. Le HIV acellulaire est inactivé de 30 à 60 secondes après l’exposition à la PVP-I (povidone-iodine) à 0,5 % (p/v). La PVP-I modifie l’ostéo-induction et, à 10 %, est très irritante pour l’endothélium vasculaire, avec thrombose secondaire notamment.

Les dérivés de l’ammonium quaternaire sont de bons désinfectants en ce qui concerne le HIV acellulaire. Toutefois, ils ne possèdent pas une activité satisfaisante sur les virus sans enveloppe et leur action diminue en présence de matériel organique.

>> Suite page 16

	Demineralized bone matrix	Allogreffes osseuses	Tendons	Cornée	Peau	Valves cardiaques	Osselets	Dura mater
Stérilisation par le gaz								
Oxyde d'éthylène	Stérilisation effective, pas d'inactivation des propriétés ostéo-inductrices, résidus toxiques entraînent une impossibilité d'utilisation	Utilisé historiquement, néfaste pour les propriétés biomécaniques des os, résidus toxiques avec réponse inflammatoire possible, effet antiviral très bon	Cfr allogreffes osseuses					
Bêta-propiolactone		Utilisé historiquement, toxique et puissance de pénétration insuffisante				Utilisé historiquement, dégénération des valves et rupture, puissance de pénétration insuffisante		
Méthodes de stérilisation physiques								
Chaleur	Dénaturation des protéines → technique inutilisable	Propriétés inductrices → technique inutilisable	Dénaturation du collagène → technique inutilisable		Coagulation tissus mous => technique inutilisable			
Système Lobator Sd-2: 80°C – 15 min		Réduction 4-log des virus recherchés dans les fragments de fémurs, effet équivoque sur les propriétés ostéo-inductrices, capacité de pénétration limitée						

BioCleanse® Tissue Sterilisation Process est une méthode de stérilisation chimique à basse température qui élimine notamment les virus avec et sans enveloppe à la surface de l’os et à l’intérieur de celui-ci. Elle utilise des détergents et des agents de stérilisation non spécifiés qui préservent la résistance du tissu et la biocompatibilité.

Le CO2 supercritique possède une grande capacité de « solvant » et une grande capacité de diffusion: il est idéal pour extraire les substances des matrices poreuses telles que les os. Les virus les plus résistants (tels que le parvovirus) présents sur des têtes fémorales ont pu être inactivés au moyen d’un traitement par CO2 supercritique. Le HIV-1, le virus Sindbis, le poliovirus et le virus de la pseudo-rage ont été inactivés à raison de plus de 6 log10 au moyen de cette procédure. Des os allogènes implantés chez des moutons après un traitement par CO2 supercritique ont été bien intégrés.

L’oxyde d’éthylène est un gaz qui possède une grande capacité de pénétration. Il peut inactiver des virus résistants aux agents chimiques tels que les entérovirus, le poxvirus et le parvovirus et pourrait détruire le HIV et le HBV. Bien que l’oxyde d’éthylène ait été utilisé très souvent dans le passé pour la stérilisation d’allogreffes musculo-squelettiques, la plupart des banques de tissus ont cessé de l’utiliser en raison des résidus chimiques potentiels dans les tissus.

Le bêta-propiolactone est un gaz possédant une action antivirale modérée dans le plasma humain contaminé par des virus.

Comme la bêta-propiolactone ne peut pas pénétrer dans les tissus, cette méthode ne peut pas être appliquée de manière sûre pour décontaminer ceux-ci.

Le gaz formaldéhyde possède une capacité de pénétration plutôt médiocre et n’est donc pas utilisé comme désinfectant pour les tissus.

Les méthodes physiques utilisées pour la stérilisation sont notamment la chaleur, le système Lobator sd-2, le plasma à basse température, le rayonnement UV/lumière pulsée, les microondes, le rayonnement gamma et la stérilisation par faisceau d’électrons. Le HIV (enveloppé) est peu résistant à la chaleur et est inactivé par une exposition à 60°C pendant 30 minutes. Le HBV (enveloppe complexe), en revanche, est inactivé après 10 heures d’exposition à 60°C. Les virus sans enveloppe (HAV, par exemple) sont considérés comme très résistants à la chaleur. La chaleur dénature les protéines, telles que le collagène, et peut coaguler les tissus mous. Par conséquent, cette technique ne peut pas être appliquée à la peau et aux allogreffes de tendon. Après autoclavage, la matrice osseuse déminéralisée (DBM) perd sa capacité ostéo-et chondrogénique.

Le « système Lobator sd-2 » (Allemagne) est une nouvelle technique et est surtout utilisé pour le traitement des têtes fémorales, en association avec un chauffage à 80°C. Ce système facile d’utilisation possède un effet bactéricide et antiviral. Le « système Lobator sd-2 » serait sûr et efficace en vue de la décontamination des têtes fémorales allogènes (< 60 mm de diamètre). Les études relatives à l’effet de cette technique sur les propriétés

ostéo-inductrices de l’os sont contradictoires.

Le plasma (quatrième état d’agrégation de la matière) se compose d’un nuage d’ions, d’électrons et d’espèces neutres. La stérilisation au moyen du stérilisateur STERRAD® 100 utilise un plasma de gaz à basse température. L’utilisation combinée de plasma et de H2O2 stérilise rapidement les produits sans laisser de résidus toxiques. Cette technique est virucide (virus hydrophiles et lipophiles). Aucun effet néfaste sur les propriétés biomécaniques de segments d’os cortical après la stérilisation par plasma de H2O2 n’a pu être mis en évidence. Toutefois, en raison de la perte de la capacité ostéo-inductrice, la technique ne convient pas pour la stérilisation de la matrice osseuse déminéralisée.

La stérilisation par rayonnement ultraviolet (UV) ou lumière pulsée n’a pas été étudiée en ce qui concerne les allogreffes. Les virus sont beaucoup plus résistants aux UV que les bactéries végétatives. La combinaison d’UV et de bêta-propiolactone s’est avérée efficace pour inactiver le HBV, le HAV, le HCV et le HIV. Le rotavirus, le poliovirus et le virus Coxsackie sont plus résistants au rayonnement UV que le HAV, mais moins que l’adénovirus. La lumière pulsée intense est une technique relativement nouvelle de décontamination des surfaces et des solutions. Cette méthode est efficace contre tous les micro-organismes, y compris les virus. La présence de protéines dans le substrat et l’agrégation virale inhibent l’inactivation des virus. Nous ne savons pas si les UV pénètrent jusqu’au cœur des allogreffes osseuses de grandes dimensions. En

	Demineralized bone matrix	Allogreffes osseuses	Tendons	Cornée	Peau	Valves cardiaques	Osselets	Dura mater
Alcools: éthanol	50 % éthanol: Partie de la procédure de préparation, pas d'effet néfaste sur les propriétés ostéo-inductrices, effet antiviral variable	Cytotoxique pour les ostéoblastes, de capacité de pénétration inconnue dans l’os, partiellement inactivant lorsque faisant partie d’une procédure de transformation	Ethanol 70 % pénètre les tendons: après 3h dans 20% d’éthanol dans les parties profondes des tendons (actif contre HIV-I)	70 % éthanol: Moyen de conservation pour les sclères (pas d’études in vitro sur l’effet antiviral)			70 % éthanol: conservation des osselets (pas d’études in vitro pour l’effet antiviral)	
Alcools: méthanol	Partie de la procédure de nettoyage des os, aussi actif comme antiviral							
Iode-iodophores		Effet toxique de polyvinyl-pyrrolidone, pas d’études antivirales in vitro		Désinfection des cornées, pas d’études antivirales				
Détergents tensio-actifs	Partie possible du processus de nettoyage des os, aussi actif comme antiviral							
CO2 supercritique		Réduction virale de 4 à 6-log des fragments de fémurs infectés, technique sûre, peu de littérature						

outre, des modifications collagéniques surviennent dans les os et tendons traités par UV et la matrice osseuse déminéralisée perd sa capacité ostéo-inductrice après une exposition aux UV.

Une application occasionnelle de la stérilisation par micro-ondes de fragments de têtes fémorales contaminées a été décrite dans la littérature. Les virus sont inactivés au cours des trois minutes suivant le traitement par micro-ondes (2,45 GHz). Toutefois, le traitement par microondes modifie les propriétés biomécaniques de l’os.

Le rayonnement gamma (un paquet d’énergie électromagnétique – un photon) possède une grande capacité de pénétration (y compris dans les tissus humains). Le rayonnement gamma (provenant d’une source de Co60) est très efficace contre les bactéries à des doses de 15 à 25 kGy. Pour l’inactivation de la plupart des virus, au moins 30 kGy sont nécessaires. Cette dose se trouve à la limite supérieure et excède parfois la dose de routine recommandée pour la stérilisation des greffes osseuses (de 10 à 35 kGy). Les rayons gamma peuvent pénétrer jusqu’à une profondeur de 30 cm dans l’eau (densité: 1 g/cm3). Par conséquent, la peau, l’amnios, le péricarde et les tendons peuvent être stérilisés au moyen de cette technique. Comme la densité moyenne d’une greffe est supérieure - elle est par exemple de 2 g/cm³ dans le cas d’une greffe osseuse - l’épaisseur acceptable d’une greffe d’os cortical exposée au rayonnement gamma est d’environ 10 à 15 cm. Selon l’état physique des allogreffes osseuses (température, lyo-

philisation, congélation), la dose diffère et les propriétés biomécaniques de l’os peuvent être atteintes. Des agents de protection tels que le propylène glycol peuvent être utilisés afin de préserver les propriétés biomécaniques de l’os pendant l’irradiation. Les effets du rayonnement sur les tendons et la matrice osseuse déminéralisée sont contradictoires. L’irradiation gamma de l’os et des tissus mous modifierait la structure collagénique, réduirait la résistance à la traction et inactiverait les protéines morphogéniques osseuses. La cor née et les valves cardiaques ne peuvent pas être stérilisées par irradiation. Le rayonnement n’est pas non plus la technique de stérilisation idéale pour la peau car il provoque une rigidité de celle-ci et donc, une adhérence et un take rate (prise de greffe) moindres. Les électrons produits par un générateur de faisceau d’électrons peuvent pénétrer jusqu’à une profondeur de 8 cm dans l’eau (densité: 1 g/cm3). Comme la densité moyenne d’une greffe osseuse est supérieure à 2 g/cm³, l’épaisseur acceptable d’une greffe d’os cortical exposée à un faisceau d’électrons est de 3 cm. Aucune cytotoxicité n’a été constatée sur les os traités au moyen de faisceaux d’électrons. Le rayonnement gamma, en revanche, est toxique (à température ambiante) pour les cellules ostéo- et fibroblastiques. Grieb et al. ont étudié l’effet antiviral et biomécanique de 50 kGy après un traitement protecteur de fragments osseux spongieux au propylène-glycol, diméthyl sulfoxyde, mannitol et tréhalose pendant 4 heures sous sonication. Grâce à ce traitement protecteur il n’y a pas eu de modifications des propriétés biomé-

caniques (module d’élasticité et résistance à la compression) par rapport aux os de contrôle non irradiés. Le parvovirus porcin comme virus modèle pour le parvovirus B19 et le HAV ont été inactivés à raison de 5 log10. Le virus Sindbis comme succédané pour le HIV et le HCV ont été réduits de 4,9 log10. Pruss et al. ont étudié l’inactivation virale de fragments osseux contaminés par des virus. Le virus le plus résistant était le parvovirus bovin comme succédané du parvovirus B19. Une dose de 34 kGy (à - 30 +/- 5°C) a été nécessaire afin d’obtenir une réduction de 4 log10. Dans cette étude, le virus de la diarrhée bovine comme succédané du HCV s’est avéré le plus sensible au rayonnement et a été inactivé à raison de > 6,5 log10 à 34 kGy. Pruss et al. ont recommandé d’utiliser une dose de 34 kGy pour la stérilisation d’allogreffes osseuses. Cette recommandation est valable uniquement pour des températures de -30°C, car l’infectivité virale est associée à la température pendant l’irradiation.

Différentes techniques de préservation peuvent être appliquées aux différents types d’allogreffes: congélation, cryoconservation, lyophilisation et glycérolisation.

La congélation est une méthode utilisée depuis longtemps pour conserver des tissus osseux et fibreux, comme méthode de préservation unique ou avant la lyophilisation. La température de congélation recommandée pour la conservation de longue durée (jusqu’à 5 ans) des allogreffes d’os, de tendons et de cartilage est inférieure à -40°C. La congélation ne réduit pas les propriétés mécaniques

des ligaments, mais n'exerce pas non plus une action de stérilisation. La congélation réduit peut-être la charge virale du HIV, selon certaines études, mais elle ne permet pas d'inactiver ce virus.

La cryoconservation doit avoir lieu selon une méthode validée (congélation immédiate ou technique de congélation contrôlée). Cette technique est utilisée en association avec du glycérol comme cryoprotecteur dans le cas des allogreffes cutanées et en association avec du diméthyl sulfoxyde dans le cas du cartilage et des chondrocytes. Les modifications histologiques provoquées par cette technique de préservation n'ont aucun effet sur les propriétés mécaniques du tissu. Cette technique ne possède pas d'activité antivirale et est, au contraire, utilisée pour conserver des micro-organismes.

La lyophilisation est une méthode courante afin de conserver des allogreffes osseuses, mais aussi des tissus collagéniques (y compris des ligaments), à température ambiante pendant une longue durée. Toutefois, la lyophilisation possède un impact négatif sur la stabilité mécanique et l'incorporation des greffes osseuses, ce qui rend cette technique moins appropriée pour les grandes greffes osseuses et les tendons. La lyophilisation ne porte pas atteinte à la capacité ostéo-inductrice du tissu osseux. La lyophilisation ne suffit pas comme méthode d'inactivation virale pour les allogreffes musculo-squelettiques, car une infectivité résiduelle a pu être mise

en évidence dans des modèles expérimentaux pour des virus avec ou sans enveloppe.

Enfin, citons le glycérol qui, en forte concentration, agit comme un agent lyophilisant chimique. Le glycérol préserverait la structure des tissus et des cellules et réduirait l'antigénicité du tissu. Il possède une action antivirale et antimicrobienne limitée et très lente. En 2000, Cameron et al. ont montré que le HIV-1 (acellulaire et associé à la peau) peut être inactivé en 8 heures. L'utilisation de glycérol comme moyen de préservation a été décrite pour la peau, la dure-mère, les valves cardiaques, les greffes vasculaires, les cornées, le cartilage costal et les os.

De manière générale (chapitre 8 : considérations finales), il est difficile d'évaluer l'efficacité des procédures d'inactivation virale sur les tissus. Souvent, la question est de savoir si la capacité de pénétration du traitement est suffisante et quels en sont les effets nocifs sur la structure tissulaire. La transmission virale peut très bien être évitée non seulement par les tests sérologiques et les tests NAT mais aussi grâce à une sélection méticuleuse des donneurs potentiels de tissus/cellules, un traitement des tissus par des méthodes adaptées (nettoyage mécanique, rinçage) qui conduisent à la réduction du risque infectieux.

Bien que d'immenses progrès aient déjà été réalisés en matière de techniques de détection des virus dans le sérum/plasma, des ré-

sultats faux positifs (problème de spécificité) restent possibles.

Le nombre de donneurs potentiels est ainsi réduit. Les causes des résultats faux positifs résident notamment dans l'hémolyse et la présence de substances inhibitrices dans le sang post mortem. Des résultats faux négatifs sont aussi possibles et sont beaucoup plus dangereux pour la sécurité de la greffe, étant donné qu'ils impliquent une possibilité de transmission d'une infection virale au receveur. Par conséquent, il est essentiel que la sensibilité des tests de dépistage sérologiques ou NAT soit excellente (cf. site de la FDA pour la liste des tests validés chez les donneurs vivants et décédés (c'est-à-dire le sang post mortem)).

Chez les donneurs décédés, les anticorps anti-HIV-1/2, les antigènes HBs, les anticorps anti-HBc et les anticorps anti-HCV, au moins, seront recherchés, et un test NAT pour le HIV-1, le HBV et le HCV sera réalisé, sauf si une étape d'inactivation de ces virus a été utilisée.

Si des tests NAT pour le HIV, le HBV et le HCV sont réalisés chez un donneur vivant (à l'exception des donneurs de gamètes, cellules souches et sang périphérique), le deuxième examen sérologique devant normalement avoir lieu 180 jours après le don peut être omis. Ces tests répétés sont également omis lorsqu'une étape d'inactivation validée pour les virus concernés a été utilisée lors du traitement des tissus.

Le 18 juin 2012, la fusion entre le CHU UCL Mont-Godinne et le Centre Hospitalier de Dinant a donné naissance au CHU Dinant Godinne | UCL Namur, seul hôpital universitaire wallon avec le CHU de Liège.

L'objectif du CHU Dinant Godinne est de combiner la prise en charge de type universitaire et les soins de proximité. L'activité est répartie sur deux sites hospitaliers, l'un à Godinne le second à Dinant, comptant ainsi 640 lits justifiés. À côté de cette activité, le CHU développe des services d'hébergement de personnes âgées et d'accueil de la petite enfance. Il compte également deux policliniques, situées à Erpent et à Ciney.

Ancrer l'hôpital dans un réseau de soins intégrés

Cette fusion hospitalière vise à la création de services médicaux communs afin d'élargir l'offre de soins et d'améliorer la qualité de prise en charge en étoffant et spécialisant les équipes médicales. Le CHU Dinant Godinne couvre un bassin de soins de proximité de 41 communes belges en province de Namur et de 6 cantons des Ardennes françaises, ce qui représente au total plus de 540.000 habitants. Cependant, près de la moitié des patients adressés actuellement au site de Godinne proviennent d'autres provinces belges : le bassin d'attraction pour les pathologies universitaires s'étend en fait de Tournai à Arlon jusqu'à St Vith.

Le CHU s'engage prioritairement à garantir la satisfaction et la sécurité du patient grâce à une prise en charge pluridisciplinaire. Un effort particulier est donné à l'information du patient sur son diagnostic, son traitement et les suites éventuelles en matière d'hygiène de vie.

Les liens étroits entre le secteur santé de l'Université catholique de Louvain et le CHU confèrent à ce dernier trois missions universitaires principales :

- Placer le patient au centre d'un réseau de soins et de services d'excellence, personnalisés et à la pointe du progrès. Cette offre de soins complète, de niveau universitaire et accessible à tous, est soutenue par une relation humaine de qualité entre le patient et tout le personnel soignant.
- Soutenir la recherche scientifique dans les domaines d'excellence du CHU.
- Assurer un enseignement de qualité dans toutes les spécialités médicales et les sciences de la vie.

Le nouvel ensemble hospitalier est composé de près de 3000 membres du personnel, 340 médecins salariés ou indépendants, ainsi que de nombreux bénévoles et stagiaires. Il représente le plus grand employeur des provinces de Namur et du Luxembourg.

Notre mission en tant qu'institution hospitalière est de dispenser des soins d'excellente qualité pour tous, tant sur le plan humain que médical et soignant et développer la recherche, l'enseignement et les services qui les optimisent. Elle se décline à travers notre vision : **le vrai Nord**. Notre Vrai Nord symbolise la direction que chaque membre du personnel doit suivre dans son quotidien. Il est composé de quatre axes complémentaires : la qualité/sécurité, le bien-être du personnel, la bonne gestion financière, le tout centré sur le patient.

Nos valeurs

Placer l'être humain et le patient au centre de nos préoccupations constitue le fondement même de notre institution. Dans le contexte de la fusion, nous avons souhaité redéfinir les valeurs institutionnelles prioritaires :

- L'ambition pour le patient
- L'attitude positive
- Le travail en équipe
- Le respect des personnes et des engagements

Pour faire vivre ces valeurs, nos équipes adoptent les attitudes suivantes : l'empathie et l'écoute envers les patients et les collaborateurs tout en favorisant une attitude responsabilisant chacun ; la collaboration avec l'ensemble des professionnels mais aussi avec le patient et son entourage ; la créativité afin de répondre au mieux aux projets et défis qui se présentent.

L'ensemble des cadres du Département Infirmier et Associés trouvent fondamental de décliner ces valeurs et missions au sein de l'ensemble du département. Chaque membre du Département Infirmier et Associés s'engage donc à :

- **Adopter un professionnalisme approprié**
C'est-à-dire développer un ensemble de compétences que nous devons mobiliser afin d'obtenir le meilleur résultat possible, dans un contexte donné en tenant compte de la singularité des patients, des collaborateurs, des équipes et de l'institution.
- **Rechercher, de manière constante, la qualité** dans la prise en charge globale du patient, l'efficacité dans la méthode de travail, l'excellence dans l'exercice de sa profession.
- **S'adapter en permanence à la singularité du patient : pour cela**, nous devons penser et agir avec le souci du « prendre soin », respecter les principes de gestion et d'organisation établis, trouver l'équilibre entre les exigences de fonctionnement et les attentes individuelles.

Missions du Département Infirmier et Associés

Par le nombre et la présence 24 heures/24 au chevet du patient, l'infirmier représente le principal relais pour le patient. Mais nous avons bien entendu associé les autres professionnels qui, pour optimiser la prise en charge globale du patient, collaborent avec lui. Les aides-soignants, dont la mission principale

est le « prendre soin », jouent un rôle essentiel dans cette mission avec l'aide logistique et les aides infirmières administratives.

Le CHU Dinant Godinne participe aux formations des étudiants en médecine et des spécialistes dans les différentes disciplines médicales, chirurgicales et paramédicales. Le Département Infirmier et Associés collabore avec 5 hautes écoles et plusieurs écoles secondaires, tant dans la formation infirmière que d'aides-soignantes ce qui représente près de 1000 stages par an sur les 2 sites. Il représente également un pôle de recherche comme en témoigne le nombre important de publications et de communications. Chaque année, plus de 500 conférences et communications scientifiques à des congrès nationaux et internationaux sont données par les équipes médicales, et par la cellule de formation interne, qui organise de nombreux colloques dans le secteur des soins.

La fusion pour le Département Infirmier et Associés en quelques lignes

Depuis juin 2012, nous avons d'abord appris à nous connaître, à comprendre les processus de chacun et à les étudier pour en prendre le meilleur de chacun.

Mais dans la pratique, qu'est-ce qui a changé ?

- Un organigramme unique avec des missions sur les 2 sites pour tous les infirmiers chefs de services, avec la création de 5 départements, de 4 chargés de missions spécifiques, d'une cellule de formation renforcée en collaboration avec les ressources humaines.
- Une gestion unique des ressources à court, moyen et long terme, active depuis décembre 2012 et depuis mars 2013, une garde unique pour les 2 sites.
- La mise en place de permanences des cadres infirmiers et des directions sur les 2 sites avec des missions spécifiques propres.
- Une solidarité du personnel entre les différents sites en cas de besoins en ressources humaines.
- L'élaboration d'outils de gestion communs du personnel et des projets.
- Le renforcement de la culture qualité et sécurité sur les 2 sites.
- Des protocoles communs dans la prise en charge de certains soins infirmiers et de l'hygiène hospitalière.
- Une revue des projets architecturaux et des perspectives d'extension des outils informatiques pour les soignants.
- Le développement d'indicateurs de contrôle standardisés pour la direction, les départements, et les équipes.
- La structuration sur 4 niveaux de la communication intra-départementale.
- Une réorganisation de la structure budgétaire.
- La gestion commune des investissements.

La culture de l'amélioration continue pour retrouver du temps pour le patient, notre métier, nous-mêmes...

L'opérationnalisation progressive de la fusion nous impose de revoir systématiquement tous les processus, tant au niveau du secteur des soins que dans les autres domaines. La démarche d'amélioration continue soutenue par la transformation LEAN nous permet de développer des projets de réorganisation fondamentale et une modification de nos comportements.

Le LEAN est une transformation managériale basée sur le respect des personnes et de leur métier où chacun à son niveau est acteur de la dynamique de changement et de résolution de problème.

En plus de la transformation comportementale, le LEAN utilise plusieurs méthodes et outils qui permettent à chacun de contribuer activement à l'amélioration continue sur le terrain. Chaque action doit être centrée sur le patient et avoir comme objectif d'optimiser la qualité et la sécurité, tout en améliorant le bien-être du personnel.

Travailler autrement et ensemble en adoptant un changement de notre culture managériale et très motivant pour nos équipes.

Le CHU Dinant Godinne en quelques chiffres :

- Un ensemble hospitalier de **640 lits justifiés (605 agréés)**
- Des **structures d'hébergement pour personnes âgées** : 133 lits de maison de repos et de soins répartis à Dinant et à Ciney, 20 logements de résidence-services à Dinant
- Des **policliniques** : soins ambulatoires à Erpent et à Ciney
- Des **structures d'accueil de la petite enfance** : 108 places réparties sur les sites de Godinne et de Dinant
- Un effectif en personnel de **2.300 ETP (hors médecins) dont 42 % sont des soignants**
 - > **Pour le Département Infirmier et Associés**
 - plus de 1000 collaborateurs
 - 53 cadres
 - 750 infirmiers
- Plus de **340 médecins**
- Un éventail complet de **services hospitaliers et de soins ambulatoires** y compris des hôpitaux de jour chirurgicaux, médicaux, psychiatrique, pédiatrique et gériatrique
- Des **équipements médico-techniques de pointe** : 1 robot chirurgical, 1 lithotripteur, 4 scanners, 3 IRM, 1 PET-scanner ...
- Une **activité intense** : ainsi en 2013:
 - 25.500 admissions en hospitalisation
 - 268.000 consultations
 - 21.000 interventions chirurgicales
 - 36.000 passages aux urgences

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 Thomée 1
7800 Ath
Tél : +32 (0)68 26 21 11

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

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

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

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



Infos et candidatures

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

Lu pour vous

Un gène qui joue un rôle central dans le mélanome

Des chercheurs de l'Université de Zurich ont découvert un gène qui joue un rôle central dans le mélanome. Lors d'une expérience avec des souris, sa suppression a permis d'empêcher la prolifération de la maladie.

On pensait, jusqu'à présent, que les tumeurs étaient composées de nombreuses cellules équivalentes qui se multipliaient en cellules malignes et pouvaient donc contribuer à la croissance de la tumeur. Cependant, une hypothèse plus récente suggère qu'une tumeur peut également comporter de cellules souches malignes et d'autres cellules souches moins agressives. Les cellules souches sont normalement responsables de la formation d'organes. Celles du cancer peuvent se diviser d'une manière similaire et se développer en cellules tumorales, pour former une tumeur. Toute thérapie efficace doit donc d'abord lutter contre ces cellules souches cancéreuses. Par conséquent, une équipe de chercheurs de ce domaine à l'Université de Zurich a décidé d'investiguer le rôle joué dans les cellules cancéreuses par des mécanismes importants pour les cellules souches normales.

Les cellules de mélanome sont des cellules de pigment de la peau d'un ton rougeâtre. Elles sont formées par des cellules souches

de la crête neurale pendant le développement embryonnaire. En proche collaboration avec des dermatologues, les chercheurs ont découvert que des cellules avec des caractéristiques de ces cellules-souches spécifiques se trouvaient dans le tissu tumoral humain. Un gène, en particulier, le Sox10, y contrôle activement le programme de cellules-souches.

Il s'est avéré en outre nécessaire pour la division des cellules dans le mélanome humain. Sa suppression chez une souris porteuse de mutations génétiques semblables à celles trouvées dans le mélanome humain a permis d'arrêter la formation et la propagation du cancer.

Source: Université de Zurich

Nos partenaires

INFIRMIÈRE DANS UNE RÉGION RURALE D'AFRIQUE DU SUD

Une profession forte avec une autonomie considérable

Texte/Photos: **Pierre-André Wagner**, responsable du service juridique de l'ASI en collaboration avec nos collègues suisses de l'ASI leur revue soins infirmiers de décembre 2013.

En Afrique du sud, le service de soins d'un hôpital de campagne est caractérisé par une conscience corporatiste et une structure hiérarchisée, mais également par une forte autonomie. Un séjour de plusieurs semaines dans la province Kwa Zulu-Natal, dans l'Est du pays, a permis de se faire une idée d'un système de santé qui souffre de ressources limitées et d'exode rural – celui-ci concerne également le personnel médical et infirmier.



Sylvia et Hennie Hamilton et deux de leurs enfants, John et Anna.



Les différents services de l'hôpital se trouvent dans des pavillons individuels.

Il est des périodes où nous autres professionnels devons mobiliser une grande partie de notre énergie et de notre attention pour ne pas nous laisser désorienter dans un système de santé en pleine mutation et tenter de maîtriser tant bien que mal ces remaniements. Mais nous oublions souvent que les conditions socio-culturelles des soins infirmiers peuvent être fort différentes d'un pays à l'autre. Les expériences d'autres pays peuvent nous aider à affiner notre regard et à prendre conscience des développements que nous devons soutenir ou au contraire contester, et à comprendre quels acquis nous devons défendre.

Un séjour de plusieurs semaines chez une infirmière suisse émigrée en Afrique du sud, Sylvia Hamilton, nous a permis de nous faire une idée de la prise en charge de la population rurale dans une partie reculée de la province Kwa Zulu-Natal, à l'Est du pays, à la frontière du Swaziland et du Mozambique.

Apartheid: le choc

Mais commençons par le commencement: qu'est-ce qui amène une infirmière qui a grandi et étudié à Winterthur dans cette petite bourgade du nom d'Ingwavuma, perchée sur la chaîne du Lebombo, qui sépare la région côtière de la vaste plaine du Swaziland? Le fait de détenir un passeport sud-africain parce que née dans ce pays – ses parents, issus d'un milieu syndical de gauche, avaient été attirés par le régime de l'Apartheid qui s'efforçait d'augmenter la proportion de Blancs en Afrique du sud. Toutefois, choquée par la cruauté du système raciste, la famille ne tarda pas à rentrer en Suisse.

Dans le service de chirurgie du «Hegibach», une dépendance de l'Hôpital universitaire de Zurich, Sylvia Hamilton a pu faire ses premières

expériences professionnelles dans un environnement infirmier très autonome. C'est là qu'elle a appris les gestes infirmiers proprement dits – dans ce contexte précis, il s'agissait d'une combinaison exigeante de changements de pansements fastidieux, de soins aigus et psychosociaux, au sein d'une équipe très stable, composée en grande partie d'infirmières allemandes, qui opérait de fait comme «unité dirigée par les infirmières» – à des lieues de la «fabrique médicale». En 1990, l'Apartheid s'effondre sous le poids même de son iniquité, les premières élections libres ont lieu en 1994. Deux ans plus tard, Sylvia Hamilton, qui s'était engagée dans le mouvement anti-apartheid de l'église protestante et avait suivi le cours de médecine tropicale,

>> Suite page 22

L'Hôpital de Mosvold

Ancien hôpital missionnaire

Au début, il s'agissait d'une bâtisse en pierre érigée en 1936 par une œuvre missionnaire scandinave, comportant une pharmacie et quelques lits, puis, à la suite d'une première transformation, une petite salle d'opération. Ce service missionnaire a été dirigé pendant de nombreuses années par deux infirmières norvégiennes; c'est en 1949 seulement qu'une représentation médicale permanente a été mise en place. En 1952, l'hôpital s'est agrandi pour atteindre sa taille actuelle et comprend depuis une école pour les «Enrolled» ou «Staff Nurses». Les premières cliniques externes ont été construites, et étaient fournies en médicaments par le médecin de l'hôpital par la voie des airs. L'hôpital doit son financement – ainsi que son nom – à une riche famille d'armateurs, parenté d'une infirmière norvégienne, Esther Mosvold. Même si l'ancien hôpital missionnaire est aujourd'hui intégré au système étatique, la foi continue de jouer un rôle important – il est donc tout naturel de prier avant chaque réunion.

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

INFIRMIERS (H/F)

Profil :

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

Régime de travail :

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

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



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

retourna pour la première fois en Afrique du sud. Alors qu'elle attend d'être enregistrée, elle découvre, par le biais d'une amie qui enseignait à Ingwavuma, l'Hôpital de Mosvold, un hôpital de district sis dans cette petite ville de province.

Le choc culturel est énorme. Sylvia Hamilton ne maîtrise pas du tout la langue zouloue et ses connaissances d'anglais sont limitées. A peine arrivée, elle doit prendre la responsabilité, avec une collègue fraîchement diplômée, du service réservé aux hommes – une pièce de 26 lits dans laquelle sont soignés jusqu'à 70 patients atteints de malaria pendant la saison des pluies. Ici, les mots-clés sont «learning by doing» et «soins fonctionnels». Pour chaque service il y a une «Professional Nurse» (au bénéfice d'une formation de 4 ans), deux à trois «Staff Nurses» (2 ans de formation) et quelques «Enrolled Nursing Auxiliaries» (aides-infirmières avec une formation d'un an).

Le problème du sida

Après une année, Sylvia Hamilton revient en Suisse. Dans le service 14C de l'Hôpital de l'île à Berne, elle retrouve des conditions de travail similaires à celle du «Hegibach» – une équipe forte, des soins complexes dans un cadre pratiquement autonome. Elle s'intéresse de plus en plus au VIH, une maladie à laquelle elle a été confrontée pour la première fois de plein fouet à Ingwavuma. Trois éléments vont être déterminants pour son retour définitif en Afrique du sud: une émission de la radio sur un projet de soins à domicile dans un autre pays africain dévasté par le sida, l'Ouganda; la participation, avec plusieurs collègues, au Congrès mondial sur le sida à Durban; et, en marge du congrès, un détour par Ingwavuma, à quatre heures de route. La fondatrice d'une oeuvre d'entraide pour les orphelins du sida, Ann Dean, lui fait alors part d'un projet: mettre en place des soins à domicile, inexistant pour l'heure, et former le personnel bénévole.

En janvier 2002, elle est engagée par l'Hôpital de Mosvold, où elle achève une brève formation continue lui permettant d'établir elle-même des diagnostics et de prescrire des médicaments. Elle se retrouve bientôt à la tête de cinq équipes de «Home based care givers», pour lesquelles elle est à disposition un jour par semaine à tour de rôle afin de discuter des cas les plus difficiles. Ses collaborateurs sont des villageois de tous âges. Leur tâche consiste principalement à instruire, conseiller et accompagner psychologiquement les patients et leurs proches. Leur but: éviter les hospitalisations. L'Etat n'offrant aucune contribution financière, ces intervenants à domicile sont engagés par Ingwavuma Orphan Care, une oeuvre d'entraide privée. Le matériel nécessaire est fourni par l'Hôpital de Mosvold.

«Aider à s'entraider»

En 2005, Sylvia Hamilton a remis son poste à une infirmière retraitée hautement qualifiée et s'engage désormais dans la formation continue et l'information relative au sida des fonctionnaires, proposée par Zisize, une organisation à but non lucratif (www.zisize.org). Car en raison de leur notoriété au sein de la communauté, les enseignants, mais également les infirmières ou les policiers, n'osent pas recourir aux services de conseil de l'hôpital local. Cette organisation avait pour objectif premier d'améliorer la qualité de l'enseignement scolaire en améliorant les conditions de travail du corps enseignant (en zoulou, Zisize signifie «aide à l'entraide»); avec le temps, l'organisation a étendu ses activités, consciente que l'amélioration de la situation des élèves et des enseignants dépendait d'une multiplicité de facteurs, nécessitant une approche globale.

Mais revenons-en aux soins de santé. L'Hôpital de Mosvold est un hôpital de district qui ne couvre qu'une partie des soins de base. Dix cliniques locales sont situées en amont et y envoient des patients; celles-ci sont disséminées sur cette vaste région qui compte quelque 120000 habitants. Ces cliniques, gérées exclusivement par des professionnels infirmiers et que les médecins de l'hôpital visitent périodiquement, assurent une prise en charge de base qui comprend également de petites interventions chirurgicales et constituent au besoin la porte d'entrée pour l'hôpital. Une «Gateway Clinic» est intégrée à l'hôpital, dans laquelle les médecins confirment le diagnostic établi dans les cliniques périphériques par les infirmières ainsi que le transfert (ou non) à l'hôpital et prennent la décision définitive de l'admission. Trois unités mobiles desservent en outre plus de 40 lieux dispersés à travers la région d'assignation. L'hôpital compte 240 lits, répartis comme suit: un service «général» (avec une salle pour les hommes et une pour les femmes), un service pour la tuberculose, un service pédiatrique, un service de maternité, ainsi qu'un service d'isolement pour les patients atteints de tuberculose multi-résistante et les soins palliatifs. Jusqu'en 2002, l'hôpital était dirigé par un médecin, depuis, le management est réparti entre un CEO (un poste occupé actuellement par un infirmier), une direction médicale et une direction des soins infirmiers.

Uniforme et bas de nylon

Le service de soins compte quelque 200 collaboratrices, dont près de la moitié est formée au niveau tertiaire. Les aides-infirmières («Enrolled Nurse assistants») représentent une petite minorité. On est frappé par la combinaison entre une forte conscience corporatiste et une structure hiérarchisée très marquée, presque militaire, au sein du service de soins; les cadres exigent le respect et sont effectivement respectés, à chaque niveau de

Le régime de l'Apartheid

Destruction des structures sociales

L'une des mesures de politique raciale les plus révoltantes du régime de l'Apartheid a été la création de réserves destinées à la majorité noire, les Homelands, auxquelles le gouvernement offrait par la suite une indépendance toute fictive, et qui d'ailleurs ne bénéficieraient jamais d'aucune reconnaissance diplomatique sur le plan mondial.

Cela permettait au régime de priver les Noirs de leur nationalité sud-africaine et de les réduire à des citoyens de ces pseudo-états dirigés par des marionnettes du régime sud-africain.

Tandis que les hommes travaillaient désormais comme saisonniers «étrangers» dans les villes habitées par les Blancs ou dans les mines et étaient logés dans les bidonvilles ou «townships» dans lesquels ils devaient se cantonner après leur journée de travail, leurs familles restaient dans la nouvelle «patrie» qui leur avait été attribuée.

Le «succès» de cette politique a été la destruction quasi-complète des cultures noires ainsi qu'une désintégration totale des structures familiales, avec les conséquences desquelles – notamment un des taux d'infection au VIH les plus importants du monde – la nouvelle Afrique du Sud doit se battre encore aujourd'hui, plus de vingt ans après l'abolition de l'Apartheid/du racisme institutionnalisé.

formation correspond un uniforme distinct et se différenciant clairement des autres: les infirmières diplômées portent une jupe couleur bordeaux, un chemisier blanc, des bas de nylon (en toute saison, et des chaussures fermées – les talons sont autorisés! – et des épaulettes de différentes couleurs, indiquant la formation de base et les formations complémentaires suivies.

Infirmières et sages-femmes

Depuis quelques années, la formation en soins infirmiers se fait en quatre ans, elle est offerte par les hautes écoles spécialisées et les universités; il s'agit d'une formation d'infirmière et de sage-femme intégrée, ce qui est judicieux dans un pays où le taux de naissances est élevé et l'offre en soins limitée, même si les sages-femmes semblent revendiquer leur autonomie par rapport aux infirmières (une formation complémentaire de deux ans donne accès au titre de «advanced midwife» et autorise les détentrices à accompagner de façon autonome des naissances avec complications). Pour ce qui est du niveau requis, l'objectif est d'adapter la formation en soins infirmiers au modèle américain, qui soumet l'autorisation de pratique à l'obtention d'un bachelor. La profession est réglementée et régulée par le «South African Nursing

>> Suite page 24

FRS

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

Données épidémiologiques
Femmes enceintes
séropositives

Près de 30% des femmes enceintes sont séropositives. La proportion d'enfants infectés pendant la grossesse s'élève à un tiers si la mère n'est pas traitée, l'espérance de vie d'un enfant né avec le VIH est de 5 ans. L'un des objectifs prioritaires en matière de politique de santé est de réduire le taux de transmission aux enfants (Prevention of Mother to Child Transmission, PMTCT) à moins de 2%; le taux actuel de 5 à 8% peut être considéré comme un succès (intermédiaire) notoire.

Par ailleurs, les atteintes cardio-vasculaires et le diabète de type 2, les carcinomes induits par le sida (en particulier carcinomes cervicaux) et l'alcoolisme présentent une prévalence élevée. Contrairement au tabac, inaccessible, l'alcool est bon marché et sa consommation facilitée par une fabrication indigène traditionnelle.

Council» (SANC), une autorité tant reconnue que redoutée, disposant d'un pouvoir disciplinaire étendu. Chaque Professional Nurse, Staff Nurse et Enrolled Staff Nurse doit renouveler annuellement son enregistrement (et s'acquitter de la taxe correspondante), faute de quoi elle est exclue de la profession. Les fautes professionnelles font l'objet d'un examen disciplinaire et peuvent, au pire, être

sanctionnées par le retrait de l'enregistrement.

12 heures de travail

On travaille par tranches de douze heures, 40 heures par semaine. 22 jours de congé sont prévus. Quatre jours de travail consécutifs sont suivis de trois jours de congé; le début de l'horaire de travail varie légèrement en fonction des saisons. Le temps partiel n'existe pas, le taux d'infirmiers est d'environ 20%. La cuisine de l'hôpital met à disposition des repas pour le personnel, mais celui-ci peut également s'approvisionner au supermarché tout proche. Les collaborateurs doivent être ponctuels; très peu d'entre eux possèdent une voiture, la plupart habitent à grande distance de l'hôpital et doivent pouvoir compter sur la ponctualité du taxi local. Aux yeux des responsables des soins, la pénurie d'infirmières et de médecins constitue le défi le plus important. Sur les 16 postes de médecins prévus, dix sont inoccupés, et quatre sur les 5 postes de pharmaciens. Les raisons invoquées sont les suivantes: la grande disparité entre la qualité de vie dans les villes et à la campagne, qui décourage surtout les jeunes ou les pousse à s'en aller; le manque de logements appropriés, les grandes distances ainsi qu'un réseau routier et des transports publics de mauvaise qualité, le manque de divertissements et la médiocrité du système scolaire.

Charte des patients

Pour terminer, voici quelques impressions d'une visite à l'hôpital: la Charte des patients est affichée en bonne et due place; les patients peuvent faire part de leurs plaintes et suggestions – auxquelles on semble réellement porter attention – en utilisant une boîte aux lettres spécialement prévue à cet effet. Les salles et les bureaux sont ornés de portraits de différents politiciens qui, à un titre ou un autre, exercent un rôle dans le domaine de la santé. On raconte l'anecdote d'un médecin qui, dans un accès de colère contre la ministre de la santé d'alors (en Afrique du sud le sida a longtemps été considéré par les autorités comme une théorie du complot ourdie par les Blancs), a arraché le portrait de cette dernière et l'a fourré dans la poubelle. On peut imputer à la qualité de la démocratie de la nouvelle Afrique du sud le fait que ce médecin, bien que son acte ait fait scandale dans la presse, n'ait pas été licencié... Cet article est basé sur plusieurs interviews avec Sylvia Hamilton, Matron Dlamini, directrice du service de soins de l'Hôpital Mosvold, Matron Ntsimbini, directrice-adjointe des soins, Sister Shabalala, directrice du service de tuberculose, Sister Gwala, sage-femme responsable et directrice de la maternité, ainsi qu'avec Hennie Hamilton, médecin.

Lyse Savard

Perspective infirmière.

Portrait
Lucie Tremblay, Présidente

Depuis l'Assemblée générale annuelle du 29 octobre 2012, Lucie Tremblay est présidente-directrice générale de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Elle succède à Gyslaine Desrosiers qui a occupé ce poste pendant 20 ans. Deux semaines après son entrée en fonction, Mme Tremblay a répondu aux questions de Perspective infirmière.

Ses yeux très foncés expriment sa vivacité, son regard à la fois perçant et rieur témoigne de sa perspicacité. Sa solide poignée de main traduit son assurance. Et ce qui frappe le plus chez la présidente, son sourire, qui dès les premières secondes inspire confiance. Lucie Tremblay est bien dans sa peau. Son énergie est contagieuse. La pertinence de ses propos et sa spontanéité démontrent qu'elle est prête à assumer ses nouvelles fonctions.

La gériatrie est son domaine d'expertise, avant tout sa passion. Infirmière depuis 28 ans, sa réflexion sur les enjeux de la profession est motivée par le mieux-être de l'infirmière et du client. Directrice des soins infirmiers pendant plusieurs années, elle a su rester à proximité de ses patients et de son personnel. Guidée par une approche humaniste des soins et de la gestion, Lucie Tremblay croit que le respect est une valeur incontournable.

Le 28 octobre dernier, les membres du Conseil d'administration de l'OIIQ vous ont élue présidente de l'OIIQ. Trois candidates

étaient en lice. Vous avez dû faire campagne au cours des mois précédant votre nomination. Y a-t-il eu un thème à votre campagne électorale ?

Pendant cette campagne, je suis surtout restée à l'écoute des gens. Je suis allée dans toutes les régions. J'ai rencontré les présidents des ordres régionaux et plusieurs experts en soins infirmiers. Les défis diffèrent d'une région à l'autre. Ils diffèrent aussi selon la perspective que l'on en a. Je me suis dit que si je devenais présidente de l'Ordre, il était important de connaître les préoccupations des membres.

Alors j'ai fait une tournée d'écoute. Il s'en est dégagé trois consensus forts. Le premier, la formation bien sûr, tant la formation initiale de la relève que la formation continue. Le deuxième, le rôle professionnel de l'infirmière, que ce soit celui des IPS ou le droit de prescrire, mais aussi de façon plus globale, le rôle contemporain de l'infirmière. Comment ce rôle se déploie-t-il, d'un milieu à l'autre, d'une région à l'autre ?

Et le troisième, l'accès aux soins, principalement dans le contexte du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des maladies chroniques. Plus on avance en âge, plus ces maladies se cumulent. Maintenant, les soins ne se donnent plus comme ils se donnaient quand je suis devenue infirmière. Des cas cliniques bien circonscrits d'alors, ceux d'aujourd'hui présentent une multiplicité de maladies chroniques, souvent entremêlées à des maladies aiguës. La prestation de soins est devenue beaucoup plus complexe.

Que retenez-vous de votre tournée des régions du Québec ?

L'implication bénévole. Je n'en avais pas saisi l'ampleur. Dans les ordres régionaux, j'ai vu à quel point les gens s'impliquent dans leur vie associative. Personne ne compte ses heures. J'ai été fascinée par leur passion à recueillir l'information et à la transmettre pour assurer des soins sécuritaires.

Dans votre allocution après l'annonce de votre nomination, vous avez mis l'accent sur l'importance de la collaboration au sein de la profession et aussi, avec les partenaires. Comment espérez-vous améliorer cette collaboration ?

Pour obtenir une vision partagée, il faut écouter les gens, pas seulement leur présenter les choses. Dès le début d'un projet, je crois qu'il faut inviter tous les partenaires à la table. Si on attend qu'il soit trop avancé avant de le partager, il risque de susciter de l'opposition. Certes, prendre le temps de passer par ces étapes peut prolonger le processus. Mais mon expérience me démontre qu'après les avoir franchies, l'adhésion au projet est tellement forte qu'elle lui assure une pérennité.

Alors que vous y occupiez le poste de DSI, le Centre hospitalier gériatrique Maimonides est devenu un chef de file et un modèle de prestation des soins de longue durée. Ne craignez-vous pas de vous ennuyer des milieux de soins ?

Je vais m'ennuyer de côtoyer les clients, surtout qu'ils me rappelaient quotidiennement le sens de mon travail. J'y ai réfléchi quand j'ai choisi d'amorcer la course à la présidence. J'ai dit aux gens des régions : « Quand je viendrai vous rendre visite, vous allez devoir me sortir de l'auditorium parce qu'à un moment donné, va falloir que je vois des clients. »

Savoir pourquoi on fait les choses, c'est très important pour moi. Ça nourrit ma passion, ça me permet de la partager avec les personnes qui m'entourent et de réaliser avec elles des projets significatifs. Je dois voir pourquoi on fait les choses. Ici, je ne le verrai pas au quotidien. Je vais devoir développer de nouvelles stratégies.

Son parcours



Lucie Tremblay compte près de 30 ans d'expérience à titre d'infirmière et de gestionnaire. Elle était directrice des soins infirmiers et des services cliniques du Centre hospitalier gériatrique Maimonides et directrice par intérim des soins infirmiers et services spécialisés au CHSLD juif de Montréal. Elle a enseigné dans différentes universités, a été visiteuse pour le compte d'Agrément Canada et superviseuse d'étudiants à la maîtrise de l'Université McGill et de l'Université de Montréal. Elle a publié de nombreux articles. C'est une conférencière émérite dans les domaines de la gériatrie, des maladies chroniques, de la gestion et du leadership. Elle a obtenu un DEC en soins infirmiers au Collège Montmorency, un baccalauréat en sciences et une maîtrise en sciences de l'administration de la santé de l'Université de Montréal. Elle a également reçu le prix de leadership en soins infirmiers du Collège canadien des leaders en santé en septembre 2011. Elle est récipiendaire de nombreux prix et distinctions, dont le prix Florence en excellence des soins, décerné par l'OIIQ en 2008. La nouvelle présidente a déclaré qu'elle s'engageait « à poursuivre les orientations et les travaux amorcés pour l'avancement de la profession, comme le dossier des infirmières praticiennes spécialisées et le rehaussement de la formation initiale de la relève ». Elle entend également encourager le développement des solutions infirmières favorisant l'accès aux soins de santé dans le contexte du vieillissement de la population et de la prépondérance des maladies chroniques.

Au Québec, vous êtes une ambassadrice de la philosophie Planetree qui préconise une approche de soins et de gestion basée sur le respect de la personne. Croyez-vous que ce modèle pourra trouver des applications dans vos fonctions à l'Ordre ?

Nous avons adopté le modèle Planetree dans l'organisation où je travaillais parce qu'il répondait à ses valeurs organisationnelles. J'y ai travaillé quatorze ans. Ces valeurs correspondent aussi à mes propres valeurs. Le respect, l'autonomie et la contribution des familles sont parmi celles du modèle Planetree qui pourront aussi trouver une application dans mes nouvelles fonctions à l'Ordre. Il va de soi que le respect guide toutes mes interactions et est une valeur que je promeus au sein de mes équipes.

En ce qui a trait à l'autonomie, je crois fermement que l'on doit donner du pouvoir et de la latitude aux soignants pour que les soins infirmiers soient de qualité. Le mot français « appropriation » me semble moins fort que le terme anglais empowerment. Le concept d'empowerment est très important dans la réalisation de soi.

Autre exemple, la contribution du client et de sa famille. Au fil du temps, nous les infirmières avons beaucoup évolué sur ce plan. Reste-t-il des choses à faire ? Comment dépasser le discours et mettre véritablement le client et sa famille au centre de nos préoccupations ? Les soins ne sont plus seulement une question de : « on a une appendicite, on l'enlève et on retourne à la maison ». Souvent, le client a aussi un diabète, un cancer, du Parkinson.

Comment l'accompagner et l'aider à faire le tri dans ses priorités pour qu'il puisse bien vivre ? En ce sens, Planetree m'aura influencée et teintera mes priorités.

Dans une entrevue accordée à PI en 2011, vous avez expliqué avoir choisi la gériatrie parce que ce domaine comblait à la fois votre besoin d'être en relation avec les gens et votre côté scientifique. Cette combinaison proximité et sciences vous a menée entre autres à collaborer à l'adoption de lignes directrices sur l'avenir des soins de la maladie d'Alzheimer au Québec et au développement et à la mise en oeuvre d'un programme d'abandon de la contention. Rappelez-nous comment s'est développé ce programme.

C'était à l'occasion d'une fête au CHSLD. Mon fils Jérôme, du haut de ses 5 ans, demandait à tout le monde pourquoi les gens étaient ligotés. Dans ma tête d'infirmière, je pensais : « Ils ne sont pas ligotés, ils sont contentonnés et on le fait dans leur intérêt. » J'avais beau savoir que ce n'était pas nécessairement la meilleure pratique, j'avais l'impression que, lorsque c'était fait, c'était dans le meilleur intérêt du client.

Mais « ligoté » est un mot puissant. Notre démarche s'est amorcée et un porteur de dossier s'est aussitôt identifié en la personne la plus résistante, celle qui défendait le recours à la contention et qui s'appuyait sur ses lectures pour la justifier : « Convaincs-moi, lui ai-je dit. Si tu me démontres que ce qu'on fait est la meilleure pratique, je vais abonder dans ton sens. »

Elle a ensuite revu toute la littérature sur le sujet et est devenue la meilleure promotrice

>> Suite page 25

Dix composantes des soins continus du modèle Planetree

- Reconnaître l'importance primordiale des interactions humaines.
- Enrichir le parcours de vie de chaque personne.
- Favoriser l'autonomie, la dignité et le pouvoir de choisir.
- Intégrer les réseaux des familles, des amis et du soutien social.
- Appuyer la spiritualité en tant que source de force intérieure.
- Faciliter le cheminement vers le bien-être.
- Promouvoir l'autonomie des personnes par la formation et l'éducation.
- Reconnaître les bienfaits nutritifs et réconfortants des aliments.
- Offrir des arts, des activités et des divertissements intéressants.
- Fournir un milieu propice à une bonne qualité de vie

d'un changement.

L'organigramme hiérarchique du Centre Maimonides est immensément plat. Les chefs d'unités sont donc aussi porteurs de dossiers. Ici, il s'agissait d'une infirmière-chef. Elle a transmis les résultats de ses lectures à son unité et nous avons commencé à former le personnel, former les clients et former les familles. Dès la mise en place du programme, l'usage de la contention a diminué peu à peu dans un climat d'engouement. Le personnel nous demandait pourquoi avoir choisi cet étage plutôt que le leur. Nous nous étions donné cinq ans pour réduire l'utilisation des contentions à moins de 5 %. Au début, elle était de 63 %. Nous avons atteint l'objectif en trois ans.

Depuis sept ans, je travaille aussi au CHSLD juif de Montréal.

À mon arrivée, l'utilisation des contentions était de 90 %.

Je me suis demandé si notre succès à Maimonides était simplement attribuable à une bonne chimie. Mais une fois les conditions gagnantes mises en place, de 90 %, le recours aux contentions a été réduit à 2 % en deux ans et demi.

J'aime rappeler ce projet parce que la façon dont il a été développé a servi au développement de plusieurs autres. Eux aussi ont commencé par une revue de la littérature, ont été appliqués à petite échelle, puis évalués pour en mesurer les résultats.

Pour moi, la mesure est essentielle à tous les projets. Sans mesure, on ne connaît ni ses succès ni ses échecs. On est alors incapable d'apporter des correctifs. Mesurer permet de démontrer ses succès. Ensuite, tout le monde désire être associé au succès.

Quelles sont ces conditions gagnantes ?

L'une de ces conditions est d'avoir des leaders en soins infirmiers qui y croient. Nous étions aussi dans un contexte où le personnel n'avait reçu aucune formation pendant plusieurs années. Les pratiques de soins étaient basées sur des façons de faire qui dataient. Nous étions loin d'être à la fine pointe de ce qui se fait en gériatrie.

Les connaissances sur la prévention des chutes et la gestion des symptômes comportementaux de la démence étaient très limitées. Les intervenants ont dû acquérir un minimum de connaissances avant même de pouvoir envisager le retrait de la contention simplement parce qu'il fallait la remplacer par d'autres solutions.

Je parle de la contention depuis maintenant quatorze ans. Les gens me posent souvent la même question : « Qu'utilisez-vous à la place des moyens de contention ? »

Ma réponse déçoit car je n'ai pas de truc ou de nouvelle bédelle à leur proposer. Ce qui fonctionne, c'est la pensée réflexive. Il faut se demander : « Qu'est-ce qui se passe ? »

« Je partage avec chacun et chacune d'entre vous la préoccupation de la qualité et de l'accès aux soins et services, la protection du public et l'avancement de la profession.

Je vous dis à bientôt. »

Message aux membres après sa nomination, 29 octobre 2012.

« Pourquoi le client se comporte-t-il de cette façon ? » « Quel est le risque encouru par le client et quelle en est la source ? » Une fois la source connue, nous travaillons à éliminer le risque et, du même coup, le besoin de recourir à la contention.

Au cours de votre parcours professionnel, votre nom a été étroitement lié à l'importance des soins empreints d'humanisme. De nombreuses et prestigieuses distinctions ont d'ailleurs reconnu plusieurs de vos réalisations. Y en a-t-il dont vous êtes particulièrement fière ?

Les réalisations dont je suis le plus fière sont les projets d'équipe. Ce sont les plus riches à cause de la collaboration de ceux et celles qui ont mis la main à la pâte.

Récemment, nous avons instauré un programme pour réduire les transferts inutiles à l'urgence. Il améliore la qualité de vie des résidents tout en évitant de recourir aux ressources de l'urgence. Il a aussi pour effet de

diminuer les infections nosocomiales, le délirium et les plaies de pression.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons réalisé des partenariats entre les CHSLD où je travaillais et des écoles de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières auxiliaires et plus récemment, un cégep. Ces partenariats permettent aux étudiants qui s'intéressent à la gériatrie de parfaire leur formation, d'acquérir une expertise et de valider leur choix.

Une fois que ces étudiants ont fini leurs études, ils offrent aussi des ressources qui facilitent l'organisation du travail et la stabilité des équipes.

Plusieurs études révèlent que les infirmières qui sont heureuses dans leur milieu de travail donnent des soins de meilleure qualité. Cette observation me tient à cœur. Comment créer un climat de travail qui permettra aux infirmières de se réaliser ? De faire de la recherche ou des projets ? Pour y arriver, il faut des convictions partagées par une équipe. De là l'importance d'avoir des équipes de soins qui travaillent ensemble de façon régulière.

Ces types de partenariats, inspirés des Magnet hospitals, doivent être soutenus par l'enseignement. Le contenu scientifique doit en faire partie. Ils contribuent ainsi au transfert des apprentissages dans la pratique. Dans ce sens, le projet de création d'un statut d'interne après l'obtention du diplôme collégial permettra aux infirmières de faire des liens entre théorie et pratique. Aujourd'hui, on ne peut pas se limiter à une salle de classe, aussi performante soit-elle. Les défis des soins sont trop grands. Il est important d'avoir des expériences variées de stages.

Vous avez déclaré après votre nomination que pendant les prochains mois, vous vous assureriez de la continuité des dossiers en cours. Vous avez sûrement des sujets de prédilection que vous aimeriez porter à l'attention de l'Ordre et des infirmières. Pouvez-vous en nommer un ?

Et pour quelle raison ?

La gouvernance en soins infirmiers. Mon expérience de directrice de soins influence certainement ma réponse. Mais au-delà de ça, la littérature a maintes fois prouvé que plus les leaders en soins infirmiers sont impliqués dans les hauts niveaux d'une organisation, plus les résultats de soins sont positifs.

Ce qui m'amène à réitérer l'importance de mesurer nos résultats. Au Québec, on le fait très peu. Si nous changeons le modèle d'organisation des services d'un établissement de santé, nous devrions pouvoir comparer l'avant de

l'après, et ça, pas seulement en dollars mais aussi en résultats des soins. D'autres pays et d'autres provinces ont des outils capables de mesurer ces résultats. Des chercheurs, dont plusieurs canadiens, ont démontré qu'un leadership infirmier fort se traduit par des soins de qualité.

Donc, moins de plaies de pressions, moins de chutes et moins d'infections nosocomiales.

Je suis convaincue que certaines organisations du Québec n'utilisent pas toute l'expertise de leurs leaders en soins infirmiers. C'est triste parce que l'utilisation de ces talents permettrait de bonifier les résultats de soins.

La gouvernance en soins infirmiers est un levier pour réaliser beaucoup de choses.

Quelques prix et distinctions

Leadership en soins infirmiers : prix décerné par le Collège canadien des leaders en santé. 2011

Laura Gilpin Spirit of Kindness Award : prix au programme Planetree du Centre hospitalier gériatrique

Maimonides décerné par Planetree International. 2010

Reconnaissance aux employeurs pour l'appui aux infirmières voulant poursuivre leur formation grâce au programme de certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). Prix au CHSLD juif de Montréal décerné par l'AIIIC. 2009

Excellence des soins : prix Florence décerné par l'OIIQ. 2008

Qualité de vie : prix à l'équipe du projet des biographies du Centre hospitalier gériatrique Maimonides décerné par le Collège canadien des leaders en santé. 2007

Qualité des équipes de soins de santé : prix 3M

au programme de réduction des risques de chutes au Centre hospitalier gériatrique Maimonides décerné par le Collège canadien des directeurs de services de santé. 2006

Reconnaissance aux employeurs pour le soutien aux infirmières. Prix au Centre hospitalier gériatrique Maimonides décerné par l'AIIIC. 2003

Cécile Dury

Executive member of the European Federation of Nurse Educators (FINE)

Présidente de l'Association des Infirmiers (ères) de Namur-Luxembourg (AINL)

Responsable pédagogique département paramédical Haute Ecole de Namur-Liège-Luxembourg

Par quelles infirmières voulons-nous être soignés?

"Une augmentation de la proportion d'infirmière bachelière à l'hôpital est associée à une réduction de 7% de la mortalité". Ce constat sans équivoque vient d'être publié dans la prestigieuse revue The Lancet le 26 février 2014. Cette étude a été réalisée dans 300 institutions hospitalières (environ 420.000 patients) de 9 pays européens dont la Belgique (59 hôpitaux concernés). Donc si vous avez plus de 50 ans et que vous devez subir une intervention chirurgicale vous aurez d'autant moins de chance de mourir dans les 30 jours postopératoires que la proportion d'infirmière bachelière sera élevée dans l'hôpital.

Le Vif publiait un article le même jour intitulé "Le niveau des études d'infirmiers est assez bas en Belgique". Et le 27 février le Pôle Académique de Namur organisait une soirée débat sur le thème « Quelles infirmières pour quels besoins en santé en Fédération Wallonie-Bruxelles » où étaient invités Madame Tillieux et Messieurs Borsus, Hazée et Prévot. Ils s'accordent tous pour reconnaître que le dossier de la formation infirmière est difficile et épineux. Je ne suis pas certaine que le grand public mesure à quel point ce dossier est complexe mais il semble important qu'il soit informé et que les programmes des politiciens soient questionnés sur cette matière car il y va de notre santé et de notre argent.

Quelles infirmières en Belgique? Il existe DEUX filières de formation pour exercer UN seul métier. Une filière dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire (section soins infirmiers) accessible sans le certificat de l'enseignement secondaire supérieur (CESS) et aboutissant à l'obtention d'un brevet. Une autre filière de formation, dans l'enseignement supérieur, permettant d'obtenir un diplôme de bachelier en soins infirmiers. Donc, quel que soit le niveau, les exigences de formation et les acquis d'apprentissages visés, lorsque l'infirmière est engagée et qu'elle exerce le métier elle va devoir assumer les mêmes responsabilités, la même fon-

tion, le même rôle. Madame Tillieux a suggéré qu'il fallait peut-être deux types d'infirmières différentes pour répondre d'une part, aux exigences techniques en salle d'opération par exemple, et d'autre part, plus relationnelles en maison de repos ou soins à domicile. Pourtant, l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, modifié par la loi du 10 août 2001 en matière de santé, ne différencie pas la fonction ni les actes.

Une question se pose dès lors: « Quelles compétences pour les infirmières, quels que soient les lieux de pratique? » Si l'exercice du métier peut paraître différent dans les lieux de pratique professionnelle, hôpital, maison de repos, soins à domicile, santé communautaire, les compétences professionnelles à développer font consensus au niveau européen et international. La directive européenne 2013/55/UE qui devra être transposée dans la loi belge pour janvier 2016 prévoit des compétences pour l'infirmier responsable de soins généraux qui mettent l'accent sur la responsabilité et l'autonomie. Une infirmière ayant développé des compétences cliniques de haut niveau pour répondre aux défis de santé, capable de promouvoir la qualité et la sécurité des soins, de déléguer, de communiquer de manière professionnelle, d'analyser les situations de soins, de

>> Suite page 27

>> Suite page 28

travailler en collaboration et de gérer des projets complexes. Une infirmière qui exerce un leadership clinique, organisationnel, disciplinaire et politique pour une identité professionnelle distincte et affirmée et un développement professionnel continu. Si les services de santé actuels en Belgique sont souvent axés sur les soins aigus et les soins spécialisés dans les hôpitaux, il faudra développer la promotion de la santé, la prévention, les soins chroniques, les soins auto-administrés et les soins de proximité. Ces enjeux en matière de santé concernent particulièrement les infirmières et vont demander des compétences de haut niveau et une "posture réflexive" tant en hôpital que dans les secteurs extrahospitaliers. Par quelle infirmière voulons-nous être soigné, quel que soit le lieu d'exercice professionnel? Une infirmière qui applique, une exécutante ou une infirmière qui réfléchit, qui met en lien, qui anticipe, qui adapte et développe sa pratique? Quelle infirmière pour quel titre et quel métier?

Le niveau des études en Belgique est-il dès lors trop bas? Oui, définitivement, si l'on se réfère au niveau de la filière de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire. Pour la filière bachelière dans l'enseignement supérieur, le programme de formation actuel ne répond pas non plus aux exigences minimales de formation prévues par la directive européenne qui stipule que « La formation d'infirmier responsable de soins généraux comprend un total d'au moins trois années d'études, qui peuvent en outre être exprimées en crédits ECTS équivalents et représentent au moins 4600 heures d'enseignement théorique et clinique, la durée de l'enseignement théorique représentant au moins un tiers et celle de l'enseignement clinique au moins la moitié de la durée minimale de la formation. » Cela signifie donc un minimum de 2300 heures d'enseignement clinique défini comme étant « le volet de la formation d'infirmier par lequel les candidats infirmiers apprennent, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer l'ensemble des soins infirmiers

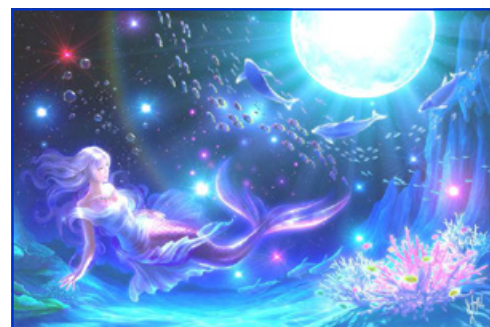
requis à partir des connaissances, des aptitudes et des compétences acquises, etc. » A l'heure actuelle, la formation de bachelier en soins infirmiers en Fédération Wallonie-Bruxelles compte 1515 heures de formation clinique (décret du 18 juillet 2008) et ne répond donc pas à ces exigences minimales.

Ne serait-il pas opportun, à l'heure où toutes les Hautes Ecoles réfléchissent à la mise en œuvre du décret Marcourt (définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études) planifiée pour la rentrée académique 2014, de prévoir une réforme sur 4 ans qui réponde d'emblée aux exigences minimales de la directive européenne pour la formation de bachelier en soins infirmiers?

Les différents politiciens semblent d'accord sur la reconnaissance d'une filière de formation unique pour exercer l'art de soigner, sur un programme de formation en 4 ans, basé sur le niveau 6 du cadre européen des certifications. Par contre le discours politique est un discours qui ne promet rien avant les élections: « peu de temps pour aboutir d'ici les élections », « des négociations en cours », « soyons honnête, personne ne va régler la question en deux mois », et finalement « ce sera la responsabilité du futur super ministre qui aura l'enseignement à tous les niveaux ». Justement, avant les élections, n'est-ce pas le moment de réagir en tant que citoyen, utilisateur du système de santé, pour faire un choix éclairé?

Des propositions pour une réforme de la formation infirmière vers un système de santé gagnant ne manquent pas, dans le respect des droits acquis et avec tous les acteurs concernés par la santé. Sans doute manque-t-il un peu de courage politique pour s'engager? Si d'aventure nos politiciens devaient subir une intervention chirurgicale avant les élections, il nous reste à espérer qu'ils soient soignés dans une institution où la proportion d'infirmière bachelière sera élevée, surtout s'ils ont plus de 50 ans!

Légendes ou réalités?



CONGRES ANNUEL DE LA FNIB

Lundi 12 mai 2014

De 09h à 17h

Cercle de Wallonie

Avenue de la Vecquée, 21 - 5000 Namur

Matinée : l'actualité des hôpitaux et de l'Etat Fédéral

Présence attendue des Ministres concernés

Après-midi : la qualité et la formation en soins infirmiers

Inscriptions uniquement en ligne (programme complet sur le site)

Attestation délivrée pour les titres et qualifications, les infirmiers chefs de services....

www.fnib.eu

www.fnib.be

VITATEL Vivre chez soi en toute sérénité

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

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

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

* VITATEL intervient en cas de :

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

* VITATEL agit dans le respect de votre vie privée

* Abonnement mensuel à partir de 12 €

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



Infirmier gradué en neurologie, infirmier en réadaptation, pas encore en Belgique ... Mais une formation en neuro- réadaptation existe déjà bel et bien!

Notre formation ainsi que notre métier d'infirmier ne cessent d'évoluer dans le temps en fonction de divers critères comme la progression de la technologie et de la médecine, les normes législatives et INAMI, et la mentalité des patients devenus entre temps des clients.

Ponctuellement, des titres et qualifications voient le jour mais la spécialisation en neurologie n'existe pas encore dans notre pays. Pourtant, la neurologie, qui englobe beaucoup de pathologies d'origine centrale et/ou périphérique, d'étiologie génétique, héréditaire, accidentelle ou encore inconnue, est une spécialité. A l'hôpital Léonard de Vinci, à Montigny-le-Tilleul, il y a trois services qui accueillent des patients atteints de pathologies neurologiques. Notons au passage que ce centre de réadaptation est le centre de référence, pour la partie francophone du pays, pour la convention « Sclérose en plaques ». Lorsque le docteur Seeldrayers, chef de service de neurologie à l'ISPPC, m'a transmis un programme de formation continue en Soins interdisciplinaires en neuroréadaptation, je n'ai pas hésité à m'inscrire. En effet, suivre cette formation ne pouvait que me permettre de développer mes compétences, d'approfondir et d'actualiser mes connaissances dans le domaine de la neuroréhabilitation. J'espérais également que cet enseignement guiderait mes pas pour une meilleure gestion des équipes de soins pluridisciplinaires afin d'offrir à notre patientèle des soins de qualité en réponse à leurs besoins spécifiques. Cette formation a lieu à HENALLUX (Haute Ecole de Namur-liège-Luxembourg) et comporte 150 heures de cours. Ceux-ci se présentent sous forme de modules, chaque module traite un, voire deux thèmes, il est d'ailleurs possible de ne suivre que le module qui vous intéresse. Lorsque la formation est suivie dans sa globalité, il vous est demandé de réaliser un travail de fin de formation. J'ai réalisé celui-ci en collaboration avec Stéphane Fievet, infirmier à l'unité 18 de Léonard de Vinci et il s'intitule : « Évaluation de l'incontinence urinaire des patients en post A.V.C dans deux services de réadaptation neurologique ». Pour en arriver là nous avons d'abord déterminé une pathologie rencontrée dans chacune de nos unités et ensuite relevé un problème éventuel afin d'analyser la situation. Nous avons eu, au préalable, un entretien avec notre infirmière chef de service, Frédérique Broekaert, afin de se diriger vers une démarche de soin qui entre dans un projet institutionnel. Personnellement, je suis sensibilisée par les troubles urinaires car les patients hospitalisés dans l'unité de soins où je travaille y sont tous affectés à un moment donné au cours de leur maladie (Parkinson, Sclérose en plaques et AVC). Le docteur Véronique Blaze, urologue, qui consulte régulièrement nos patients, était, de son côté, intéressée par notre étude car, il faut bien le dire, il existe bien peu de littérature traitant de l'incontinence urinaire, en l'occurrence dans le cadre d'accident vasculaire cérébral. Voilà pourquoi, Stéphane et moi, nous nous sommes mis à éplucher nos

dossiers afin d'analyser la prise en charge de l'incontinence urinaire au sein de notre institution hospitalière. Le but recherché était de dresser un état des lieux et d'apporter si nécessaire des solutions aux éventuels problèmes rencontrés. Pour, in fine, améliorer la qualité de nos soins au bénéfice de nos patients.

Notre étude, de type descriptive et analytique, s'est étalée sur 3 mois, du 01 décembre 2012 au 28 février 2013. Nous avons traité 40 dossiers pour les deux services de neurorevalidation et injecté les données dans une base de type access que Stéphane a baptisé pour l'occasion « AVC BASELINE ». Les items, au nombre de 39, ont été définis avec l'aide du docteur Blaze et concernent par exemple l'âge du patient, son sexe, le type d'AVC, son état cognitif, ses antécédents urologiques... Nous avons parallèlement fait des recherches dans la littérature, sur internet et dans nos cours afin de recueillir un maximum d'informations sur le sujet. Il faut savoir que les troubles vésico-sphinctériens sont extrêmement courants à la phase aiguë de l'A.V.C. et que l'incontinence urinaire prédomine avec une fréquence pouvant aller jusqu'à 80%. La récupération neurologique permet en général une récupération de la continence mais malheureusement, selon certaines études, 15% des patients garderont une invalidité des voies urinaires sans oublier les pseudo-incontinences liées par exemple à l'état cognitif du patient ou à sa capacité à se déplacer. Au niveau de nos dossiers, nous nous sommes penchés principalement sur le document de liaison (informations données par le service aigu qui transfère le patient), l'anamnèse infirmière, la stratégie d'incontinence éventuelle et le diagramme de soins répétitifs. Cette analyse nous a permis d'observer le manque de cohérence existant parfois entre les différents documents et que celui concernant la « stratégie d'incontinence » n'était pas exploité à sa juste valeur. Au final, notre étude nous a permis de confirmer que notre échantillon correspondait à ce qui se dit dans la littérature et a bien démontré qu'effectivement il y avait des lacunes dans le remplissage des documents existants. Afin d'améliorer d'une part la prise en charge de l'incontinence urinaire des patients et d'autre part la retranscription de celle-ci dans nos dossiers infirmiers, nous avons envisagé plusieurs stratégies :

- > Création d'ateliers d'écriture pour permettre l'amélioration des notes dans les dossiers.
- > Adaptation des documents existants afin de les rendre plus pertinents mais aussi plus faciles d'utilisation.

>> Suite page 31



GLINNE Marie-Paule,
infirmière chef à l'unité 16
de Léonard de Vinci,
CHU-Charleroi

- > Mise en place d'une formation interne dans le domaine de l'incontinence urinaire afin de lever l'ambiguïté qui existe entre les divers documents du dossier infirmier pour permettre de mieux cibler l'incontinence.
- > Développement de la prise en charge du patient incontinent en augmentant la périodicité des réunions consacrées à l'incontinence urinaire.
- > Augmentation du partenariat avec le Docteur Blaze afin de profiter de son expertise en la matière.
- > Mise en place d'une consultation urologique avec la participation d'une infirmière référente pour le centre de réadaptation.
- > Rédaction d'une procédure concernant le placement et surtout l'enlèvement des sondes vésicales à demeure en les couplant de manière systématique avec la réalisation de Bladder Scan® et/ou de sondages intermittents.

Ces diverses propositions permettront peut-être de limiter le nombre de patients incontinents qui sortent de notre institution car, rappelons le, l'incontinence urinaire a un impact considérable sur la qualité de vie du patient, tant sur le point de vue physique que psychologique, sexuel et financier.

Pour terminer, je dirai que la formation est dispensée par des personnes compétentes ayant une expérience professionnelle dont on ne peut que retirer du profit.



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

Présentation de l'Institution :

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

Conditions du poste :

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

Profil recherché :

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

Renseignements :

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

Modalités d'introduction des candidatures :

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



Providom

NOTRE AMBITION,
le maintien à domicile de vos patients.

Besoin de MATERIEL MEDICAL ?

Les professionnels PROVIDOM,
VOTRE SOLUTION.



www.providom.be

Agenda

A l'étranger		
14.05.2014 Dix ans de formation par compétences : les infirmières célèbrent!	UdeM - Campus de l'UdeM à Laval Salles du 3e étage - 1700, rue Jacques-Tétreault Laval, QC Canada - H7N 0B6 450 686-4777	http://www.fsi.umontreal.ca/
14-16.05.2014 Congrès de l'European Wound Management (EWMA)	Madrid, Espagne	http://ewma2014.org/
17.05.2014 – 18.05.2014 World Health Professions Regulation Conference 2014	Crowne Plaza Hotel, Genève, Suisse	http://www.whpa.org/whpcr2014
04.06.2014-06.06.2014 Congrès Association Suisse des Infirmières et Infirmiers 2014	Bâle, Suisse	http://www.sbk-asi.ch
15-19.06.2014 Congrès du World council of enterostomaterapist (WCET)	Gothenburg, Suède	http://www.wcet2014.com/
27-29.10.2014 6th International Nursing Management Conference. « Creating the Future: Nurses Leading to Safe Environments »	Bodrum, Turkey	http://www.inmc2014.org/
31.05-04.06.2015 6e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones 2015. Défi des maladies chroniques : un appel à l'expertise infirmière	Montréal, QC Canada	http://www.sidiief.org
19-23.06.2015 Conférence et CRN du CII. Infirmières et citoyens du monde	Séoul, République de Corée	http://www.icn2015.ch
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»	Parc scientifique Créalys Rue Jean Sonet, 13 5032 LES ISNES (Gembloux)	http://www.endofic.be Attention : inscription pour le 10 janvier 2014 !
15.04.2014 32ème symposium de la SIZ-Nursing « FAST HUGS »	Centre Culturel Marcel Hichter – La Marlagne Chemin des Marronniers - Wépion	http://www.siznursing.be
08.05.2014 Journée de Formation Continué : Les endoscopies pédiatriques	Hôtel Charleroi Airport 115 Chaussée de Courcelles 6041 Gosselies (Charleroi)	http://www.endofic.be
9.05.2014 4^e édition du symposium de médecine aiguë du CHR de Huy	Château Rorive Rue du Soir Paisible, 2 4540 Amay	
10.05.2014 Symposium beONS	HELMO (Liège, site à préciser)	Save the date !
12/05.2014 Symposium FNIB « Légendes ou réalités ? » Matinée : l'actualité des hôpitaux et de l'Etat Fédéral Après-midi : la qualité et la formation en soins infirmiers	Cercle de Wallonie Avenue de la Vecquée, 21 - 5000, Namur Présence attendue des Ministres concernés	http://www.fnib.be
24.05.2014 (9h-13h) Soins Infirmiers Généraux : Les Soins Transmuraux dans le cadre des « Samedis de l'infirmière(e) – CREA HELB	Campus Erasme Batiment P Catégorie Paramédicale HELB I. Prigogine 808 route de Lennik 1070 ANDERLECHT Métro ligne 5 station ERASME Ring sortie 16 ERASME	http://www.crea-helb.be
02.10.2014 Symposium d'oncologie (médico-infirmier) sur le thème des cancers de la sphère ORL	Hôpital A. Vésale – Auditoire De Cooman Route de Gozée, 706 Montigny-le-Tilleul	Save the date !
POSTPOSEE EN 2015 Journée thématique internationale «Sciences infirmières : mesurer, pour quoi faire?»	ULB - Ecole de Santé Publique Bat. A – Auditoire Sand 808 route de Lennik 1070 ANDERLECHT Métro ligne 5 station ERASME Ring sortie 16 ERASME	

Rubrique culinaire

« Tout est bon dans le cochon... »



MA TÊTE PRESSÉE



Ingrédients pour une terrine :

Une ½ tête de cochon (variante : si l'emploi d'une tête de cochon vous pose problème, vous pouvez utiliser deux à trois jarrets de porc pour réaliser cette délicieuse recette campagnarde). - Deux langues de porc. - Légumes pour bouillon (carottes, navets, oignons, poireaux, céleri, ail, bouquet garni). - Trois échalotes. - Un bouquet de persil plat. - 8 feuilles de gélatine. - 4 l d'eau. - 4 cubes bouillon (légumes) - Sel & poivre

En cuisine :

- > Faire tremper durant une nuit la tête de porc et les langues dans de l'eau salée.
- > Eplucher les légumes, les tronçonner, les couvrir d'eau, ajouter les cubes bouillon et préparer un bouillon.
- > Plonger les viandes dans le bouillon et laisser cuire à légers frémissements durant 4 heures (la viande doit se détacher facilement et être très attendrie).
- > Egoutter les viandes, les détacher des os, les séparer des morceaux les plus gras, les défaire à la main et réserver. (nb : récupérer et filtrer le bouillon).
- > Eplucher les échalotes et les hacher tout comme le persil.
- > Mélanger la viande avec les échalotes et le persil. Saler et poivrer.
- > Faire tremper les feuilles de gélatine dans de l'eau froide. Les égoutter lorsqu'elles sont ramollies et les faire fondre dans 750 ml de bouillon chaud. Rectifier l'assaisonnement.
- > Disposer la viande dans une terrine, y déverser la gelée liquide et réserver au frais durant une nuit.
- > Démouler, découper la terrine en tranches et déguster sans modération...

Les conseils du père «Effainibet»

Cochon, tête pressée, tourte campagnarde, ... voilà des mets qui réveillent mes racines paysannes et titillent mon imagination bucolique. Pour accompagner ces « cochonneries », je vous suggère un beau Beaujolais, vins vifs et légers issus du cépage gamay ou des vins de Loire tels qu'un Saumur- Champigny, un Chinon ou un Bourgueil, vins élaborés à partir de Cabernet- Franc. Je vous laisse et comme on le dit dans ma campagne : - Goûte s'y et tu « verras » mon cochon » !!! -

TOURTE « CAMPAGNARDE »



Ingrédients pour une tourte:

1 kg d'échine de porc - 500gr de lard frais - 250gr de lard fumé - 3 échalotes émincées - 5 càs. de persil plat haché - ½ l de vin blanc - 5 cl de cognac - 5 cl de madère - 3 œufs - 20 cl de crème fraîche - 3 fonds de pâte brisée - Sel & poivre

En cuisine :

- > La veille, détailler la viande en petits cubes. Y ajouter les échalotes, le persil, le vin, le cognac et le madère. Laisser mariner une nuit au frais.
- > Battre 2 œufs avec la crème fraîche. et ajouter cet appareil à la viande. Rectifier l'assaisonnement.
- > Préchauffer le four à 200°.
- > Superposer en appuyant bien 2 fonds de pâte brisée dans une platine. Faire des trous à l'aide d'une fourchette.
- > Verser la préparation sur la pâte et bien la répartir.
- > A l'aide d'un pinceau, badigeonner les bords de la pâte avec le troisième œuf battu et étendre le troisième fond sur le dessus de la tourte. Bien appuyer sur les bords de la pâte afin de joindre les couches de pâte. Faire une petite ouverture au centre du couvercle afin de laisser l'humidité s'échapper lors de la cuisson.
- > Etendre le reste de l'œuf battu à l'aide d'un pinceau sur le couvercle de la tourte et enfourner pendant 35 à 40'.
- > Lorsque la tourte est cuite, la laisser tiédir et la déguster avec une salade en accompagnement.

Bon appétit...



Bulletin d'adhésion

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



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

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

Nom :
Prénom :
N° national (obligatoire) :
Adresse :
.....Bte
Code PostalLocalité.....
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.

€

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



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 !



✂ 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.:

A la recherche d'un nouveau défi ?

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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